

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO DESDE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO: CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DÉFICITS DE SOCIALIZACIÓN EN ADOLESCENTES TUCUMANOS¹.

Betina Lacunza², Valeria Caballero³, Laura Cordero⁴, Javier Sal⁵, Ramiro Salazar Burgos⁶, Josefina Filgueira⁷

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue identificar conductas alimentarias de riesgo y déficits en la socialización en adolescentes tucumanos. A 112 adolescentes se les realizaron mediciones antropométricas y administraron el Inventario de Conductas Alimentarias, la Batería de Socialización BAS-3 y una encuesta nutricional como sociodemográfica. El 20% de los adolescentes presentaba preocupaciones por el peso e insatisfacción corporal. Un 23% de aquellos normoalimentados refirió la presencia de comportamientos alimentarios de riesgo. Los adolescentes obesos mostraron retraimiento, ansiedad social y un bajo autocontrol.

Palabras clave: Adolescentes- Conductas Alimentarias- Socialización

¹ Este estudio fue subsidiado por el Consejo de Investigación de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Tucumán (Argentina).

² Dra. en Psicología. Prof. Asociado, Centro Universitario Concepción, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Investigador Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Email: betinalacunza@conicet.gov.ar

³ Psicóloga. Especialista en Salud Social y Comunitaria. JTP cátedra Evaluación Psicológica, Centro Universitario Concepción (CUC), Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Auxiliar Docente Graduado, cátedra Psicología Clínica, Fac. de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán. Email: caballero.silvinavaleria@gmail.com

⁴ Lic. en Nutrición. Especialista en Salud Social y Comunitaria. ADG cátedras Metodología de la Investigación y Evaluación Nutricional. Facultad Ciencias de la salud. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Email: laucordero@gmail.com

⁵ Lic. en Nutrición. ADG cátedras Optativa I y II. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Email: javier_sal253@hotmail.com

⁶ Lic. en Nutrición. ADG cátedra Fisiopatología Nutricional del Niño. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Norte Santo Tomás de quino. Docente, Esc. De Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Email: ramiro_sb@hotmail.com

⁷ Lic. en Nutrición. Profesional en la Dirección General de Red Servicios. Sistema Provincial de Salud de Tucumán. Email: jofilgueira@hotmail.com

Los adolescentes constituyen, aproximadamente, el 27% de la población de Argentina. Esta franja etarea contribuye a la sostenibilidad actual y futura del país, por lo que resulta de gran interés las conductas de riesgo y los factores protectores que adoptan los adolescentes en este periodo. La Encuesta Mundial de Salud Escolar Adolescente para la población argentina (Organización Mundial de la Salud, 2007) ha encontrado que las principales conductas de riesgo reportadas fueron los hábitos poco saludables del adolescente, centrados en el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, los altos índices de sedentarismo, sobrepeso e incipiente obesidad como el bajo uso de métodos anticonceptivos. En lo referido a la salud mental se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos e ideaciones suicidas como una tendencia de los adolescentes a sufrir intimidaciones y peleas físicas por parte de sus pares. Estos resultados dan cuenta de una visión global de la salud del adolescente y las vinculaciones entre factores de riesgo.

En muchos casos, estas conductas de riesgo pueden desembocar en trastornos y problemáticas complejas, de etiologías múltiples, en las que sólo es posible un estudio y abordaje interdisciplinario. Las disciplinas que conforman las llamadas ciencias de la salud, entre las que se ubican la Psicología y la Nutrición, abordan un objeto común: el hombre que sufre y demanda asistencia o el hombre que solicita asesoramiento para su autocuidado. Por ello se reconoce la posibilidad de un trabajo conjunto que se apoye en la articulación disciplinaria conformando un espacio de intersección entre ambas.

Al decir de Stolkiner (1987), la interdisciplina ha surgido de la *indisciplina* de los problemas sanitarios, es decir, de la dificultad de encasillarlos en los márgenes de una norma o método. Esta afirmación ratifica que las solicitudes de intervención en salud no se presentan como realidades estáticas sino

como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales atravesadas por contradicciones constantes. Por ello es de crucial importancia la producción de conocimientos científicos que integren distintos aportes teóricos en la construcción de cuerpos conceptuales comunes; esta integración será la base teórica y metodológica de los equipos profesionales en terreno. Al tiempo que se insta a corregir los errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada.

Según Elichiry (1987) el abordaje interdisciplinario responde a dos ejes; la complejidad y unidad de la realidad y la división del trabajo científico necesaria para la evolución de la ciencia. En este sentido se debe reconocer que existe una clara relación entre la producción de conocimientos validados y su puesta en práctica a partir del ejercicio profesional; se trata de un proceso dialéctico de intercambio entre investigación y práctica. Con lo cual, se reconoce que incluir el vocablo *inter* en los procesos de investigación, ejecutados por equipos de trabajo interdisciplinarios, apunta a resaltar el *nexo* del que se espera una cierta totalidad y como consecuencia impostergable; la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con el hacer (Stolkiner, 2005).

Las tareas de investigación desde un enfoque interdisciplinario pretenden superar los límites que cada disciplina impone al análisis de su objeto de estudio así como a la asistencia de los problemas socio-sanitarios que se detectan cotidianamente. Es por esto que este trabajo se propone el abordaje interdisciplinario de las llamadas conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolarizados; considerando el espacio escolar como un ámbito de socialización del joven y un espacio de prevención de comportamientos nocivos. Los datos informados en el presente trabajo refieren a una submuestra de una

investigación sobre conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales de adolescentes urbanos y rurales de Tucumán.

LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y LOS DÉFICITS EN LA SOCIALIZACIÓN

La relación entre conductas alimentarias de riesgo y las dificultades en la socialización se hace más visible en las características que presentan los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La *conducta alimentaria* refiere a la manera o forma de comportarse de una persona respecto de la ingesta de alimento; es el conjunto de acciones que establece el ser humano con los alimentos. Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. La conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones del comportamiento respecto a la propia alimentación. En este sentido, no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de la sensación de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades. Entre el estímulo y la respuesta que genera la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico, los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, a nivel sociocultural, la comida, constituida por diferentes tipos de alimentos. En la vertiente sociocultural, se contem-

plan, además, otros importantes factores, como son los ambientales, que determinan el tipo de dieta a nivel local, por su relación con la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica determinada, que marcan a su vez la disponibilidad de alimentos. La vertiente moral delimita la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse (Mataix & Caranzo, 1995).

En la adolescencia, periodo de desarrollo rápido, los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante situaciones nuevas que los hacen vulnerables. Considerando el ámbito de la salud, los cambios físicos de la etapa, repercuten en la imagen corporal. Esta imagen está altamente influenciada por la autoestima, y la búsqueda de un cuerpo que cumpla con las expectativas de la sociedad actual, llevando a los jóvenes cada vez a más temprana edad, a recurrir a conductas alimentarias poco saludables, que se convierten en una antesala de diferentes patologías como anorexia, bulimia, ingesta compulsiva y obesidad, entre otros.

Los TCA son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre las mujeres jóvenes. Si bien los trastornos, definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1995), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado tienen una prevalencias de 0.5 a 3%, las *conductas alimentarias de riesgo* son mucho más frecuentes. No existe un concepto unificado de las conductas de riesgo, pero este término, así como los de síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA.

Distintos autores señalan que los sujetos con patologías alimentarias suelen presentar problemas en la autonomía y la inde-

pendencia, problemas interpersonales asociados a la introversión, inseguridad, dependencia, falta de asertividad, sensación de ineficacia, rigidez y extremismo en la valoración de los problemas (Chinchilla Moreno, 2003; Crispo, Figueroa & Guelar, 1996). Estos factores sugerirían que estos sujetos muestran dificultades en sus habilidades sociales para poner límites a otras personas de su entorno, expresar juicios discrepantes, dar opiniones y expresar sentimientos.

Estas dificultades interpersonales reflejan el déficit en la socialización que presentan aquellos sujetos con una alta recurrencia de conductas alimentarias riesgosas. Distintas investigaciones (Bandura, 1991; 1999; Caprara, Patorelli & Bandura, 1995; Eisenberg, 2000; Silva Moreno & Martorell Pallás, 1989) han demostrado que los déficits en la socialización se asocian al predominio del comportamiento antisocial, de baja sociabilidad y a las dimensiones inhibitorias del contacto interpersonal. En coincidencia con estos estudios Herrero, Ordoñez, Aranzazu y Colom (2002) han resaltado la relación entre la autorregulación y la conducta prosocial así como entre la autorregulación y la inhibición de la conducta agresiva.

Mestré Escrivá, Samper García y Frías Navarro (2002) han encontrado que en adolescentes de 13 a 18 años los comportamientos agresivos se relacionaban con inestabilidad emocional y falta de control en la expresión de la ira como rasgo y/o estado. Al considerar las variables socioeconómicas Tapia, Fiorentino y Correché (2003) encontraron que en adolescentes de 14 a 17 años, de nivel socioeconómico alto, los comportamientos de aislamiento y los sentimientos de soledad se relacionaban con un pobre concepto de sí mismos. En estudios locales, Lacunza, Caballero y Contini (2010) hallaron que adolescentes escolarizados, de 10 a 15 años, de nivel socioeconómico bajo mostraban indicadores de baja sociabilidad, evidenciando

comportamientos pasivos, evasivos y de aislamiento social así como temor en las relaciones sociales, unidas a timidez y sentimientos de inferioridad. Por su parte, Cohen Imach, Esterkind de Chein, Lacunza, Caballero y Martinenghi (2010) trabajando con población adolescente de Tucumán, han encontrado que en las mujeres se evidenciaban mayores comportamientos de ansiedad y timidez respecto a sus congeneres del sexo opuesto. Esta tendencia, evidencia que las adolescentes son un grupo de alta vulnerabilidad para el desarrollo de diferentes cuadros psicopatológicos.

Respecto a la relación entre los trastornos vinculados a la alimentación y el género, un estudio nacional de prevalencia sobre alternaciones alimentarias en niños y adolescentes de 10 a 19 años encontró que aquellas mujeres con exceso de peso mostraban una exagerada preocupación por el aumento de peso y el aspecto corporal (Bay et al., 2005). Otra investigación efectuada con estudiantes universitarias de la provincia de San Luis (Argentina) mostró una relación negativa altamente significativa entre Extraversión y Obsesión por la delgadez, particularmente en aquellas estudiantes de carreras humanísticas. Este dato evidenciaba que aquellas mujeres que tendían a obsesionarse con la delgadez eran más introvertidas.

Relacionando los déficits de socialización y conductas alimentarias de riesgo, Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) encontraron en población femenina clínica y general de Chile que aquellos sujetos con desorden alimentario tenían un riesgo 5,5 veces mayor de presentar ansiedad social moderada a severa que aquellos sujetos sin trastorno alimentario. Estos síntomas ansiosos se vinculan generalmente a situaciones sociales que impliquen comer y en el que el propio cuerpo sea sometido a valoraciones de los demás. Estos síntomas pueden apoyarse en una baja autoestima, disconformidad corporal y menosprecio de sí mismo.

Los datos precedentes dan cuenta de la relación existente entre las fallas para consolidar relaciones interpersonales y la expresión de sentimientos negativos respecto a sí mismo, la ejecución de comportamientos considerados socialmente incompetentes, la manifestación de conductas alimentarias de riesgo y la mayor probabilidad de presentar cuadros psicopatológicos. Por ello se considera prioritario seguir investigando las características de la socialización en adolescentes a fin de contar con conocimientos precisos sobre la población local que permitan diseñar estrategias de intervención sobre los déficits en las habilidades sociales.

El objetivo del presente trabajo fue identificar las conductas alimentarias de riesgo y los déficits en las habilidades sociales de adolescentes tucumanos, según su estado nutricional. Se partió de la hipótesis de que los adolescentes con malnutrición por exceso y déficit referían la presencia de conductas alimentarias de riesgo y déficits en la socialización respecto a aquellos adolescentes sin indicadores de malnutrición.

MATERIALES Y MÉTODO

Participantes: 112 adolescentes escolarizados en 7° y 8° año de EGB 3 (12 a 17 años) de una institución pública de San Miguel de Tucumán, situada en una zona periurbana de características socioeconómicas desfavorecidas. El 67% de la muestra tenía entre 12 y 13 años al momento de la evaluación, mientras que sólo el 1% presentaba 17 años. El 51% fueron varones (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Distribución de la muestra según sexo.*

Sexo	f	%
Femenino	55	49
Masculino	57	51

INSTRUMENTOS

- a) Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno & Martorell Pallás, 1989): está integrada por 75 ítems, aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (Si-No). Permite obtener un perfil del comportamiento social a partir de sus cinco escalas de socialización: Consideración con los demás (Co), Autocontrol en las Relaciones Sociales (Ac), Retraimiento Social (Re), Ansiedad Social/Timidez (At) y liderazgo (Li). A éstas se le suma una escala de Sinceridad (S), que permite analizar la consistencia interna de las respuestas a las escalas.

Los estudios de fiabilidad mostraron una consistencia interna satisfactoria (coeficientes alpha de .73 a .82 para las distintas escalas). El test-retest, en un intervalo de cuatro meses, confirmó una estabilidad temporal adecuada para Autocontrol ($r = .66$), Agresividad ($r = .65$) y Liderazgo ($r = .61$), siendo menor para Consideración con los demás ($r = .42$) y Retraimiento ($r = .43$) (Silva Moreno & Martorell Pallás, 1989). Estudios de validez que analizaron la BAS-3 en menores que no delinquiran de aquellos que sí lo hacían, observaron en los menores transgresores puntuaciones más bajas en Consideración con los demás y Autocontrol, y más altas en Retraimiento. La escala Consideración con los demás obtuvo correlaciones positivas con empatía ($r = .42$) y negativas con psicoticismo ($r = -.37$); la escala Autocontrol mostró correlaciones negativas con psicoticismo ($r = -.44$), conducta antisocial ($r = -.40$) e impulsividad ($r = -.43$); la escala Retraimiento tuvo correlaciones negativas con extraversión ($r = -.36$); la escala Ansiedad correlacionó con neuroticismo ($r = .40$) y la de Liderazgo con ex-

- traversión ($r = .27$) (Garaigordobil Lاندازabal, 2005).
- b) Inventario de Conductas Alimentarias (ICA) (Adaptación Casullo & Pérez, 2003): se trata de un instrumento de screening, adaptado del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollado por Garner (1998). Esta integrado por 91 ítems, aplicable a adolescentes de 12 a 19 años, de autoadministración individual con cuatro opciones de respuestas (siempre, generalmente, algunas veces y nunca). Permite detectar rasgos o dimensiones psicológicas asociados a la presencia de Trastornos de Alimentación. Se valoran factores biológicos, psicológicos y sociales a partir de once dimensiones: Deseos de Adelgazar, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza, Alexitimia, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social. El puntaje transformado que se utiliza es el percentil (diferenciados por sexo) según baremo de Casullo y Pérez (2003) para población adolescente de Buenos Aires. ; A mayor valor percentilar le corresponde mayor presencia de la dimensión descripta.
- c) Valoración del estado nutricional a partir indicadores antropométricos: talla (T), peso (P), para la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC) y circunferencia de cintura (CC) considerando los estándares de valoración para sexo y edad propuestos por la CDC (Center of Disease Control and Prevention).
- d) Encuesta sociodemográfica y nutricional: el apartado sociodemográfico incluyó aspectos vinculados al grupo familiar del adolescente (tipo de grupo familiar, cantidad de hermanos, posición entre los hermanos) y el nivel socioeconómico (nivel educativo y ocupación de los padres). El apartado nutricional incluyó preguntas referidas a percepción corporal, realiza-

ción de dietas, preferencias alimentarias, consumo de alimentos protectores y un recordatorio de 24 horas sobre consumo de alimentos.

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo una investigación descriptiva de diseño transversal con muestreo no probabilístico. Se realizaron entrevistas con directivos de las escuelas para acordar pautas de trabajo. Se administró la BAS-3 y el ICA de forma grupal, en el ámbito de la institución escolar, a alumnos de 7° y 8° año de EGB3 previa autorización de sus padres (protocolo de consentimiento informado). La valoración antropométrica se realizó de modo individual en el establecimiento educativo. Acompañaron a los profesionales del equipo de investigación alumnos avanzados de la Lic. en Nutrición y Psicología para la administración de dichas pruebas y mediciones. Posteriormente se analizaron descriptivamente las pruebas y las mediciones antropométricas. Se calculó un índice de masa corporal (IMC), relacionando los datos referidos a peso y talla de los estudiantes. Estos datos fueron valorados en relación a los gráficos de referencia de la *Chronic for Disease Control Prevention* (CDC). Posteriormente, se analizaron los datos de las pruebas psicológicas administradas. Las puntuaciones obtenidas fueron analizadas con el paquete estadístico PASW-18. Para esta presentación no se han considerado datos de la encuesta nutricional y sociodemográfica.

RESULTADOS

En un primer momento se analizaron las mediciones antropométricas. Para esta instancia sólo participaron 96 adolescentes

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO DESDE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO: CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DÉFICITS DE SOCIALIZACIÓN EN ADOLESCENTES TUCUMANOS

debido a su negativa para pesarse y medirse (a pesar de contar con el consentimiento informado de sus padres). Se encontró que el 32% de los adolescentes presentaba malnutrición por exceso y/o déficit nutricional (ver tabla 2).

Posteriormente se analizaron las dimensiones del ICA Deseos de Adelgazar, Bulimia e Insatisfacción Corporal, por considerarse que estas categorías están estrictamente relacionadas a los TCA. Respecto al sexo, se halló que las mujeres mostraron puntajes promedio superiores en todas las dimen-

siones del ICA analizadas respecto a sus pares varones, difiriendo significativamente en algunas de ellas (ver tabla 3). Se efectuaron análisis univariados según el diagnóstico nutricional, hallándose diferencias estadísticas en las dimensiones Deseos de adelgazar ($F(3, 90) = 4.57, p = .005$) e Insatisfacción corporal ($F(3, 90) = 3.33, p < 0.05$). Los adolescentes con sobrepeso y obesidad refirieron más comportamientos de obsesión respecto a la delgadez como una insatisfacción general respecto a distintas partes del cuerpo (ver Tabla 4).

Tabla 2. *Descriptivos del estado nutricional, muestra completa*

Categorías IMC	f	%
Normnutrido	66	69
Desnutrido	1	1
Sobrepeso	15	16
Obesidad	14	15

Tabla 3. *Descriptivos de dimensiones ICA según Sexo. Muestra completa.*

Dimensiones ICA	Sexo				t
	Mujeres (n = 55)		Varones (n = 49)		
	M	DE	M	DE	
Deseos de adelgazar	9.1	5.09	7.06	4.36	-2.18 (sig)
Bulimia	3.29	1.99	2.93	2.16	-.86 (ns)
Insatisfacción Corporal	7.94	3.93	6.69	3.77	-1.65 (sig)

Nota. $p < 0,05$

Tabla 4. *Descriptivos de dimensiones ICA según diagnóstico nutricional. Muestra completa.*

Dimensiones ICA	Diagnóstico nutricional								F
	Normnutrido		Sobrepeso		Obesidad		Desnutrición		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Deseos de adelgazar	7.18	4.31	8.66	4.83	11.78	5.33	2	-	4.57 (sig)
Bulimia	2.95	1.68	2.8	2.21	3.42	1.94	3	-	.335 (ns)
Insatisfacción Corporal	6.34	3.88	7.93	3.65	9.57	3.83	11	-	3.33 (sig)

Posteriormente se identificaron a los estudiantes con alto riesgo respecto a estas conductas alimentarias. El criterio de selección utilizado fue la puntuación promedio para cada dimensión del ICA más una desviación típica. En el caso de la dimensión deseos de adelgazar se empleó un punto de corte diferente para varones y mujeres. Se encontró que el 19% presentaba prácticas de dietas evidenciando su deseo de adelgazar; el 14% practicaba algún comportamiento bulímico (darse un atracón, vómitos autoinducidos) y el 11% refería insatisfacción respecto a su cuerpo (ver tabla 5).

Se observó que un 23% de los adolescentes con un estado nutricional adecuado referían la presencia de comportamientos alimentarios riesgosos, particularmente deseos de adelgazar y comportamientos bulímicos.

Entre los adolescentes obesos predominaron los deseos de adelgazar y la insatisfacción con partes del propio cuerpo (ver Tabla 6).

Otro interés del estudio fue analizar las escalas de la BAS-3 según el estado nutricional. Los análisis univariados mostraron que los adolescentes obesos mostraban mayor retraimiento y ansiedad social/timidez y menor autocontrol. Sólo se encontraron diferencias estadísticas en la dimensión autocontrol, a favor del grupo de adolescentes con sobrepeso ($F = 2.66$, $gl = 3$, $p = .05$) (ver tabla 7). Una prueba de diferencias de medias mostró la existencia de diferencias estadísticas significativas en la escala facilitadora de la socialización Consideración con los demás ($t = -3.88$, $p = .000$) y en la escala inhibidora Ansiedad social/timidez ($t = -2.1$, $p = .038$) a favor de las mujeres (ver tabla 8).

Tabla 5. *Categorías de Riesgo para Dimensiones del ICA. Muestra completa.*

Categorías de Riesgo	Deseos de Adelgazar		Bulimia		Insatisfacción Corporal	
	f	%	f	%	F	%
Sin riesgo	84	27	90	86	93	89
Alto Riesgo	20	19	14	14	11	11

Tabla 6. *Estado nutricional y conductas alimentarias de riesgo. Muestra completa*

Categorías IMC	Alto riesgo (frecuencia de aparición)		
	Deseos adelgazar	Bulimia	Insatisfacción corporal
Normonutrido (n = 66)	6 (9%)	5 (8%)	4 (6%)
Desnutrido (n=1)	-	-	-
Sobrepeso (n = 15)	3 (20%)	3 (20%)	2 (13%)
Obesidad (n = 14)	8 (57%)	2 (14%)	3 (21%)

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO DESDE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO: CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DÉFICITS DE SOCIALIZACIÓN EN ADOLESCENTES TUCUMANOS

Tabla 7. Dimensiones socialización según estado nutricional.

Dimensiones BAS-3	Estado nutricional						F
	Normonutrido (n:66)		Sobrepeso (n: 15)		Obesidad (n: 14)		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Consideración con los demás	10.95	2.65	11.26	2.73	9.64	3.97	.960 (ns)
Autocontrol	9.79	2.3	10.35	2.67	8.21	2.91	2.66 (sig)
Retraimiento	3.73	2.01	2.86	2.16	4.14	2.38	1.51 (ns)
Ansiedad social/timidez	5.67	2.69	6.6	3.86	6.28	2.39	1.13(ns)
Liderazgo	7.48	2.28	7	2.2	6.28	2.7	1.35 (ns)

p < 0.05

Tabla 8. Escalas de socialización BAS-3 según sexo

Dimensiones BAS-3	Sexo				
	Mujeres (n:52)		Varones (n: 42)		T
	M	DE	M	DE	
Consideración con los demás	11.76	2.29	9.59	3.12	-3.88(sig)
Autocontrol	9.58	2.37	9.78	2.71	.374 (ns)
Retraimiento	3.75	2.29	3.47	1.89	-.62 (ns)
Ansiedad social/timidez	6.42	2.76	5.19	2.89	-2.1 (sig)
Liderazgo	7.30	2.34	7.07	2.38	-.482 (ns)

Nota. p < 0,05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue identificar las conductas alimentarias de riesgo y las habilidades sociales de adolescentes tucumanos urbanos escolarizados, de contextos de pobreza, según su estado nutricional. Las mediciones antropométricas mostraron que el 32% de los adolescentes participantes presentaba malnutrición (16% sobrepeso, 15% obesidad y 1% desnutrición). Estos valores correlacionan con los estudios de la ENNyS (2006) en donde si bien se trabajó con mujeres en edad fértil, los porcentajes de

malnutrición por exceso (Sobrepeso: 24,9%. Obesidad: 19,4%) son similares a los encontrados en los adolescentes, al igual que los estudios de Kovalsky y col (2005) en donde se observó que 20,8% de los adolescentes de 10 a 19 años presentaban sobrepeso y 5,4% obesidad. Estos datos dan cuenta de que no sólo existen posibilidades de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa en la población adolescente sino también la presencia de sobrepeso y obesidad. Braguinsky (2007) señala que se ha encontrado un arrastre de la obesidad y sobrepeso en la infancia y ado-

lescencia hacia la adultez, por lo cual el período adolescente es una etapa de alto impacto en la prevención de la obesidad en la vida adulta. En este sentido, De la Mata (2008) resalta como puntos clave de reflexión para trabajar en estas problemáticas que no basta con limitarse a ver y tratar sólo la sobrealimentación e insistir con mensajes restrictivos sobre alimentación, que contribuyan a generar más confusión y trastornos alimentarios. Conviene poner el énfasis en los alimentos necesarios y protectores que no pueden faltar en una dieta completa. El sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes es un problema importante para la salud pública de países industrializados y subdesarrollados, particularmente la obesidad en contextos de pobreza, tal como se describen en los resultados parciales del presente estudio.

Por otro lado, se halló que alrededor del 20% de los adolescentes participantes refería la práctica de alguna conducta alimentaria de riesgo, particularmente el miedo a engordar, la realización de dietas prolongadas, atracones, vómitos autoinducidos y la insatisfacción corporal. Un estudio efectuado por Góngora (2009) en población adolescente de Buenos Aires, utilizando también el ICA, resaltó que el 12% de éstos presentaba intensos deseos de adelgazar e insatisfacción corporal. Estudios epidemiológicos descriptivos por Toro (2000) destacan que el 4,5% de la población adolescente (entre 12-18 años) tiene conductas alimentarias de riesgo que confirman la presencia de una Trastorno de la Conducta Alimentaria. Por su parte, López Atencio, Molina y Rojas (2008), luego de haber trabajado con adolescentes venezolanos de 14 a 16 años, afirman que aquellas adolescentes que perciben su imagen con exceso de peso presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de alimentación. Estos resultados destacan que las adolescentes mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias de riesgo, mien-

tras que ha descendido el intervalo de edad en que estos comportamientos se manifiestan.

Este estudio preliminar destacó la presencia de comportamientos riesgosos recurrentes (Deseos de adelgazar e Insatisfacción Corporal) en aquellos adolescentes con obesidad, particularmente en las mujeres. Similares tendencias se registraron en un estudio transcultural con población adolescente general de Argentina y España, encontrándose además que adolescentes de menor edad (13 a 16 años) tenían más comportamientos vinculados a comer de modo excesivo (Casullo, González, Sifre y Martorell, 2000). La disconformidad corporal fue muy marcada en el grupo de mujeres obesas; estos datos coinciden con aquellos encontrados por Bay et al. (2005) al trabajar con adolescentes de 10-19 años residentes en Argentina.

Es de destacar que el 23% de los adolescentes con un estado nutricional adecuado refirió la práctica de algún comportamiento alimentario riesgoso, lo que indica que más allá de un indicador antropométrico real, hay una insatisfacción corporal que sostiene estas conductas. Otro respaldo de estos comportamientos adolescentes es el de la cultura, particularmente la occidental, en la que se exalta, por un lado, un ideal de delgadez extrema y, por otro lado, se muestra constantemente un medio obesogénico centrado en la excesiva disponibilidad alimentaria, la oferta de alimentos de elevado contenido calórico y un sedentarismo extremo. Esto es vivido por los adolescentes de modo riesgoso, por lo que se preocupan por el peso y el cuerpo y a la vez consumen alimentos de elevada densidad calórica y realizan escasa actividad física.

Al analizar las habilidades sociales de los adolescentes según su estado nutricional sólo se encontraron diferencias estadísticas significativas en la dimensión autocontrol a favor de los adolescentes con sobrepeso,

mientras que sus pares obesos mostraban un menor autocontrol. Esto podría explicar la conducta del obeso de «perder el control» de cuánto come. Estos resultados preliminares son coincidentes con los hallazgos de Correia, del Prette y del Prette (2004) en mujeres obesas de Brasil.

La dimensión Autocontrol presenta un polo negativo, la Agresividad, tal como se plantea en el modelo jerárquico de la socialización (Martorell, González, Eloy & Ferris, 1995). Por ello podría hipotetizarse que los adolescentes obesos de este estudio manifestarían un pobre control de sus impulsos, visualizándose como tendencias autoagresivas. Esto ya fue planteado por Bekéi (1984) al afirmar que las personas obesas no discriminan sensaciones corporales (como hambre-apetito) lo que se manifiesta en el comer compulsivamente. Paradójicamente este comportamiento compulsivo les aporta seguridad ante aquellas situaciones que reactiven sus inseguridades.

A su vez, el análisis de los resultados permitió observar la tendencia de los adolescentes obesos y con sobrepeso a mostrar habilidades sociales del estilo inhibido. En este estudio, las escalas Retraimiento y Ansiedad social/timidez del BAS-3 registraron puntajes más altos para estos grupos, lo que mostraría sus déficits para establecer relaciones socialmente satisfactorias con pares y adultos. Sus comportamientos se caracterizarían por una gran tendencia a evitar los contactos sociales con otras personas en diversas situaciones sociales. En este sentido, los hallazgos preliminares de este estudio son congruentes con los hallazgos de Galarsi, Ledesma, De Bortoli & Correche (2009) para población adolescente escolarizada de Argentina. Para estos autores los rasgos de Introversión aumentan en las mujeres obsesionadas por la delgadez. Estos datos coinciden con los aportes de Békei (1984) al señalar como rasgos característicos del sujeto obeso

el retraimiento, el desvalimiento, la escasa tolerancia a la frustración y la pasividad.

La ansiedad social también estuvo presente en mayor medida en aquellos adolescentes con obesidad. Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) encontraron en población femenina clínica y general de Chile que aquellos sujetos con desorden alimentario tienen un riesgo 5,5 veces mayor de presentar ansiedad social moderada a severa que aquellos sujetos sin trastorno alimentario. Estos síntomas ansiosos se vinculan generalmente a situaciones sociales que impliquen comer y en el que el propio cuerpo sea sometido a valoraciones de los demás. Al respecto, se sabe que el estado de ansiedad proviene de la expectativa o la presencia real o imaginada de una evaluación interpersonal. En este sentido, se debe considerar que los cuadros de obesidad (evolutiva o reactiva) presentan como característica principal la incapacidad para percibir correctamente impulsos, sensaciones y sentimientos originados en sí mismo y poder luego generar acciones adecuadas en situaciones de interacción social (Békei, 1984).

En definitiva, este estudio preliminar encontró que los adolescentes con sobrepeso y obesidad mostraban más conductas alimentarias de riesgo, exhibían dificultades en sus interacciones sociales, y que estos déficits en la socialización se caracterizaban por la ansiedad social y el retraimiento. Las dificultades en establecer relaciones interpersonales podrían deberse a una desconfianza del otro, dificultades para discriminar emociones y emitir opiniones diferentes, es decir, mostrar un comportamiento asertivo. La evidencia empírica de este estudio mostró que los adolescentes con un estado nutricional adecuado mostraban conductas alimentarias de riesgo (deseos de adelgazar e insatisfacción corporal), mientras que aquellos con déficit nutricional por exceso (sobrepeso-obesidad) manifestaron déficits en la sociali-

zación (ansiedad social/timidez y retraimiento).

De allí la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo para la salud del adolescente desde un enfoque interdisciplinario; lo que supone superar los límites de cada disciplina. El trabajo conjunto de Psicólogos y Nutricionistas en el diagnóstico de los aspectos salugénicos como patológicos del adolescente es un primer paso

en la implementación de estrategias de intervención antes de que estos factores de riesgo se cristalicen en trastornos de la conducta alimentaria.

Sin embargo, los datos observados en el presente estudio deben ser confirmados ampliando la muestra a analizar, validando en población local el instrumento referido a las conductas alimentarias.

ABSTRACT

The objective of the work was identify risky eating behaviours and socialization deficits in tucumanos adolescents.

To 112 adolescents who attend school, was realize anthropometric measurement and was administer the ICA Scale (Inventory of Eating Behaviours), the Socialization Battery Bas-3 and nutritional as a well as sociodemographic survey. The 20% adolescents had pre-occupation weight and dissatisfaction body. The 23% to optimums status nutritional adolescents had risky eating behaviours. The obsessed adolescents were show withdrawal, social anxiety/shyness and low self-control in social relations.

Key words: *Adolescents, Eating Behaviours, Socialization*

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales- DSM- IV*. Barcelona: Massón.
- Bandura A. (1999). Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3 (3), 193-209
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action. En Kurtines W.M. & Gewitz, J. L. *Handbook of Moral Behavior and Development*(pp. 45-103). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale.
- Bay, L.; Rauch Hercovici, C.; Kovalsky, I.; Berner, E.; Orellana, L. & Bergesio, A. (2005). Alteraciones Alimentarias en Niños y Adolescentes Argentinos que concurren al consultorio de pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316
- Behar, R, Barahona, M., Igleis, B. & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena neuro-psiquiátrica*, 45 (3), 211-220.
- Békei, M. (1984). Trastornos psicósomáticos en la infancia y adolescencia. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braguinsky J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales Sis San Navarra*, 25 (1), 109-115.
- Braguinsky, J. (2007). *Obesidad, saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires: Ed. Médica AWWE.
- Caprara, G. V.; Pastorelli, C. & Bandura, A. (1995). La misura del disimpegno morale in eta evolutiva. *Eta Evolutiva*, 51, 18-29
- Casullo, M.; Gonzalez, R.; Sifre, S. & Martorell, M. (2000). El comportamiento alimentario en adolescentes españoles y argentinos. *RIDEP*, 10 (2), 9-16.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Cohen Imach, S.; Lacunza, A.; Esterkind de Chein, A.; Caballero, V. & Mertinenghi, C. (2010). Habilidades Sociales y Contexto Sociocultural: Un Estudio con Adolescentes a través del BAS-3. Enviado a Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica.
- Correia, S., del Prette, Z. & del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *PSICO-USF*, 9 (2), 201-210.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- De la Mata, C. (2008). Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. *Revista Médica Rosario*, 74, 17-20.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2006) ENNyS, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de <http://www.msal.gov.ar/html/Site/ennys/download/Implementaci%C3%B3n.pdf>
- Galarsi, M. F.; Ledesma, C.; De Bortoli, M. A & Correche, M. S. (2009). Rasgos de Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (19), 157-166.
- Góngora, V. (2009, abril). Evaluación de conductas de riesgo relacionadas con los trastornos de la alimentación en estudiantes adolescentes. Trabajo presentado en el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata.
- Kohn, M. (1977). The Kohn Social Compe-

- tence Scale and Kohn Symptom Checklist for the Preschool Child: A Follow-Up Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3 (5), 249-260.
- Kovalskys, I, Bay, L., Hercovici, C. & Berner, E. (2005). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Revista Chilena de Pediatría*, 76 (3), 324-325.
- Lacunza, A.; Caballero, V. & Contini, N. (2010) La socialización en adolescentes. Un estudio de validación con la BAS-3. Trabajo enviado para su publicación a *Diversitas*, Revista de la Universidad Santo Tomás de Colombia.
- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social*, 16, 21-88
- León Hernández, R.; Gomez-Peresmitré, G. & Platas Acevedo, S. (2008). Conductas Alimentarias de Riesgo y Habilidades Sociales en una muestra de Adolescentes Mexicanas. *Salud Mental*, 31, 447-452
- López Atencio, P.; Molina, Z. & Rojas, E. (2008). Influencia del Género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 21 (2), 85-90
- Martinez Fistorazzi, V.; Castañeiras, C. & Posada M.C. (2010). Socialización y Adolescencia: Efecto Diferencial de los Estilos Parentales en Adolescentes Escolarizados. Trabajo presentado en el 11º Congreso virtual de Psiquiatría.
- Mataix, J. & Caranzo, E. (1995). *Nutrición para Educadores*. Madrid: Díaz de Santos
- Martorell, M., González, R., Aloy, M. & Ferris, M. (1995). Socialización y conducta prosocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 73-102.
- Mestre Escrivá, M. V.; Samper García, P. & Navarro Frías, M. D. (2002). Procesos Cognitivos y emocionales predoctores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 2 (14), 227-232
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Encuesta Mundial de Salud Escolar (Argentina). Recuperado el 23 de agosto de 2010, de http://www.who.int/chp/gshs/2007_GSHS_Report_ARG_ES.pdf
- Portela, A. (2009). Ansiedad social y trastorno evitativo de la personalidad: coexistencia y continuidad con otros trastornos psiquiátricos y con rasgos y dimensiones de la personalidad. *Revista ANXIA Anuario, publicación de la Sociedad Argentina de Trastornos de Ansiedad*, 81-92.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pállas, M. C. (1989). *BAS-3 Batería de Socialización (Autoevaluación)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva Moreno, F., Moro, M. & Ortet, G. (1994). Dimensiones de orientación interpersonal: un modelo y un instrumento. En M. Garaigordobil & C. Maganto (Dir.), *Socialización y Conducta Prosocial en la infancia y en la adolescencia* (pp. 89-108). San Sebastián: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi*, 10, (3),
- Stolkiner, A. (2005, octubre). Interdisciplina y Salud Mental. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Misiones, Argentina.
- Tapia, M. L.; Fiorentino, M. T. & Correché, M. S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes, Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades*, IV (7/8), pp. 163-172
- Toro, J. (2000). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114 (14), 543-544.
- Trianes, M. (1996). *Educación y competencia social: un programa en la escuela*. Málaga: Aljibe.