

Vivencias subjetivas relativas al cuerpo, percepción respecto a las intervenciones y empatía del equipo de salud en adolescentes con exceso de peso

Ailin Retamar¹ , Jimena Tello¹ 

RESUMEN

Introducción. Adolescentes con exceso de peso confrontan a diario con estereotipos que condicionan su imagen corporal, autoestima y ánimo.

Objetivos. Describir, en adolescentes con exceso de peso, las vivencias subjetivas relativas al cuerpo en la vida diaria y sus percepciones respecto a las intervenciones y empatía del equipo de salud.

Población y métodos. Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a adolescentes entre 11 y 18 años con índice de masa corporal (IMC) ≥ 26 autorreferenciado y/o que refirieran seguimiento médico o nutricional por exceso de peso, asistidos en el Servicio de Adolescencia de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre el 1 de octubre de 2021 y el 31 de mayo de 2022.

Resultados. Se evaluaron 20 adolescentes, con mediana de edad de 13,5 años, mayoritariamente de sexo femenino (16/20). La totalidad refirió insatisfacción corporal desde edades tempranas (edad mediana: 10 años). Mencionan dificultad para vestirse por falta de talles; limitan incluso la práctica deportiva. Padecieron humillación corporal relacionada con el peso en la escuela, la familia o la vía pública (15/20). Percibieron el control de peso de manera dual: su descenso fue el principal estímulo del tratamiento, pero su centralidad en las consultas generó malestar. Las principales causas de abandono terapéutico fueron la imposibilidad de sostener temporalmente las recomendaciones y la falta de descenso de peso. Se percibió del equipo tratante buena predisposición y escucha, pero cierta incompreensión sobre las vivencias cotidianas, condicionamientos físicos, materiales, estéticos, sociales, de sus creencias y percepciones.

Conclusión. Percibieron beneficiosas ciertas intervenciones del equipo de salud, con falencias empáticas.

Palabras clave: adolescente; exceso de peso; emociones; programa de reducción de peso; empatía.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10360>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10360.eng>

Cómo citar: Retamar A, Tello J. Vivencias subjetivas relativas al cuerpo, percepción respecto a las intervenciones y empatía del equipo de salud en adolescentes con exceso de peso. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122(6):e202410360.

¹ Servicio de Adolescencia, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Ailin Retamar: ailinretamar@gmail.com

Financiamiento: Beca de investigación otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 6-3-2024

Aceptado: 31-5-2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con el peso, tanto los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como aquellos caracterizados por el exceso de peso (EP), se encuentran en aumento y afectan la salud en distintos grados y en sus diferentes esferas: biológica, psicológica y social.¹

La adolescencia es un período de cambios durante el cual ocurre el desarrollo psicosocial que tiende, entre otras cuestiones, a la aceptación de la imagen corporal.² Este proceso ocurre en un contexto social, político y cultural que impone estereotipos de belleza que influyen en la percepción de los adolescentes sobre sí mismos, reforzando cierta idealización por la delgadez, lo que favorece el surgimiento de TCA.³ Los adolescentes con exceso de peso (AEP) se enfrentan diariamente a un estigma social negativo. Tener EP no solo hace referencia al cuerpo de una persona, también supone ser considerado feo/a, indeseable, poco saludable, “flojo/a”, “amorfo/a” y, a menudo, estos señalamientos sociales se traducen en actos de discriminación.⁴ Sus cuerpos son vistos como la contracara de los modelos de belleza con los que se comparan constantemente, lo que muchas veces socava su imagen corporal, que es uno de los predictores más importantes en la autoestima.⁵

En contrapartida, han surgido en Occidente movimientos sociales que no solo cuestionan conductas gordofóbicas, sino que abogan por el reconocimiento de la diversidad corporal y, en tal sentido, cuestionan el accionar, las normativas y los estándares de los equipos de salud respecto al tratamiento de las personas con EP. Entre ellos, el movimiento *Health At Every Size* (Salud en Todas las Tallas) promueve mejores conductas en salud para personas de todas las tallas sin tener el peso como mediador.⁶

En la atención de AEP, se suele simplificar la ecuación a la hora de realizar las intervenciones focalizándose en recomendaciones sobre alimentación saludable y actividad física acorde a la edad; se dejan de lado las vivencias subjetivas relacionadas con el peso en la vida diaria y, junto con ello, los factores psicológicos, emocionales y sociales que influyen en la contextura corporal.⁷ Parece pertinente incluir en las intervenciones con AEP aspectos que permitan conocer la visión y deseos que tienen respecto de su cuerpo, así como las ambivalencias, emociones, motivaciones, frustraciones, las experiencias de la vida cotidiana y lo que perciben en el transcurso

de las intervenciones del equipo de salud. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen estos aspectos en nuestra población.

El objetivo de este trabajo fue describir las vivencias subjetivas relativas al cuerpo en la vida diaria, las percepciones respecto a las intervenciones y empatía del equipo de salud en AEP entre 11 y 18 años que se encuentran en seguimiento en el Servicio de Adolescencia de un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo con entrevistas semiestructuradas realizadas por la investigadora principal a sujetos entre 11 y 18 años que tuvieran índice de masa corporal (IMC) mayor a 26 según peso y talla autorreferenciados y/o refirieran seguimiento médico o nutricional por EP, que se encontraban en la sala de espera del Servicio de Adolescencia de un hospital pediátrico de CABA desde el 1 de octubre de 2021 y el 31 de mayo de 2022. Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional, consecutivo y voluntario. Se excluyeron aquellos pacientes con incapacidad para comprender preguntas por discapacidad intelectual, visual o auditiva.

Como instrumento, se confeccionó una guía de preguntas abiertas, basada en la bibliografía existente, con ejes temáticos concordantes con los objetivos del trabajo. Durante las entrevistas, surgieron dos ejes temáticos que fueron agregados posteriormente: las conductas de control de peso poco saludables (CCPPS) y el imaginario de la diversidad corporal (*Material suplementario 1*).⁸⁻¹¹ Las entrevistas fueron registradas en formato sonoro y desgrabadas en su totalidad. El número total de las entrevistas se determinó a través de la saturación teórica del discurso.^{12,13} El análisis del contenido del discurso¹⁴ se realizó estructurando la información obtenida en ítems correspondientes a las respuestas a cada pregunta y, posteriormente, en categorías y subcategorías organizadas según los ejes temáticos antes referidos. Se diferenció entre preguntas representativas, que aportaron ítems representativos de cada categoría, y otras orientadoras, que complementaban la información obtenida (*Material suplementario 2*). Para la caracterización de la muestra, se clasificó el grado de exceso de peso de cada participante según la Organización Mundial de la Salud.¹⁵ En la descripción demográfica, se calcularon

mediana de las edades (con mínimo y máximo).

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética institucional (número de registro 5287 fecha 3/8/2021). Se solicitó asentimiento y consentimiento de un mayor o consentimiento del adolescente, según correspondiese por la edad.

RESULTADOS

Características de la población. Vivencias subjetivas. Conductas de control de peso poco saludables. Imaginario de la diversidad corporal

Se entrevistó a 20 AEP alcanzando la saturación teórica del discurso. La población fue predominantemente de sexo femenino (16) con edad mediana de 13,5 años (mín. 11, máx. 17), escolarizada, de nivel socioeconómico bajo según escala FAS (*Family Affluence Scale*) y, en su mayoría, con sobrepeso y obesidad grado 1. La edad mediana de la primera consulta por EP fue de 10 años (mín. 7, máx. 14), motivada por familiares o profesionales de salud. La totalidad refirió insatisfacción corporal desde edades tempranas (edad mediana 10 años; mín. 6, máx. 15) secundaria al comentario de familiares, principalmente la madre, o pares. Manifestaron dificultad para vestirse y realizar deportes, y

otras dificultades estéticas que condicionaban sus actividades. Un total de 15 AEP relató discriminación o rechazo principalmente en el colegio o en la vía pública. Más de la mitad de las AEP evaluadas sobre CCPPS admitió haberlas realizado alguna vez (11) o pensado en realizarlas (2). Algunas AEP (5) relacionaron el EP con carencia de salud, baja autoestima y sedentarismo. También afirmaron observar, comparar y criticar los diversos cuerpos, incluido el propio (*Tablas 1-4*).

Percepción de las intervenciones del equipo de salud

Las intervenciones del equipo de salud se percibieron como beneficiosas para favorecer el descenso de peso y el bienestar general. Destacaron negativamente la falta de contemplación de las vivencias, las perspectivas individuales y situaciones de contexto sociofamiliar. Todas mencionaron recomendaciones similares: restricciones de grupos de alimentos e incremento de la actividad física. El control de peso fue percibido de manera dual: su descenso fue el principal estímulo del tratamiento, pero su centralidad en las consultas generó malestar y desgano. Las principales

TABLA 1. Características de la población

Categoría	Subcategoría	Total
Dimensión		Población (n: 20)
Edad mediana (mín.-máx.) [años]		13,5 (11-17)
Género	Femenino (cis)	16
	Masculino (cis)	3
	Masculino (trans)	1
Escolaridad	Primaria	2
	Secundaria	18
Procedencia	CABA	3
	PBA	17
Nacionalidad	Argentina	18
	Bolivia	1
	Venezuela	1
Nivel socioeconómico según escala FAS	Bajo	14
	Medio	6
IMC	25 a 29	9
	30 a 34	6
	35 a 39	2
	>40	3
CCPPS (saltar comidas, no terminar el plato, provocarse el vómito) (n: 15)		11
Edad mediana (mín.-máx.) de 1.ª consulta por EP [años]		10 (7-14)
Edad mediana (mín.-máx.) de la 1.ª percepción de insatisfacción corporal [años]		10 (6-15)
Discriminación o rechazo en el colegio o la calle.		15

CCPPS: conductas de control de peso poco saludables. EP: exceso de peso. IMC: índice de masa corporal.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. PBA: provincia de Buenos Aires. n: número.

FAS: Family Affluence Scale.

TABLA 2. Categoría: motivación primera consulta. Imaginario diversidad corporal

Categoría	Subcategoría	Síntesis de análisis	Ítem* representativo
Motivación de la 1.ª consulta por EP**	Preocupación -personal -familiar -profesional	La mayoría refiere que la motivación de las consultas a edades tempranas fue principalmente por sus madres, algunas fueron derivadas por el equipo de salud y solo una por motivación personal.	<i>Porque yo quería. Consulté porque mi mamá se preocupaba por mi peso. En un control de salud, me dijeron que estaba excedida de peso.</i>
	Imaginario de la diversidad corporal (n: 5)	Cuerpos con EP*	Se identificaban con personas con EP.
Identificación		Expresaron creencias negativas sobre las personas con EP relacionadas con la falta de voluntad, sedentarismo, autoestima y condiciones de salud.	
	Prejuicio negativo: - actividad - personalidad - salud		
	Cuerpos delgados	Se comparan con cuerpos delgados desde la falta o la insuficiencia.	<i>Cuando veo una persona más flaca, pienso que no soy lo suficientemente buena para estar así de flaca. Pienso que, por ser flacas, las personas pueden tener más amigos. Las personas flacas son más sanas, pienso que comen mejor. La sociedad les da más acceso a las personas delgadas.</i>
	Comparación	Asumían que las personas delgadas tenían mejores vínculos, posibilidades y estilo de vida.	
	Prejuicio positivo: - personalidad - salud - posibilidades		

EP: exceso de peso. n: número.

*Cada oración se corresponde con una entrevista y es un ítem de análisis.

causas de abandono terapéutico fueron la imposibilidad de sostener temporalmente las recomendaciones y la falta de descenso de peso.

Percepción de la empatía del equipo de salud

Se percibió que el equipo de salud escuchaba, se preocupaba y ocupaba de su problemática, pero se mencionó cierta falta de comprensión sobre sus vivencias y perspectivas (Tablas 5 y 6).

DISCUSIÓN

Las vivencias relativas al cuerpo parecen relacionarse con la autopercepción de la imagen corporal o la representación mental que cada

persona construye sobre su corporalidad en un contexto social y familiar determinado. Es decir, se ve influenciada por la relación con el entorno, las experiencias personales, la información objetiva, subjetiva, verbal y no verbal que recibimos de los demás y que se encuentra atravesada por diversos imaginarios y estereotipos sociales.¹⁶ Los comentarios o críticas que refuerzan los modelos de delgadez como sinónimo de belleza ("fat talk") tales como "qué flaquita estas", "no llego al verano", "esa galletita engorda" pueden colaborar con cierta percepción de incomodidad corporal.¹⁷ Acorde con ello, la población estudiada enfatizó el impacto de la mirada externa desde edades

TABLA 3. Categoría: vivencias subjetivas relativas al cuerpo

Subcategoría		Síntesis de análisis	Ítem* representativo
Registro de incomodidad con su cuerpo	Auto-percibido	Relataron registro de incomodidad y/o inseguridad relacionada con el cuerpo desde edades muy tempranas ya sea por comparación o por comentarios en relación con su tamaño corporal o por sentirse observadas negativamente.	<i>Cuando iba al jardín veía que las otras chicas eran más flacas que yo.</i>
	Por salud o estética		<i>Desde los 6 años me empecé a fijar si tenía panza o si comía mucho. Me siento incómodo porque estoy gordo.</i>
	Por Inseguridad		<i>No me siento a gusto con mi cuerpo, me hace sentir bastante insegura.</i>
Mirada externa	Grupo de pares		<i>En el colegio a la hora de comer me hacían bullying por mi peso. Me decían que como ya era gorda no necesitaba comer. En la primaria, sentía que todos me miraban en el patio, sobre todo los más grandes. Un chico se burló de mi cuerpo y ahí me empezó a molestar (mi cuerpo).</i>
		Familia	<i>Desde los 6/7 años mi mamá me puso presión por mi peso. Mi mamá me decía que estaba gorda, que tenía que bajar de peso por lo que podía decir la gente. A mí no me molesta mi cuerpo, pero muchos me dicen que tengo que bajar de peso, incluso mi mamá, que insiste en que haga ejercicio.</i>

*Cada oración se corresponde con una entrevista y es un ítem de análisis.

tempranas y reconoció sufrir humillación corporal principalmente en el colegio o en el grupo de pares. Este fenómeno hace referencia a todas aquellas acciones o comentarios que juzgan a otras personas por el cuerpo que tienen, lo que genera vergüenza, enojo y tristeza.¹⁸ Coincidentemente, en el mapa nacional de discriminación de 2019 del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI),¹⁹ se observa que el EP es la segunda causa de discriminación en los colegios.

En consecuencia, no resulta extraño que los AEP manifestaran vergüenza al mostrar partes de su cuerpo. Llegaron a restringir sus actividades, incluso la práctica deportiva, adicionando al

funcionamiento físico un limitante estético que intensificaba el sedentarismo. Este limitante también se relacionaba con la dificultad para vestirse principalmente por la falta de talles, a pesar de la existencia en Argentina de una ley de talles.²⁰ Relacionado con esto, una encuesta realizada en adolescentes mujeres en Entre Ríos encontró una alta prevalencia de “molestia” como sentimiento y del proyecto de hacer dietas hipocalóricas luego de salir de compras y no conseguir el talle adecuado.²¹ Esto supone que el acceso a una variedad de talles podría aminorar cierta disconformidad con la imagen corporal y la aparición de conductas de control de peso poco saludables, ambos factores de riesgo

TABLA 4. Categoría: vivencias subjetivas relativas al cuerpo

Subcategoría		Síntesis de análisis	Ítem* representativo
Condicionamiento social o estético en relación con su cuerpo	Uso de vestimenta: - eventos sociales - uso diario - traje de baño	Refirieron que la imposibilidad de vestirse como querían afectaba sus actividades diarias y sociales ocasionando, a veces, su aislamiento.	<i>No quería ir a los cumpleaños de 15 para no tener que ponerme vestidos o musculosas que muestren mis brazos. La ropa que me gusta no viene de mi talla, tengo que comprar ropa de personas mayores.</i>
	Práctica deportiva	Relegaban la práctica de deporte hasta no bajar de peso o tener un cuerpo delgado por comodidad personal o por temor a la mirada externa.	<i>Me gusta bailar, pero no quiero que los demás me vean hasta que no baje de peso. Me gustaría hacer hockey, pero quiero estar más flaca.</i>
Vivencias discriminatorias en relación a su cuerpo (n: 15)	Espacios: - deportivo - escolar - familiar - vía pública	Relataron situaciones de discriminación o temor a sufrir discriminación en el colegio, en el espacio público o en la familia.	<i>En educación física me rechazan por mi cuerpo, así que invento que me duele algo para no jugar. Mis hermanos se burlaron de mí mientras bailaba y dejé de hacerlo.</i>
Limitación de actividades por su cuerpo	Por incomodidad o temor a la discriminación en actividad: - recreativa - deportiva - escolar	Señalaron condicionar su conducta restringiendo actividades académicas, recreativas o deportivas.	<i>Para hacer el deporte que yo quiero, debería bajar de peso porque, si no, se van a burlar. Me gustaría que mi cuerpo sea diferente para poder hacer cosas que ahora me vería mal haciendo.</i>
	Por dificultad física	Mencionan molestias físicas asociadas al EP que limitan el ejercicio recreativo o deportivo.	<i>Actividad física que antes hacía ahora no puedo porque empecé con dolores de pecho.</i>

EP: exceso de peso. n: número.

*Cada oración se corresponde con una entrevista y es un ítem de análisis.

para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Finalizando este apartado, cabe destacar que toda la población evaluada refirió insatisfacción corporal ligada al EP. Según la bibliografía, la disconformidad con el cuerpo se asocia con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.²² Si bien esta sintomatología no fue evaluada en este estudio, la alta frecuencia de insatisfacción corporal amerita poner en consideración estos aspectos en futuros trabajos.

En este trabajo, se entiende por intervenciones a todo aquello que ocurre en la consulta por EP: anamnesis, examen físico, recomendaciones, citaciones a seguimiento posterior, interconsultas. Respecto a las recomendaciones alimentarias recibidas, las AEP evaluadas mencionaron sugerencias para restringir ciertos tipos de alimentos. Esto generó, por un lado, que percibieran las consultas de seguimiento como un momento de control sobre el cumplimiento de las recomendaciones y, por el otro, el abandono

terapéutico ante la imposibilidad de sostenerlas en el tiempo. En este sentido, resulta interesante considerar que, según estudios de gran escala, las restricciones y prohibiciones de alimentos se asocian a un aumento de peso a largo plazo.^{23,24} A su vez, es pertinente remarcar que tanto las dietas a edades tempranas como las conductas de control de peso poco saludables, frecuentemente subdiagnosticadas, pueden favorecer el surgimiento de trastornos de la conducta alimentaria. La población evaluada presentó ambas condiciones de riesgo.

Se refirieron vivencias negativas respecto a la centralidad del peso en las consultas, principalmente al no conseguir descender, a punto tal de ser otro motivo de abandono del tratamiento. Sin embargo, al indagar sobre escenarios terapéuticos imaginarios que consiguieran cambios positivos en salud, aunque no se correspondieran con modificaciones en el peso, fueron considerados como sinónimo de fracaso. Es decir que, en el imaginario de

TABLA 5. Categoría: percepción respecto a las intervenciones del equipo de salud

Subcategoría		Síntesis de análisis	Ítem* representativo
Positiva	Asociadas al descenso de peso	Conformidad asociada con el descenso de peso y correspondencia con mayor comodidad en las consultas y/o con su entorno social.	<i>Las recomendaciones me ayudaron a sentirme mejor porque bajé 3 kilos. Cuando lograba bajar de peso, me sentía cómoda en la consulta.</i>
	En relación con hábitos saludables	Aprobación por cambios hacia un estilo de vida saludable.	<i>Me sirvieron porque me siento más saludable y activa.</i>
	Motivación para el cambio	Conformidad con la motivación positiva recibida para adoptar hábitos saludables compatibles con gustos o deseos del AEP o fundamentada en su beneficio.	<i>Me dijeron que podía hacer el ejercicio que a mí me gusta. Eso me dio ganas de seguir en tratamiento.</i>
Negativa	Incomodidad con el examen físico	Vivencia negativa de incomodidad relacionada con el control de peso o examen físico.	<i>No me gusta, me siento incómoda cuando me tengo que pesar.</i>
	Similitud en las consultas y pérdida de motivación	Reiteración en las modalidades de intervención pese a no alcanzar objetivos buscados motivando el abandono del tratamiento.	<i>Me suelo desmotivar y lo dejo. Sé que, si hago lo que me dicen, podría bajar, pero me dicen siempre lo mismo y no me funciona.</i>
	Culpa por incumplimiento o por falta de descenso de peso	Culpa relacionada con la dificultad real o subjetiva de no poder cumplir con las recomendaciones del equipo y/o por la falta de constatación del descenso de peso que motivan el abandono en el tratamiento.	<i>Me daba culpa cuando me pesaban y veía que no había bajado.</i>
	Focalización la intervención en el peso o en el cuerpo	Disconformidad con el señalamiento del peso o del cuerpo principalmente para remarcar la falta de objetivos.	<i>Cada vez que vengo, la doctora me dice que estoy más gordita. Siempre habla de mi cuerpo.</i>
	Recomendación alimentaria y de realización de actividad física	Dificultades en el cumplimiento o sostenimiento de cambios en la alimentación. Percepción de indicaciones como restrictivas. Barreras para la realización de actividad física relacionadas con la incomodidad con el cuerpo por discriminación real o subjetiva o por falta de atuendo acorde al talle.	<i>Me cuesta mucho comer menos, o no comer determinados alimentos. No podía hacer deporte como me decían porque, donde vivo, si estás gordo, no podés hacer deporte.</i>

AEP: adolescente con exceso de peso.

*Cada oración se corresponde con una entrevista y es un ítem de análisis.

Intervención: incluye anamnesis, examen físico, recomendaciones, citaciones a seguimiento posterior, interconsultas.

la población estudiada, el peso no solo fue la variable determinante en el tratamiento, sino que la delgadez fue un análogo de salud, buenos hábitos, alta autoestima y de mayores posibilidades sociales. Estas creencias probablemente se encuentren influenciadas por el estigma social negativo que enfrentan diariamente y por un entorno discursivo que sobrealora la delgadez.

En este trabajo se entiende la empatía del equipo de salud como “un atributo primeramente

cognitivo (en lugar de emocional) que implica el comprender (comprensión, en lugar de sentir) las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, combinados con la capacidad para comunicar esta comprensión”.¹⁰ En este sentido, la mayoría de la población evaluada percibió que el equipo de salud escuchaba y se ocupaba de su problemática, pero mencionó cierta falta de comprensión sobre las vivencias cotidianas y las perspectivas de las AEP, lo que supone una carencia empática del equipo tratante.

TABLA 6. Categoría: percepción respecto a la empatía del equipo de salud

	Subcategorías	Síntesis de análisis	Ítems* representativos
Positiva	Asociado a un espacio de escucha	Reconocen en el equipo tratante un espacio de escucha adecuado.	<i>En el hospital, me sentí siempre cómoda para poder hablar.</i>
Negativa	Falta de consideración respecto a vivencias relativas al cuerpo o CCPPS	Falta de espacios para poder expresar intenciones reales de cambio o develar CCPPS.	<i>Nunca dije lo que hacía o cómo me sentía respecto a mi cuerpo, así que nadie sabía que salteaba comidas o vomitaba.</i>
	Falta de consideración respecto a sus sentimientos o creencias	Ausencia de espacio para expresar sentimientos o creencias relacionados con el EP y las intervenciones proporcionadas.	<i>Además del peso, me hubiera gustado que me pregunten cómo me siento. Me hubiera gustado poder decir que no me ayudaba que me presionen y que no me sentía cómodo. La ginecóloga insiste en que tengo que bajar de peso y no se detiene a pensar si yo tendría algún problema con eso.</i>

EP: exceso de peso. CCPPS: conductas de control de peso poco saludables.

*Cada oración se corresponde con una entrevista y es un ítem de análisis.

Empatía: atributo primeramente cognitivo que implica el comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, combinados con la capacidad para comunicar esta comprensión.

Según el recorrido de este trabajo, y apoyándonos en la bibliografía existente, resulta interesante repensar las intervenciones del equipo tratante y sumar herramientas que permitan mejorar la calidad de las intervenciones. Entre ellas, se podría fomentar cambios en las conductas alimentarias y estimular la realización actividad física con estrategias duraderas, no centradas en el peso, con motivaciones apoyadas en la empatía. Se recomienda buscar la incorporación de una alimentación intuitiva, que permita establecer una conexión entre lo que se come y cómo se siente a corto y mediano plazo, relacionando la comida con el estado de ánimo, concentración, niveles de energía, saciedad, comodidad al comer, hambre, placer y satisfacción; destacar la importancia de la comensalidad, o del compartir la mesa o el espacio de alimentación con la familia o grupo social de pertenencia, y alentar, en general, a hablar menos sobre el tamaño corporal.^{25,26} Se sugiere pesquisar en las consultas la insatisfacción corporal y cuestiones estéticas relacionadas tanto con la adquisición de vestimenta como con las actividades de la vida diaria, incluida en la actividad física recomendada, como así también indagar sobre

sintomatología ansiosa o depresiva y vivencias de humillación o discriminación.

Es necesario promover la aceptación y autoestima, ya que está documentado que las personas con autoestima fortalecida tienen mayores probabilidades de adoptar conductas positivas de salud.²⁷ En este aspecto, podrían resultar beneficiosos dispositivos transdisciplinarios que puedan alojar y generar acciones que favorezcan una mejoría en la autopercepción de la imagen corporal, quizás remedando tácticas utilizadas para grupos minoritarios, como el transgénero, sobre el cual se busca aplicar estrategias médicas, estéticas o sociales que mejoren la relación con el propio cuerpo.²⁸ Sería interesante conformar espacios no solo por clínicos o nutricionistas, sino por distintas áreas o disciplinas, como esteticistas, dermatólogos/as, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, artistas escénicos, profesionales de las ciencias sociales, etc.,²⁹ que habiliten el intercambio con pares y permitan la reflexión sobre el propio cuerpo, sobre los diversos modelos de belleza dominantes y mandatos sociales, y que trabajen sobre situaciones de maltrato, discriminación, humillación y conductas de control de peso poco saludables asociadas.

Podría ser útil, como aporte, el trabajo realizado desde los movimientos sociales que abogan por paradigmas de diversidad corporal, basados en las consecuencias negativas de la discriminación sobre las personas con EP.³⁰ Todo esto solo puede conseguirse a través del perfeccionamiento continuo y constante de la relación empática del equipo de salud que permita la adecuación necesaria para cada AEP.

Por último, pareciera necesario pensar esta problemática desde el trabajo conjunto de los equipos de salud y educación a través de diversas estrategias, como la aplicación adecuada de la educación sexual integral (ESI) que permita barrer con prejuicios y estereotipos arraigados en el seno mismo de la sociedad, fortalecer la tolerancia e integración y prevenir diferentes formas de discriminación y maltrato.³¹

Debilidades del estudio

Primero, fue necesario adaptar algunas preguntas, desglosándolas o generando ejemplos, para favorecer la calidad de las respuestas, ya que al inicio surgieron discursos monosilábicos. Segundo, al explicar el marco del trabajo al inicio de las entrevistas, puede haberse generado un sesgo en las respuestas iniciales respecto a la insatisfacción corporal y su relación con el peso. Tercero, el número de personas de sexo masculino en la muestra fue bajo, en concordancia con la menor representación que tienen en los servicios de salud. Cuarto, los IMC muy elevados no tuvieron suficiente representación en la muestra, remediando probablemente las características poblacionales del servicio donde se realizó el estudio. Quinto, las entrevistas y desgrabaciones las realizó una única persona con un eventual sesgo relacionado.

Fortalezas

Las entrevistas y desgrabaciones fueron realizadas por una única persona lo que favoreció una menor variabilidad en el estilo de entrevistas y primeras categorizaciones.

CONCLUSIÓN

La insatisfacción relativa al cuerpo fue común en toda la población evaluada y la mitad padeció humillación corporal. El control de peso fue percibido de manera dual: su descenso fue el principal estímulo del tratamiento, pero su centralidad en las consultas generó malestar. Las principales causas de abandono terapéutico fueron la imposibilidad de sostener temporalmente

las recomendaciones y la falta de descenso de peso. Se manifestaron falencias empáticas respecto al abordaje de vivencias cotidianas, condicionamientos físicos, materiales, estéticos, sociales, de sus creencias y percepciones. ■

Material suplementario disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/10360_AO_Retamar_Anexo.pdf

REFERENCIAS

1. Pajuelo J, Rocca J, Gamarra M. Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. *An Fac Med.* 2003;64(1):21-6.
2. Pasqualini D. Los y las adolescentes. En: Pasqualini D, Llorens A (comp). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OPS/OMS/UBA; 2010:27-39.
3. Behar AR. Quince años de Investigación en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2010;48(2):135-46.
4. Quiros Sanchez G. Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Rev Latinoam Derechos Humanos.* 2021;32(1):1-12.
5. Quiroz Ríos Y. Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes [tesis de grado]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2015.
6. Bacon L, Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J.* 2011;10(1):9.
7. D'Anglés Hurtado TJ. Percepción de la obesidad por adolescentes escolares del distrito de Trujillo. *Rev Med Trujillo.* 2014;10(2):167-75.
8. Molina Valencia N, Molina Pertuz V. Construcción de subjetividad en los llamados obesos: un análisis biopolítico en la cirugía bariátrica [tesis de grado]. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2014.
9. Aspillaga HC, Cruzat MC, Torres AM, Haemmerli DC, Pérez VC, García TA, et al. Vivencias Subjetivas de adolescentes con obesidad respecto a su tratamiento. *Rev Chil Nutr.* 2012;39(2):191-9.
10. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit.* 2007;13(7)CR:291-4.
11. Moreno Maldonado C, Moreno C, Rivera F. Indicadores para detectar y evaluar el Impacto de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles. *Apuntes de Psicología.* 2022;34(2-3):177-88.
12. Fernández de Sanmamed M. Fases de una investigación cualitativa. En: Vázquez Navarrete M, da Silva MR, Mogollón Pérez A, Fernández de Sanmamed M, Delgado Gallego M, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2017:58-68.
13. Corbetta PG. La Entrevista Cualitativa y entrevista cualitativa. En: Corbetta PG. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007:345-61.
14. Caceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas.* 2003;2(1):53-81.
15. Moreno G M. Definición y Clasificación de la obesidad. *Rev*

- Méd Clin Condes.* 2012;23(2):124-8.
16. Behar R, Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes: Otro Desafío de Nuestros Tiempos. *Andes Pediatr.* 2021;92(4):626-30.
 17. Sharpe H, Naumann U, Treasure J, Schmidt U. Is Fat Talking a Causal Risk Factor for Body Dissatisfaction? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Eat Disord.* 2013;46(7):643-52.
 18. Gilbert S, Thomson K. Body Shame in childhood and adolescence: Relations to general psychological functioning and eating disorders. In: Gilbert P, Miles J (Eds). *Body shame: Conceptualisation, research, and treatment.* New York: Routledge; 2002:55-74.
 19. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Mapa Nacional de la discriminación. 3ra ed. Buenos Aires, 2019. [Consulta: 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/05/mapa_nacional_de_la_discriminacion.pdf
 20. Ley N° 27521. Sistema único normalizado de identificación de talles de indumentaria. Boletín Nacional de la República Argentina, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 20 de diciembre de 2019. [Consulta: 1 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27521-333533>
 21. Gioria YM, Mesa M, Escudero D. Ley de Talles en el Contexto de los Trastornos Alimentarios. *Diaeta.* 2014;32(148):24-30.
 22. Cruz-Sáez MS, Pascual Jimeno A, Włodarczyk A, Polo-López R, Echeburúa Odriozola E. Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutr Hosp.* 2016;33(4):935-40.
 23. Stice E, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB. Naturalistic weightreduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(6):967-74.
 24. Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics.* 2003;112(4):900-6.
 25. McCarthy HI. An Intuitive Eating Intervention for Healthy Living Among University Employees [tesis de grado]. Duluth: University of Minnesota Duluth; 2021.
 26. Neumark-Sztainer D. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do? *J Adolesc Health.* 2009;44(3):206-13.
 27. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(5):887-904.
 28. Argentina. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries. Ministerio de Salud; 2021 junio. [Consulta: 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-y-adolescencias-trans>
 29. Nicaragua. Ministerio de Salud. Guía dirigida al personal de Salud para organizar los círculos de adolescentes y formar promotores de pares. Managua: Ministerio de Salud; 2014 [Consulta: 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/07/N-127-Guia-dirigida-al-personal-de-salud-para-organizar-los-circulos-de-adolescentes-y-formar-promotores-de-pares.pdf>
 30. Elizathe LS, Murawski BM, Rutzstein G. La cultura de la delgadez en los niños: Discriminación y estigmatización social. *Encrucijadas.* 2011;50(3):1-4.
 31. Faur E, Gogna M. La Educación Sexual Integral en la Argentina. Una apuesta por la ampliación de derechos. En: Ramirez Hernandez E (Comp). *Voces de la inclusión: Interpelaciones y críticas a la idea de Inclusión escolar.* CABA, Mexico D.F; Praxis; 2016:195-227.