

La conversación dialógica como emergente de nuevos sentidos en la experiencia de obesidad

Dialogic Conversation as Emerging New Senses in The Experience of Obesity

Adriana Agramonte Machado^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8536-9250>

Silvia M Marín Juliá¹ <https://orcid.org/0000-0002-7241-8313>

Andrew J Gordon² <https://orcid.org/0000-0002-3229-9479>

¹Instituto de Endocrinología. La Habana, Cuba.

²University of Houston. Texas, Estados Unidos.

*Autor para la correspondencia: adriana.agramonte@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La obesidad constituye un problema de salud grave en Cuba y en el mundo. Es definida como una enfermedad crónica compleja, multifactorial, que se asocia a diferentes tipos de causas.

Objetivo: Definir la configuración subjetiva de la obesidad que integra historia y contextos actuales de la vida de la persona.

Métodos: El estudio se apoya teórica y metodológicamente en el vínculo “teoría de la subjetividad-epistemología cualitativa e investigación constructivo-interpretativa”. Los instrumentos de pesquisa fueron la dinámica conversacional/dialógica, y el completamiento de frases.

Presentación de caso: Adolescente de 13 años, mestizo, estudiante de secundaria, con obesidad exógena. Son los factores ambientales (hábitos de alimentación inadecuados y estilo de vida sedentario), familiares (relaciones afectivas negativas, práctica educativa autoritaria, y actitudes parentales de rechazo), e individuales (estado de salud psicológica negativo y

trastorno de la conducta alimentaria), los principales contribuyentes de la obesidad. La experiencia de obesidad se organiza en historias centradas en problemas, que implica la construcción de una identidad que limita la posibilidad de autocuidado.

Conclusiones: El estudio realizado permitió comprender la experiencia de obesidad desde las construcciones subjetivas del adolescente que vincula la historia de vida con los escenarios desde lo social-familiar-escolar.

Palabras clave: teoría de la subjetividad; epistemología cualitativa; investigación constructivo-interpretativa; salud; obesidad.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a serious health problem in Cuba and in the world. It is defined as a complex, multifactorial chronic disease that is associated with different types of causes.

Objective: To define the subjective configuration of obesity that integrates history and current contexts of the person's life.

Methods: The study is theoretically and methodologically based on the link "Theory of subjectivity-qualitative epistemology and constructive-interpretative research". The research instruments were conversational/dialogic dynamics, and sentence completion.

Clinical case: 13-year-old male adolescent, mestizo, high school student, with exogenous obesity. Environmental (inadequate eating habits and sedentary lifestyle), family (negative affective relationships, authoritarian educational practice, and parental attitudes of rejection), and individual (negative psychological health status and eating disorder) factors are the main contributors to obesity. The experience of obesity is organized into problem-focused stories, which involves the construction of an identity that limits the possibility of self-care.

Conclusions: The study carried out made it possible to understand the experience of obesity from the subjective constructions of the adolescent, which links the life history with the scenarios from the social-family-school.

Keywords: theory of subjectivity; qualitative epistemology; constructive-interpretative research; health; obesity.

Recibido: 01/06/2022

Aceptado: 11/10/2022

Introducción

La obesidad es el trastorno nutricional de mayor frecuencia y relevancia en la actualidad.⁽¹⁾ Es definida como una enfermedad crónica compleja, multifactorial, con causas ambientales, psicológicas, culturales, metabólicas y genéticas.⁽²⁾ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad en la infancia y la adolescencia afecta a la mayoría de los países, y es uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial.⁽³⁾ Esta entidad se asocia no solo con una mayor mortalidad, sino también con comorbilidades que tienen graves repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas.⁽⁴⁾ En Cuba, se observa una tendencia a su incremento en todas las edades y regiones geográficas del país y se reporta una prevalencia nacional de 20,3 % en los adolescentes.⁽²⁾

En el ámbito familiar pueden existir actitudes parentales generadores de alteraciones psicológicas.⁽⁵⁾ Las actitudes psicopatógenas son todas aquellas que están en relación directa con el grado de funcionalidad familiar, dependiendo de la estructura familiar, de las dinámicas que desarrolla, del tipo de relaciones, vínculos, pérdidas, estímulos, límites, normas y afectos con los que interactúa el menor.⁽⁵⁾

Los progenitores tienen una influencia relevante en la condición nutricional de los hijos, a través de los estilos y las prácticas alimentarias parentales (PAP).⁽⁶⁾ Las PAP se definen como aquellos comportamientos específicos que caracterizan las interacciones parentofiliales durante la alimentación, con el propósito de influir en la conducta alimentaria (CA). Se han diferenciado las prácticas parentales de los estilos parentales (EP), en tanto que estos últimos actúan como un moderador del vínculo entre lo que los padres realizan y lo que el menor desarrolla en consecuencia, ya que son las conductas específicas de los padres las que tienen un efecto directo sobre la conducta del menor.⁽⁷⁾

Los sujetos en edades pediátricas no acuden de manera voluntaria a la consulta, carecen de conciencia de enfermedad y en general no sienten la necesidad de “curarse” o eliminar sus síntomas.⁽⁵⁾ En relación con los padres, la conciencia de enfermedad puede presentarse en diferentes niveles de profundidad: búsqueda de información sobre una problemática,

necesidad de consuelo a causa de conductas y/o síntomas de los hijos, búsqueda de ratificación por el especialista de que “la enfermedad del hijo no guarda relación con ellos”, o debido a preocupaciones o quejas provenientes del contexto escolar.⁽⁵⁾

La dinámica conversacional/dialógica es un proceso de generación de sentido, su poder transformacional se apoya en su naturaleza interactiva y reflexiva, que posibilita narrar los acontecimientos de la vida y en ese mismo acto, encontrar sentidos diferentes, que son únicos y apropiados para la situación y las personas que participan en ésta.⁽⁸⁾ Es particularmente útil en el trabajo con adolescentes y sus familias porque se aleja del déficit y trabaja dentro de un marco positivo basado en los recursos, el aprendizaje y la innovación. Facilita la emergencia de nuevos significados en acción, y que dichos significados puedan abrir/desplegar nuevas relaciones y posibilidades para la acción futura y su implementación.⁽⁹⁾

La investigación del sobrepeso y la obesidad en adolescentes cubanos muestra que son escasas aquellas dirigidas a la búsqueda de la relación entre la dinámica familiar, los EP, las PAP y los procesos de alimentación y nutrición de los miembros más jóvenes.⁽²⁾ Las técnicas terapéuticas de carácter psicológico se introdujeron hace décadas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia;⁽¹⁰⁾ sin embargo, son limitados los estudios sobre la atención de esta problemática mediante prácticas dialógicas generativas.

Este informe de caso busca comprender los procesos de producción subjetiva asociados a la experiencia de obesidad y reflexionar sobre la complejidad de los aspectos multifacéticos de su cuidado; además, evidenciar la utilidad clínica de la conversación dialógica para realizar otra lectura del fracaso, reestructurar la acción, renarrar historias para curarse mediante la palabra y hacer más alcanzables los proyectos de vida. Su objetivo principal es definir la configuración subjetiva de la obesidad que integra historia y contextos actuales de la vida del adolescente.

Métodos

Para articular la investigación y la práctica profesional en la atención de la salud mental el estudio se apoyó como principio epistemológico en la teoría de la subjetividad y la

epistemología cualitativa de *González Rey*.⁽¹¹⁾ Siguió la metodología constructivo-interpretativa del mismo autor, que destaca la relevancia del diálogo como recurso epistemológico y metodológico clave para que las personas puedan emerger como agentes activos.⁽¹¹⁾

Los instrumentos de pesquisa, de acuerdo a los supuestos de la epistemología cualitativa, sirven como facilitadores de la expresión abierta y espontánea de los participantes,⁽¹¹⁾ desde esta lógica representan un recurso para facilitar la expresión del otro y apertura para la configuración subjetiva de la experiencia actual.

Dinámica conversacional/diálogos: la idea central de este instrumento es descolocar el lugar tradicional del investigador en la formulación de preguntas para integrarse en una dinámica de conversación que pueda tomar diversas formas que promueve la producción de un tejido de información que implique con naturalidad a los participantes. De este modo pretende que el sujeto se integre en un proceso dialógico que facilite la emergencia de sentidos subjetivos relacionados con el objetivo de la pesquisa.

El completamiento de frases es presentado en un conjunto de enunciados cortos e inconclusos, que intentan profundizar en la información subjetiva de forma singular y diferenciada. No es utilizado como técnica proyectiva sino como instrumento abierto inductor de información,⁽¹¹⁾ orientado a favorecer la expresión de los sentidos subjetivos que serán interpretados por el investigador.

El período total que comprendió el desarrollo de los sistemas conversacionales con el paciente y su familia fue de 12 meses en el 2018, se totalizó alrededor de 8 encuentros. Los sistemas conversacionales tuvieron lugar en dos escenarios: los espacios del centro de atención al diabético (CAD) y del departamento de pediatría del Instituto de Endocrinología. En cuanto a las consideraciones éticas se tomó por escrito el consentimiento informado del paciente y los familiares, se tuvo en cuenta el cumplimiento de la confidencialidad y el anonimato.

Se tomaron en cuenta los principios éticos: autonomía, protección, beneficencia, no maleficencia y justicia. Además se aplicaron los principios que declara la declaración de Helsinki⁽¹²⁾ del año 2013, para el desarrollo de investigaciones en los seres humanos.

Presentación de caso

Adolescente, masculino, mestizo, de 13 años, estudiante de secundaria básica, residente en Matanzas. Hijo único de padres en unión consensual y figura paterna no-residente. De parto fisiológico inducido a las 41,3 semanas de edad gestacional, buen peso, *Apgar* 8/9, cianosis al nacimiento por circular al cuello.

Aumenta de peso a los 5 años con repercusión negativa en el perfil lipídico y “mejoría” con dieta médica.

A los 10 años vuelve a tener un importante exceso de peso que afecta nuevamente el perfil lipídico y ácido úrico, aparece enuresis (hasta 2 veces en la noche), se acuesta a dormir temprano, pero igualmente se levanta temprano estimulado por el hambre e ingiere comida. Motivo de consulta: la madre refiere “sentirse preocupada ante la ansiedad manifiesta de su hijo por comer, se pone como loco al hacerle cumplir la dieta, llega a comer los alimentos crudos”.

Desde los primeros momentos se realiza educación terapéutica. En encuentros posteriores con frecuencia trimestral se mantiene el progreso sucesivo del peso corporal (en 7 meses aumentó 7 kg), los niveles de colesterol total se normalizan y se decide interconsulta con psicología para su evaluación.

Se advierte un contexto social y económico familiar que permite la satisfacción de las necesidades básicas de tipo material y cultural. La elaboración de la solicitud de ayuda es hecha por la madre quien tiene la expectativa de que las conductas indeseadas que observa en su hijo sean eliminadas por la especialista.

Al explorar la conciencia de enfermedad de los padres en relación con el hijo se identifica como primer aspecto la necesidad de ratificación de que la obesidad del adolescente no tiene relación alguna con ellos. Se focalizan también varios problemas escolares como: indisciplina, agresividad, muy bajo rendimiento escolar, rebeldía, y otros síntomas como ansiedad por la comida, mala conducta en el hogar, robo de comida y a escondidas, ingestión de alimentos sin horarios fijos, y no control de esfínter vesical, entre otros. En el adolescente no existe conciencia de la enfermedad.

En la dinámica familiar existe un ambiente disfuncional, desinvolucramiento paterno en aspectos educativos, rechazo al hijo a causa de su conducta inadecuada en el hogar y la escuela. El ejercicio de la autoridad parental recae en la figura materna y es autoritario.

Se identifica dificultades en la formación de hábitos de vida en relación con el grado de madurez psicofisiológica que debiera haber alcanzado el sujeto para su edad cronológica. No ha desarrollado el control de esfínter vesical, se comporta con inmadurez en relación con la media de sus coetáneos, y es dependiente de la madre para la mayoría de las actividades; sin embargo, expresa autonomía alimentaria, busca lo que desea comer y se lo prepara.

El empleo del alimento como reforzador positivo o negativo ante la presentación de conductas fue identificado como EP. Las PAP se convierten en mediadoras de las relaciones afectivas, y se expresan en manipulaciones o chantaje emocional. Existe dificultad en la expresión del afecto materno como besar o acariciar espontáneamente, lo que se ha empeorado con los años.

El trastorno de la conducta alimentaria del adolescente provoca actitudes parentofiliales de rechazo, encubierto y abierto, y baja tolerancia a la frustración expresada en hostilidad. Se constata un ritual emocional asociado a la alimentación, identificado por la madre, que vincula ingesta asociada a estados emocionales negativos.

Algunos datos del examen físico

Se detectó exceso de peso de distribución francamente ginoide, con una adiposidad abdominal aumentada y mayor cantidad adiposa en caderas, glúteos y muslos. Acantosis *nigricans* en cuello y zonas flexoras de miembros superiores como axilas, codos y nudillos.

- Antropometría: peso 72 kg; talla 156,5 cm; IMC $29,6 \text{ kg/m}^2 > 97 \text{ p}$;
edad/talla 75 p.
- Circunferencia de cintura 82 cm $> 97 \text{ p}$; circunferencia de cadera 110 cm;
índice cintura/talla – 0,52; índice cintura/cadera – 0,74.

Exámenes complementarios

Glucemias ayunas 3,8 mmol/L; glucemia pp2h 4,7 mmol/L.

Colesterol total 5,7 mmol/L; triglicéridos 0,9 mmol/L.

Creatinina 69 $\mu\text{mol/L}$; ácido úrico 326 $\mu\text{mol/L}$.

TGP 40 U/L; TGO 32 U/L; GGT 20 U/L; fosfatasa alcalina 488 U/L.

TSH – 3; T4 – 136; anticuerpos antitiroideos: TPO < 10 Tg > 13.

En los resultados de los exámenes de laboratorio se constató elevación de los niveles séricos de colesterol; sin embargo el resto de los complementarios fueron normales.

Discusión

El primer encuentro en el que estuvo presente el paciente, y su madre, buscó destacar la importancia del diálogo como proceso reflexivo activo que involucra a todos, que favorece la expresión de experiencias de vida en la que todos son agentes activos en el diálogo, además, retar la posición de sujeto pasivo, no participante, que generalmente ocupan los menores en los servicios de salud.

Aunque se dio la posibilidad al sujeto de tener un encuentro privado, prefirió que la madre estuviera presente. La investigadora/terapeuta promovió la primera conversación y se dirigió al sujeto participante: “me gustaría comenzar nuestro diálogo hablando sobre tu experiencia en las consultas médicas, lo que tú piensas sobre la obesidad y la influencia que ha tenido en tu salud, y tu vida en general”.

“quiero perder peso pero no sé qué puedo hacer para lograrlo... me siento molesto desde hace tiempo, me han atendido en varias consultas, yo hago cosas y sé... me han dicho que me va a traer problemas, de todo tipo, pero no sé, me gustan las chucherías, a veces me las como escondido, no puedo aguantar el hambre”....

Resulta relevante destacar cómo en esta primera sesión el paciente expresa un aspecto importante relacionado con la obesidad. Puede observarse una tendencia a justificar el hecho de comer mal, cuando dice: “me gustan los dulces”, lo que se denomina como comida chatarra de alto valor calórico; sin embargo, emerge la necesidad “querer perder peso” y aunque reconoce no saber cómo lograrlo, sugiere la posibilidad de que pueda convertirse en un proyecto vital.

En otro momento de esa primera conversación el paciente expresa:

“A veces no tengo deseos de hacer ejercicios, estoy cansado para caminar los 30 min. diarios. Yo prefiero jugar fútbol, pero me dicen que no es igual, que no hace el mismo efecto, si mi mamá no camina conmigo, prefiero quedarme en la casa”.

En este parlamento se observa la pasividad relacionada con la salud, el cansancio y la sensación de obligación que refiere son indicadores de una incapacidad de movilización emocional para la realización del ejercicio. Responsabiliza y culpa a la madre de su propia inactividad.

A partir de lo declarado, nuevos recursos de reflexión que facilitaran la profundización de las expresiones subjetivas del paciente. Fueron implementados: ¿cómo reacciona su familia ante esta situación de salud preocupante? ¿cómo su figura corporal influye en la calidad de sus relacionamientos familiares y escolares?

La madre asume protagonismo:

“Hemos hecho todo lo posible por resolver la situación y ya estamos cansados, nosotros no tenemos ese problema, no somos gordos, no comemos así. Él sabe, porque se lo han explicado, que puede terminar con una diabetes”.

Ante lo expuesto por su madre muestra hostilidad, gestos de desdén y desprecio, intranquilidad, onicofagia, y rechaza sus afirmaciones sobre su forma de comer y su conducta escolar. Responsabiliza a su madre de la falta de reducción de peso corporal, no da cuenta de su propio autocuidado. En las construcciones y expresiones subjetivas de ambos emergen diversos indicadores que serían retomados posteriormente en nuevos sistemas conversacionales: el peligro de desarrollar diabetes, la afectación de las relaciones familiares, las consecuencias que la vida familiar genera en su vida, inquietud, desasosiego y preocupación.

En este primer encuentro quedan explícitos los aspectos contradictorios de la relación, pero la estrategia seguida fue trabajar individualmente con el paciente. propuesta aceptada por ambos.

En los encuentros siguientes el sujeto gana en participación, sus análisis son más profundos y cuestionadores. En el cuarto encuentro ya se había conseguido un nivel de comunicación, de confianza y espontaneidad en las conversaciones, y la investigadora percibe el interés del paciente por dialogar, es en este momento cuando es aplicado el completamiento de frases.

Se retoman aspectos significativos emergidos con anterioridad relacionados a lo que sería la aproximación a una producción subjetiva de experiencia actual de sufrimiento, acompañada de una visión de fatalismo, conformismo y aparente resignación expresada con anterioridad: “me siento molesto desde hace tiempo... pero no sé qué hacer”. Esta vivencia vinculada a su situación actual aparece en el completamiento de frases por medio de expresiones conectadas con expectativas frustradas e inseguridades:

- Mi mayor problema: perder peso
- Quisiera: sentirme bien

La diversidad de inductores cortos que caracteriza este instrumento, unido a la multiplicidad de sentidos subjetivos asociados a los diferentes estados personales que aparecieron en las conversaciones facilitó expresiones útiles para avanzar sobre la configuración subjetiva de la obesidad, alrededor de la cual se integran comportamientos muy diversos que expresan sentidos subjetivos dominantes de esa configuración subjetiva.

Un grupo de frases nos indica dificultades en las relaciones del paciente con sus coetáneos y figuras significativas, lo que viene a complementar esa fuerte tendencia a la dependencia de los demás:

- Yo deseo: tener más amigos
- Odio: que no me entiendan
- Mi mamá: es buena

Si comparamos sus reflexiones sobre la figura materna con lo expresado en el completamiento de frases llama la atención su ambivalencia afectiva, aún existe una relación simbiótica, la madre constituye una fuente de tensiones afectiva y es una principal de malestar emocional. En la configuración de su relación con la madre hay una combinación de amor, seguridad, dependencia y otros opuestos como malestar, y desdén, expresiones simbólicas y emocionales múltiples que alimentan la configuración subjetiva de su obesidad.

Cuando dialogamos sobre estas frases, comenta:

“No sé qué hacer, me gusta comer, y sé que me trae muchos problemas en mi casa. Pero también tengo problemas en la escuela, los niños a veces me dicen cosas, y me tengo que fajar”.

Las expresiones producidas por R, y la forma como se posiciona, más los significados semánticos, evoca una dimensión simbólica emocional que emerge a través de sentidos subjetivos asociados a inseguridades y dudas, comprendido por el modo como él intenta lidiar con una realidad que lo tensiona en diferentes direcciones. En esta dirección, la producción de sentidos asociados a soledad, malestar, fracaso e inseguridad emergen de manera inseparable con las dificultades que experimenta en el ámbito escolar, las vivencias de abuso escolar, y los afrontamientos desadaptativos implementados tanto en el hogar como en la escuela.

Su obesidad y la falta de atención a sí mismo está subjetivamente configurada por sentidos subjetivos asociados a la configuración subjetiva de sus relaciones con la madre, y coetáneos, definidos en la falta de independencia, y la ausencia de una identidad que le permita un lugar social propio. De este modo, quedan expuestas las tensiones que experimenta el sujeto en los ámbitos más importantes de su vida.

Los diálogos desarrollados, como espacio social y recurso fundamental para la reflexión y comprensión, apoyado en el lenguaje verbal y extra verbal, como proceso de relación recíproca entre el profesional y el adolescente, estimuló la participación cada vez más proactiva, y permitió construir nuevas alternativas para que pudiera reconocer, recuperar e implementar nuevas posibilidades de afrontamiento de la conducta alimentaria y escolar. Se analizaron las situaciones que provocaban estados afectivos negativos como ansiedad, aburrimiento, tedio o nerviosismo, situaciones de conflicto en la escuela o el hogar y sus modos de comprender, analizar y accionar.

En el sexto encuentro se observa un cambio más profundo en el adolescente, sus intervenciones son más directas, relacionadas con su estado de insatisfacción escolar, y familiar:

“Yo sé que llegué al límite, y sé que debo hacer las cosas diferente. En la escuela me dijeron que no me darán más oportunidades y en mi casa me gustaría que las cosas cambiaran”.

En este parlamento el sujeto expresa un cuestionamiento crítico asociado a su manera de gestionar sus problemas y reconocimiento de una dinámica de responsabilidad/culpa

vinculada a la violación de las normas establecidas en los ámbitos escolar y familiar, que es otro indicador de tensión y contradicción en su situación actual.

Su situación emocional aparece asociada a un valor moral que se constata en una expresión auténtica “Yo sé que llegué al límite, y sé que debo hacer las cosas diferente”, que es indicador de autorreflexión sobre la propia conducta expresado con honestidad y sinceridad. En el séptimo y octavo encuentros mostró mayor comprensión sobre su salud y las implicaciones de su conducta escolar y familiar como muestra el siguiente parlamento:

“Si no pongo de mi parte ¿no? porque si sigo comiendo como al principio, cuando vine por primera vez..., sé que es un error que yo estoy cometiendo..., ahora entiendo más, sé que tengo que cuidarme”.

Ante la situación hipotética imaginaria de que un milagro ocurre en su vida y los motivos por los que comenzamos nuestras conversaciones quedaron resueltos, qué sería diferente y por qué:

“Comprendo que puedo hacer algo para bajar de peso y ahora sé que puedo hacer muchas cosas...también puedo hablar sobre mí, no quiero ir para una escuela de conducta”.

Es interesante notar cómo en este momento se genera una nueva situación dialógica, el sujeto expresa producciones subjetivas relacionada con la salud, conflictiva e indeseable, que en su experiencia vivida genera algún tipo de sufrimiento; sin embargo, hay un auto reconocimiento de sus propios recursos y fortalezas. Además, puede apreciarse el proceso de transformación que ha devenido, manifiesta una actitud más consciente, reflexiva, autocrítica y la cimiento de la autoconfianza para afrontar su situación; se aprecia cierta habilidad para involucrarse en un proceso de diálogo como elemento fundamental de la relación de confianza desarrollada.

El trabajo desarrollado con el paciente y el cambio en su configuración subjetiva de la obesidad confirma lo planteado por *González y Mitjans*,⁽¹¹⁾ al afirmar que “el tratamiento a la obesidad no se puede reducir a la eliminación de síntomas o al control de ciertos comportamientos, ya que existe una configuración subjetiva que relaciona esos comportamientos en su relevancia simbólica emocional, que no permite la motivación necesaria al cambio”.

El estilo educativo parental (EEP) autoritario fue identificado en la familia estudiada, consistente en alta demanda, exigencia y vigilancia en torno a la alimentación. El control coercitivo incluyó la restricción, las amenazas, los sobornos y el uso del alimento para controlar emociones.^(10,13) La familia presentada muestra conflictos alrededor de la crianza dado esencialmente por la ausencia de autoridad parental conjunta y equilibrada que obstaculizó establecer límites y reglas respecto a la ingestión de alimentos nocivos, y la frecuencia y cantidad con que estos se ingerían.

Se ha analizado la asociación entre los EEP y los síntomas de ansiedad y depresión^(14,15) y se sugiere que los estilos de crianza percibidos por los adolescentes tienen un impacto en su nivel de psicopatología, y otras desadaptaciones.^(16,17) Diferentes estudios muestran una relación entre la (BTF), y los problemas psicopatológicos en la infancia y adolescencia; y su correlación con la depresión y la ansiedad,⁽¹⁸⁾ los problemas de conducta, competencia social, y desarrollo moral;⁽¹⁹⁾ la satisfacción con la vida,⁽²⁰⁾ el éxito académico,⁽²¹⁾ y el establecimiento de relaciones entre compañeros.⁽²²⁾ El rechazo de los padres se ha identificado como el mejor predictor de los comportamientos de agresión y victimización.^(23,24) El sujeto participante en el estudio presentaba la mayoría de los problemas mencionados.

La vida escolar es fundamental y es un área problemática. El abuso escolar y la respuesta desadaptativa de R. tuvieron una relevancia simbólica y emocional en la configuración de la obesidad, aspecto que se tuvo en cuenta durante todo el proceso. El adolescente desarrolló una ingesta compulsiva o emocional caracterizada por falta de adherencia a horarios, cantidades o frecuencia, y dificultades en el control de los impulsos en la que sentimientos de tristeza, desconfianza e ira, unidos a carencias provenientes del contexto familiar y dificultades en el escolar, constituyeron la base de la situación desfavorable de salud mental identificada.

La conversación dialógica, dirigida a la búsqueda de los sentidos y las configuraciones subjetivas, a la expresión comprometida del otro que se expresa,^(25,26,27) favoreció la apertura a nuevas posibilidades, oportunidades y recursos; permitió el potencial de abrir nuevos horizontes en el adolescente y dio la posibilidad de un abordaje coparticipativo, y no lineal.

El cuidado del vínculo a lo largo de los meses, y la creación de una relación no orientada hacia el juicio categorizado de su comportamiento, sino más flexible y pautado según la singularidad de sus procesos subjetivos, gestaron el cambio, de una posición pasiva y dispersa a otra, cada vez más reflexiva y activa en la expresión de sus puntos de vista.

Son los factores ambientales (hábitos de alimentación inadecuados y estilo de vida sedentario), familiares (relaciones afectivas negativas, estilo y práctica educativa autoritaria, y actitudes parentales de rechazo), e individuales (el estado de salud psicológica negativo y alteración de la conducta alimentaria), los principales contribuyentes de la obesidad.

A pesar de que el proceso de seguimiento no está concluido, la metodología aplicada permitió crear un espacio para el cambio, el tránsito de una condición de adolescente pasivo con obesidad a adolescente activo con herramientas para desarrollar el autocuidado; asimismo crear los cimientos para desarrollar recursos personales más efectivos en el afrontamiento de su sufrimiento.

Se concluye que desde la perspectiva del marco interpretativo utilizado, la obesidad es una configuración actualizada en un proceso de vida que expresa la pasividad del adolescente que enfrenta el conflicto experimentado.

El trabajo en salud mental es un proceso dialógico complejo, que genera nuevas opciones de subjetivación, y acciones individuales, para la superación de la inactividad subjetiva y la apertura de nuevos espacios familiares y sociales.

Referencias bibliográficas

1. Bauzá D, Bauzá JG, Vázquez GL, Rosabal L, Bauzá G. Prevalencia y factores de riesgo de obesidad en adolescentes Policlínico René Vallejo Ortiz. Manzanillo. 2016-2017. Multimed. 2020 [acceso 02/08/2022];24(2):416-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000200416&lng=es.
2. Jiménez SM, Rodríguez A, Díaz ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. Rev Cubana Aliment Nutr. 2013[acceso

02/08/2022];23(2):297-308. Disponible en:

<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/299>

3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Sitio web mundial. [acceso 09/06/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

4. Tárraga P J, Tárraga ML, Panisello JM, Rosich N, Castell E, Carbayo JA. Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: estudio piloto. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2017 [acceso 02/08/2022];21(4):313-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000400313&lng=es.

5. García A. Psicología Clínica Infantil. Su evaluación y diagnóstico. La Habana: Editorial Félix Varela, 2013.

6. Alba-Martín R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. Enferm. Glob. 2016 [acceso 02/08/2022];15(42):40-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200003&lng=es.

7. González-Torres ML, Esqueda CN, Vacio MA. Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación. Rev Mex Trasto Aliment. 2018 [acceso 02/08/2022];9(1):129-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232018000100129&lng=es

8. Garzón DI, Rojas GM, Higuera-Dagovett E. Reconfiguración del sentido de enfermedad crónica: la emergencia de bienestar. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2020;16(2):441-54. DOI: <https://doi.org/10.15332/22563067.6322>

9. Sánchez MH. Prácticas dialógicas y códigos sociolingüísticos: crisis y cambios familiares en contextos dialógicos. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2017;15(2):1179-90. DOI: <http://www.doi.org/10.11600/1692715x.1522615122016>

10. García K. Tratamiento de la obesidad infantil desde la Psicología. Hacia una real modificación de actitudes. Invest Medicoquir. 2018 [acceso 02/08/2022];10(1). Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/413>

11. González F, Mitjans A. Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad. 2016;15(1):5-16. DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue1-fulltext-667>
12. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):1-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
13. Romanos CM, Álvarez G, Hurtado JG, Ibarra EN, Domínguez MT. Prácticas parentales de alimentación y actividad física, y su asociación con el exceso de peso en niños entre 6 a 10 años. Acta Pediatr Mex. 2020;41(1):11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.18233/APM-41No1pp11-201971>
14. Marín M. La influencia de las actitudes parentales sobre el bienestar del menor y la elección preferente de la custodia compartida: una disertación. Psicopatología Clínica, Legal y Forense. 2015 [acceso 02/08/2022];15:73-89. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6377739>.
15. Aguilar B, Raya AF, Pino MJ, Herruzo J. Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2019 [acceso 02/08/2022];6(1):36-43. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_mjb_5_T9AhU-TTABHQjVA_gQFnoECA0QAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.revistapcna.com%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F05_1.pdf&usq=AOvVaw2giLkIBvcpnffmpq-cfQ9S
16. Izquierdo E, Carrasco MA, Holgado FP. Rechazo parental y ajuste psicológico infantil: Efecto moderador del afecto familiar percibido desde una perspectiva multi-informante. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2020;25(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.26961>
17. Lucadame R, Cordero S, Daguerra L. El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión. Psicol. Conduct. 2017 [acceso 02/08/2022];25(2):275-95. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-167101>

18. Alcázar AR, Parada JL, Olivares PJ, Bernal C, Alcázar AI. Estilos educativos parentales y emociones como predictores de respuestas obsesivo-compulsivas en población adolescente. *Ter Psicol.* 2019;37(3):241-54. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300241>
19. Martínez M, Valiente C. Ajuste personal y conductas disruptivas en alumnado de primaria. *Actualidades en Psicología.* 2020;34(129):71-89. DOI: <http://www.doi.org/10.15517/AP.V34I129.37013>
20. Tafur YM. Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS.* 2020 [acceso 02/08/2022];5(1):18-25. Disponible en: <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/228>
21. Begoña M, Franco P, Mustaca A. Intolerancia a la Frustración y Regulación Emocional en adolescentes. *Conciencia EPG.* 2018;3(2):12-33. DOI: <https://dx.doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.3-2.2>
22. Esnaola I, Revuelta L, Ros I, Sarasa M. Desarrollo de la Inteligencia Emocional en la adolescencia: un estudio transversal y longitudinal. *An Psicol.* 2017 [acceso 02/08/2022];33(2):327-33. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.2.251831>
23. León del Barco B, Felipe E, Polo del Río MI, Fajardo F. Aceptación-rechazo parental y perfiles de victimización y agresión en situaciones de bullying. *Anal Psicol.* 2015;31(2):600-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.156391>.
24. Méndez M, Peñaloza R, García M, Jaenes J, Velázquez H. Divergences in the perception of parental practices, positive behavior and problems between parents and children. *Acta Colombiana de Psicología.* 2019;22(2):194-205. DOI: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2019.22.2.10>
25. Magalhães D, González F. Subjetividad, sujeto y salud mental: estudio de caso más allá de la lógica de la patología. *Revista Alternativas Cubanas en Psicología.* 2020 [acceso 02/08/2022];8(23):14-33. Disponible en: <http://www.alfepsi.org/uploads.2020/06.23-alt>
26. De León P, Báez J, Campos M, Lobo X, Herrera AE, García O, *et al.* Me llegó como un Tsunami. Conversando sobre el I Plan de Infancia. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices.* 2019 [acceso 02/08/2022];9(1):108-19. Disponible en: <https://ijcp.files.wordpress.com/2019/12>

27. González F. Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. Rivista di psichiatria. 2011 [acceso 02/08/2022];46:5-6. Disponible en: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1009/articoli/10978/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.