

ACNÉ VULGAR, EL NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD SOCIAL

LINA MARCELA CASTRO BRAVO*; SARA LILIANA GÓMEZ MENDOZA**;
BLANCA LUCÍA RODRÍGUEZ BELMONTE***, MILTON EDUARDO BERMÚDEZ JAIMES****
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ, COLOMBIA

Recibido: 14 de junio de 2011

Aprobado: 30 de junio de 2011

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar si existe relación entre el padecimiento de acné, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social en adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad, con una exposición igual o menor a los seis meses a tratamientos dermatológicos. Para ello, se revisó la patogenia del acné, cifras epidemiológicas, características de la adolescencia, fundamentos teóricos de las habilidades sociales y de la ansiedad social y estudios sobre las repercusiones del acné en el individuo. La investigación es de tipo correlacional, con un diseño no experimental transeccional-correlacional. La muestra intencional es de dos grupos de 15 adolescentes, con y sin padecimiento de acné vulgar, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado y la Escala de Evitación Social y Angustia [SAD]. En los resultados se confirma la correlación existente entre las variables, establecida con el análisis realizado a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales [SPSS versión 18], los mismos se exponen mediante tablas de datos, de lo que se derivan conclusiones, relativas a la importancia indiscutible que tiene un tratamiento integral para esta población.

Palabras clave: Ciencias Médicas, Desarrollo adolescente, Desórdenes de la piel, Habilidades sociales, Ansiedad Social.

ACNE VULGARIS, THE LEVEL OF SOCIAL SHILLS AND SOCIAL ANXIETY

Abstract

The aim of this study is to determine whether a relationship exists between the condition of acne, the level of social skills and social anxiety in male adolescents between 18 and 21 years, with an exposure equal to or less than six months to dermatological treatments. To this end, we reviewed the pathogenesis of acne, epidemiological trends, and characteristics of adolescence, theoretical foundations of social skills and social anxiety and studies of the impact of acne on the subject. The research is correlational, non-experimental with a trans-correlational design. The purposive sample is two groups of 15 adolescents with and without suffering from acne vulgaris, who have applied the Questionnaire Structured Learning Skills and the Scale Social Avoidance and Distress [SAD]. The results confirmed the correlation between variables, by the analysis provided by the Statistical Package for Social Sciences [SPSS version 18], they are presented with tables of data, the conclusions derived on the crucial importance of having a comprehensive treatment for this population.

Key words: Medical sciences, Adolescent development, Skin disorders, Social Skills, Social Anxiety.

* Estudiante, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: castro-lina@javeriana.edu.co

** Estudiante, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: gomez.sara@javeriana.edu.co

*** Directora Trabajo de Grado. Profesora, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Edificio 95 – Manuel Briceño S. J. Carrera 5 N° 39 – 00. TEL. (57-1) 3208320. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: rodriguez@javeriana.edu.co

**** Asesor Metodológico. Profesor, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Edificio 95 – Manuel Briceño S. J. Carrera 5 N° 39 – 00. TEL. (57-1) 3208320. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: milton.bermudez@javeriana.edu.co

Introducción

La investigación sobre la relación entre el padecimiento de acné, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social en adolescentes es escasa y carece de integración, por lo que es importante contribuir a la consolidación de un cuerpo de conocimientos con sustento empírico, que refleje la necesidad de la inclusión del apoyo psicológico en el tratamiento del acné; la enfermedad cutánea más común y la más tratada desde la dermatología, que se presenta aproximadamente en el 80% de la población mundial (Gaudio, Rabinowitz & Leyden, 1993; Goldstein, 1992; Zaenglein, Graber, Thiboutot, & Strauss, 2009) y en un 85% de los jóvenes, entre los 12 y los 24 años, según Zaenglein y Thiboutot (2003). La causa base del padecimiento de esta enfermedad se desconoce, sin embargo en los fundamentos de la dermatología contemporánea, los factores relacionados con su etiología y patogenia son: la hiperproliferación de los folículos epidérmicos, la colonización por *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), la mayor producción de sebo y la inflamación; consistiendo su fisiopatología en la interacción de los mismos (Gaudio, et al., 1993; Goldstein, 1992; Schaller & Plewig, 2003; Zaenglein & Thiboutot, 2003; Stewart, Bernhard, Cropley & Fitzpatrick, 2005; Thiboutot & Strauss, 2005; Herane & Kaminsky, 2007; Zaenglein, et al., 2009).

Su evolución y pronóstico comprende la edad en la que comienza, siendo ésta en algunas personas la temprana edad, de 6 a 8 años, y en otras a partir de los 20 años; su remisión suele ser espontánea y en un gran porcentaje de los pacientes las múltiples lesiones desaparecen a los 20 años, pero también pueden persistir hasta la tercera o cuarta década de la vida (Thiboutot & Strauss, 2005). Las secuelas de esta patología son algo más que las cicatrices físicas, también abarcan la ansiedad, el aislamiento social y la depresión, además de emociones recurrentes como la ira, la irritación, la desesperación y la angustia (Tan, 2004; Tallab, 2004; Krejci-Manwaring, Kerchner, Feldman, Rapp & Rapp, 2006; Guerra, 2007; Gollnick, Finlay & Shear, 2008), bajos niveles de autoestima, autoconfianza, asertividad, dolor, malestar (síntomas de tipo psicósomático), ideación suicida, vergüenza, inhibición social, alteración en la percepción de la imagen corporal propia y síntomas de tipo obsesivo compulsivo (Tan, 2004; Tallab, 2004).

Considerando tanto las secuelas psicológicas mencionadas anteriormente, como la ubicación de esta

patología dentro del grupo de trastornos psicocutáneos que se asocian estrechamente con factores psicológicos según Krunic y Lobato (2008); la psicología debe ser una de las disciplinas con mayor interés en el abordaje exhaustivo de la misma, aportando investigaciones sobre su impacto psicológico, social y profesional a los hallazgos sobre el grado de severidad de la enfermedad. Es así como la presente investigación intenta contribuir a esta tarea, determinando si existe o no relación entre el padecimiento de acné vulgar, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social en la adolescencia, trabajando desde la perspectiva biopsico-social de la psicología de la salud, recogiendo la interdisciplinariedad que ello implica.

Fundamentación teórica

La vida sobre la tierra es posible gracias a la existencia de la piel como órgano protector (Elias, Feingold & Fluhr, 2005) cuyas funciones principales son el mantenimiento de la integridad del cuerpo, la protección contra estímulos perjudiciales, la absorción y excreción de líquidos, la regulación de la temperatura, la absorción de la luz ultravioleta, la detección de estímulos sensoriales, la acción como barrera contra microorganismos, entre otras (Goldsmith, 1991; Freinkel & Woodley, 2001, citados por McKee, Calonje & Granter, 2005). La piel empezó a ser considerada como un órgano alrededor de 1777 (Lorry, 1777, citado por Holubar & Fatovic-Ferencic, 2005) y en la misma época se designa el término dermatología para nombrar a una de las primeras especialidades de la medicina en desarrollarse, cuyo objetivo es el estudio de las enfermedades de la piel.

Dentro de los procesos patológicos que afectan la piel se encuentran los trastornos visibles de la superficie cutánea, que desde la antigüedad han sido la excusa para asignar significaciones sociales y religiosas a las personas que los padecen, es por esto que a pesar de haber transcurrido 25 siglos desde la escuela de Hipócrates y de la importante modificación de los fundamentos teóricos de la ciencia médica, aún se atribuyen este tipo de trastornos a castigos divinos (Holubar & Fatovic-Ferencic, 2005). Sin embargo, y partiendo de los actuales fundamentos teóricos y epidemiológicos, la patogenia de los mismos es multifactorial y a pesar de que ya no se hable de castigo divino, las personas que lo padecen siguen siendo consideradas diferentes al común de individuos, por cuestiones que trascienden a las lesiones

que caracterizan a la patología, las cuales podrían ser incluidas dentro de las consecuencias sociales y psicológicas negativas de las enfermedades cutáneas, como el acné (Krowchuk, 1991, citado por Thiboutot & Strauss, 2005).

Los jóvenes entre los 12 y los 24 años de edad son los más afectados, sin embargo el "pico de severidad" de la enfermedad se presenta en las mujeres a los 17 o 18 años y en los hombres entre los 19 y los 21 años de edad (Herane & Kaminsky, 2007). Razón por la cual son los adolescentes, la población foco del presente estudio, teniendo en cuenta además, que es un período de transición en el ciclo vital humano; en donde aspectos como la conformación de la identidad, la búsqueda de la independencia, además de los cambios físicos, psicológicos y emocionales se convierten en temas claves (Santrock, 2004; Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005).

Como lo afirman Thiboutot y Strauss (2005, citando a Koo, 1995): "no hay ninguna enfermedad que cause más inseguridad y sentimientos de inferioridad que el acné" (p. 771), por esto es importante considerar como secuelas algo más que las cicatrices físicas, sobretodo en la etapa de la adolescencia. En congruencia con lo que plantean Thiboutot y Strauss (2005, citando a Krowchuk, 1991): "(...) el acné es percibido por los adolescentes como algo que tiene consecuencias personales y sociales negativas" (p.771).

"Las alteraciones psiquiátricas asociadas con el acné pueden adoptar muchas formas, entre las que figuran el deterioro de la imagen corporal y de la autoestima, la marginación social, la depresión e incluso la ira" (Thiboutot & Strauss, 2005, pp. 771-772). Por otro lado, Zaenglein y Thiboutot (2003) afirman que: "el impacto psicosocial al igual que el económico del acné es innegable, a menudo crea inseguridad y aislamiento social en aquellos que están afectados" (p. 531). De esta manera la investigación sobre el impacto psicosocial de esta enfermedad se reviste de gran importancia, y desde los aportes realizados por Herane y Kaminsky (2007), es posible consignar que el abordaje de esta patología debe ser detallado y amplio, considerando el grado de severidad de la enfermedad, a través de la identificación del número y tipo de lesiones y la presencia de cicatrices, así como también de su impacto psicológico, social y profesional, reconociendo así que en las enfermedades físicas intervienen de manera significativa otro tipo de factores: "las personas gozan de salud y padecen de enfermedad por la calidad de sus cogniciones, emociones y conductas" (Oblitas, 2008, p. 251).

Se retoman a continuación los niveles de organización que favorecen la atención de los diferentes problemas de salud en los individuos, que de acuerdo a Rodríguez y García (2000), citando a Stone (1982) dentro de la psicología de la salud son: niveles intraindividuales, como el nivel bio-químico; por ejemplo la consideración de los efectos secundarios de los medicamentos, el nivel fisiológico y de aprendizaje instrumental o condicionado, que se relaciona preferentemente con las contribuciones de técnicas como el biofeedback y la modificación de conducta; el nivel psicológico en las esferas emotiva, motivacional, cognitiva y comportamental además del nivel social relacionado con aspectos como colaboración con el diseño de políticas públicas.

Otra de las disciplinas que ofrece aportes importantes para la mencionada problemática, y que además ha interesado a la dermatología, es la psico-neuro-inmunología (PNI). Esto debido a que un número importante de las enfermedades de las que se ocupa esta especialidad de la medicina, presentan según Huber (1997) fuertes causas psicogénicas. Al respecto, Navarrete (2006) en una exhaustiva revisión de estrés y psiconeuroinmunología, afirma que ningún órgano o sistema corporal en el ser humano está exento de sufrir los efectos del estrés. Aquí aparece el acné, como una de las manifestaciones dermatológicas del mismo.

Por ser la adolescencia la etapa de la vida en la que ocurre con mayor frecuencia la aparición de esta enfermedad, y retomando nuevamente el planteamiento teórico de Herane y Kaminsky (2007), se facilita el desarrollo de trastornos psicológicos importantes, considerando que se trata de la etapa de formación de la personalidad y la autoimagen, así como también de una fase de transiciones de índole física, social y psicológica. La adolescencia, entonces, se constituye como la población de interés teniendo en cuenta que se refiere a "un período de transición en el ciclo vital humano comprendido entre la infancia y la etapa adulta" (Santrock, 2004, p. 1), en donde aspectos como la conformación de la identidad, la búsqueda de la independencia, además de los cambios físicos, psicológicos y emocionales se convierten en temas claves para su comprensión (Kimmel & Weiner, 1998; Moreno & Del Barrio, 2000; Santrock, 2004; Papalia, et al., 2005).

No se ha llegado a un acuerdo sobre la edad de inicio o de término de la adolescencia, a pesar de haber diversos estudios acerca de esta etapa del desarrollo. De acuerdo a los planteamientos de Stanley Hall, citado en Santrock, 2004, la adolescencia es un constructo en donde el desarrollo físico y genético va

de la mano con las influencias del medio en donde se ubica el individuo, siendo un período comprendido entre los 13 y los 23 años. Asimismo, Papalia, et al. (2005) proponen que la etapa de la adolescencia da comienzo con la pubertad y tiene una duración entre los 11 o 12 años hasta los 19 o 21 años de edad.

Cada transición en las etapas del desarrollo supone grandes diferencias en la percepción tanto propia como del contexto. La transición evolutiva de la infancia a la adolescencia, está asociada a cambios emocionales en relación al ámbito social, tales como la búsqueda de la independencia, el aumento de los conflictos con las figuras paternas y de autoridad y el incremento de la motivación para relacionarse con pares. El cambio a nivel cognoscitivo que se presenta durante esta etapa, los hace ir más allá de la resolución de problemas concretos a un pensamiento abstracto y sobre todo a una perspectiva diferente de la vida social, en donde el contexto incide significativamente (Santrock, 2004).

Los contextos sociales permiten comprender la manera en que el adolescente se constituye y se entiende como tal, además de ser los marcos culturales e históricos en donde suceden los cambios biológicos, cognoscitivos y emocionales (Papalia et al., 2005). En estos contextos, para los adolescentes lo que se instituye como prioridad son las relaciones con los pares y el cómo los perciben ellos, puesto que la exclusión por su parte trae consigo sentimientos como la frustración o la tristeza, además del estrés. Y por otro lado este grupo de pares les ofrece a los jóvenes una retroalimentación activa de sus conductas y habilidades (Santrock, 2004). Para los profesionales de la psicología, la relación de los adolescentes con sus iguales se convierte en un indicador de la calidad de su desarrollo, es decir, tener relaciones positivas con pares es sinónimo de un desarrollo social adecuado, y al mismo tiempo la incapacidad de vincularse a otros jóvenes se traduce en problemáticas de tipo social, cognoscitivo y conductual (Santrock, 2004).

Existe una conexión entre todos los cambios que se dan en la adolescencia y la vinculación con los demás, que influye constantemente en el bienestar de los jóvenes (Papalia et al., 2005). Esta vinculación se relaciona con las habilidades sociales que cada individuo desarrolla a lo largo de su vida, pero en la etapa de la adolescencia su desarrollo es imprescindible.

La investigación sobre las habilidades sociales no ha arrojado datos definitivos sobre cómo y cuándo se aprenden las mismas, sin embargo se sabe que la niñez es sin duda un período crítico. De acuerdo con

Argyle (1969), citado por Caballo (1998), estas dependen, al igual que otras capacidades, de la maduración y las experiencias de aprendizaje. Las consideraciones más relevantes al respecto fueron planteadas en la teoría del aprendizaje social, según Bellack y Morrison (1982) citados por Caballo (1998).

Las habilidades sociales al igual que la adolescencia deben ser consideradas dentro marcos culturales determinados, en los cuales los patrones de comunicación varían significativamente de una cultura a la otra y dentro de la misma cultura, en relación con factores como la edad, el sexo, la clase social y la educación (Meichenbaum, Butler & Grudson, 1981, citados por Caballo, 1998). Además del marco cultural en el que se inscribe la conducta, según Caballo (1998), citando a Wilkinson y Carter (1982), el individuo imprime en la situación actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo particular de interacción.

En una conducta socialmente habilidosa se identifican dos requisitos fundamentales: la consecución de objetivos planteados y el consenso social sobre la condición de competente de la respuesta de un individuo para una situación específica. Dentro de las posibles consecuencias que tiene una conducta socialmente habilidosa, según Caballo (1998) es posible identificar: la eficacia para lograr los objetivos de la respuesta, para mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción y para conservar la autoestima de aquella persona que se considera como socialmente habilidosa. Sin embargo es necesario acotar que el valor de estos objetivos está dado por las variaciones en tiempo, situaciones y actores (Linehan, 1984, citado por Caballo, 1998). Las costumbres sociales y todas las normas culturales se modifican a lo largo de la vida de un sujeto, por lo tanto para ser socialmente habilidoso es imprescindible seguir aprendiendo, esto explicaría que luego de períodos prolongados de aislamiento se perdieran las habilidades sociales, situación que también se presenta debido a perturbaciones cognitivas y afectivas (Caballo, 1998).

Ahora bien, un déficit en las habilidades sociales tiene consecuencias mucho mayores en la etapa de la adolescencia porque en ella convergen cambios de tipo psicológico, físico y social y porque es el momento en el que el individuo puede consolidar el aprendizaje de las conductas socialmente habilidosas. Además del desarrollo de las habilidades sociales, el 80% de los adolescentes tiene que hacer frente al padecimiento de acné (Gaudio et al., 1993; Goldstein, 1992; Zaenglein et al., 2009).

Aunque el tema debe ser tratado en futuras investigaciones, porque no se han estudiado las razones por las que problemas de tipo psicológico relacionados con las habilidades sociales se presentan en algunos adolescentes con acné y no en todos, según Caballo (1998) y Guerra (2007), la adolescencia corresponde a la etapa de la vida en la que se presenta con mayor frecuencia el acné y en la que además las habilidades sociales están en proceso de desarrollo, por ello las consecuencias psicosociales de esta enfermedad tienen mayor repercusión y son más representativas para los adolescentes que las consecuencias de tipo físico. Es así como los niveles de problemas sociales, psicológicos y emocionales descritos por los pacientes con esta patología son mayores que los relacionados con enfermedades crónicas graves como el asma, la epilepsia, la diabetes y la artritis (Mallon et al., 1999; Guerra, 2007). Esto explica la ubicación del acné vulgar dentro del grupo de trastornos psicocutáneos que se asocian estrechamente con factores psicológicos (Kronic & Lobato, 2008).

Dichos factores psicológicos se refieren a la aparición de condiciones concomitantes, como la ansiedad, el aislamiento social y la depresión, además de emociones negativas recurrentes como la ira, la irritación, la desesperación y la angustia (Tan, 2004; Tallab, 2004; Krejci-Manwaring, et al., 2006; Guerra, 2007; Gollnick et al., 2008). Adicionalmente los pacientes con acné son propensos a presentar bajos niveles de autoestima, autoconfianza y asertividad, así mismo presentan síntomas de tipo psicósomático, como el dolor y el malestar, la ideación suicida, la vergüenza, la inhibición social, la alteración en la percepción de la imagen corporal propia y a síntomas de tipo obsesivo compulsivo (Tan, 2004; Tallab, 2004).

Al ser la ansiedad tanto una condición concomitante, como una secuela de esta patología se define como un factor que ayuda a profundizar la comprensión sobre la problemática abordada en el presente estudio. Desde los planteamientos de Hope y Heimberg (1995) considerando que muchas personas son tímidas o presentan algún tipo de inhibición, el sufrimiento que viven aquellos que padecen de fobia social es descuidado y circunstancias como la evitación y el pánico frente a situaciones de interacción y formación de relaciones interpersonales no reciben el tratamiento adecuado, por el contrario se les normaliza socialmente.

Según Chaves y Castaño (2008) las personas que padecen de fobia social se caracterizan por un temor exacerbado a una variedad de situaciones sociales, en las que su mayor preocupación consiste en ser humi-

llados o avergonzados por una actuación inadecuada o por exhibir síntomas de ansiedad. Es así como este trastorno se caracteriza por la activación de una respuesta de ansiedad frente a situaciones, que van desde las interacciones no-contingentes como hablar en público hasta conversaciones cara a cara, las cuales pueden ser enfrentadas con un profundo temor o evitadas por completo (Chaves & Castaño, 2008). Otro síntoma importante según Chaves y Castaño (2008, citando a Bobes, Bascarán, Bousoño, García-Portilla & Saiz, 2003; Amir, Beard & Bower, 2005) es la preocupación exacerbada por la presentación evidente para otros, de síntomas autonómicos (sudoración, taquicardia, temblor, ruborización), lo que posibilita que la atención se focalice no sólo en ellas, sino también en emociones y cogniciones negativas y en los errores en el comportamiento propio.

Existen dos subtipos de fobia social, la específica y la generalizada, los cuales han generado muchas controversias, de tal manera que el único consenso establecido indica que ambos se caracterizan por la evitación activa y el temor frente a situaciones de interacción social. La diferencia radica en que en la fobia específica no se teme a toda interacción social, sino a la actuación o desempeño en alguna actividad social y en la generalizada, el temor se dirige a la evaluación negativa de otros y a su capacidad para notar los síntomas autonómicos, anteriormente mencionados, por lo que la estrategia principalmente utilizada es el aislamiento (Chaves & Castaño, 2008, citando a Sánchez, Rosa, & Olivares, 2004).

Con respecto a la prevalencia de este trastorno, Chaves y Castaño (2008), citando a la Asociación Psiquiátrica Americana (2002), determinó que oscila entre el 3% y 13% de la población global, mientras que en lo referente a la consulta clínica, los mismos autores, citando a Sánchez, et al. (2004), sostienen que, entre el 60% y 70% de los pacientes que consultan por problemas interpersonales significativos, tienen diagnóstico de fobia social generalizada, acompañada de un inicio más temprano, que por lo general se encuentra ubicado en la adolescencia.

En cuanto al tipo de consecuencias que padecen las personas con este trastorno es posible distinguir que, por lo general, la formación académica y el empleo no sean correspondientes, dado que la mayoría de las personas que padecen de fobia social tienen la creencia acerca de que su funcionamiento académico y social en general está determinado por su incapacidad. Adicionalmente en lo referente a la constitución de una

pareja, Chaves y Castaño (2008), citando a Sanderson, DiNardo, Rapee y Barlow (1990), reportan que en una muestra de personas con edades cercanas a los 30 años de edad que nunca habían contraído matrimonio, el 50% padecían fobia social, en comparación con el 36% de individuos con agorafobia y el 18% de personas con desorden de ansiedad generalizada.

La edad de inicio de este trastorno se encuentra ubicada entre los 12 y 25 años de edad, según las cifras del National Institute of Mental Health, por lo que es posible decir que existen personas que viven toda una vida con este trastorno y en cuanto a la prevalencia de acuerdo al género, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, la fobia social es igualmente común en hombres y mujeres (Chaves & Castaño, 2008).

Chaves y Castaño (2008), plantean que la principal característica de la fobia social es el miedo a la evaluación negativa por parte de otros, sin embargo al ser tan variadas las situaciones que evocan este tipo de temor, resulta necesaria la distinción de dicho tipo de situaciones. Atendiendo a esta necesidad los autores anteriormente mencionados, citando a Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz (1992), proponen cuatro tipos de dominios para estas situaciones que son los siguientes: interacciones de habla formal, interacciones de habla informal, aserción y observación del comportamiento, como escribir en público, las personas ubicadas en los últimos dominios también deben ser ubicadas en los anteriores.

En estudios realizados con la población adolescente española, por Guerra (2007), con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años y los 18 y los 24 años se obtuvieron los siguientes resultados: el 12% de la población con acné grave a moderado manifiesta haber dejado de salir de la casa en alguna ocasión debido a este problema, el 40% (60% al tratarse de acné grave a moderado) reporta sentirse acomplejado, el 16% refiere que el acné afecta sus estudios, el 30% reporta haber tenido conflictos con sus pares, el 49% (63% tratándose de acné grave a moderado) informa que debido al acné tiene dificultades para relacionarse con personas del sexo opuesto. En otro grupo de estudios llevado a cabo con la misma población, el 100% manifiesta su preocupación por el acné, el 72.3% manifiesta sentirse menos atractivo, el 38.5% identifica complejos en los sentimientos hacia sí mismo y cerca del 30% presenta modificaciones en sus actividades diarias como la asistencia a clases, la práctica de deportes y los encuentros casuales con amigos o con personas del sexo opuesto debidas al acné. Aspectos adicionales recogidos en estos estu-

dios hacen referencia a la sensación de ser constantemente observados por el común de la gente en un 44.7% de la población y al reconocimiento de haberse vuelto más callados en un 25.9%.

Dentro de las afecciones de tipo psicosocial y la calidad de vida asociadas con el acné que pueden persistir por décadas, según Gollnick, et al. (2008), se encuentran las siguientes: las consecuencias de las decisiones de la vida sobre las relaciones interpersonales, estudio y elecciones de trabajo tomadas en la adolescencia, debido a que un número reducido de actividades sociales durante la adolescencia incide negativamente en la aceptación para programas de educación superior. Así como menores experiencias laborales tempranas repercuten a largo plazo en la formación profesional. Finalmente, la presencia de acné visible o de cicatrices puede afectar la opinión de aquellas personas que se encargan de hacer las entrevistas para el ingreso a la educación superior o a los puestos de trabajo.

Los datos anecdóticos acerca de los problemas psicológicos en pacientes con acné han adquirido respaldo científico en estudios recientes, en los que se plantea una relación de causalidad y reciprocidad entre el acné y el estado emocional y funcional del paciente (Killman, 1991, citado por Fried & Wechsler, 2006). Fried & Wechsler (2006) plantean que los problemas psicosociales relacionados con el acné son la disminución de contactos amorosos, la participación en deportes, la programación de salidas de entretenimiento, el deterioro del rendimiento académico y el aumento de las tasas de desempleo (16.2% para personas que padecen acné y 9.2% para quienes no lo padecen). Esto indica que el acné afecta el funcionamiento social, académico y profesional del individuo.

Los efectos sociales adversos del acné están determinados, desde los planteamientos de Krejci-Manwaring et al. (2006), tanto por la gravedad de la patología, como por algunas características de la personalidad, abordadas a continuación. El estudio en el cual se basa esta afirmación fue realizado en USA, a 479 personas entre los 16 y 62 años, mediante una encuesta de autoinforme en la que se incluyeron preguntas sobre la sensibilidad social, siendo este un rasgo de la personalidad, y sobre tres dimensiones del impacto social negativo del acné: preocupaciones sociales a nivel general, íntimo o relaciones afectivas y de interferencias del acné en las relaciones sociales. Finalmente, se evaluó el nivel genérico de calidad de vida a partir de condiciones generales, de enfermedades dermatológicas y del acné en específico. Tam-

bién es necesario incluir los planteamientos de Fried (1998), retomados por Baldwin (2002), sobre una de las formas generales de interacción entre el acné y la psique que consiste en la posibilidad de la disminución de la funcionalidad psicológica y la calidad de vida de los pacientes que padecen acné.

Los resultados arrojados por esta investigación permiten concluir que los factores psicológicos influyen en la vulnerabilidad del impacto de las enfermedades en los individuos y que, específicamente, la sensibilidad social se asocia con un menor nivel general de calidad de vida. Asimismo, en las mujeres se asocia independientemente con impactos sociales negativos, mientras que en los hombres incide en perjuicios para el funcionamiento social, siempre y cuando la gravedad del acné sea alta. Por último, se estableció que independientemente del género, una mayor severidad del acné se asocia con un mayor impacto social negativo.

Para la sustentación de la inclusión del tratamiento psicológico en la atención a las personas que padecen acné, es necesario retomar además la relación entre la ansiedad o fobia social y las habilidades sociales, a partir de la perspectiva de Iruarrizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuazo y Sastre (1999), que evidencia la relación basada en las respuestas del sistema cognitivo de los seres humanos. Asimismo, estos autores, plantean que donde se evidencia claramente lo profundamente relacionadas que están las habilidades sociales y la ansiedad social es en las relaciones cotidianas que las personas conciben, de alguna manera, incómodas o difíciles de manejar.

Desde los postulados de Inglés, Méndez y Hidalgo (2001), las dificultades interpersonales, relacionadas con una falencia en las conductas socialmente habilidosas, son uno de los principales riesgos de la fobia social. Dichas dificultades generan actitudes de rechazo y evitación de relaciones que recaen en "pérdidas de oportunidades para una socialización adecuada" (La Greca & López, 1998 citado por , Inglés, Méndez & Hidalgo, 2001, p. 101).

Igualmente, desde los planteamientos de Iruarrizaga, et al., (1999) se confirma una relación inversamente proporcional entre la ansiedad y las habilidades sociales: "se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales". Y en lo anterior recae la justificación de la psicología dentro del tratamiento del acné puesto que, el entrenamiento en habilidades sociales logra un cambio en la autopercepción de los sujetos y reduce los niveles de ansiedad social.

Objetivo general

Determinar si existe relación entre el padecimiento de acné vulgar, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social en adolescentes varones entre 18 y 21 años de edad, con una exposición igual o menor a los seis meses a tratamientos dermatológicos.

Objetivos específicos

- Establecer el nivel de habilidades sociales en adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad que no padezcan de acné.
- Determinar si se presenta o no padecimiento de ansiedad social en adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad que no padezcan de acné.
- Demostrar si se presenta o no padecimiento de ansiedad social en adolescentes varones que padezcan de acné entre los 18 y los 21 años de edad.
- Comprobar si existe o no relación entre el padecimiento de acné y el nivel de habilidades sociales de adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad.
- Establecer si existe relación entre el padecimiento de acné, el nivel de habilidades y la ansiedad social en adolescentes varones que padezcan de acné entre los 18 y los 21 años de edad.
- Determinar si existe relación entre el padecimiento de acné, el nivel de habilidades y la ansiedad social en adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad que no padezcan de acné.
- Plantear recomendaciones para la realización de posibles estudios que profundicen la relación entre el padecimiento de acné, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social.

Categorías de análisis

Habilidades sociales.

Las habilidades sociales o conducta asertiva según Gismero (1996, citado por Gismero, 2002), consisten en: el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera de no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo (p.14). Esta categoría de análisis

se midió a través del Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado, propuesto por Goldstein (Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1989).

Ansiedad social.

La ansiedad social es un trastorno que se caracteriza por un temor exacerbado a una variedad de situaciones sociales, en las que la mayor preocupación consiste en ser humillados o avergonzados por una actuación inadecuada o por exhibir síntomas de ansiedad, según Chaves y Castaño (2008), y por la activación de una respuesta de ansiedad frente a situaciones, que van desde las interacciones no-contingentes como hablar en público hasta conversaciones cara a cara, las cuales pueden ser enfrentadas con un profundo temor o evitadas por completo.

La respuesta de ansiedad se refiere al “conjunto de respuestas, motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables antecedentes” (Méndez & Macia, 1994, p. 427). Dichas respuestas consisten en la evitación, ya sea activa o pasiva refiriéndose al impedimento de la aparición de estímulos que provocan ansiedad, el aumento del sistema nervioso autónomo (rama simpática) lo que cause incremento en la actividad cardiovascular y el aumento en las respuestas electrodérmicas, y, por último, la respuesta cognitiva reflejada en pensamientos negativos sobre la situación y sobre sí mismo (Méndez & Macia, 1994).

Esta categoría de análisis se midió por medio de la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) desarrollada en 1969 por Watson y Friend y validada en Colombia por Chaves y Castaño (2008).

Padecimiento de acné vulgar.

El padecimiento de acné en adolescentes se refiere a aquellos adolescentes que sufran de esta enfermedad dermatológica. Esta última categoría se determinó por medio del diagnóstico dermatológico profesional de acné vulgar, teniendo en cuenta que esto lo diferencia de otros tipos de acné por los grados de patología que presentan las personas.

Método

Tipo de investigación

La investigación es de tipo correlacional y comprende procedimientos estadísticos de diferencia de grupos, que permiten determinar el posible comportamiento de una variable conociendo el comporta-

miento de otra variable relacionada (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Diseño

El estudio tiene un diseño de tipo no experimental transeccional correlacional, considerando que se describe la relación entre diversas variables en un momento determinado en términos correlacionales (Hernández, et al., 2006). Incluye dos grupos, el grupo A conformado por adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad que no padecen acné y el grupo B conformado por adolescentes varones en el mismo rango de edad, que padecen acné vulgar de acuerdo al diagnóstico dermatológico.

Participantes

Se realizó un muestreo intencional no probabilístico, a través del cual se seleccionaron dos grupos de 15 sujetos participantes, es decir, un total máximo de 30 participantes, con las siguientes características: edades entre los 18 y los 21 años de edad y sexo masculino, dado que de acuerdo a los datos epidemiológicos establecidos, esta patología es más frecuente en varones y su pico de severidad se encuentra ubicado en el rango de edad seleccionado; adicionalmente se tuvo en cuenta su vinculación a algún tipo de institución educativa de estudios superiores, para facilitar el nivel de acceso a los mismos. En el caso del grupo B, es decir, adolescentes con padecimiento de acné vulgar, se encontraban al inicio de su tratamiento dermatológico, con fechas de exposición iguales o menores a los seis meses, para que de esta manera los resultados positivos o negativos del tratamiento no fueran una variable interviniente en los resultados obtenidos.

Instrumento

Para evaluar el grado de relación entre las variables, padecimiento de acné en adolescentes, habilidades sociales y ansiedad social, se utilizó como estrategia metodológica la aplicación y puntuación de los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado (Goldstein et al., 1989) y la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) (Chaves & Castaño, 2008).

El Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado fue diseñado para evaluar las deficiencias y las competencias en las diferentes habilidades tanto

personales como interpersonales. Los autores agruparon las habilidades en seis grupos que son: habilidades sociales iniciales; habilidades sociales avanzadas; relacionadas con los sentimientos; alternativas a la agresión; de enfrentamiento al estrés; de planificación. Cada grupo consta de varias preguntas, siendo el menor número 6 y el mayor 12, para un total de 50 preguntas. Las respuestas a las diferentes preguntas valoran el nivel de desempeño del sujeto en las diferentes habilidades, valorado por la frecuencia con que el sujeto utiliza adecuadamente la conducta. La frecuencia se valora en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 = nunca, 2 = muy pocas veces, 3 = alguna vez, 4 = a menudo, 5 = siempre. Las respuestas revelan también en qué tipo de situación se da la conducta y se presenta la posibilidad de indicar si en alguna de las situaciones presentadas se experimentan dificultades especiales (Goldstein et al., 1989).

La Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD), validada en Colombia por Chaves y Castaño (2008), consta de 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta, verdadero o falso, y evalúa de acuerdo a los mismos autores el malestar subjetivo en situaciones sociales y la evitación activa o deseos de evitación que experimentan las personas con fobia social. La fiabilidad encontrada en el estudio mediante el Alfa de Cronbach fue 0,85, siendo la puntuación máxima 24 y la mínima 0, el percentil 25 correspondiente a una puntuación de 5, el percentil 50 a una puntuación de 9 y el percentil 75 a una puntuación de 13. Estos resultados encuentran semejanzas con los datos aportados por la investigación original de Watson y Friend (1969, citados por Chaves & Castaño, 2008) quienes reportaron una media de 9,1 y un alfa de 0,90.

Procedimiento

La identificación de los instrumentos empleados para la medición de las variables, nivel de habilidades sociales y la ansiedad social, se logró teniendo en cuenta las siguientes características: validación con la población pertinente, en este caso adolescentes, lenguaje comprensible y metodología de aplicación sencilla; los instrumentos seleccionados fueron el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado (Goldstein et al., 1989) y la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD), (Chaves & Castaño (2008). La revisión de la justificación psicométrica de ambos instrumentos se realizó con la supervisión del asesor metodológico y se contactó especialmente a una de las autoras del artícu-

lo de validación de la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD), la profesora vinculada al Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, de la Universidad de Antioquia, Medellín por recomendación del mismo, para acceder a la metodología de calificación de la misma. De esta manera, para determinar la relación entre el padecimiento de acné vulgar, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social fue necesario el proceso de impresión de las respectivas escalas, la elaboración de un consentimiento informado para los participantes, de forma tal que se cumplieran los criterios éticos planteados en el Código Deontológico y Bioético de la Ley 1090 del 2006, considerando que se trabajó con participantes humanos y del Código de Conducta de la APA (American Psychological Association, 2010), respetando los principios que se refieren a la consideración de no lastimar a nadie en la investigación, el establecimiento de una relación adecuada del psicólogo con los participantes, la importancia de la precisión, honestidad y confianza en la ciencia y la justicia al especificar procesos, procedimientos y servicios a la población participante.

Posteriormente, la realización de una selección intencional no probabilística de la muestra en instituciones educativas de educación superior y en el consultorio de un dermatólogo privado contactado por las investigadoras. La selección se llevó a cabo, considerando como característica principal del grupo B, conformado por adolescentes varones entre los 18 y los 21 años de edad con padecimiento de acné vulgar de acuerdo a un diagnóstico dermatológico confirmado al estar los pacientes actualmente en tratamiento dermatológico con un tiempo de exposición al mismo, menor o igual a los seis meses.

Consecutivamente la firma por parte de la muestra seleccionada del consentimiento informado en el que se explica el propósito y el alcance de la investigación y se garantiza la confidencialidad de los participantes, para poder aplicar el instrumento; la información de retorno que se les proporcionó a los mismos consistió en una explicación de los resultados en la prueba, teniendo el cuidado de no generar consecuencias negativas frente a resultados de puntuaciones globales muy bajas, explicando que se trata de conductas aprendidas, que en la etapa de la vida en la que se encuentran los participantes aún se encuentran en desarrollo y ofreciendo información de contacto sobre formas de acceso a asesoría psicológica para el respectivo entrenamiento en habilidades sociales, si es del interés de la persona.

Luego de tener las aplicaciones necesarias, el proceso de calificación de los instrumentos, sistematización y análisis cuantitativo, descriptivo y correlacional de los resultados, a partir de la comparación de los promedios del nivel de habilidades sociales o aserción y del padecimiento o no de ansiedad social en el grupo A y el grupo B, a través del programa de análisis, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 18). Para finalizar, el establecimiento de una discusión, en la que se integren los fundamentos teóricos revisados y los resultados obtenidos, para la formulación de las conclusiones de la investigación.

Resultados

Los resultados presentados a continuación, corresponden al tratamiento estadístico de las puntuaciones obtenidas por los dos grupos de participantes en el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado y en la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD), a través del programa de análisis, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 18).

En el análisis de confiabilidad de los instrumentos empleados, se obtuvieron como resultado los siguientes valores para el Alfa de Cronbach: 0,937 para el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado; 0,809 para el Grupo I de habilidades de dicho cuestionario denominado *Primeras Habilidades Sociales*; 0,535 para el Grupo II de habilidades cuyo nombre es *Habilidades Sociales Avanzadas*; 0,686 para el Grupo III de habilidades designado con el nombre de *Habilidades Relacionadas con los Sentimientos*; 0,836 para el Grupo IV de habilidades denominado *Habilidades Alternativas a la Atención*; 0,836 para el Grupo V de habilidades llamado *Habilidades para Hacer*

Frente al Estrés; 0,716 en el Grupo VI de habilidades, *Habilidades de Planificación*; 0,846. Para la *Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)*; 0,726 para el componente de *Ansiedad Social* de dicha escala y 0,728 para el componente de *Evitación*. Estos datos indican que, el resultado total del Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado, así como los subtotales de los grupos I, V y VI tienen un nivel de confiabilidad estadísticamente significativo, mientras que en el caso de los subtotales de los grupos II y III el nivel de confiabilidad se encuentra por debajo de lo esperado.

A partir de la revisión exhaustiva de las tablas 1, 2, 3, 4, y 5, que muestran los resultados de las correlaciones existentes entre las puntuaciones de los dos instrumentos y de cada uno de sus componentes es posible concluir que:

1. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa al nivel 0,01 de significancia y de grado mínimo entre las puntuaciones globales para los participantes con y sin padecimiento de acné, en ambos instrumentos, el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado y la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).
2. Existe una diferencia de medias estadísticamente significativa, a un nivel de significancia de 0,01, entre las puntuaciones globales para los participantes con y sin padecimiento de acné, en el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado.
3. Existe una diferencia de medias estadísticamente significativa, a un nivel de significancia de 0,034, entre las puntuaciones globales para los participantes con y sin padecimiento de acné, en la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).
4. Existe correlación entre las tres variables relacionadas, el padecimiento de acné en adolescentes varones entre los 18 y 21 años de edad, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social.

Tabla 1

Correlaciones. Entre Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado y Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).

		Puntaje Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado	Puntaje Total Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)
Puntaje Total Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	-0,481** 0,007
	N	30	30
Puntaje Total Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		1
	N		30

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2

Prueba de Medias. Estadísticos de Grupo. Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado.

	Condición Acné	N	Media	Desviación Típ.	Error Típ. de la media
Puntaje Total en Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado	Sin Acné	15	190,87	23,790	6,143
	Con Acné	15	165,13	10,035	2,591

Tabla 3

Prueba de Diferencia de Medias. Prueba de Muestras Independientes. Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado.

			Prueba de Levene para Igualdad de Varianzas				Prueba T para Igualdad de Medias				
			F	Sig.	T	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error Típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
										Inferior	Superior
Puntaje Cuestionario Habilidades Aprendizaje Estructurado	Total de del	Se han asumido varianzas iguales	9,928	0,004	3,86	28	0,001	25,733	6,667	12,077	39,389
		No se han asumido varianzas iguales			3,86	18,829	0,001	25,733	6,667	11,771	39,389

Tabla 4

Prueba de Diferencia de Medias. Estadísticos de Grupo. Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).

	Condición Acné	N	Media	Desviación Típ.	Error Típ. de la media
Puntaje Total Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)	Sin Acné	15	5,47	4,533	1,171
	Con Acné	15	9,60	5,591	1,444

Tabla 5

Prueba de Diferencia de Medias. Prueba de Muestras Independientes. Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).

		Prueba de Levene para Igualdad de Varianzas				Prueba T para la Igualdad de Medias				
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error Típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior	
Puntaje Total Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)	Se han asumido varianzas iguales	0,945	0,339	-2,224	28	0,034	4,133	1,858	-7,940	-0,326
	No se han asumido varianzas iguales			-2,224	26,854	0,035	-4,133	1,858	-7,948	-0,319

Discusión

En primera instancia es necesario abordar los coeficientes de confiabilidad de los instrumentos, arrojados por el paquete de análisis estadístico. De esta manera es posible afirmar que los mayores coeficientes corresponden a las pruebas completas. Es decir, con los resultados de todos sus componentes totalizados por encima de 0,8 y por lo tanto, dentro de lo esperado estadísticamente. Al interior de los componentes de cada una de las pruebas; por ejemplo el *Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado*, solo los grupos I *Primeras Habilidades* y V *Habilidades Sociales para Hacer Frente al Estrés* obtuvieron un puntaje dentro de lo esperado estadísticamente, siendo el grupo V el que logró la mayor puntuación. El grupo VI *Habilidades de Planificación* por su parte, obtuvo una puntuación que supera el 0,7 de nivel de significancia. En el caso de los componentes restantes, los grupos II *Habilidades Sociales Avanzadas*, III *Habilidades Relacionadas con los Sentimientos*, obtuvieron puntajes inferiores, siendo el grupo II el que alcanzó la menor puntuación.

En el caso de los componentes de la *Escala de Evitación y Ansiedad Social*, tanto la *Evitación* como la *Angustia Social*, obtuvieron puntajes por encima de 0,7, siendo el primer componente el que alcanzó la mayor puntuación. Todo lo anterior indica que las calificaciones totales de ambos instrumentos pueden considerarse como datos estables en el tiempo, es decir, confiables, así como también las calificaciones

correspondientes a los grupos I y V del *Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado*, mientras que los datos arrojados independientemente por los grupos restantes de dicho instrumento y por los dos componentes de la *Escala de Evitación y Ansiedad Social* deben ser tratados con reserva.

Al realizar una revisión exhaustiva de los resultados descriptivos de toda la muestra, es decir, de los dos grupos de participantes sin distinción de su condición de ausencia o presencia del padecimiento de acné vulgar para las dos pruebas, emergen en primer lugar consideraciones sobre las conclusiones contradictorias que surgen a partir del abordaje de las siguientes evidencias: indiscutibles diferencias numéricas entre los puntajes máximo y mínimo en los resultados de cada prueba, relacionados con promedios que indican un nivel del constructo cuya conclusión correspondería a un nivel de habilidades sociales aceptable y a un bajo nivel de ansiedad social, sumado a desviaciones típicas que muestran que la distancia entre cada una de las calificaciones y la media es alta, por lo que surge la duda sobre la inclusión de la población con padecimiento de acné en las distintas esferas sociales, debido a que con la aplicación de dichos instrumentos a todo tipo de población, resultaría evidente que existe una problemática significativa con respecto al nivel de habilidades sociales y de ansiedad social en las personas que padecen acné vulgar.

Al retomar los estadísticos descriptivos estimados para grupos separados, la primera afirmación que debe

consignarse se refiere a la presencia de puntajes mínimos, en el rendimiento de cada grupo con diferencias numéricas no muy marcadas, mientras que en el caso de las puntuaciones máximas obtenidas por el grupo de participantes con padecimiento de acné vulgar, para cada una de las pruebas psicológicas si existen diferencias numéricas llamativas, con respecto al rendimiento del grupo de participantes que no padecen acné, por lo que los primeros tendrían un nivel inferior de habilidades sociales y un nivel mayor de ansiedad social.

En este sentido, es necesario enfatizar la evidencia de las diferencias en los puntajes resultantes de los instrumentos aplicados con respecto a los dos grupos en relación con las variables psicológicas generadas por el padecimiento de acné. Los resultados obtenidos demuestran una relación inversamente proporcional entre un nivel alto de habilidades sociales y un bajo puntaje en ansiedad social para los adolescentes que no padecen de acné y lo contrario para los que sí lo padecen, de esta manera se confirman los planteamientos expuestos en la fundamentación bibliográfica acerca de las consecuencias negativas del acné en la autopercepción de los jóvenes y la incidencia en sus relaciones interpersonales.

De acuerdo a Zaenglein y Thiboutot (2003) y Thiboutot y Strauss (2005), las personas que padecen acné tienden a aislarse socialmente o a recluírse por el deterioro en su autoestima e imagen corporal, y aunque los dos aspectos anteriores no se califican con los instrumentos aplicados, pueden ser aspectos relacionados con los bajos puntajes en habilidades sociales y puntajes más altos en ansiedad social en los adolescentes que padecen de acné.

Asimismo, después de la revisión a los planteamientos de Tan (2004); Tallab (2004); Krejci-Manwaring, et al. (2006); Guerra (2007) y Gollnick, et al., (2008) sobre los factores psicológicos relacionados con el padecimiento de acné, podemos afirmar la presencia de los factores concomitantes expuestos por estos autores como el aislamiento social, la angustia y la ansiedad en relación con el padecimiento de esta enfermedad. Y siguiendo con los postulados de Tan (2004) y Tallab (2004), comparándolos con los resultados obtenidos, reafirmamos la hipótesis de las personas con acné a presentar bajos niveles de autoconfianza y asertividad, así como también la inhibición social causada por la distorsión de la imagen corporal. Aunque esta última afirmación necesita estudios de mayor profundidad, además de esta investigación que da un primer esbozo de la relación entre el acné y consecuencias psicológicas negativas.

Continuando con el análisis en lo referente a los estadísticos descriptivos para los componentes del *Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado* se resaltan los siguientes datos para el grupo de participantes sin acné: el menor puntaje alcanzado, teniendo en cuenta la relación de los puntajes máximo y mínimo, con el número de ítems fue el del Grupo II *Habilidades Sociales Avanzadas* con una diferencia de 2 puntos para el mayor puntaje posible y de 12 puntos para el menor puntaje posible, sumado a que la media estimada de este grupo es igual a la mayor puntuación posible, mientras que el puntaje máximo, con una diferencia de 0 puntos para la mayor puntuación posible y de 26 puntos para la menor puntuación posible, fue el obtenido en el Grupo V *Habilidades para Hacer Frente al Estrés*, sumado a que en este mismo grupo se estimó la media más alejada de la mayor puntuación posible y la mayor desviación estándar; por su parte en el Grupo VI *Habilidades de Planificación* se encuentra la menor desviación estándar.

Estos datos indican que para la población adolescente que no padece acné vulgar, el nivel de las habilidades sociales es alto. Para la comprensión de este hallazgo es importante tener siempre presente que los adolescentes son adolescentes independientemente del padecimiento o no de alguna enfermedad física o estética, en este caso, psicocutánea (Kronic & Lovato, 2008). Además, teniendo en cuenta que según Caballo (1998), los requisitos fundamentales para una conducta socialmente habilidosa son: la consecución de objetivos planteados y el consenso social sobre la condición de competente de la respuesta de un individuo para una situación específica y que, de acuerdo a las propuestas teóricas de Santrock (2004) y Papalia et al. (2005), el contexto incide significativamente en los cambios emocionales y cognitivos que permiten al adolescente tener una perspectiva diferente de la vida social, un alto nivel de habilidades sociales resulta de unas adecuadas relaciones, en las que los pares, en tanto figuras significativas dentro del contexto de los adolescentes, refuerzan activamente conductas y habilidades.

Para el grupo de participantes con padecimiento de acné vulgar, el menor puntaje alcanzado, teniendo en cuenta la relación de los puntajes máximo y mínimo, con el número de ítems fue el del Grupo V *Habilidades para Hacer Frente al Estrés* con una diferencia de 15 puntos para el mayor puntaje posible y de 14 puntos para el menor puntaje posible, sumado a que en este mismo se encuentra la media más alejada a la mayor puntuación posible, con una diferencia de 22

puntos; mientras que el puntaje máximo, con una diferencia de 8 puntos para la mayor puntuación posible y de 20 puntos para la menor puntuación posible, fue el obtenido en el *Grupo IV Habilidades Alternativas a la Atención*, sumado a que en este grupo además se encuentra la menor desviación estándar; la media más cercana a la mayor puntuación posible fue estimada en el *Grupo II Habilidades Sociales Avanzadas*; la mayor desviación estándar se encuentra en los datos correspondientes al *Grupo I Primeras Habilidades*.

De esta manera se observa que el grupo de habilidades en el que los participantes sin acné tienen las mayores fortalezas y el grupo de participantes con padecimiento de acné tienen las mayores dificultades, es el grupo de *Habilidades para Hacer Frente al Estrés*. Dentro de estas habilidades se encuentran la formulación de quejas, la resolución de la vergüenza, el arreglárselas cuando lo dejan de lado, responder al fracaso y hacer frente a las presiones de grupo, entre otras, lo que se evidencia entonces con los puntajes obtenidos es que los adolescentes que padecen acné presentan dificultades en comportamientos sociales que impliquen un postura clara frente a otras personas, así es como constatamos, desde los planteamientos de Fried y Wechsler (2006); Gollnick, et al. (2008) y Kronic y Lovato (2008), que las personas que padecen de acné presentan una reducción en sus actividades sociales (deportes, recreación, entretenimiento), que se relaciona negativamente con la aceptación en instituciones de educación superior, disminución de contactos amorosos, deterioro del rendimiento académico y el aumento de las tasas de desempleo en un 16.2% para personas que padecen acné y en un 9.2% para quienes no lo padecen.

Es importante reflexionar además sobre las evidencias que indican diferencias numéricas importantes entre el rendimiento de los dos grupos de participantes, en el caso de los hombres con padecimiento de acné vulgar, en ninguno de los componentes del *Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado* se alcanzó la mayor puntuación posible, mientras que en el caso del grupo de participantes sin acné se logró dicha puntuación en cuatro de los seis componentes, adicionalmente los promedios en el primer grupo adolescentes con acné están considerablemente más alejados de las mayores puntuaciones posibles en todos los componentes, así como también las desviación típicas son menores. Esto indica importantes dificultades para la población que padece de acné en el nivel de habilidades sociales.

En lo referente a los estadísticos descriptivos para los componentes de la *Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)* para grupos separados es importante tener en cuenta que, se estiman diferencia numéricas llamativas entre los promedios de los grupos en los componentes de *Evitación y Ansiedad Social*, con una diferencia de dos puntos aproximadamente, siendo mayor la media en el grupo de participantes con padecimiento de acné vulgar. La mayor puntuación fue obtenida por el grupo de participantes con acné en el componente de *Evitación*, sin embargo existe similitud entre los puntajes mínimos alcanzados por ambos grupos.

Ahora bien, en cuanto a los resultados estadísticos para las correlaciones, es necesario considerar en primera medida las correlaciones existentes entre los componentes de los dos instrumentos, antes de revisar a fondo las correlaciones entre las variables planteadas. Es así como, al existir una correlación positiva estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0,01 entre todos los grupos, a excepción de los grupos II y V cuya correlación positiva es estadísticamente significativa, pero a un nivel de significancia de 0,005, es importante considerar con reserva las relaciones entre las puntuaciones alcanzadas en cada grupo, sin descuidar su tratamiento en forma independiente y como parte de un constructo psicológico, las habilidades sociales.

Respecto a la relación del padecimiento de acné y el nivel de habilidades sociales, al tratarse de dos grupos independientes con varianzas homogéneas y con una diferencia de medias estadísticamente significativa, a un nivel de significancia de 0,01, es posible afirmar que el presente proyecto de grado se trata de uno de los primeros estudios en comprobar estadísticamente esta relación.

La relación entre habilidades sociales y el padecimiento de acné se empezó a vislumbrar con los estudios de Baldwin (2002) y Guerra (2007), en la medida en que proponen la correspondencia de la etapa de la adolescencia con la frecuencia de la presencia del acné y el desarrollo de las habilidades sociales, en relación con las consecuencias psicosociales de esta enfermedad que tienen mayor repercusión y son más representativas para los adolescentes que las consecuencias de tipo físico, puesto que son más profundas. Las personas que padecen acné son mucho más propensas a presentar falencias o dificultades relacionales que las personas que no lo padecen, es decir, el acné se generaliza en todos los ámbitos relacionales de la persona, distorsionándolos.

Además, y desde los planteamientos de Caballo y Irurtia (2009), proponemos que las consecuencias negativas del acné con respecto a las habilidades sociales pueden tener su causa, no tanto en un aprendizaje erróneo de conductas, sino en una falta de condicionamiento y refuerzo adecuado de estas habilidades que se decanta en la imposibilidad de responder adecuadamente en términos sociales y en un posible sufrimiento de ansiedad condicionada.

En el caso de la relación entre el padecimiento de acné y la ansiedad social, al tratarse de dos grupos independientes con varianzas homogéneas y con una diferencia de medias estadísticamente significativa, a un nivel de significancia de 0,034, también se confirma la correlación existente, pero con un nivel de significancia menor la relación entre habilidades sociales y padecimiento de acné.

El nivel de significancia menor en contraste con la correlación anterior no disminuye su importancia. Sigue siendo relevante una comprensión integral de las consecuencias psicológicas del acné en los adolescentes, de esta manera una falencia en habilidades sociales puede generar trastornos de ansiedad social en los adolescentes, siendo esta última una preocupación exacerbada por las situaciones sociales, las cuales caracterizaban la *Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)* que se les aplicó a los sujetos. Lo que se evidencia, desde Chaves y Castaño (2008), es que los diagnósticos de ansiedad se presentan en su mayoría en la adolescencia y el acné, como se refleja en los resultados de esta investigación, es un factor que aumenta la probabilidad del surgimiento de la ansiedad.

Relacionando las habilidades sociales, la ansiedad social y los resultados de esta investigación, se visualiza la concreta incidencia del padecimiento de acné en la percepción de situaciones sociales cotidianas como problemáticas, preocupantes o inmanejables (Iruarizaga, et al., 1999). Así, desde Inglés, et al. (2001), las falencias en habilidades sociales de los adolescentes con acné puede repercutir en la presencia de altos niveles en la prueba de ansiedad social.

Luego de la revisión teórica y el análisis de los resultados de este estudio es clara la importancia de un tratamiento integral e interdisciplinario del acné, por las múltiples secuelas psicológicas que puede generar en las personas que lo padecen. Por lo anterior se recomienda seguir desarrollando estudios que verifiquen la relación aquí planteada y que generen nuevas perspectivas de comprensión hacia las personas que padecen de acné, igualmente, se sugiere cambiar la

perspectiva del acné como enfermedad únicamente estética, puesto que se han presentado resultados contradictorios a este postulado, y tratar el acné vulgar desde una mirada de la prevención de estas secuelas psicológicas que generan más costos que beneficios en la salud, en la sociedad y en la economía.

Referencias

- American Psychological Association. (2010). *Human factors and ergonomics society code of ethics*. Recuperado de <http://www.hfes.org/web/AboutHFES/ethics.html>.
- Baldwin, H. (2002). The interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis. Chatham*, 70 (2), 133-139. Recuperado de Proquest database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=10,5>.
- Caballo, V. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo Veintiuno Editores, S.A.
- Caballo, V., & Irurtia, J. (2009). El entrenamiento en habilidades sociales. En F. Labrador (Coord.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 235-256). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chaves, L., & Castaño, C. (2008). Validación de las Escalas de Evitación, Ansiedad Social y Temor a la Evaluación Negativa en Población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, (2), 64-76. Recuperado de Redalyc Sistema de Información Científica: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79811207>.
- Elias, P., Feingold, K., & Fluhr, J. (2005). La piel como órgano protector. En I. Freedberg, A. Eisen, K. Wolff, K. Austin, L. Goldsmith, & S.Katz (Eds.), *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General* (6ª. ed.) (pp. 120-132). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Fried, R., & Wechsler, A. (2006). Psychological problems in the acne patient. *Dermatologic Therapy*, 19 (4), 237-240. Recuperado de EbscoHost database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=0,5>.
- Gaudio, S., Rabinowitz, L., & Leyden, J. (1993). *Lesiones acneiformes, pústulas y costras*. En A. Bondi (Ed.), *Dermatología: Diagnóstico y tratamiento* (pp. 100-109). Buenos Aires: Médica panamericana
- Gismero, E. (2002). Manual EHS: Escala de Habilidades Sociales. *Publicaciones de Psicología Aplicada, Serie menor*, 268. Madrid, España: TEA Ediciones S. A.
- Goldstein, B. (1992). *Acne and related disorders*. En A. Mosby (Ed.), *Practical Dermatology* (pp.45-49). St. Louis, EEUU: Mosby.
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. España: Martínez Roca, S.A.
- Gollnick, H., Finlay, A., & Shear, N. (2008). Can We Define Acne as a Chronic Disease? If So, How and When? *American Journal of Clinical Dermatol.*, 9, (5), 279-284.

- Recuperado de EbscoHost database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=0,5>.
- Guerra, A. (2007). Acné. Clínica y repercusión en los pacientes. *Formación Médica Continuada Piel*, 22, (9), 476-480.
- Herane, J., & Kaminsky, L. (2007). Definición, historia, epidemiología, genética. En A. Kaminsky (Ed.), *Acné un enfoque global*. (pp. 3-12), Buenos Aires, Argentina: Colegio Iberoamericano de Dermatología.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Holubar, K., & Fatovic-Ferencic, S. (2005). ¿De dónde venimos? En I. Freedberg, A. Eisen, K. Wolff, K. Austin, L. Goldsmith, & S. Katz (Eds.), *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General* (6ª. ed.) (pp. 3-4). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Hope, D., & Heimberg, R. (1993). Social Phobia and Social Anxiety, En *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual* (2ª Ed.). Estados Unidos de América: The Guilford Press.
- Huber, V. (1997). Psiconeuroinmunología. Las interacciones entre el comportamiento, el sistema nervioso y el sistema inmunológico. *Revista oficial del colegio de químicos farmacéuticos de Chile*, 34 – 38. Recuperado de http://www.vladhuber.cl/Pharmakon_sept.pdf
- Inglés, C., Méndez, F., & Hidalgo, M. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, (2), 91-104.
- Iruarizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., & Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2, (1). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>.
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Krejci-Manwaring, J., Kerchner, K., Feldman, S., Rapp, D., & Rapp, S. (2006). Social Sensitivity and acne: The role of personality in negative social consequences and quality of life. *The international Journal of Psychiatry in Medicine*, 36 (1), 121-130. Recuperado de Proquest database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=10,5>.
- Kronic, M., & Lobato, D. (2008). Acne and psychopathology in children and adolescents. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 24, (2.), 1-3. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com)
- Mallon, E., Newton, J., Klassen, A., Stewart-Brown, S., Ryan, T., & Finlay, A. (1999). The quality of life in acne: A comparison with general medical conditions using generic questionnaire. *Br J Dermatol.*, 140, 672-676. Recuperado de EbscoHost database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=0,5>.
- McKee, P., Calonje, E., & Granter, S. (2005). *Pathology of the skin: with clinical correlations* (3ª ed.). Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier.
- Méndez, F., & Macia, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Ballesteros, R. *Evaluación conductual hoy*. España: Ediciones Pirámide.
- Moreno, A., & Del Barrio, C. (2000) *La experiencia adolescente: A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Argentina: Editorial AIQUE.
- Navarrete, N. (2006). *Estrés y psiconeuroinmunología*. Granada: Universidad de Granada.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26, (2), 219-254.
- Papalia, D., WendKos, S., & Duskin, R. (2005). *Adolescencia*, (9ª Ed.). México: McGraw Hill.
- Rodríguez, F., & García, M. (2000). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Labrador & L. Muñoz (Coords.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santrock, J. (2004). *Adolescencia: Psicología del desarrollo* (9ª ed.). España: McGraw Hill.
- Schaller., & Plewig, (2003). Structure and function of eccrine, apocrine, apoecrine and sebaceous glands. En J. Bologna (Ed.), *Dermatology* (pp-525-530). London: Mosby.
- Stewart, M., Bernhard, J., Cropley, T., & Fitzpatrick, T. (2005). *Estructura de las lesiones cutáneas y fundamentos del diagnóstico*. ? En I. Freedberg, A. Eisen, K. Wolff, K. Austin, L. Goldsmith, & S. Katz (Eds.), *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General* (6ª. ed.) (pp. 13-32). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Tallab, T. (2004). Beliefs, perceptions and psychological impact of acne vulgaris among patients in the Assir region of Saudi Arabia. *West African Journal of Medicin.*, 23 (1), 85-87. Recuperado de Proquest database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=10,5>.
- Tan, J. (2004). Psychological impact of acne vulgaris: Evaluating the evidence. *Skin Therapy Letter*, 9, (7), 1-3. Recuperado de Proquest database <https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?Z=10,5>.
- Thiboutot, D., & Strauss, J. (2005). Enfermedades de las glándulas sebáceas. En I. Freedberg, A. Eisen, K. Wolff, K. Austin, L. Goldsmith, & S. Katz (Eds.), *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General* (6ª. ed.) (pp.757-776). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Zaenglein, A., Graber, E., Thiboutot, D., & Strauss, J. (2009). Acne vulgaris and acneiform eruptions. En R. Wolff, L. Goldsmith, S. Katz, B. Gilcherest, A. Paller, D. Leffell (Eds.), *Fitzpatrick Dermatology in general Medicine* (7ª. ed.) (pp. 690-703). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Zaenglein, A., & Thiboutot, D. (2003). Acne vulgaris. En J. Bologna (Ed.), *Dermatology* (pp.531-543). London: Mosby.