



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

El proceso de aprender para cambiar: más allá de un tratamiento nutricional para personas obesas

Edileuza Alves da Silveira Barreto de Oliveira

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

El proceso de aprender para cambiar: más allá de un tratamiento nutricional para personas obesas

Programa de doctorado en Educación y Sociedad

Doctoranda: Edileuza Alves da Silveira Barreto de Oliveira

Directora: Dra. Núria Lorenzo Ramirez

Tutora: Dra. Núria Lorenzo Ramirez

Barcelona, 2018

Membre de la



Reconeixement internacional de l'excel·lència



Health Universitat
de Barcelona
Campus



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

El proceso de aprender para cambiar: más allá de un tratamiento nutricional para personas obesas

Programa de doctorado en Educación y Sociedad

Doctoranda: Edileuza Alves da Silveira Barreto de Oliveira

Directora: Dra. Núria Lorenzo Ramírez

Tutora: Dra. Núria Lorenzo Ramírez

Barcelona, 2018

Membre de la

LE
RU

Reconeixement internacional de l'excel·lència



B:KC

Barcelona
Knowledge
Campus



Health Universitat
de Barcelona
Campus

Dedico

¡A Dios, autor de la vida!

Por ello, a Arimatés, André, Érico, Ari, Cintia, Sophia, Pedro y Cecilia.

Agradezco

Esta tesis no hubiera sido posible sin la colaboración de innumerables personas. Por esto agradezco, imprescindiblemente y con distinción a:

En primer lugar, a Dios, el protagonista. Por iluminarme el camino para la construcción del conocimiento presentado en esta tesis. ¡A ÉL, toda la gloria!

A la Universidad de Barcelona, su Departamento de Educación y Organización Educativa y al Programa Educación y Sociedad, por la apertura y acogimiento para esta formación doctoral.

A la profesora Dra. Nuria Lorenzo Ramírez, directora de tesis. Le agradezco el apoyo, el compromiso y la sensibilidad incansable en la conclusión de esta tesis. Recuerdo sus palabras, su interés y su ánimo constante y, especialmente, cuando me decía: *“Ilegaremos al mejor puerto que se pueda llegar”*.

Al profesor Dr. José Luis Medina, y en su nombre agradezco a todos los profesores de la Universidad de Barcelona, con los cuales, aún, aprendo.

A la profesora Dra. Conceição Passeggi, Departamento de Educación, UFRN, Brasil, por la oportunidad de aprendizajes y discusiones sobre este trabajo.

Al profesor Dr. Carlos Alberto Freire, por el espacio concedido en la UFRN para la realización de esta investigación/formación con individuos obesos.

A las compañeras de doctorado en Barcelona. Luciana Parra, Denise, Ada, Patricia, Mariela, Carmen, Inma etc. por los enlaces de amistad y aprendizajes construidos juntos. Un recuerdo siempre afectuoso e inolvidable.

A Francisco y Delma por el especial apoyo en Barcelona para la realización de este curso doctoral.

A las 13 personas que, con sus relatos, han hecho parte de esta investigación, así como la disponibilidad de colaborar con sus experiencias de vida para la concretización de este trabajo.

A mis compañeras(os) de la UFRN, Adeilza, Fátima Carrilho, Gilvete, Heleny, Maria José, Sandra, Sávio, Selma, Tathiana, Vera Challegre, Vera Pinto, por todos los enlaces y aprendizajes compartidos.

A mis padres que un día plantaron una semilla para la búsqueda del conocimiento.

A mis hermanos y familiares, que directa o indirectamente han colaborado para que este trabajo fuera posible. Destaco especial gratitud a Marleide y sus hijos por el apoyo inestimable.

Y por último y no menos importante, a mi ,marido Arimatés y a mis hijos, André, Érico, Ari y Cintia. Agradezco por la incansable paciencia, estímulo, confianza y comprensión en tantas ocasiones, en las que tuve que alejarme. Agradezco el incondicional amor, capaz de transformar un riguroso trabajo en algo suave y placentero.

Creo, más que nunca, que los relatos de vida recogidos junto a los miembros de un mismo medio profesional o, más generalmente, de un mismo “mundo social” o de una misma “categoría de situación” pueden ayudar mucho en la aprehensión y en la comprensión “sociológica”, pero también en la comprensión socio-psicológica, de ese medio, de ese “mundo social”, de esa situación (o mejor, de las personas que se encuentran en esa situación (*Bertaux, 2008, p. 1*)).

Sumario

Resumen.....	17
Abstract.....	19
Resum.....	21
Resumo.....	23
PRESENTACIÓN.....	25
La doctoranda y el porqué de una tesis doctoral.....	25
1. INTRODUCCIÓN.....	29
1.1. El problema de investigación.....	30
1.2. Justificación del estudio.....	37
1.3. Propósitos del estudio.....	39
1.4. Decisión metodológica.....	40
1.5. Estructura de la tesis.....	41
2. FUNDAMENTACIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	43
2.1. Aprendiendo sobre la obesidad.....	43
2.2. Sobre los tratamientos de personas obesas.....	47
2.2.1. Principales pilares para el tratamiento de personas obesas.....	50
2.2.1.1. Tratamiento con orientación dietética.....	52
2.2.1.2. Tratamiento con programación de actividad física.....	53
2.2.1.3. Tratamiento con fármacos anti-obesidad.....	55
2.2.1.4. Tratamiento con cirugía bariátrica.....	57
2.2.2. Otras estrategias de tratamiento.....	63
2.2.2.1. Psicoterapia cognitivo-comportamental.....	63
2.2.2.2. Tratamientos alternativos.....	66
2.2.3. Discusiones sobre los tratamientos.....	67
2.2.4. Síntesis sobre los tratamientos.....	77

2.3. El proceso de aprender para cambiar	79
3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	89
3.1. Planeación de la investigación	89
3.1.1. Presentación y justificación del enfoque metodológico.....	89
3.1.2. El fundamento de las historias de vida en formación.....	91
3.1.3. Hora de investigar: ¿cómo?.....	94
3.1.4. Método autobiográfico en doble perspectiva	96
3.1.4.1. Orientaciones metodológicas	102
3.1.4.2. Decisión metodológica	103
3.1.4.3. Criterios de participación.....	103
3.1.4.4. Selección de los participantes.....	104
3.1.5. Escenario del estudio	107
3.1.6. Diario de investigación.....	108
3.1.7. Actividades y recolección de contenidos	113
3.1.8. Diseño del estudio	115
3.1.9. Ejes de investigación-formación	119
3.1.10. Análisis de los contenidos	124
3.1.11. Aspecto ético	130
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	133
4.1. Razones relacionadas a la propia situación	134
4.1.1. Dificultades subjetivas en personas obesas	137
4.2. Razones relacionadas a la historia personal del sujeto.....	139
4.2.1. Fenómenos precursores de la obesidad.....	143
4.2.2. Fenómenos que contribuyen al aumento de peso corporal	149
4.3. Razones relacionadas al autor/actor en este momento de su existencia.....	153
4.3.1. Fenómenos que contribuyen para pérdida del peso corporal	155

4.3.2. Génesis del sobrepeso y de la obesidad.....	158
4.3.3. Estrategias para control del comer sin pensar	162
4.4. Construyendo saberes.....	166
4.5. Evaluación y verificación.....	177
4.6. Análisis de medidas antropométricas	182
5. CONCLUSIONES.....	193
6. REFERENCIAS.....	203
APÉNDICES.....	221
Apéndice 1 – Solicitud de espacio físico para las reuniones.....	223
Apéndice 2 - Invitación a los candidatos de la investigación	225
Apéndice 3 – Tabla de presencias de los participantes.....	227
Apéndice 4 – Cuestionario inicial traducido, las respuestas y su análisis.....	229
Apéndice 5 - Contrato psicológico con análisis.....	239
Apéndice 6 - Estudio de Casos de Adultos Obesos Externos a la Investigación.....	241
Apéndice 7 - Ruta para discusión sobre alimentación y estilo de vida saludable.....	245
Apéndice 8 – Diario de Investigación.....	247
Apéndice 9 – Cuestionario Final	253

Rol de figuras

Figura 1 - Picnic, Obra de Fernando Botero.....	29
Figura 2 - Bailarines, Obra de Fernando Botero.....	39
Figura 3 – Representación gráfica de los Tipos de Obesidad.....	44
Figura 4 - Pilares Fundamentales en el Tratamiento de Personas obesas	51
Figura 5 - Esquema de las Etapas del Modelo Transteórico de Prochaska	84
Figura 6 - Posturas Paradigmáticas positivista y fenomenológica.....	90
Figura 7 - Método Autobiográfico en Doble Perspectiva	97
Figura 8 - Características de las Personas obesas del Estudio	106
Figura 9 - Planeación de las Sesiones Semanales de Intervención Educativa	112
Figura 10 - Plan de Recolección de los contenidos para la Investigación	113
Figura 11 - Informe de las Reuniones del Grupo de Investigación – Parte A.....	116
Figura 12 - Informe de las Reuniones del Grupo de Investigación – Parte B.....	117
Figura 13 - Informe de las Reuniones del Grupo de Investigación – Parte C.....	118
Figura 14 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación – Parte A.....	120
Figura 15 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación - Parte B.....	121
Figura 16 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación - Parte C	122
Figura 17 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación – Parte D.....	123
Figura 18 - Modelo de Tabla para Análisis de Contenidos.....	125
Figura 19 - Ejemplo de un Análisis vertical: categorización	127
Figura 20 – Recurrencias y no recurrencias de atributos conceptuales subjetivos .	129
Figura 21 - La tipología de Bertaux sobre la actuación como persona obesa	134
Figura 22 – Narrativas Autobiográficas sobre el significado de ser una persona obesa	136
Figura 23 - Análisis de las dificultades subjetivas en personas obesas	137
Figura 24 – Narrativas autobiográficas sobre los motivos que hacen ser una persona obesa	142
Figura 25 – Análisis de Fenómenos precursores de la obesidad.....	143
Figura 26 – Análisis sobre las narrativas: “Por qué su compañero se tornó una persona obesa”	150
Figura 27 – Análisis de los aspectos que contribuyen para aumento del peso corporal	151

Figura 28 – Opiniones de los Sujetos investigados sobre los aspectos que contribuyen para la pérdida del peso corporal	154
Figura 29 - Análisis de los fenómenos que contribuyen para pérdida del peso corporal	155
Figura 30 – Opiniones sobre los motivos para utilizar la alimentación como válvula de escape	160
Figura 31 - Análisis de la génesis del sobrepeso y la obesidad.....	161
Figura 32 - Análisis de las estrategias para el control del comer compulsivo	163
Figura 33 - Pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira.....	169
Figura 34 - Opiniones sobre la relación entre aprendizaje desarrollado por la pirámide de alimentos y dieta prescrita por un profesional.....	173
Figura 35 – Traducción de las Opiniones de los sujetos sobre la relación entre la pirámide de alimento y la dieta personalizada, prescrita por un profesional de la salud.	174
Figura 36 - Evaluación de la Intervención Educativa por las personas obesas	179
Figura 37 - Análisis interpretativo de las narrativas autobiográficas sobre la evaluación del proceso de intervención educativa.....	180
Figura 38– Family, Obra de Fernando Botero, 1996.	193

Rol de tablas

Tabla 1 - Clasificación Internacional de la Obesidad según el IMC y riesgo de dolencia (OMS) con Grados o Clases	49
Tabla 2 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura.....	183
Tabla 3 – Registro del Peso Corporal de las personas obesas de la investigación-formación en las sesiones semanales.....	184
Tabla 4 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura en las Mujeres de la investigación	185
Tabla 5 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura en los hombres de la investigación.....	185
Tabla 6 - Clasificación IMC y riesgos progresivos.....	186
Tabla 7 - IMC inicial y final de los investigados por grado de riesgo para enfermedades y la pérdida de peso durante la investigación.....	187
Tabla 8 - Evaluación nutricional en mujeres investigadas.....	188
Tabla 9 – Evaluación nutricional en hombres de la investigación	188
Tabla 10 – Evaluación nutricional de los investigados por el IMC.....	189
Tabla 11 - Personas obesas investigadas y porcentaje de abandono por sexo.....	189
Tabla 12 - Medidas longitudinales de peso corporal de los investigados en tres momentos específicos de la investigación.	191

ACRÓNIMOS

ABESO - Asociación Brasileña para Estudio de la Obesidad y del Síndrome Metabólico

ALC - América Latina y Caribe

CAP - Compulsión Alimentaria Periódica

CC - Circunferencia de la cintura

CLAO – Consenso Latino Americano de Obesidad

CLAPS - Cumbre Latino Americana del Peso Saludable

DI – Diario de Investigación

EC – Estudio de caso

ECNT - Enfermedad Crónica No Transmisible

ENSFPO - Educación Nutricional para Salud de la Familia en Prevención a la Obesidad

FAO – Food and Agriculture Organization – Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

FLASO - Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad

FTBO - Fuerza Tarea Brasileña de Obesidad

GD – Grupo de discusión

GE – Grupo de estudio

IMC - Índice de Masa Corporal

IASO - Sociedad Internacional para el Estudio de la Obesidad

IOTF - Fuerza Tarea Internacional de Obesidad; International Obesity Task Force.

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

MEDLINE - Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*)

MS – Ministerio de la Salud (de Brasil)

NA – Narrativas Autobiográficas

OEA – Organización de Estados Americanos

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPAS – Organización Pan Americana de la Salud

PACS - Programa de Agentes Comunitarios de la Salud

PAT - Programa de Alimentación del Trabajador

PC - Peso corporal (en kilogramos)

PSF - Programa de Salud de la Familia

SBCBM - Sociedad Brasileira de Cirugía Bariátrica y Metabólica

SEEDO – Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido

SUS – Sistema Único de Salud (de Brasil)

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

WHA - Asamblea Mundial de Salud – World Health Assembly

WHO - World Health Organization

Resumen

Esta tesis presenta una investigación-formación con un grupo de personas obesas. Su objetivo es entender por qué los tratamientos para estas personas obesas no consiguen evitar la reincidencia de la obesidad ni el incremento de nuevos casos en todas las sociedades civilizadas. Para ello, hemos revisado la literatura latinoamericana y española sobre la obesidad y las recomendaciones y evidencias de la comunidad científica. Es una investigación-formación inmersa en un paradigma reflexivo/interpretativo, con el método autobiográfico desde el punto de vista de las historias de vida para la formación de adultos, con un método en dos perspectivas. Un recorte de las historias de vida, relacionado con la obesidad, en las narrativas autobiográficas elaboradas en la reflexión y la interacción, por 13 personas obesas que concordaron en participar de la intervención educativa, para la formación de un nuevo estilo de vida y la pérdida de peso corporal. Para el análisis de los datos no partimos de categorías previas o hipótesis. Buscamos una categorización primaria en la que analizamos de forma inductiva las narrativas autobiográficas y transcripciones en grupos de discusión. Las unidades de significado son interpretadas y responden a nuestro eje central de la investigación, con el abordaje en su diseño. Los resultados de la revisión de literatura distinguen que los tratamientos para las personas obesas son ineficaces porque después de dos a tres años, el 95% de las personas obesas tratadas vuelven al peso anterior, otras abandonan el tratamiento, no consiguen atención en los sistemas de salud, o, aún ignoran la obesidad y sus consecuencias. Los principales resultados del estudio apuntan: dificultades subjetivas de las personas obesas; fenómenos relacionados al surgimiento de la obesidad; fenómenos responsables por la progresión de la obesidad; génesis de la obesidad; fenómenos que contribuyen para la pérdida de peso corporal y fenómenos influyentes para el exceso de peso corporal, a partir de la experiencia y de la subjetividad de las personas obesas para la ciencia. El estudio concluye que el contexto social impulsa el desarrollo del sobrepeso y de la obesidad, especialmente, en el ambiente familiar, por la falta de educación nutricional, cultura y creencias alimentarias. Coloca en evidencia la necesidad de aprendizajes para la formación de un nuevo estilo de vida de las personas obesas a través de la educación nutricional, así como la educación emocional, para el alcance de cambios de las conductas y de los hábitos alimentarios inadecuados, pérdida del exceso de peso corporal y control de la obesidad.

Palabras clave – procesos de formación, narrativas autobiográficas, subjetividad, personas obesas, obesidad, estilo de vida, educación nutricional

Abstract

This thesis presents a research-training with a group of obese people. Its aim is to understand why treatments for the obese cannot prevent the recurrence of obesity nor the increase of new cases in the world. Therefore, we review the Latin American and Spanish literature on obesity and the recommendations and evidence of the scientific community. A research-training immersed in a reflective / interpretive paradigm, with the method autobiographical from the point of view of life stories for adult education, with a method from two perspectives. A clipping of life stories related to obesity in autobiographical narratives elaborated in reflection and interaction by 13 obese people who agreed to participate in the educational intervention to form a new lifestyle and loss of body weight. For the analysis of the data we do not start from previous categories or hypotheses. We seek a primary categorization by inductively analyzing autobiographical narratives and discussion groups. The units of significance are interpreted and respond to our central research theme, with the approach in its design. The results of the literature review recognize that treatments for obese people are ineffective because two to three years later, 95% of the obese treated return to their previous weight, others leave the treatment, are unable to obtain access to healthcare systems, or even ignore obesity and its consequences. The main results of the study indicate: subjective difficulties of the obese people; phenomena related to the appearance of obesity; responsible phenomena for the progression of obesity; genesis of obesity; phenomena that contribute to the loss of body weight and influential phenomena for overweight, from the experience and subjectivity of obese people to science. The study concludes that the social context drives the development of overweight and obesity, especially the family environment, for the lack of nutritional education, culture and food beliefs. It evidences the need of learning to form a new lifestyle for obese people through nutritional education and emotional education, to achieve changes in behavior and inappropriate eating habits, loss of excess body weight and control of obesity.

Keywords - training processes, autobiographical narratives, subjectivity, obese individuals, obesity, lifestyle, nutritional education

Resum

Aquesta tesi presenta una investigació-formació amb un grup de persones obeses. El seu objectiu és entendre per què els tractaments per a aquestes persones obeses no aconsegueixen evitar la reincidència de l'obesitat ni l'augment de nous casos. Per a això, hem revisat la literatura llatinoamericana i espanyola sobre l'obesitat i les recomanacions i evidències de la comunitat científica. Aquesta és una recerca que té una vessant formativa per això fem servir la paraula investigació-formació, està immersa en un paradigma reflexiu i interpretatiu, es fa servir el mètode autobiogràfic i es treballa amb històries de vida per a la formació d'adults. Les històries de vida i les narratives autobiogràfiques estan basades en la reflexió i la interacció i sempre es tracta els temes relacionats amb les causes de l'obesitat. En aquest estudi han participat 13 persones obeses que van concordar a participar de la intervenció educativa, per a la formació d'un nou estil de vida i la pèrdua de pes corporal. Per a l'anàlisi de les dades no partim de categories prèvies o hipòtesis. Cerquem una categorització primària en la qual analitzem de manera inductiva les narratives autobiogràfiques i les transcripcions fetes dels grups de discussió. Les unitats de significat són interpretades i responen al nostre eix central de la recerca, amb l'abordatge en el seu disseny. Els resultats de la revisió de literatura distingeixen que els tractaments per a les persones obeses són ineficaços perquè després de dos a tres anys, el 95% de les persones obeses tractades tornen al pes anterior, altres abandonen el tractament, no aconsegueixen mantenir els hàbits de salut i els canvis que s'havia assolit i, de vegades, encara ignoren l'obesitat i les seves conseqüències. Els principals resultats de l'estudi apunten: dificultats subjectives de les persones obeses; fenòmens relacionats al sorgiment de l'obesitat; fenòmens responsables per la progressió de l'obesitat; gènesi de l'obesitat; fenòmens que contribueixen per a la pèrdua de pes corporal i fenòmens influents per l'excés de pes corporal, a partir de l'experiència i de la subjectivitat de les persones obeses per a la ciència. L'estudi conclou que el context social impulsa el desenvolupament del sobrepès i de l'obesitat, especialment, en l'ambient familiar, per la manca d'educació nutricional, cultura i creences alimentaries. Posa en evidència la necessitat d'aprenentatges per a la formació d'un nou estil de vida de les persones obeses a través de l'educació nutricional, així com l'educació emocional, per a l'abast de canvis de les conductes i dels hàbits alimentaris inadequats, pèrdua del excés de pes corporal i control de l'obesitat.

Paraules clau - processos de formació, narratives autobiogràfiques, subjectivitat, persones obeses, obesitat. Estil de vida, educació nutricional

Resumo

Esta tese apresenta uma pesquisa-formação com um grupo de pessoas obesas. Seu objetivo é entender por que os tratamentos para pessoas obesas não conseguem evitar a reincidência da obesidade nem o aumento de novos casos em todas as sociedades civilizadas. Para tanto, revisamos a literatura latino-americana e espanhola sobre obesidade e as recomendações e evidências da comunidade científica. Uma pesquisa-formação imersa num paradigma reflexivo/interpretativo, com o método autobiográfico desde o ponto de vista das histórias de vida para formação de adultos, com um método em duas perspectivas. Um recorte das histórias de vida, relacionado com a obesidade, em narrativas autobiográficas elaboradas em reflexão e interação, por 13 pessoas obesas que concordaram em participar da intervenção educativa, para formação de um novo estilo de vida e perda de peso corporal. Para a análise dos dados não partimos de categorias prévias ou hipóteses. Buscamos uma categorização primária analisando de forma indutiva as narrativas autobiográficas e em grupos de discussão. As unidades de significado são interpretadas e respondem ao nosso eixo central da pesquisa, com a abordagem em seu desenho. Os resultados da revisão de literatura distinguem que os tratamentos para pessoas obesas são ineficazes porque dois a três anos depois, 95% das pessoas obesas tratadas voltam ao peso anterior, outras abandonam o tratamento, não conseguem atendimento nos sistemas de saúde ou ainda, ignoram a obesidade e suas consequências. Os principais resultados do estudo apontam: dificuldades subjetivas das pessoas obesas; fenômenos relacionados ao surgimento da obesidade; fenômenos responsáveis pela progressão da obesidade; gênese da obesidade; fenômenos que contribuem para a perda de peso corporal e fenômenos influentes para o excesso de peso corporal, a partir da experiência e da subjetividade das pessoas obesas para a ciência. O estudo conclui que o contexto social impulsiona o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, especialmente, o ambiente familiar, pela falta de educação nutricional, cultura e crenças alimentares. Evidencia a necessidade de aprendizagens para a formação de um novo estilo de vida das pessoas obesas através de educação nutricional e educação emocional, para alcance de mudanças de condutas e de hábitos alimentares inadequados, perda do excesso de peso corporal e controle da obesidade.

Palavras-chave – processos de formação, narrativas autobiográficas, subjetividade, pessoas obesas, obesidade, estilo de vida, educação nutricional

PRESENTACIÓN

La doctoranda y el porqué de una tesis doctoral

Hace 22 años vengo trabajando como nutricionista, profesional de la salud en el área de la nutrición humana. Concluí la carrera de Nutrición em 1994 en la *Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, Brasil*, y luego busqué una especialización en Nutrición Clínica - *Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro* (1995/1996). Elegí el área de la nutrición clínica con la intención de colaborar para la mejoría de la salud de las personas, especialmente, de forma preventiva, a través de la enseñanza de buenos hábitos alimentarios y estilo de vida saludable, en la clínica y en grupos sociales.

El espacio de la clínica conjuga desafíos e incertidumbres. Es común la llegada de pacientes con desórdenes nutricionales y del metabolismo, así como portadores de sobrepeso corporal, obesidad y otras enfermedades. Las personas obesas, aunque buscan acompañamiento, generalmente, no reconocen el riesgo que su situación trae para el desarrollo de otras enfermedades crónicas. Para estas personas la orientación nutricional inicia con restricción en la dieta y adecuación para buenos hábitos alimentarios y estilo de vida saludable.

Este trabajo no es un trabajo sencillo porque la ayuda ofrecida a otras personas para cambiar sus hábitos alimentarios y estilo de vida requiere monitoreo continuo por un nutricionista, así como requiere que el paciente desee mejorar su propia salud, tenga ganas de cambiar conductas inadecuadas, adquiera hábitos saludables y los mantenga en la práctica por toda la vida. No obstante, las personas obesas que hacen los tratamientos, los hacen de forma discontinuada o abandonan antes de acabarlos, hechos que impiden la pérdida del sobrepeso corporal.

Las orientaciones y prescripciones dietéticas, en la clínica, para mejorar la salud de las personas obesas, se oponen a las experiencias alimentarias inadecuadas practicadas desde la niñez. Sobre esto, Ferrarotti (1988) comenta que sería necesario discutir el modelo clínico tradicional, en dirección a un “*diálogo mágico*” que sea favorable a la salud e incorporado a las experiencias de vida de los individuos. Para

Ferrarotti (1988) la situación clínica debe caracterizarse como una interacción significativa, con alternancia de papeles, terapeuta y paciente en una acción dinámica por parte de ambos.

Al contrario del “diálogo mágico” sugerido por Ferrarotti (1988), el modelo clínico reproduce una educación bancaria. Un modelo que fortalece el mito de la excelencia profesional, construido tradicionalmente en nosotros mismos, con un saber que pertenece solamente a los profesionales de la salud, considerado indispensable para curar y, tampoco, se empodera al paciente como agente de su propia salud, pues, continúan como pacientes, pasivos y receptores. Cifali (2001, p. 106) refiere que nosotros profesionales de salud, *“somos obligados a programar, a pensar en hacer esto para obtener aquello, a creer en una lógica de la acción en que, si colocamos este o aquel ingrediente en el inicio, debemos obtener este o aquel resultado”*. El autor subraya que, además de esto, ante el desafío de programar, aún tenemos que aceptar que los efectos previstos nunca sean exactamente aquellos que sobrevienen en una relación humana. Por ejemplo, el abandono a los tratamientos.

Esta situación me inquietaba profesionalmente en la clínica de nutrición. ¿Qué estamos haciendo mal? ¿Cómo ayudamos a las personas obesas a cambiar la relación que tienen consigo mismas y con la alimentación? ¿Cómo documentamos y damos a conocer los cambios que necesitan implementar? De tanta incertidumbre, en 2001, decidí crear un programa educativo para cambio en el estilo de vida de personas obesas, en Natal, Brasil, con el propósito de colaborar con ellas y comprenderlas a través de la discusión de sus experiencias diarias, con la alimentación. Fue un acontecimiento que motivó la práctica de un estilo de vida saludable entre los individuos obesos implicados. En ocho semanas de seguimiento los resultados en pérdida de peso corporal fueron mejores que en los acompañamientos individuales en la clínica de nutrición. Sant’Anna & Menegolla (2013, p. 13) refieren que, *“La enseñanza no puede limitarse a la adquisición pasiva y artificial de conocimientos que no sirven de respuesta a las experiencias diarias”*.

Este es un breve panorama de mi vida profesional, como nutricionista actuante en la clínica. Es parte de mi camino profesional acompañar, orientar y tratar la salud de las personas en la clínica, a través de la nutrición. Fue en ese contexto donde surgieron múltiples cuestionamientos, inquietudes y reflexiones sobre la práctica

clínica, impulsando la necesidad de encontrar nuevos saberes para actuar como nutricionista, prevenir y promover la salud de los individuos.

En ese ambiente de reflexiones y búsquedas, en 2002 vine a Barcelona con mi familia para una actividad académica de mi esposo por un periodo de un año. En ese momento surgió la oportunidad de ingresar en el doctorado de Educación en el curso de 2002/2003, con las clases realizadas en los dos primeros años (2002/2003 y 2003/2004), en que presenté y defendí el proyecto de tesis doctoral y obtuve el Diploma de Estudios Avanzados (DEA) al final del segundo año.

La entrada en el doctorado de educación en la Universidad de Barcelona fue como el surgimiento del *“inédito viable”* mencionado por Freire (2005, p. 129). El autor explica que *“les faltaba, diremos nosotros, la percepción del inédito viable más allá de las situaciones límites, generadoras de sus necesidades”*. Percibí que un *“inédito viable”* había surgido: la posibilidad de conocer con los ojos de la ciencia de la educación y construir conocimiento para aquello que me parecía necesario en mi propia experiencia profesional, con la esperanza de llevar a la práctica, a la acción, algo totalmente diferente de mi contexto laboral en la clínica y en el ámbito de la salud.

Sin embargo, en lugar de encontrar buenas respuestas a los cuestionamientos de la clínica, fue desencadenado un proceso de reflexión y nuevos cuestionamientos ante el desafío de aprender desde el campo de la educación. Esto significó comprender y conocer desde otra perspectiva, con una mirada no sólo nutricional sino también educativa, la investigación que presentamos con personas obesas.

Como ya describí, entre los años de 2002 y 2004 estuve en Barcelona y luego, volví a Brasil para la realización de la investigación con personas obesas en mi país de origen. Es necesario explicitar que desde 2005 y 2006, fechas en las que se recogieron los datos, hasta 2018, cuando acabé de redactar el trabajo final de tesis doctoral, ha pasado mucho tiempo. De hecho, no he dejado de trabajar en ningún momento, pero diversas causas y la propia complejidad de la vida, la familia y el trabajo no facilitaban el espacio y el tiempo que este trabajo ha requerido.

En algunos momentos, lo viable se volvía inviable. Por ejemplo, la distancia de la Universidad de Barcelona, la soledad de la investigadora, las dificultades del idioma, las otras responsabilidades profesionales y familiares no daban espacio y tiempo a mi

escritura, a mi trabajo de tesis doctoral. Así las cosas, en 2017 pude realizar una estancia de dos meses en la Universidad de Barcelona junto a mi esposo para trabajar con mi directora, haciendo realidad lo que quería: la presentación y defensa pública a mi trabajo de investigación.

La tesis doctoral que presento no pretende ser el inicio de una carrera docente, sino el testimonio investigador y personal de mi quehacer como profesional de la salud y de la nutrición. Como dice mi directora no es una tesis de inicio de carrera, sino de final de carrera, de perseverancia, interés y pasión, de dejar constancia de un camino y una experiencia recorrida en el que salud y educación han estado asociadas y presentes en todo el proceso. Deseo que este trabajo pueda contribuir en estos dos ámbitos, o sea, en la salud y en la educación, y, al mismo tiempo, se trabaje de forma coordinada en la lucha contra la epidemia internacional de la obesidad.

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es un grave problema de salud de ámbito mundial. Aproximadamente un tercio de la población de los países desarrollados y en vías de desarrollo presenta exceso de peso con las graves consecuencias de morbilidad y mortalidad que ello implica (Saiz, 2016, p.2)

Este estudio presenta una investigación-formación con personas obesas. Para estas, la investigación-formación fue calificada como una intervención educativa para mejorar sus estilos de vida, pues, sufren con la obesidad que les acomete como resultado de múltiples factores, principalmente, aquellos relacionados con estilo de vida y hábitos alimentarios inadecuados, aprendidos desde la infancia con la familia y con los grupos sociales a los que pertenecen, como parte del proceso de educación informal del individuo. Dicho proceso contribuyó a la manifestación y al incremento del sobrepeso corporal que antecede a la obesidad entre los investigados. Semejante a un pintor que ensaya, mezcla colores y tintas, los actores sociales dibujan poco a poco y despacio el sobrepeso corporal desde los hábitos de la niñez y luego, la obesidad despunta como telas vivas en niños, jóvenes y adultos. Un problema de salud pública que afecta a todas las clases sociales, en todo el mundo.

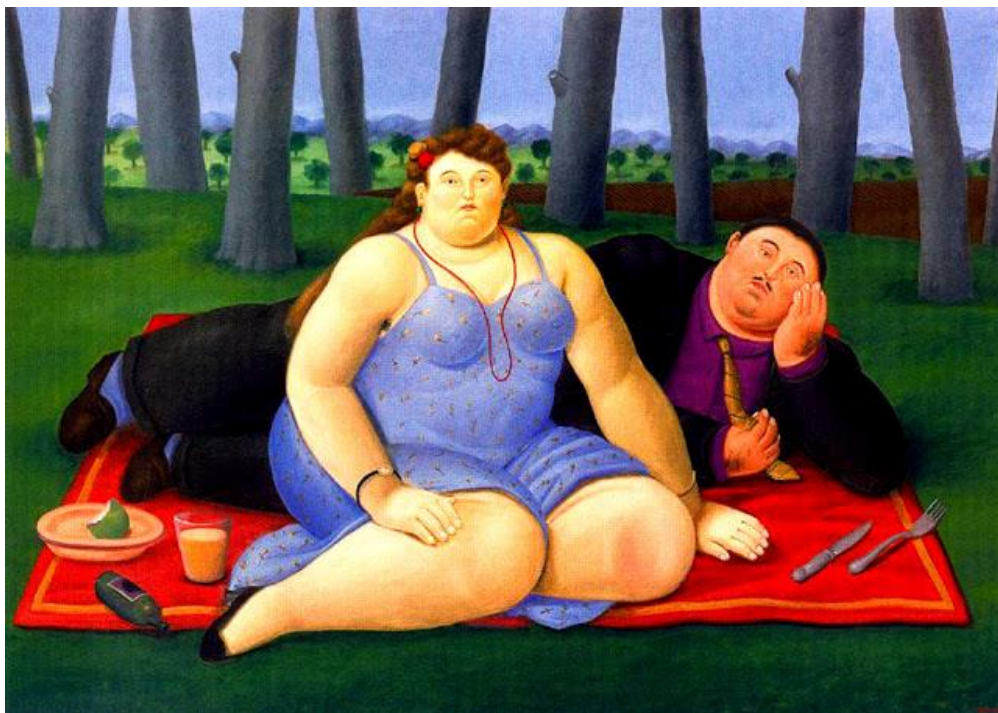


Figura 1 - Picnic, Obra de Fernando Botero
Fuente: <http://home.sbc.edu.hk/~cyw/thx1/botero/ARKEN.htm>

El estudio se realizó en la ciudad de Natal – RN, Brasil. Inicialmente, participé de un grupo de investigación sobre “Historias de vida en formación” en la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, generando una publicación (Barreto Oliveira, Passeggi, Araújo, & Pinto, 2004).

Participé también de un grupo de formación sobre las teorías de las historias de vida en formación de profesores en la Facultad de Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, coordinado por la profesora doctora Conceição Passeggi (UFRN) (Passeggi, Souza, & Vicentini, 2011; Passeggi, 2000, 2006c, 2006a, 2007).

Participé, también, del *Atelier “Historias de vida en formación”* y en seminarios en los que estudiamos autores que discuten el tema de las historias de vida en formación de adultos. Entre ellos, destacamos (Delory-Momberger, 2006; Dominicé, 1988, 2006, Josso, 2004, 2006; Novoa, 1988; Novoa & Finger, 1988; Pineau, 2006b; Pineau & Le Grand, 2003). Estos son algunos de los teóricos de las “*Historias de vida en formación de adultos*”, con quien nos ocupamos y dialogamos para el desarrollo de la investigación-formación que presentamos.

La investigación-formación fue realizada durante seis meses. Iniciada en agosto de 2005 en sesiones semanales hasta diciembre del mismo año, con más dos meses de seguimiento mensual, enero y marzo de 2006. En ese tiempo fue realizada toda la recolección de las fuentes redactadas en el propio diario de investigación (Apéndice 8). A partir del cierre de la investigación-formación, empezamos a organizar las fuentes de información y análisis, y todo ello ha servido como base para elaborar las tablas y las figuras para los resultados que aparecen en el informe final de investigación.

1.1. El problema de investigación

La obesidad es una enfermedad considerada como un grave problema de salud pública mundial (Saiz, 2016). Para todos los profesionales de salud y de nutrición clínica, este es un problema que está en nuestras manos y nos inquieta no poder solucionarlo completamente. CARVALHEIRA (2008, p. 7) comenta que

“Endocrinologistas, investigadores y clínicos pasan gran parte de su tiempo pensando en estrategias para mejorar la sobrepeso de individuos obesos”. De esta forma los esfuerzos de los profesionales de la salud y las estrategias para el tratamiento de las personas obesas no tienen logrado la resolución de esta enfermedad, frente a su incremento como un grave problema de salud pública.

Igualmente, en la nutrición clínica, planeamos y buscamos estrategias para mejorar la salud de las personas obesas, con bajos y tardíos resultados beneficiosos. Por tan grave hecho, la investigación-formación parte de la pregunta ¿Porque los tratamientos para los individuos obesos no consiguen detener la obesidad, ni su reincidencia? Para esclarecer esta cuestión central de investigación, preguntamos: ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrentan las personas obesas para ajustarse a los patrones nutricionales y a los nuevos hábitos de estilos de vida?, ¿Qué fenómenos están relacionados con el surgimiento y permanencia de la obesidad en las personas adultas?, ¿Cuáles son los aspectos que contribuyen al aumento de peso corporal en personas obesas?, ¿Cuáles son los fenómenos que contribuyen a la pérdida de peso en personas obesas?, ¿Qué aspectos influyen para el sobrepeso corporal en adultos no previstos desde las teorías corrientes? Estas fueron cuestiones trabajadas durante esta investigación-formación con el grupo de personas obesas para la tesis ahora presentada.

En la búsqueda de solución para estas cuestiones fue planteado un trabajo desde una mirada no sólo nutricional sino también educativa. Una investigación-formación con narrativas autobiográficas implica también en desaprender algunos hábitos inadecuados y aprender otros adecuados al cuidado de la salud, es decir, una nutrición más adecuada y un estilo de vida saludable a ser aprendido. En otras palabras, puede significar el incremento de la salud, la felicidad y el equilibrio personal para las personas obesas del estudio, durante un proceso de intervención educativa.

El problema es que las personas obesas conviven con una enfermedad que altera tanto la estética corporal como la salud y necesitan de tratamiento. Ellas son estimuladas por un entorno de abundancia alimentaria, malos hábitos y sedentarismo que, de forma contradictoria a una vida sana, posibilitan diversos trastornos y daños a la salud de niños, adolescentes y adultos, silenciosamente. Esta realidad es vivida y narrada por las personas obesas durante la investigación-formación. *“A sociedade em que vivemos é de certa forma hipócrita, pois valoriza muito a boa saúde, o bem-*

estar e por outro lado nos induz a comer qualquer coisa, em qualquer quantidade, lanches rápidos etc."¹. Fabio Junior (NA, 02/12/2005). Esta narrativa nos enseña que las personas viven en una dualidad paradójica: quieren salud, pero el ambiente no es propicio.

La sobreabundancia alimentaria y la malnutrición por los malos hábitos alimentarios son favorables al sobrepeso y a la obesidad. Conforme viene incrementándose el bienestar social, económico y los avances en la salud, también se incrementan los índices de sobrepeso y obesidad, aunque se valora la salud y la esbeltez del cuerpo, estamos rodeados de una gran cantidad de alimentos que no tienen calidad, sino que son solamente muy adictivos para las personas, llenos de grasa y azúcares. Esta idea es ratificada por Gonçalves (2004).

Se observa, sin embargo, la paradoja que se vive hoy en el mundo occidental: al mismo tiempo en que hay una oferta preponderante de alimentos altamente calóricos, conviviendo con un estilo de vida que incentiva el sedentarismo, se tiene también una valorización de la delgadez como la forma preferencial de estética. Se puede aún, observar el lado patológico de ese modelo de belleza, por el aumento de la anorexia y de la bulimia, enfermedades características principalmente del género femenino (Gonçalves, 2004, p. 1).

Gonçalves (2004) y Tonial (2001) comentan que los estudios necesitan comprender esta complejidad de factores presentes en la sociedad, en la que incluye la cuestión antropológica. Los autores destacan que, si alcanzáramos este nivel de cobertura, seguramente más de la mitad de la población mundial estaría libre de desórdenes alimentarios, por exceso o por déficit de alimentos. Pero, en el contexto actual, la regulación del peso corporal se ha vuelto un desafío casi inalcanzable para individuos y poblaciones que conviven con la malnutrición y la abundancia alimentaria.

Barros Filho (2004) refiere que desde el hombre de las cavernas se tiene evidencia de personas obesas. El cuerpo humano siempre tuvo capacidad para absorber, distribuir, gastar o almacenar energía, cada vez que ocurre el suministro proveniente de los alimentos ingeridos. En casos de superalimentación e inactividad física, el excedente de energía tiende a ser depositado en los tejidos del cuerpo, colaborando para aumentar el peso corporal y, en consecuencia, surge la obesidad.

¹ En una traducción libre por la investigadora: "La sociedad en que vivimos tiene algo de hipocresía, porque valora en gran medida la buena salud, el bienestar y por el contrario nos lleva a comer cualquier cosa en cualquier cantidad, aperitivos etc."

En cierto sentido, se puede decir que la historia de la humanidad fue pauta por la lucha contra el hambre. Sin embargo, desde la antigüedad existen relatos y figuras sobre personas obesas. En algunas sociedades, y hasta en la sociedad occidental, en algunos períodos, la obesidad llegó a ser considerada señal de salud y de belleza. Son famosos los cuadros de pintores flamencos e impresionistas que retratan hombres y mujeres con pesos corporales bien mayores de los que actualmente son aceptados como bellos y adecuados (Barros Filho, 2004, p. 1).

Krause & Mahan (1991, p. 511) indican que *“El control de la ingestión y del gasto calórico es el resultado de muchos influjos químicos, neurales y hormonales”*. Esto significa que, en la lucha por sobrevivir, un complejo dispositivo orgánico incrementa, moviliza y provee la energía de los alimentos en contra del hambre. Las reservas de energía del organismo fueron y son esenciales para preservación de la vida en tiempos de privaciones y escasez de alimentos. Al contrario, en la abundancia de alimentos calóricos, puede ocurrir exceso de energía, que sobrecarga la forma física.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en su informe de 1998, *“a pesar de la existencia de relatos a partir de la Era Paleolítica sobre “hombres corpulentos”, la prevalencia de la obesidad nunca se presentó en grado epidémico como en la actualidad”* (OPAS/OMS, 1998). Biológicamente, las personas son vulnerables a la pérdida de peso corporal ante la escasez de alimentos, y, por el contrario, logran sobrepeso corporal, ante la constante sobrecarga de energía alimentaria, con probable instalación de algún grado de sobrepeso u obesidad. Como indican Krause & Mahan (1991), un desequilibrio entre la ingestión y el gasto de calorías lleva a un aumento o a una pérdida de peso.

Halpern (1994, p. 28) dijo que, *“tener el gen de la obesidad parece proteger el individuo en condiciones de hambre, pero, es perjudicial en condiciones de abastecimiento alimentario normal”*. Ante factores genéticos susceptibles, la constante sobrecarga de energía alimentaria es la que incrementa la posibilidad de instalación de obesidad en sus diversos grados, con predisposición para otras enfermedades crónicas. Los aspectos socio-ambientales de abundancia o de escasez de alimentos tienen un influjo directo sobre el peso corporal de hombres y mujeres, sin distinción (OPAS/OMS, 2003).

Es un hecho que el hombre actual permanece con las mismas condiciones biológicas de almacenamiento de energía corporal del período paleolítico. Esto señala

que el hombre del siglo XXI necesita nuevas estrategias para mantenimiento de un peso corporal sano frente al desarrollo tecnológico, industrialización de alimentos, producción e ingestión de alimentos súper calóricos, hábitos alimentarios inadecuados, estilos de vida sedentarios y creciente globalización del mercado de alimentos. Esta realidad provoca desequilibrio sobre el peso corporal de las personas y sobre la salud.

Aunque en años recientes se han identificado factores genéticos que explican la mayor susceptibilidad de algunos individuos a la obesidad, el incremento tan abrupto de la obesidad que ha ocurrido en las últimas décadas y su gran extensión obedecen principalmente a cambios importantes en la alimentación de la población, al patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural (Peña & Bacallao, 2001, p. 76).

Peña & Bacallao (2001) refuerzan que el sobrepeso corporal ocurre más por exceso de alimentos que por la herencia genética. Muchos estudios han correlacionado aspectos genéticos sumados a los ambientales como favorables a la ocurrencia de la obesidad. Mendonça & Anjos (2004) y Segal & Fandiño (2002) han sido capaces de relacionar el influjo genético y su evidencia en torno de un cuarto de las personas obesas. “[...] *Todavía se cree que el proceso de acumulación excesiva de grasa corporal, en la mayoría de los casos, sea desencadenado por aspectos socio-ambientales*” (Mendonça & Anjos, 2004, p. 698).

Segal & Fandiño (2002) comentan que los estudios estadísticos sobre obesidad apuntan a la variante de transmisibilidad del 25% atribuida a factores genéticos. Los aspectos socioambientales son los mayores responsables, el 30% se relaciona a factores culturales y el 45% a otros factores ambientales no transmisibles. Los autores consideran que existe mayor influjo genético para la acumulación de grasa visceral que para la acumulación de grasa subcutánea, señalando que el exceso de grasa corporal está determinado mucho más por aspectos socioambientales. Según Krause & Mahan (1991, p. 511), “*está claro que los influjos sociales y ambientales pueden afectar la regulación del peso*”.

Wang, Monteiro, & Popkin (2002) enfatizan que las mejores condiciones económicas de los países incrementan el aumento del porcentaje de obesos. Estos autores comentan que el estado económico general de un país tiene influjo decisivo sobre la nutrición y hábitos alimentarios de la población por el acceso a alimentos de mayor densidad energética y de nutrientes, fácil acceso al transporte, más tiempo de

ocio y menos actividad física. Estas condiciones incrementan el sobrepeso y obesidad, principalmente entre niños y adolescentes, como señalan Diaz Gómez, Armero Fuster, Calvo Viñuela, & Rico Hernández (2002).

La obesidad es el trastorno metabólico más frecuentemente observado en los países desarrollados, y este llega a afectar hasta a una cuarta parte de la población y casi al 50% si consideramos solamente a los mayores de 50 años [...] con aumento en la infancia y en la adolescencia". Hechos como estos son los que evidencian la magnitud del fenómeno en Brasil y en el mundo (Diaz Gómez et al., 2002, p.93).

Lambert et al. (2005) indican que las clases más pudientes de países pobres y la mayor parte de los individuos de los países desarrollados viven actualmente en un contexto de consumo alimentario completamente nuevo, de *abundancia alimentaria*.

Si en un contexto de escasez las restricciones económicas son los elementos determinantes de las elecciones alimentarias, en un contexto de abundancia y riqueza estas restricciones se vuelven secundarias" (Lambert et al., 2005).

Es considerable que el consumo alimentario prevalece en la dependencia de las condiciones económicas de las poblaciones. Paradójicamente, estudios indican que el sobrepeso corporal es predominante también entre las clases menos favorecidas, susceptibles a diversas enfermedades.

Hubo un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad del 53% al comparar los censos de los años 1974/1975 con 1989. Si se continua a este ritmo todos los brasileños serán obesos en la primera mitad del tercer milenio. El crecimiento epidémico es predominante en las clases menos favorecidas (Halpern, 1999, p. 5).

Los progresos tecnológicos y sociales impactan significativamente en la calidad de vida de los individuos. Si bien, alcanzamos mayor confortabilidad y bienestar, de esta manera, convivimos con un amigo/enemigo de la salud humana, alimentos industrializados y el sedentarismo físico, ambos factores que están presentes en las clases menos favorecidas y entre las de mayor poder económico. Consumimos más energía de baja calidad y nos movemos de una manera insuficiente. Alcanzamos desarrollo e, inversamente, estamos retrocediendo en lo que se refiere a la salud debilitada por la obesidad.

Disponemos de mucha comida sí, pero ¿a qué precio? El beneficio de la abundancia alimentaria se hace menos obvio cuando, por un lado, se pone en duda la calidad de los alimentos producidos y cuando, por el otro, se convierte en posible vehículo de enfermedades (Gracia Arnaiz, 1996, p.111).

Ferreira & Magalhães (2006) también dicen que los daños producidos por la obesidad sobre la vida humana son extensos. Dichos autores son unánimes en destacar que los problemas más frecuentes son las enfermedades isquémicas del miocardio, la hipertensión arterial, el accidente vascular cerebral, la diabetes mellitus II, la colelitiasis, la osteoartritis, especialmente de rodillas, la neoplasia de mama posmenopausia y del endometrio, la esofagitis de reflujo, y la hernia de hiato (Acuña & Cruz, 2004, p. 346) se refirieren a que, *“el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para diversos agravios a la salud”*. Conjuntamente tratar la obesidad es también prevenir otros daños a la salud.

Wang et al. (2002) investigaron cuatro de los países más poblados del mundo (China, Estados Unidos, Brasil y Rusia) y estos fueron vistos como países con aumento de sobrepeso y obesidad en los niños y los adolescentes en las tres últimas décadas del siglo pasado. Se exceptúa Rusia con una reducción entre los años de 1992 y 1998, de 15,6% para 9% en número de niños y adolescentes con sobrepeso. Los demás países presentan crecimiento del sobrepeso y obesidad en su población.

Coutinho (1999), Ades & Kerbauy (2002) y OPAS/OMS (2003) destacan que las tasas de obesidad se triplicaron cuando se comparan los datos de 1980 de América Latina, América del Norte, Reino Unido, Europa Oriental, Oriente Medio, Islas del Pacífico, Australia y China. A la época, había 97 millones de norteamericanos con sobrepeso y obesidad (casi un tercio de la población total), mientras la tendencia es que aproximadamente la mitad de la población americana llegue a tal situación. Alemania e Inglaterra siguen de cerca la tasa americana de individuos con sobrepeso, con elevados costes para estos países.

El informe de la Organización Mundial de Salud a través de la Organización Panamericana de Salud de 2003 (OPAS/OMS, 2003) se refiere a que hay más de mil millones de adultos con sobrepeso en todo el planeta y, por lo menos, 300 millones de estos, sufren con obesidad. *“Esto se debe al hecho de que la población mundial ha aumentado el consumo de alimentos con elevada densidad energética, pero pobres en nutrientes y con altos índices de azúcar y grasas saturadas”* (OPAS/OMS, 2003, p. 29). Estas organizaciones destacan que la obesidad es responsable del 2 al 7% del coste total de atención a la salud en varios países en desarrollo. *“Los costes*

son incontables, una vez que ni toda patología asociada a la obesidad está incluida en los cálculos” (OPAS/OMS, 2003, p. 32).

Rodríguez Scull (2004, p. 1) estima que esta población está *“repartida a todo lo largo y ancho del planeta, con una mayor frecuencia en países desarrollados y un incremento en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados”*. Según Viuniski (2003, p. 1) *“en Brasil ya tenemos más niños obesos que desnutridos y los trabajos epidemiológicos más recientes apuntan que casi el 15% de los jóvenes brasileños está con sobrepeso”*. Así como tantos otros países, Brasil despunta con un significativo aumento en el porcentaje de peso corporal entre la población de niños, adolescente y jóvenes, lo que hace más grave este problema. Esto significa que tendremos un creciente aumento de adultos obesos en las próximas décadas.

Un estudio realizado por Vasconcelos, Lapa, & Carvalho (2006) con jóvenes de sexo masculino del Ejército Brasileño, describe que del año 1980 al año de 2000 en las cinco macro regiones de Brasil (norte, sur, sureste, centro-oeste, noreste) y en cada estado, aisladamente, viene aumentando la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adolescentes masculinos durante los veinte años que los han estudiado. Los autores enfatizan que la obesidad es uno de los grandes problemas de salud pública debido a la alta prevalencia en la infancia, con persistencia a lo largo de la vida y morbilidades asociadas. Los autores advierten que la obesidad en la infancia y en la adolescencia es el problema nutricional que más rápidamente aumenta en todo el mundo, en las últimas décadas.

1.2. Justificación del estudio

Ante el escenario presentado, se considera que esta investigación realizada con personas obesas es pertinente y relevante debido al incremento del problema en todo el mundo. La obesidad es un problema que acomete la estética y la salud de individuos de la población brasileña y mundial. Además, no tenemos la respuesta definitiva para su control y erradicación de manera permanente, al contrario, su crecimiento es continuo, gradual, reincidente y epidémico, acometiendo personas de todo el planeta, en las últimas décadas. Por esto nuestro interés en conocer

experiencias de vida de personas obesas, sus creencias y pensamientos, para que este conocimiento ilumine posibilidades de prevención y control de esta epidemia.

La investigación-formación con personas obesas también se justifica por añadir conocimiento científico al estudio sobre el tema de la obesidad. Es cierto que el tema ha sido muy estudiado en grandes centros académicos y de investigación en las áreas de salud y de lo social, con aportes importantes a la ciencia.

Esta investigación utiliza la metodología de las historias de vida para desarrollar un proceso de aprendizaje en los investigados. No implica simplemente incorporar conocimientos, sino también facilitar un cambio de actitud hacia sí mismo, su nutrición y sus hábitos de vida. Si hay aprendizaje debe haber cambio de comportamientos inadecuados, incremento de conocimientos, habilidades y actitudes saludables. Aunque mi ámbito laboral es la salud y la nutrición en este caso entendemos que el proceso no se puede abordar sin una propuesta didáctica y educativa.

Este enfoque justifica y da valor a esta propuesta de investigación-formación. Además, esta propuesta educativa y didáctica involucra la narración, la palabra, y, por consiguiente, la subjetividad de cada persona obesa implicada. Como en cualquier propuesta educativa, en esta, también, hay un componente social y afectivo que tiene un papel fundamental, puesto que no puede haber aprendizaje significativo, si no hay una afectividad, un compromiso para facilitar el acompañamiento del grupo y de cada individuo.

Así consideramos que la presente tesis doctoral tiene un mecanismo de investigación para la comprensión del problema, unido a un proceso de formación e intervención educativa, para el cambio de las personas obesas. Una investigación con seres humanos no estaría completa si los sujetos involucrados no se sintieran contemplados en sus problemas con el tema investigado. Además, en esta investigación-formación se ha contribuido en la mejora de los hábitos alimentarios, del bienestar, del peso corporal, de la calidad de vida, y de la salud de las personas obesas que han participado como sujetos de investigación.

Los resultados del presente estudio son de mucho valor para la investigadora como profesional de la nutrición y de la salud. Con ello, ha sido posible la comprensión de los principales motivos que tienen las personas obesas para abandonar los

tratamientos clínicos para la obesidad, las dificultades que enfrentan para salir de una situación de obesidad hacia la salud y la condición de adelgazamiento o la situación de permanecer como persona obesa. En este panorama, esta tesis colabora para la comprensión del problema y para la formación de un estilo de vida saludable para las personas obesas investigadas.



Figura 2 - Bailarines, Obra de Fernando Botero

Fuente: <http://www.judaica-art.com/27-fernando-botero>. [Consulta en 29/06/2016].

1.3. Propósitos del estudio

El objetivo general que guía esta investigación es *comprender por qué los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad, ni tampoco el incremento de nuevos casos.*

Este objetivo general se ha concretado en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las dificultades a las que se enfrentan las personas obesas para ajustarse a los patrones nutricionales y a los nuevos hábitos de estilos de vida.
2. Comprender con detenimiento los fenómenos relacionados con el surgimiento y permanencia de la obesidad en individuos adultos.
3. Comprender cuáles son los fenómenos que contribuyen al aumento de peso en las personas obesas del estudio.
4. Comprender cuáles son los fenómenos que contribuyen a la pérdida de peso en los implicados durante el estudio.
5. Conocer fenómenos influyentes para el sobrepeso corporal en adultos, no previstos desde la teoría corriente.

Para cumplir dichos objetivos investigamos experiencias de vida de un grupo de 13 personas obesas. Fueron cuestionadas las experiencias de las personas obesas en narrativas autobiográficas, para comprensión del proceso de educación informal, y, posibilitar un proceso de aprendizaje y formación para un nuevo estilo de vida, durante la Intervención educativa. Como es imposible cuestionar toda la vida de las personas obesas, la decisión para esta investigación fue hacer un recorte relacionado a sus experiencias como personas obesas, en narrativas autobiográficas, conforme sugerencia de los principales autores del tema (Dominicé, 1988; Josso, 2004, 2006, 2007; Novoa, 1988; Boavida & Amado, 2008).

1.4. Decisión metodológica

Aunque en la segunda parte de este trabajo se aborda el diseño y desarrollo de la investigación, en este apartado queremos justificar una decisión metodológica relacionada con las narrativas autobiográficas. Escritas por los participantes del estudio, estas permanecen en la lengua portuguesa, como fueron escritas originalmente. Hay como propósito evitar los deslices por la traducción, con pérdida del sentido original, o falsa interpretación por los lectores. Por esto, se conservan, literalmente, con todas las impresiones y sentimientos originales, conforme dichos por

sus autores durante la investigación. En algunos casos, para mejor comprensión de lectores de lengua castellana, la investigadora hizo una traducción literal de algunas narrativas, pero manteniéndose la original.

Esta decisión metodológica, con respecto a la escritura y a la narración tiene, también, otras dos razones. La primera es el respeto por la lengua materna, por la manera de expresarse, por la palabra y la narrativa de los propios sujetos participantes en la investigación. Entendemos que, presentando nuestro trabajo de tesis doctoral en la Universidad de Barcelona y en Cataluña, esta decisión puede ser mejor comprendida y aceptada. La segunda razón se debe a que la alimentación, así como la nutrición, va más allá del alimento que comemos. También recibimos de nuestros padres y de nuestro lugar de origen afectos, creencias, maneras de organizarnos y todo un entorno de apegos que están vinculados a la maternidad y la paternidad. Traducir estas narrativas nos parecería como modificar o cambiar el propio alimento, la propia expresión que ha nutrido la recolección de los datos de la propia investigación.

1.5. Estructura de la tesis

Esta tesis está compuesta por cinco partes principales: Introducción, Fundamentación y marco teórico, Diseño de la investigación, Resultados de la investigación y Conclusiones. Además de esto, las referencias bibliográficas, los apéndices e inicialmente una presentación. A continuación, colocamos la estructura sucintamente.

La Presentación, escrita en la primera persona del singular, dice sobre la vida profesional y académica de la investigadora. La Introducción contiene las informaciones necesarias a la comprensión del trabajo, el problema, las cuestiones de investigación y los objetivos. En la Fundamentación y Marco Teórico, se presentan los tópicos en los cuales se aborda el marco conceptual de la investigación. Primero, se revisa conceptualmente, que significa ser una persona obesa, a partir de los estudios de la comunidad científica. En segundo lugar, se analizan diferentes tratamientos

recomendados por la comunidad científica para personas obesas y se explicita porque dichos tratamientos no consiguen detener la reincidencia de la obesidad, y tampoco detener esta epidemia. En tercer lugar, se aborda el tema que da sentido a nuestra tesis doctoral, el proceso de aprender para cambiar, en relación con el tema de la alimentación, la nutrición, el estilo de vida y el peso corporal.

En la siguiente parte, Diseño y Desarrollo de la Investigación, se explicita cual ha sido el método utilizado para la investigación. Hay una descripción teórica y metodológica del camino construido durante la investigación-formación, con fundamentos teóricos, ventajas del método, diseño del estudio, procedimientos de la recolección y del análisis de los datos y las fuentes de investigación.

En el análisis de la Investigación, se presentan los resultados obtenidos con el estudio conforme los objetivos establecidos. En el último apartado se presentan las conclusiones del estudio y se cierra con las referencias bibliográficas utilizadas en la tesis, en las lenguas de conocimiento de la investigadora. Al final, están puestos los apéndices, que son los documentos producidos durante la investigación, útiles para su desarrollo y como fuente de diagnóstico, verificación y análisis.

2. FUNDAMENTACIÓN Y MARCO TEÓRICO

Llegar a posibles explicaciones o soluciones para un problema puede significar no apenas la adquisición de nuevos conocimientos, sino también el favorecimiento de una determinada intervención. Un problema es siempre una falta de conocimientos (Laville & Dione, 1999, p. 11)

2.1. *Aprendiendo sobre la obesidad*

El gran interés de la comunidad científica y el nuestro es desvencijar el conocimiento sobre la obesidad y saber lo que significa ser una persona obesa. Esta cuestión inquieta la ciencia, por el hecho de que la persona obesa es portadora de una enfermedad evitable y, sin embargo, hasta hoy no se consigue su control, ni asimismo la contención del incremento de nuevos casos, a tal punto de que esta sea considerada una epidemia universal. Ante su progreso como epidemia, es de fundamental importancia conocer *que significa ser una persona obesa* a partir de la ciencia y luego, a partir de la subjetividad de las personas obesas investigadas para este estudio.

Se aporta una conceptualización sobre el tema concedido por la comunidad científica, en las últimas décadas. Krause & Mahan (1991) y Solá (1998), por ejemplo, responden que la obesidad es una condición de exceso de tejido adiposo en relación con la masa corpórea magra, hecho que refleja un desequilibrio a largo plazo entre la ingestión de alimentos y el gasto calórico. Halpern (1994, p. 37) comenta que la respuesta a esta duda es relativamente sencilla: *“si alguien come una cantidad de calorías mayor de lo que las calorías gastadas por el organismo, este exceso calórico va a ser depositado y la mejor forma de depósito es en la forma de grasa”*. El autor considera que la persona obesa es portadora de una enfermedad metabólica, la más común del mundo y acomete aquellos individuos que tienen acceso a la alimentación, con muchos de sus aspectos, todavía, desconocidos y controvertidos.

Existen varios tipos de obesidad. La literatura académica habla de la obesidad del nacimiento, obesidad de la pubertad, obesidad tras el matrimonio, obesidad tras

el embarazo, obesidad tras la cesación de actividad física, obesidad tras dejar de fumar, obesidad causada por el uso de drogas, obesidad de la menopausia, entre otras. Hay también otros motivos, por ejemplo, la unión de las trompas y la retirada del útero en las mujeres, las causas psíquicas y las hormonales (Coutinho, 1999; Halpern, 1994).

Actualmente, más importante que la cantidad de grasa almacenada es su distribución en el organismo. En los hombres, generalmente, la grasa predomina en el tronco, tórax y abdomen, con una forma semejante a una manzana, u obesidad androide, más asociada al surgimiento de enfermedades. En mujeres, predomina una distribución de grasa más periférica, en nalgas, coxas y abdomen, en forma de pera, u obesidad ginoide, asociada a dificultades ortopédicas, varices, celulitis etc. Estas características son posibles de variar entre las personas obesas (Halpern, 1994). La Figura 3 enseña estos tipos de obesidad.

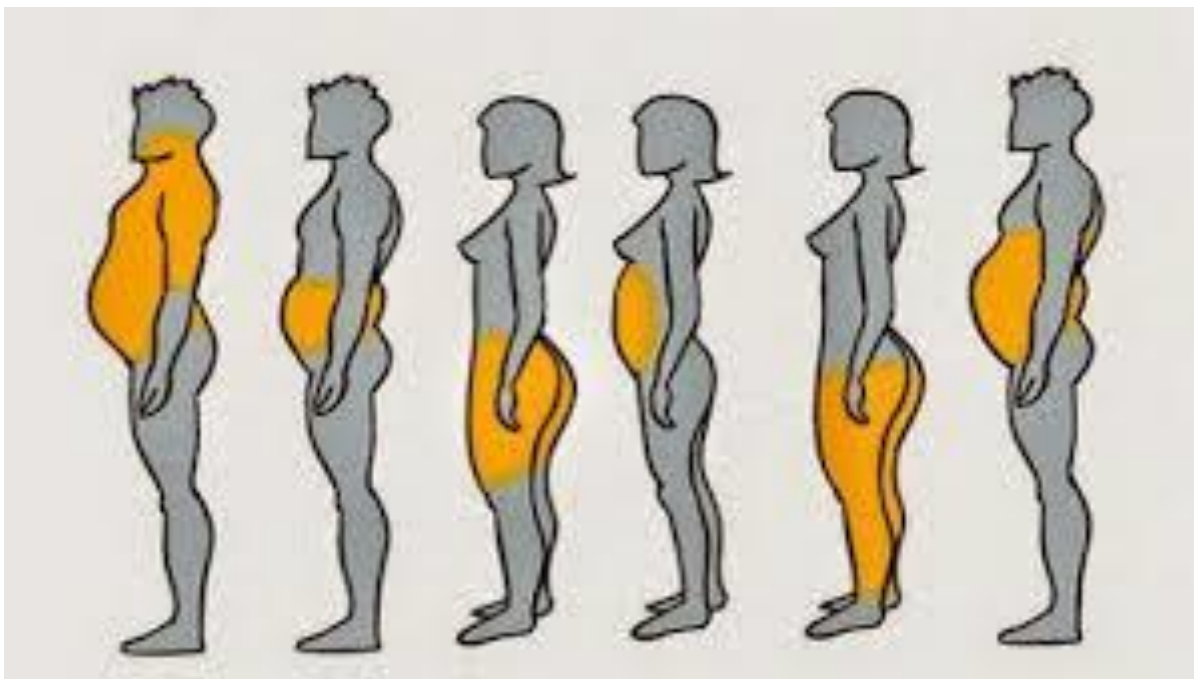


Figura 3 – Representación gráfica de los Tipos de Obesidad

Fuente: <https://encrypted-bn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTAcdsylelgbsjMlifLjIO5ZKXJU-pTFjDEtbZkhupIKRZO4CA>. Acceso en 21/03/2018

Estas definiciones son también compartidas por otros autores (Aranceta-Bartrina, Pérez-Rodrigo, Alberdi-Aresti, Ramos-Carrera, & Lázaro-Masedo, 2016; Aranceta-Bartrina, Serra-Majem, Foz-Sala, & Moreno-Esteban, 2005; Bardanca, 2013; Formiguera et al., 2004; Lechuga, 2014; Lusk, 2017; Rubio et al., 2007; Sardinha

et al., 2012). En síntesis, la obesidad es, por definición, *“un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético “alimentario” es superior al gasto energético, determinado principalmente por la actividad física, durante un período suficientemente largo”* (Peña & Bacallao, 2001, p.78). Conforme los autores, este desequilibrio viene influyendo por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social.

“La obesidad es una patología compleja que presenta graves dimensiones sociales y psicológicas, y afecta prácticamente todas las franjas de edad y grupos socioeconómicos. Esto se debe al hecho de que la población mundial haya aumentado el consumo de alimentos con elevada densidad energética, pero pobres en nutrientes, con altos niveles de azúcar y grasa saturada. Es el resultado también de reducción de las actividades físicas” (OPAS/OMS, 2003, p. 29).

Malheiros & Freitas JR. (2002) corroboran con el punto de vista de que la obesidad es una enfermedad metabólica de origen genética y que los individuos con este factor predisponente tienden a desencadenar la obesidad cuando permanecen en ambientes que estimulan la ingestión de calorías y sedentarismo físico. Cambi & Marchesini (2002) comentan que la obesidad es una enfermedad que combina una diversidad de factores para su incidencia, incluyendo entre otros, los malos hábitos alimentarios como el exceso calórico, el bajo gasto energético, cuestiones psicológicas, genéticas y demográficas.

Mancini & Carra (2001) definen que un individuo es considerado obeso cuando la cantidad de tejido adiposo aumenta en una extensión tal que la salud física y psicológica están afectadas y pasan a presentar una expectativa de vida reducida. Peña & Bacallao (2001) consideran que la obesidad es una enfermedad de etiología no totalmente inteligible. Sin embargo, existe un consenso en la literatura de que ella es formada por la interacción de diferentes causas, lo que confiere a esa enfermedad una naturaleza multifactorial.

“En la actualidad la obesidad es tratada como una epidemia global y un problema de salud pública ya que afecta uno de cada tres individuos, con un riesgo importante para el desarrollo de diabetes e hipertensión, así como otras alteraciones psicosociales que incluyen la autoimagen. Se considera que durante la vida de una persona la cantidad de grasa corporal es regulada mediante la interacción con factores genéticos y ambientales; en cuyas variaciones son condicionadas la individualidad genética y la sensibilidad a los factores ambientales y los cambios que se producen en el estilo de vida, al contenido de grasa de la dieta, almacenamiento de energía, actividad física cotidiana, tabaquismo y el alcoholismo, estos se encuentran entre los factores que influyen en el almacenamiento de grasa corporal” (Canún, 2000, p. 36).

Barreto Villela et al. (2004) también enfatizan que *“La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial que surge del excesivo depósito de grasa que resulta de la interacción de factores social, comportamental, cultural, psicológico, metabólico y genético”* (Barreto Villela et al., 2004, p. 369). Estos autores consideran que la obesidad es un proceso multifactorial que envuelve aspectos ambientales y genéticos. Esta idea es compartida por el Consenso Latino Americano de Obesidad (Coutinho, 1999, p. 3): *“La interacción genético-ambiental promueve el desarrollo de obesidad en el individuo”*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001b) señala que las personas obesas son portadoras de una enfermedad crónica definida como un acúmulo excesivo de tejido adiposo en un nivel que compromete la salud de estos individuos. El Consenso Latino Americano de obesidad (Coutinho, 1999) define que

La obesidad es un fenómeno de transición nutricional, que sobrecarga nuestro sistema de salud con aumento de demanda de atención por enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, como la diabetes tipo II, la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y diversos tipos de cáncer (W. Coutinho, 1999).

La comunidad científica señala que las personas obesas son portadoras de una enfermedad de etiología multifactorial y fisiopatología compleja (Coutinho, 1999; OPAS/OMS, 2003; Rubio et al., 2007). Por razones que se relacionan con la genética, alteraciones del metabolismo, ambiente y comportamientos del individuo, hacen difícil el control de esta enfermedad. Por todo esto, es una epidemia que alcanza individuos de cualquier edad, sexo, raza y clase social.

América Latina y el Caribe (ALC) se encuentra en una etapa de transición entre dos momentos clave de su desarrollo. Si bien en los últimos 20 años los países de ALC han avanzado en la prevención y el control de las deficiencias nutricionales, se observa un rápido incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que afecta a toda la población sin importar su condición económica, su lugar de residencia o su origen étnico (FAO/OPAS, 2017, p.6).

En resumidas cuentas, se concluye que el conocimiento científico sobre *qué significa ser una persona obesa*, es aún, complejo. La ciencia habla que la obesidad es una enfermedad que presenta un desequilibrio en la relación consumo y gasto calórico. Enfatiza que un mayor suplemento de energía en relación con las necesidades físicas lleva al aumento de reservas orgánicas, con un exacerbado aumento de peso corporal, aun así, no hay como evitarlo definitivamente y la cirugía del estómago ha sido usada para concertar comportamientos aprendidos a lo largo de

la vida. Por ende, una respuesta para detener la creciente población de personas obesas, de forma compleja, apunta para el control de factores genéticos y ambientales relacionados a la persona obesa, protagonista de la situación.

2.2. Sobre los tratamientos de personas obesas

¿Porque los tratamientos para personas obesas no evitan la reincidencia de la obesidad, ni detienen el incremento de casos en el mundo?

Esta pregunta está en el capítulo de introducción, donde se hace el planteamiento de la investigación, y es sobre ella que está el enfoque de este trabajo. Para responderla, se presenta, en este apartado, una revisión de la literatura sobre tratamientos para personas obesas.

La historia de la humanidad señala que hemos alcanzado intenso desarrollo científico, industrial y tecnológico. Esto ha traído significativas transformaciones sociales que impactan la salud y el peso corporal de los individuos. En consecuencia, nos cabe tratar agravios engendrados por nosotros, contradictorios a la salud humana.

Rousseau (1712-1778)², destaca que, “*La naturaleza no nos engaña nunca; somos siempre nosotros los que nos engañamos a nosotros mismos*”. Esta afirmación, nos recuerda las necesidades del cuerpo y de la naturaleza humana, relacionados a la vida, a la salud, al consumo alimentario adecuado, a la actividad física y la higiene. El indispensable respeto a estas condiciones biológicas puede evitar que convivamos con enfermedades crónicas, silenciosas y pandémicas como la obesidad, que tanto sobrecarga a los individuos y a los sistemas de salud universales.

A medida que se consigue erradicar la miseria entre las camadas más pobres de la población, la obesidad despunta como un problema más frecuente y más grave que la desnutrición. Es el fenómeno de transición nutricional, que sobrecarga nuestro sistema de salud con una demanda creciente de atendimento a enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, como diabetes tipo II, la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y diversos tipos de cáncer. Es probable que 200.000

² Citado por Darós (2006, p. 116)

personas mueran anualmente como resultado de estas complicaciones en América Latina (Coutinho, 1999, p. 1).

Este grave panorama citado por Coutinho (1999) nos lleva a investigar consensos de la comunidad científica sobre tratamientos para personas obesas. Nos sentimos impotentes para alcanzar la multiplicidad de publicaciones científicas sobre intervenciones con individuos portadores de obesidad publicadas a cada año, en todo el mundo. En 1760, en un discurso en la Real Sociedad Británica de Londres, Malcolm Flemyng³ dijo:

Corpulence, when in an extraordinary degree, may be recognized a disease, as it in some measure obstructs the free exercise of the animal functions; and hath a tendency to shorten life (...) (Flemyng, 2012, p.2).⁴

Por esto, están revisadas las estrategias de tratamiento, recomendaciones y consensos de la comunidad científica para manejo de personas obesas en la actualidad (Coutinho, 1999; Rubio et al., 2007). Esto ha sido hecho a través de investigaciones nacionales e internacionales que exponen progresos de tratamientos realizados con personas obesas. Fueron utilizadas las bases de datos LILACS, SciELO, MEDLINE y archivos científicos de las bases de datos de la Biblioteca de la Universidad de Barcelona y de la *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, con publicaciones entre los años de 1999 a 2017 (Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014; Brasil. Ministério da Saúde, 2010a, 2010b; FAO/OPAS, 2017; OMS, 2016; WHO, 2013, 2014).

Coutinho (1999, p. 57) recomienda que *“La persona obesa debe ser tratada porque presenta una condición que predispone a riesgos de enfermedades y muerte precoz”*. El consenso entre la comunidad científica es que el tratamiento para personas obesas objetiva prevenir riesgos o tratar las enfermedades asociadas y no, exclusivamente, tratar la pérdida de peso corporal. La Organización Mundial de Salud clasifica los riesgos a partir del IMC - Índice de Masa Corporal, como se puede ver en la Tabla 1.

³ Malcolm Flemyng (1700-1764) fue un fisiologista escocés, que tuvo sus teorías sobre obesidad, que él llamaba corpulencia, presentadas y discutidas en la Real Sociedad Británica (Santolin y Rigo, 2015, p.90)

⁴ Traducción libre: La corpulencia, cuando en un grado extraordinario, puede ser reconocida como una enfermedad, ya que en cierta medida obstruye el libre ejercicio de las funciones animales; y tiene una tendencia a acortar la vida (...) (Flemyng, 2012, p.2).

Tabla 1 - Clasificación Internacional de la Obesidad según el IMC y riesgo de dolencia (OMS) con Grados o Clases

Clasificación del Peso	IMC (kg/m²)	Magnitud del riesgo de dolencia
Insuficiente – Bajo peso	<18,5	Normal o elevado
Normal o eutrófico	18 a 24,9	Promedio
Sobrepeso o pre-obeso	25 a 29,9	Moderado
Obesidad grado I	30 a 34,9	Alto
Obesidad grado II	35 a 39,9	Muy alto
Obesidad grado III - Grave	40 y (+)	Extremo

Fuente: OMS: Organización Mundial de Salud (ABESO, 2009, 2016)

El objetivo del tratamiento es, entonces, alcanzar un estado de salud, sea a través del equilibrio metabólico en el que se consigue niveles normales o cercanos a la normalidad en los valores sanguíneos de glucosa, triglicéridos, colesterol total y subfracciones, ácido úrico e insulina, sea la salud como un todo incluyendo aquí la mejoría de problemas osteoarticulares, psicológicos y otros. Estos objetivos en general se alcanzan con una discreta o moderada pérdida de peso de 5- 10% en relación con el peso inicial. En este sentido es necesario que los individuos obesos y los profesionales que los tratan tengan expectativas realistas en cuanto a su pérdida de peso (Coutinho, 1999, p. 57).

Ante esta necesidad, entidades científicas nacionales e internacionales buscan con esfuerzos conjuntos un consentimiento de pautas para el tratamiento de personas obesas. En 1998 el Consenso Latinoamericano de Obesidad — CLAO (Coutinho, 1999) señala el manejo de tratamientos para personas obesas, junto a la Sociedad Internacional para el Estudio de la Obesidad — (IASO); Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad — (FLASO); Asociación Brasileña para Estudio de la Obesidad y del Síndrome Metabólico — (ABESO), entidades científicas, gestoras y promotoras del CLAO. Según Coutinho (1999) se trata de un documento producido por especialistas de países latinoamericanos de diversas áreas como medicina, nutrición, psicología y educación física.

El Consenso Latinoamericano de Obesidad — CLAO — es un documento con 15 capítulos generados en la I Convención Latinoamericana y proporciona un Consenso para el manejo de la obesidad. Realizado en octubre de 1998, en Río de Janeiro, Brasil, con finalidad de sistematizar la asistencia a la persona obesa y direccionar recomendaciones elaboradas por representantes de países Latinoamericanos: Brasil, Panamá, Uruguay, Colombia, Puerto Rico, México, Argentina, Chile, Ecuador, Venezuela y Cuba. España participa como colaborador. Dicho documento tiene el objetivo de presentar estrategias para el manejo de

personas obesas, métodos disponibles, medidas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la obesidad en estos países.

“Que tengamos todos, los especialistas en Obesidad, desde México hasta la Patagonia un punto de referencia, una guía científica y práctica, común a todos y entre todos elaborada. Nuestra Biblia. Finalmente, que los países latinoamericanos sean por fin uno solo.... entre las líneas de nuestro CONSENSO” (Gómez-Cuevas, en Coutinho, 1999, p. 22).

Igualmente, en España, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad — SEEDO —, fundada en 1990, ha tenido una participación muy activa en estudios en torno a la obesidad que han sido fundamentales para establecer la prevalencia, incidencia, evaluación y valoración epidemiológica y terapéutica. Se publicó en inicio de 1996 el *Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos*. Luego, dos años después, se publicó el Estudio SEEDO' 97, y en el año 2000 apareció el Consenso SEEDO' 2000 y en 2007, fue publicado el Consenso SEEDO' 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Rubio et al., 2007).

Cada año se ha publicado el Consenso de SEEDO y varios documentos relacionados con la guerra contra la obesidad. El último informe publicado es el SEEDO'2016 (Lecube et al., 2016). Estos han sido, los documentos más utilizados en España en los últimos años por las diferentes sociedades científicas españolas y europeas que tratan del tema como base para establecer la evolución del sobrepeso y la obesidad.

2.2.1. Principales pilares para el tratamiento de personas obesas

La comunidad científica, desde hace mucho tiempo y hasta el momento actual, destaca que la obesidad es una condición médica crónica de etiología multifactorial y por esto necesita de tratamiento (Fraile, 2015; Gargallo et al., 2012; Moreno, 2015; National Institutes of Health, 1998). Otros autores (Coutinho, 1999, OMS, 2000, Segal & Fandiño, 2002, Wannmacher, 2004, Radominski, 2007, Rubio et al., 2007)

recomiendan que en el tratamiento para estos individuos hayan varios tipos de abordajes y destacan los principales ejes:

1. Tratamiento con orientación dietética,
2. Tratamiento con programación de actividad física,
3. Tratamiento con uso de fármacos anti-obesidad,
4. Tratamiento con cirugía bariátrica.



Figura 4 - Pilares Fundamentales en el Tratamiento de Personas obesas
Fuente: Elaboración propia, con base en la literatura citada.

Conforme los autores, estos son "los pilares fundamentales en el tratamiento de la obesidad" (Coutinho, 1999, p. 57). El tratamiento con orientación dietética, programación de actividad física, uso de fármacos anti-obesidad y cirugía bariátrica

son las principales estrategias para el manejo de personas obesas, además de otros considerados como tratamientos alternativos por la comunidad científica. Esta revisión presenta estudios con los cuatro pilares fundamentales para tratamiento de personas obesas, sus estrategias, resultados y argumentos científicos.

2.2.1.1. Tratamiento con orientación dietética

Los tratamientos con orientación dietética para la obesidad son muy importantes y son utilizados en todo el mundo. Entre ellos se destacan, la reducción de calorías y la inclusión de alimentos saludables para la prevención y la disminución del riesgo de mortalidad. La literatura sobre el tema indica que es necesario tratar lo que ha causado el inicio de la obesidad, para alcanzar la reducción del peso corporal y la prevención de la comorbilidad (Alemán, 2014; Fraile, 2015; Gomez, 2015; Jakicic, Marcus, Gallagher, Napolitano, & Lang, 2003; Ortega, 2013; Stern et al., 2004).

Stern et al. (2004) y Jakicic et al. (2003) presentan ensayos clínicos para el tratamiento de personas obesas siguiendo una dieta baja en energía. El primer grupo de autores concluyó que los pacientes con obesidad grave perdieron más peso y presentaron un mejor perfil de lípidos después de seis meses de dieta baja en hidratos de carbono comparados con el grupo que siguió una dieta convencional baja en grasas. Los resultados al cabo de un año mostraron que los pacientes asignados a una dieta baja en hidratos de carbono seguían teniendo unos niveles de triglicéridos y de HDL (lipoproteína de alta densidad) mejores, pero la pérdida de peso y otros parámetros eran similares en ambos grupos.

Díaz Gómez et al. (2002) han realizado en Madrid–España, un estudio longitudinal con intervención, analizando los resultados obtenidos en el tratamiento de la obesidad, mediante educación y seguimiento cada 15-30 días en consulta de enfermería. Durante dos años se han tratado un total de 116 pacientes procedentes de la consulta médica en la Unidad de Nutrición y Dietética, con el diagnóstico de obesidad. Estos pacientes recibían educación alimentaria y realizaban el seguimiento, bien en grupos de 4-5 personas con similar grado de obesidad, edad y nivel cultural, o de forma individual en casos especiales.

En el momento de corte continuaban en la consulta de enfermería el 26,7% de los pacientes. Habían finalizado el tratamiento consiguiendo el objetivo marcado el 5,1%, con reducción de peso al menos del 10%. El 44% había abandonado el seguimiento; fueron derivados a consulta médica el 15,5% y solicitaron el alta voluntaria el 8,6%. El mayor descenso porcentual del Índice de Masa Corporal IMC, fue encontrado entre los que solicitaron el alta voluntaria (-12,8) frente a los demás.

Al analizar la modificación del Índice de Masa Corporal —IMC— del inicio y final fue encontrado un descenso significativo ($p < 0,001$) no uniforme entre los diferentes grados. Los autores han concluido que la educación alimentaria proporciona los conocimientos necesarios para poder realizar una alimentación equilibrada y saludable como base para el tratamiento de la obesidad. El seguimiento periódico y la intervención en grupo refuerzan la adherencia al tratamiento y consecución de objetivos.

Se considera a partir de este estudio (Díaz Gómez et al., 2002) que la educación alimentaria, la intervención en grupo y el seguimiento periódico juntos, posiblemente, puedan promover un mejor resultado para las personas obesas en tratamiento, pero, solamente, a largo plazo. Conforme se puede ver, los resultados fueron frustrantes. Sólo el 5,1% finalizó el tratamiento y cumplió el objetivo propuesto, la reducción de peso de al menos el 10%.

2.2.1.2. Tratamiento con programación de actividad física

Muchas enfermedades cardiovasculares, los accidentes vasculares cerebrales y la obesidad, por ejemplo, son causadas por el sedentarismo. Según datos de la Organización de Estados Americanos — OEA — (WHO, 2004, 2006), el sedentarismo es la causa de 3% de la carga global de enfermedades. Han hechos estudios sobre la prevalencia del sedentarismo en algunas regiones del mundo, pero es difícil establecer su prevalencia a nivel mundial (Cantalejo & Márquez, 2004; García, 2012; Jakicic et al., 2003; Martínez, 1999; Valencia-Peris, 2013).

Martínez (1999) ha realizado en Alcalá-España, un estudio para la valoración de la calidad de vida y salud de pacientes obesos, por medio de un programa de intervención educativa. Los pacientes analizados pertenecientes al grupo Estudio y al

grupo Control, presentaban al inicio del estudio obesidad moderada. El *Programa de Tratamiento Integral Optimizado para Obesidad* incluye dieta hipocalórica, actividad física aeróbica, terapia de comportamiento y educación nutricional. La intervención ha conseguido una mejor adhesión del paciente al tratamiento y una mayor reducción de peso, cuando es comparada a la terapia convencional para la obesidad (dieta hipocalórica y actividad física aeróbica). Al final ha producido una mejor distribución de grasa corporal, al reducir el perímetro de cintura. Ha mejorado de forma importante la calidad de vida percibida por los pacientes, pues se evidencia por la mejoría en las puntuaciones de las dimensiones física, psicosocial y global.

Jakicic et al. (2003), en un ensayo clínico, incluyeron 201 mujeres sedentarias. Estas presentaban una edad media de 37 ± 57 años y un Índice de Masa Corporal — IMC— medio de $32,6 \pm 40,2$, aleatorizadas a cuatro grupos de ejercicio físico (intensidad elevada/larga duración; intensidad moderada/larga duración; intensidad moderada/duración media; o intensidad elevada/duración media). Además de esto, se instruyó a todas las participantes a disminuir la ingestión calórica y de grasas. Después de 12 meses, no se observaron diferencias, todos los grupos habían disminuido de peso, entre 6,3 y 8,9 Kg y habían mejorado el rendimiento cardiorrespiratorio, entre el 13,5% y el 22%, sin diferencias entre los grupos.

En el Instituto Madrileño de la Salud, en un estudio experimental, se realizaron dos cohortes de adultos obesos asignados aleatoriamente en dos consultas de enfermería (Cantalejo & Márquez, 2004). En el primero grupo se aplicó el modelo PRECEDE de educación para la salud, y en el segundo, el consejo convencional sobre dieta y ejercicio. El estudio se prolongó durante 18 meses, con una medición basal, a los 12 y 18 meses. Los resultados indican que los grupos experimental y control resultaron homogéneos.

El grupo de intervención con el modelo PRECEDE disminuyó el peso en 2 Kg a los 12 meses, y el grupo de intervención convencional en 0,8 kg ($p=0,472$). El Índice de Masa Corporal - IMC se redujo 0,9 y 0,3 ($p=0,017$) respectivamente. Los autores concluyen que el modelo PRECEDE muestra mayor capacidad que el modelo convencional para disminuir el IMC a corto plazo (12 meses). Sin embargo, esta diferencia tiene poca relevancia clínica, puesto que, en ambos grupos, el IMC se mantiene al final del estudio por encima de 30. Los autores del Instituto Madrileño de

la Salud concluyeron que esta disminución es efectiva en términos clínicos y destacaron que deberían prolongar la intervención durante mayor tiempo.

Montiel, Zarazaga, Basurto, & Soriano (2003) estudiaron la validez de tratamientos para obesidad con el objetivo principal de comparar la utilidad clínica de la Evaluación Conductual y de la Evaluación Sindrómica en grupos de obesos, y, por último, analizar el aporte del grupo a la eficacia terapéutica. La muestra fue formada por un total de 120 sujetos con sobrepeso y obesidad, distribuidos en tres modalidades de tratamiento: estandarizado y aplicado en sesiones de grupo; estandarizado y aplicado en sesiones individuales; adaptados a cada individuo de acuerdo con los resultados de la evaluación conductual previa.

Se han tomado medidas de peso, grosor de los pliegues subcutáneos, hábitos alimentarios, actividad física en el post-tratamiento y a los doce meses de seguimiento. Los resultados indicaron que la Evaluación Conductual y la adaptación consiguiente a los tratamientos son de mayor utilidad clínica, ya que estos producen mayores pérdidas de grasa y un mayor incremento de la actividad física que los programas estándares. Así mismo, los resultados obtenidos indican que la aplicación grupal con intervenciones estándares no incrementa la eficacia de estas.

2.2.1.3. Tratamiento con fármacos anti-obesidad

Según el Consenso Latinoamericano de Obesidad - CLAO (Coutinho, 1999, p. 82) la prescripción de medicamentos para el tratamiento de la obesidad debe ser considerada para las siguientes situaciones:

- Individuos con IMC igual o mayor que 30;
- Individuos con IMC igual o mayor de 25, si se acompaña de otros factores de riesgo como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Hiperlipidemia etc.;
- cuando el tratamiento convencional no ha logrado éxito.

Las premisas fundamentales para indicación de farmacoterapia son:

- La medicación nunca debe constituirse en criterio único de tratamiento;

- Debe estar enfocada al tratamiento integral del paciente obeso y no exclusivamente a la reducción de peso;
- Siempre debe ser prescrita y vigilada por un médico.

Los medicamentos anti-obesidad se dividen en tres categorías:

- Los que actúan sobre el sistema nervioso central modificando el apetito o la conducta alimentaria;
- Los que actúan incrementando la termogénesis;
- Los que actúan sobre el sistema gastrointestinal inhibiendo la absorción de grasas.

Berkowitz, Waden, Tershakovec, & Cronquist (2003) hablan de un ensayo clínico donde se evaluó un programa basado en terapia conductual para adolescentes obesos, en un seguimiento de seis meses. Un primer grupo estaba basado en la terapia conductual y con la medicación e ingestión del medicamento de *sibutramina* (medicación anorexígena), comparado con otro grupo, que apenas se apoyó en la terapia conductual. El autor concluyó que los pacientes del primer grupo, o sea, los que fueron acompañados con la terapia conductual, pero con el medicamento de *sibutramina*, presentaron pérdida de peso y reducción del índice de masa corporal significativas, cuando fue comparado con el grupo que solo utilizó la terapia conductual.

Wannmacher (2004) relata que el uso de fármacos para obesos promueve modestas pérdidas de peso corporal (cerca de un 10%) y transitorias (de uno a tres años de mantenimiento del peso corporal). La autora comenta que es muy común que el paciente obeso vuelva a aumentar de peso luego de la cesación del tratamiento medicamentoso. Recomienda que los fármacos anti-obesidad nunca deben ser usados aisladamente, antes deben contribuir con programas de restricción dietética y acentuación de actividad física. Las intervenciones para el tratamiento de la obesidad con fármacos registran que estos medicamentos son pocos eficaces a largo plazo, y los pacientes necesitan una intervención clínica más eficaz, delante tratamientos clínicos insatisfactorios.

La comunidad científica internacional llegó al consenso de que el tratamiento clínico con dieta y medicación no garantiza la pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida. Segal & Fandiño (2002) relatan que un 95% de los obesos con IMC

mayor que 40 recuperan el peso perdido en tratamiento convencional después de dos años.

Estos pacientes son candidatos al tratamiento con cirugía bariátrica (W. Coutinho, 1999; Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004; Halpern, 1999; OMS, 2000; Radominski, 2007; Segal & Fandiño, 2002; Wannmacher, 2004). Los autores se refieren a que dicha cirugía sea lo mejor para estos pacientes, aun sabiendo, que es reservada para casos extremos, como último recurso para obesos graves portadores de enfermedades subyacentes. Justifican que la cirugía reduce drásticamente el peso corporal, y consecuentes peligros para la salud de la persona obesa.

2.2.1.4. Tratamiento con cirugía bariátrica

La comunidad científica enfatiza que el tratamiento con cirugía gastrointestinal está reservado para casos extremos, obesos mórbidos. (Coutinho (1999); Segal & Fandiño (2002); Rubio et al. (2007), esta cirugía se reserva para obesos con IMC mayor que 40 kg/m² o con IMC superior a 35 kg/m² asociado a comorbilidades como apnea del sueño, diabetes mellitus II, hipertensión arterial, dislipidemias y dificultades de desplazamiento, entre otras, las de difícil manejo clínico. Estos pacientes son candidatos al tratamiento con cirugía bariátrica (Coutinho, 1999; Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004; Halpern, 1999; OMS, 2000; Radominski, 2007; Segal & Fandiño, 2002; Wannmacher, 2004;).

Estos pacientes son candidatos a la cirugía bariátrica, porque esta es la solución para las personas con obesidad grado III. *“Debido a su gravedad y difícil manejo clínico, nuevas estrategias de tratamiento han sido propuestas, entre las cuales se destaca la cirugía bariátrica”* (Fandiño et al., 2004, p. 47). La cirugía es una intervención para detener los riesgos relacionados con la obesidad, enfermedad que arrastra perjuicios y daños sobre la salud de la persona obesa. Los resultados esperados de la cirugía bariátrica incluyen significativa pérdida de peso corporal, mejora de las comorbilidades relacionadas y mejora de la calidad de vida de la persona obesa (Fandiño et al., 2004; Rubio et al., 2007).

Para que el procedimiento quirúrgico se convierta en un éxito permanente, hay algunas orientaciones. Es fundamental que sean obedecidos rigurosos criterios de selección de candidatos a la cirugía, que el acompañamiento clínico/nutricional del post operatorio sea criteriosamente realizado y continuado para el resto de sus vidas. Son medidas fundamentales para el éxito del paciente sometido a esta cirugía (Repetto, Rizzolli, & Bonatto, 2003; Repetto, Rizzolli, & Casagrande, 2015).

Sin duda, hay riesgos e inconvenientes en la cirugía bariátrica. *“No obstante, sabemos que los riesgos e inconvenientes que estas cirugías representan, hay que enfrentarlos, pues son la última esperanza para los obesos mórbidos, porque son capaces de recuperarlos física, psicológica y socialmente”* (Garrido Junior, 2000, p. 110). Aún delante estas posibilidades, los autores enfatizan la necesidad de conocer todos los inconvenientes de la cirugía del estómago. Cordás, Lopes Filho, & Segal (2004, p. 564) comentan que, *“sin embargo, con el creciente uso de las cirugías bariátricas en el tratamiento de la obesidad, relatos de evolución posquirúrgica para Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa empiezan a ser descritos”*.

Fandiño et al. (2004) se refieren a que hay una prevalencia aumentada de trastorno depresivo, variando entre 29% a 51%, en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. El autor refiere cuatro estudios de seguimiento a largo plazo con pacientes sometidos a cirugía bariátrica que reportan varias condiciones psiquiátricas como causas de muerte en el período postquirúrgico, siendo el suicidio la principal ocurrencia. Además, según Fandino, la Compulsión Alimentaria Periódica (CAP) es frecuentemente encontrada en esta población.

Según Cordás et al., (2004, p. 568) la mortalidad operatoria está abajo de 0,5% en centros especializados. No obstante, los efectos colaterales más comunes de las técnicas de restricción gástrica son la intolerancia a alimentos sólidos, vómitos, estreñimiento, caída de cabello. Fandiño et al. (2004) destacan que la mortalidad perioperatoria va de 0,3 a 1,6% para los individuos sometidos a la cirugía bariátrica.

Repetto et al. (2015) comentan que el gran problema observado es que, a medio y largo plazos, los pacientes que fueron sometidos a cirugías presentan diversas carencias nutricionales. Los más variados grados de desnutrición proteica y calórica, anemias e hipovitaminosis diversas, que, en la gran mayoría de las veces, podrían ser completamente evitadas, si el paciente fuera acompañado de cerca por el

equipo multidisciplinar antes, durante y, principalmente, después de la cirugía bariátrica. Los autores destacan que, aunque con ventajas, estamos induciendo al paciente obeso a “cambiar” la patología de obesidad crónica por la desnutrición crónica, si esto no fue adecuadamente manejado.

Dichos autores relatan aún que entre los pacientes que permanecen en acompañamiento regular, se encontraron las siguientes alteraciones laboratoriales: deficiencia de hierro: 59,8%; deficiencia de ácido fólico: 51,9%; deficiencia de vitamina B12: 39,3%; hipoalbuminemia: 35,4%; anemia: 33% e hiperuricemia: 30,7%. Estos pacientes reciben reposición vitamínica específica para cada caso y complemento proteico siempre que la ingestión de proteínas de la dieta está insuficiente.

García-Caballero, (2005) menciona que la cirugía de la obesidad no debe ser vista como una cirugía digestiva. Conforme el autor, esta cirugía debe ser encarada como una cirugía del comportamiento nutricional, cuyo objetivo es el cambio de hábitos alimentarios de pacientes con obesidad mórbida. El autor enfatiza aún que esta comprensión es importante para el éxito del tratamiento.

Es fundamental entender que la cirugía bariátrica es la oportunidad para mejorar la relación con la alimentación y las actividades físicas. El adelgazamiento saludable por cirugía bariátrica pasa por la ingestión de vitaminas recetadas, el seguimiento y la orientación de un nutricionista, además de iniciar un programa de preservación muscular, cardiopulmonar, con actividades físicas diarias. Esto significa la adquisición de pautas para el alcance de peso corporal ideal y reducción de enfermedades crónicas.

Pajewski et al (2012) destacan varios motivos para el aumento de peso después de la cirugía.

“As causas do ganho de peso podem estar relacionadas ao próprio método cirúrgico empregado, principalmente naqueles puramente restritivos, a falhas técnicas da operação, qualquer que seja o método, ou ao comportamento alimentar do paciente (excesso de carboidratos, “beliscadores”, consumo excessivo de álcool), influenciados ou não por fatores da saúde mental como a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar. Afirma-se que possíveis falhas no estímulo entero-hormonal,

influyendo a perda da saciedade, poderiam estar envolvidas” (Pajecki et al., 2012, p. 191).⁵

Esto puede indicar que la cirugía bariátrica no es la cura definitiva para la obesidad, ni mucho menos para una vida sana. Al contrario, el paciente pasa a convivir con diversas necesidades nutricionales, trastornos emocionales y riesgos para la salud. El paciente obeso debe saber que la cirugía no es la cura definitiva para la obesidad, antes de someterse al tratamiento quirúrgico y sus consecuencias.

Además de los tratamientos indicados, presentamos también otras estrategias discutidas por la comunidad científica. Todos los que son aquí trabajados están debidamente basados en literatura coherente.

Medidas de Prevención a la Obesidad

En el Consenso Latinoamericano de Obesidad —CLAO—, Coutinho (1999) destaca que, *“Necesitamos buscar planes terapéuticos más eficaces y adoptar medidas de prevención al surgimiento de nuevos casos para evitar la prevalencia creciente de la enfermedad a pesar de todos los esfuerzos puestos en su tratamiento”* Coutinho (1999). El grado de ineficacia de los tratamientos impulsa iniciativas y modela algunas recomendaciones, direccionadas a las autoridades de los países como medida de prevención a la obesidad en América Latina:

- Poner información nutricional de fácil comprensión en los rótulos de los alimentos;
- Implantar campañas de educación sobre alimentación saludable y práctica de actividades físicas;
- Adoptar en los planes de estudios de la educación básica programas integrales de educación alimentaria y un mínimo de actividades físicas de tres veces por semana;
- Estimular la práctica de actividades físicas creando espacios de esparcimiento, carriles, bici y plazas de deporte.

⁵ Traducción libre por la investigadora: *“Las causas de la recuperación de peso pueden estar relacionadas con el propio método quirúrgico empleado, principalmente en aquellos puramente restrictivos, a fallas técnicas de la operación, cualquiera que sea el método, o al comportamiento alimentario del paciente (exceso de carbohidratos, “entremeses”, consumo excesivo de alcohol), influidos o no por factores de salud mental como la ansiedad, la depresión y la compulsión alimentaria. Se afirma que posibles fallas en el estímulo entero-hormonal, influyen en la pérdida de la saciedad, pues podrían estar involucradas”*

- Estimular e implantar programas de promoción del peso saludable en empresas;
- Desarrollar programas preventivos en la comunidad;
- Reglamentar la propaganda de alimentos hipercalóricos en los medios de comunicación.

Tomando como base el informe del Consenso Latinoamericano de Obesidad (CLAO), firmado en 1998 (Halpern, 1999), las sociedades de obesidad de la región en reunión de la Cumbre Latinoamericana del Peso Saludable (CLAPS), se han reunido en Rio de Janeiro en junio y julio de 2000 y han firmado un documento (Acta de Rio de Janeiro) que exigía una atención prioritaria al problema de la obesidad por parte de los gobiernos de estos países. En Brasil, el Ministerio de la Salud creó la *Força Tarefa Brasileira de Obesidade* (FTBO) con actuación en el programa nacional para la prevención y el combate a la obesidad.

Juntos los Ministerios de la Salud y de la Educación han hecho campañas de aclaración dirigidas a empresas y escuelas, a través del proyecto TV Escuela, vídeos educativos sobre alimentación saludable y práctica de ejercicios físicos, recomendaciones para el Programa de Alimentación del Trabajador (PAT) y otras iniciativas como el proyecto “Ciudad Saludable” en Rio de Janeiro, con promoción de actividades físicas y de esparcimiento para la población. Son algunos ejemplos de iniciativas que podrán ser fuertes aliadas para la prevención de la obesidad en Brasil.

Igualmente, en España, el Consenso SEEDO (Rubio et al., 2007) ha publicado sus sugerencias para la prevención de la obesidad. Los autores del Consenso sugieren que las acciones sean en todas las áreas de la vida, que empiecen en el embarazo y alcancen hasta las autoridades sanitarias. En dicho documento, Rubio et al. (2007) declaran:

En el embarazo, las personas: intenten normalizar el IMC; no fumen y hagan ejercicios moderados; Mientras estén en la lactancia, las mujeres deben retrasar el inicio de bebidas azucaradas y fomentar la lactancia por un periodo mínimo de tres meses.

En la familia, las sugerencias son: Coma en un lugar fijo con la dedicación de tiempo necesaria; no se salte las comidas, en especial el desayuno; no vea la televisión mientras come; utilice platos pequeños para servir las raciones; evite beber refrescos o zumos azucarados diariamente; restrinja a 2 ó 3 horas el tiempo dedicado a ver la televisión, videojuegos y ordenador; restrinja el consumo de bollos, helados, palomitas, golosinas, aperitivos etc.; fomente un mayor consumo de frutas y hortalizas.

En los Colegios se sugiere: Revisen las máquinas expendedoras para que sirvan sólo productos saludables, agua y refrescos sin azúcar; evite contratos comerciales con empresas que sirvan refrescos, golosinas, bollos, chucherías etc.; Instale fuentes de agua en diferentes lugares del recinto escolar; instruya a los profesores en educación nutricional, incorporando estos conocimientos en el currículo escolar del alumno; control de la calidad nutricional de los comedores escolares; realización diaria de ejercicio físico (mínimo 30-45 min), no competitivo, fomentando los deportes de grupos y explicando los beneficios saludables de la práctica regular de actividad física; eduque a los niños desde la etapa preescolar hasta el bachillerato acerca de una alimentación saludable y estilos de vida apropiados; favorezca el empleo de transporte público para acudir al colegio, con rutas seguras para viandantes o carril-bici; controle los puestos de golosinas, helados etc., en las proximidades de los colegios

En la Comunidad: Incremente los espacios de recreo para los niños y adultos de todas las edades; Desaconseje siempre que sea factible el empleo de ascensores o escaleras mecánicas; proporcione información de cómo aprender a comprar y seleccionar los alimentos más saludables, aprendiendo a interpretar la información nutricional de las etiquetas

El Personal sanitario: Explique los condicionantes genéticos y ambientales que pueden predisponer a la obesidad del niño; consejos adecuados sobre la introducción progresiva de alimentos; controle adecuadamente las curvas de crecimiento-peso, observando cualquier desviación del porcentaje correspondiente; Instrucciones a los padres sobre alimentación y estilo de vida saludables; identificación de situaciones de riesgo de obesidad: embarazo, lactancia, menopausia, abandono del tabaco, cese de actividad deportiva, fármacos relacionados con la ganancia de peso, situación vital estresante; Identificación de trastornos del comportamiento alimentario y de la imagen corporal; incorporación de protocolos de detección de sobrepeso y obesidad, fomentando la medición directa de peso, talla, perímetro de la cintura, así como la identificación de factores de riesgo asociados a la obesidad

En las Industrias: Etiquetado nutricional adecuado, en especial de aquellos alimentos dirigidos a la población infantil, con colores que indiquen graduación de contenido en grasas o azúcares; fomente juegos interactivos para niños para que aprendan a seleccionar alimentos; en celebraciones, aporte también recursos de alimentos saludables

Las Autoridades sanitarias: reconozcan a la obesidad como una enfermedad crónica de primera magnitud; Incluya en la cartera de servicios de la Atención Primaria los programas de detección, diagnóstico y tratamiento del exceso de peso; encuentre fórmulas para ayudar a establecer programas saludables: tasas a alimentos que fomenten la obesidad y subvenciones a los más saludables; promocióne el consumo de frutas y hortalizas frescas; controle la publicidad engañosa; proporcionar incentivos a la industria que desarrolle productos más saludables y fomente la educación del consumidor; proporcione incentivos a los colegios que fomenten la educación nutricional, controlen los aspectos nutricionales de los comedores escolares y fomenten la actividad física; planifique junto a urbanistas la posibilidad de crear espacios para el esparcimiento deportivo, subvenciones de instalaciones deportivas, carriles-bici etc.; subvención del coste de los tratamientos de los programas de pérdida de peso para aquellos pacientes con mayor adherencia y compromiso para adelgazar; control de la publicidad de alimentos altamente energéticos dirigida a niños, en especial en la etapa pre-escolar (Rubio et al., 2007, p. 37).

2.2.2. Otras estrategias de tratamiento

Además de las estrategias de tratamiento citadas y analizadas en los principales pilares teóricos y prácticos para que se sanen los problemas de la obesidad, y que son fuertemente recomendados por los estudiosos del tema, hay otras estrategias con muy buenos resultados y que son igualmente recomendadas por expertos en sus áreas de aplicación. Por otro lado, hay controversias sobre otros tratamientos que no han sido aún comprobados por la ciencia.

2.2.2.1. Psicoterapia cognitivo-comportamental

“El tratamiento nutricional actualmente recomendado se basa más en una planificación de reeducación alimentaria que en las dietas tradicionales, que frecuentemente fracasaban en mantener la pérdida de peso. Se enfatiza cada vez más la importancia de la actividad física, con una intensidad que debe variar de acuerdo con la aptitud física de cada individuo. Las técnicas de terapia cognitivo-comportamental fueron considerablemente perfeccionadas, contribuyendo hoy de forma más efectiva para el cambio de hábitos de vida del paciente obeso” (Coutinho & Cabral, 2000, p. 91).

Coutinho (2000); Lafuente (2011) destacan la importancia de la Psicoterapia Cognitivo-comportamental para el tratamiento de personas obesas. Esta tiene el objetivo de transformar el repertorio de comportamientos que el individuo presenta, por ejemplo, los hábitos alimentarios y de actividad física inadecuados, patrones de raciocinio erróneos y hábitos del entorno en que vive. Sin embargo, los autores comentan que la obesidad es un problema crónico, y es por esta razón que, la Psicoterapia Cognitivo Comportamental presenta limitaciones en cuanto a la manutención de la pérdida de peso a largo plazo.

Ades & Kerbauy (2002) comentan que la investigación comportamental con pacientes obesos posibilita la pérdida de peso a través de técnicas comportamentales. Para estos pacientes, especialmente, con tratamientos a largo plazo y en acompañamiento continuado, los resultados fueron más eficaces sobre la pérdida de peso. Asimismo, los autores relatan que los estudios apuntan la recuperación de peso

en grupos de personas obesas después del término de las actividades. Y concluyen que ocurre la reincidencia del peso corporal luego de la conclusión o abandono del tratamiento.

La Asociación Médica Brasileña y el Consejo Federal de Medicina (Brito, Bystronski, Mombach, Stenzel, & Repetto, 2005) han realizado una amplia revisión documental sobre tratamientos comportamentales con personas obesas. Los autores se refieren a una revisión de 16 estudios sobre tratamientos comportamentales con personas obesas y han hallado, en promedio, una reducción de peso de 6,1 kg (variando de - 0,5 a 12,5 kg) y un porcentaje de abandono del 32% en promedio (variando de 0% a 66%). La amplia variabilidad interna entre los pacientes en estos estudios ha servido para que los revisores concluyan que pocos pacientes en tratamientos comportamentales adquieren clínicamente una significativa pérdida de peso, variando desde aquellos que pierden modestamente y otros que vuelven al peso anterior, de antes del inicio del tratamiento.

Los autores informan también otras investigaciones más recientes con 36 estudios que evaluaban los beneficios adicionales de la terapia comportamental comparada a otros abordajes para la pérdida de peso y más 31 estudios que compararon diferentes estrategias comportamentales. Esta revisión basada en evidencias concluyó que la terapia comportamental suministra beneficios adicionales a corto plazo, hasta un año. Los autores comentan que con intervención continuada estos beneficios persisten a largo plazo, es decir, de tres a cinco años (Brito et al., 2005).

Estudios con un grupo control en seguimiento desde hace un año demostraron que la intervención comportamental puede resultar en pequeñas pérdidas de peso. Inmediatamente después del tratamiento, una media de 4,7 kg, con pérdidas variando de 0,2 a 12,9 kg, pérdidas de peso que se disipan después de tres años de seguimiento. El promedio de pérdida de peso es de 2,8 kg, con variación de 0,2 a 9,6 kg. El promedio de abandono fue de 13%, variando de 0 a 41% para los que abandonaron el tratamiento (Brito et al., 2005).

Según los autores, los mejores resultados fueron observados cuando fueron asociados a un abordaje familiar, provisión de alimentos, orientación de dieta, o medicamento. Resultados favorables fueron, también, observados en intervenciones

en el ambiente de trabajo, en mujeres en la perimenopausia, en personas con Diabetes tipo II y con pacientes coronarios sometidos a angioplastia. Pacientes seguidos en atendimento primario y portadores de angina de pecho obtuvieron cambios de hábitos alimentares acompañado por pérdida de peso corporal.

Aún según Brito et al. (2005) los resultados de la revisión sobre tratamientos comportamentales con personas obesas indican pobreza en la calidad de los estudios y dificultades en el delineamiento de los trabajos. Los autores se refieren a que los períodos de tratamiento son menores que tres meses y la mayoría de los estudios fueron realizados solo con mujeres de clase media. Destacan aún la necesidad de estudios a largo plazo, para examinarse el efecto del cambio comportamental sobre la pérdida de peso corporal.

Souza et al. (2005) realizaron un estudio en Natal, Brasil, con el objetivo de identificar aspectos comportamentales y sociales involucrados en la dificultad de perder peso y de mantenerlo a largo plazo, después de tratamiento nutricional. La muestra fue compuesta por pacientes que buscaban tratamiento nutricional en el Hospital Universitario Onofre Lopes. La recolección de los datos se realizó con la aplicación de encuestas y sus respectivos cuestionarios en dos momentos: al inicio y después de seis meses de tratamiento. Se entrevistaron diez personas: cinco mujeres, con edad entre 25-57 años, y cinco familiares.

Después de seis meses de tratamiento, los resultados demostraron que las pacientes hicieron algunas modificaciones en sus comportamientos alimentarios, aunque no fueron suficientes para garantizar buenos resultados. Apenas dos de estas personas obesas han conseguido perder peso. El apoyo social fue identificado como una variable importante, pues, las pacientes que lo recibieron mencionaron un bienestar y motivación. Las que no lo recibieron, expresaron malestar y frustración. En cuanto a los familiares, éstos percibieron que la obesidad es perjudicial a la salud, y es importante hacer una dieta. Estos quieren ayudar, sin embargo, no saben cómo hacerlo.

Ades & Kerbauy (2002) comentan que la investigación comportamental con pacientes obesos posibilita pérdida de peso a través de técnicas comportamentales. Para estos pacientes, especialmente, los sometidos a tratamientos a largo plazo y en acompañamiento continuado, los resultados fueron más eficaces sobre la pérdida de

peso. Los autores relatan que los estudios apuntan una recuperación del peso en grupos de personas obesas después que las actividades hayan terminado. Concluyen que hay una reincidencia del peso corporal luego de la conclusión o abandono del tratamiento.

2.2.2.2. Tratamientos alternativos

El Consenso Latino Americano de la Obesidad — CLAO — (Coutinho, 1999; Halpern, 1999); la ABESO (ABESO, 2016) y el Consenso SEEDO-2007 (Rubio et al., 2007) también aluden a tratamientos alternativos. Ellos se refieren a algunas terapias no recomendadas por absoluta falta de evidencias científicas sobre su eficacia. Estos tratamientos, sin respaldo, se han diseminado para tratar la obesidad con resultados contradictorios. Entre ellas se destacan:

- 1.1 - Acupuntura
- 1.2 - Auriculoterapia;
- 1.3 - Masajes con Cremas para Celulitis y Obesidad;
- 1.4 - Productos Fito terapéuticos no farmacológicos de plantas para adelgazar y formulaciones magistrales “naturales”. Por ejemplo, extracto de Ginkgo biloba, extracto de Kava-kava, cambogia “*picolinato de cromo*, *Ephedra sinica* o *Ma Huang* (contiene efedrina), *Garcinia cambogia*, *glucomanano*, *goma guar*, *hidroximetilbutirato*, *Plantago psyllium*, *piruvato*, *Yerba Mate* y *yohimbina*” (Rubio et al., 2007, p. 29);
- 1.5- Mesoterapia;
- 1.6 - Diuréticos y Laxativos;
- 1.7 - Yoga;
- 1.8 - Hipnoterapia;
- 1.9 - Terapia orto molecular
- 1.10 - Suplementos Dietéticos.

Los autores señalan que todos estos son tratamientos alternativos — según el informe del Consenso Latinoamericano de la Obesidad de 1998 (Coutinho, 1999) y el

Consenso SEEDO 2007 (Rubio et al., 2007) — y no atienden a los criterios de científicidad propuestos para el tratamiento de la obesidad, por lo siguiente:

- Número insuficiente de estudios conducidos;
- Calidad de los estudios conducidos;
- Grado de validación independiente;
- Bajo potencial de uso en el tratamiento de la obesidad;
- Potencial de riesgo de iatrogenia⁶ — palabra procedente del griego — y el significado más aceptado consiste en un resultado negativo de la práctica médica.

Las terapias hormonales, aunque podrían ser beneficiosas para algún paciente obeso, no deben ser vistas como agentes anti-obesidad (Coutinho, 1999, p. 87), con las siguientes advertencias:

- En general, existen pocos ensayos clínico-terapéuticos controlados en el que muestran la efectividad de tratamientos hormonales en la obesidad.
- En la literatura existen reportes en los cuales observamos que diversos tratamientos hormonales pueden, en casos especiales reducir de forma aguda la cantidad de tejido adiposo, y, fundamentalmente, resulta en beneficios metabólicos que promueven el descenso de grasa visceral.
- Resultados esperanzadores surgen de las primeras comunicaciones del tratamiento con leptina.
- Sin embargo, ninguno de estos tratamientos ha mostrado aún su efectividad en el manejo a largo plazo de pacientes obesos.
- Probablemente en el futuro próximo podamos contar con una alternativa de tratamiento hormonal eficaz en el tratamiento de la obesidad.

2.2.3. Discusiones sobre los tratamientos

El estado de la pregunta que presentamos para esta tesis aclara dudas relacionadas a los tipos y a la eficacia de los tratamientos científicos para control y

⁶ Iatrogenia - palabra procedente del griego. El significado más aceptado consiste en un resultado negativo de la práctica médica

erradicación de la obesidad humana. Los pilares para el tratamiento de personas obesas señalan, principalmente, cambios en el estilo de vida, con inclusión de una orientación dietética, asociada a la práctica de actividad física y cuando considerada necesaria, el uso de la farmacoterapia anti-obesidad asociada. Por último, como un recurso para obesos graves, la cirugía bariátrica (Coutinho, 1999; Halpern, 1994; OPAS/OMS, 2003; Rubio et al., 2007). No obstante, aumenta constantemente el porcentaje de personas obesas en el mundo, apuntando que los tratamientos no evitan el ciclo reincidente de la obesidad, y, tampoco, los nuevos casos.

Las diversas estrategias para tratamiento de personas obesas se presentan insatisfactorias, con resultados frustrantes a largo plazo (Repetto et al., 2003, 2015). Hasta hoy ninguno de los tratamientos presentados por la ciencia ha permitido a la persona obesa la cura definitiva o control de esta patología, considerada enfermedad no transmisible y, de posible prevención (OMS, 2003b, 2003a). Los tratamientos continúan ineficaces. Estos hechos declaran que necesitamos con urgencia de estrategias que eviten la reincidencia, los nuevos casos y los disturbios provocados por esta pandemia.

Son diversos los disturbios fisiopatológicos causados por la obesidad, en individuos con un Índice de Masa Corporal —IMC— arriba de 30 kg/m² (M. C. Mancini & Carra, 2001). Los principales disturbios, ya mencionados, se relacionan a las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares; hipertensión arterial sistémica; las trombosis venosas; las dislipidemias; la diabetes mellitus tipo II; el hipotiroidismo; la infertilidad; los disturbios respiratorios como apnea obstructiva del sueño; el síndrome de hipoventilación; la enfermedad pulmonar restrictiva; las disfunciones gastrointestinales relacionadas, como la hernia de hiato y la colecistitis; los disturbios músculos-esqueléticos, como la osteoartritis y los defectos de postura; la disminución de la agilidad física; los disturbios dermatológicos, como las estrías y los papilomas; los disturbios genitourinarios, como la anovulación, los problemas gestacionales; las neoplasias, como el cáncer de mama y de próstata, las dificultades psicosociales, los sentimientos de inferioridad y el aislamiento social. Con tantos riesgos sobre la salud del obeso, se añaden otras implicaciones, con mayor riesgo en cirugías y anestésicos y el aumento del riesgo de adolecer y morir.

Los tratamientos con intervenciones integrales, conforme los autores, parecen ofrecer resultados más satisfactorios para personas obesas (Cantalejo & Márquez, 2004; Martínez, 1999). Ellos incluyen educación nutricional, dieta hipocalórica, actividad física y terapia del comportamiento y cuando están unidas parecen más impactantes para la pérdida del peso corporal, y estos culminan por una mayor adhesión del paciente al tratamiento, pues presenta más reducción de peso con relación a la terapia convencional para la obesidad (dieta hipocalórica y actividad física). Sin embargo, los autores destacan que la eficacia de estos tratamientos es de poca duración y a corto plazo.

La terapia cognitivo conductual objetiva que el individuo consiga identificar estímulos que anteceden el comportamiento alimentario compulsivo (Brito et al., 2005; Lafuente, 2011). Esta es una estrategia utilizada para modificar los hábitos perjudiciales a la salud de la persona obesa, y esta situación es la que impide la adherencia al tratamiento, con un consecuente fracaso. Según los autores, su efecto también se da a corto plazo, seguido de retorno al peso anterior. *“la mayoría de los individuos retornan al peso corporal de inicio del tratamiento cuando cesan los tratamientos comportamentales”* (Brito et al., 2005, p. 6).

La terapia conductual asociada al fármaco promueve significativa pérdida de peso en relación con la terapia conductual aislada (Berkowitz et al., 2003; Lafuente, 2011; Radominski, 2007; Wannmacher, 2004). La asociación de ambas terapias presenta mejor resultado porque los fármacos actúan de forma endógena e involuntaria frenando la absorción de algunos nutrientes, o controlando el apetito, consecuentemente, intervienen sobre el acto compulsivo de comer, disciplinando momentáneamente el comportamiento alimentario, hecho que permite pérdida de peso corporal, durante su utilización.

Es sabido que al suspender temporalmente estos fármacos se observa pérdida de su efecto, por lo que se aconseja que la duración del tratamiento debe ser prolongada, tanto cuanto se estime necesario, en particular en pacientes que presenten otros factores de riesgo. Sin embargo, debe ser previsto que los fármacos disponibles actualmente no tienen un largo tiempo de evaluación (Coutinho, 1999, p. 82-3).

Las personas obesas vuelven a aumentar de peso después de la suspensión de los fármacos (Brito et al., 2005; Coutinho, 1999). Esto señala que la farmacoterapia mientras posibilita alguna pérdida de peso corporal, durante un prolongado seguimiento, presenta efecto limitado para el control de peso de las personas obesas, porque no modifica el comportamiento alimentario de forma permanente. Además de esto, presenta efectos colaterales no beneficiosos.

Muchas de las investigaciones realizadas en el área de la biología molecular tienen como objetivo descubrir algún medicamento capaz de tratar la obesidad sin causar ningún efecto colateral. Hasta el momento ese medicamento no fue hallado, y las drogas recientemente usadas presentaron resultados frustrantes (Barros Filho, 2004, p.2).

Las intervenciones con cirugía bariátrica son distinguidas como la única opción para salvar la vida de personas con obesidad mórbida (Coutinho, 1999), aunque presenta insatisfacción en muchos casos, pues hay la aparición de trastornos diversos y esta no garantiza la permanente erradicación de la obesidad. Este panorama por sí solo explica la urgencia en se conocer estrategias para reducir los agravios a la salud y a la estética corporal de los individuos.

Por otro lado, hacer cirugía bariátrica significa adquirir deficiencias nutricionales diversas y pautas a seguir durante toda la vida (Cordás et al., 2004; Repetto et al., 2015). A medio y largo plazo los pacientes que se sometieron a cirugías bariátricas presentan los más variados grados de desnutrición proteica y calórica, anemias e hipovitaminosis diversas, y, así, la exigencia de permanente disciplina para la pérdida de peso: poca comida, dieta restringida, ejercicios físicos, suplementos nutricionales, exámenes de sangre, consultas médicas, reuniones de apoyo regulares, acompañamiento clínico/nutricional, posoperatorio criteriosamente realizado y continuado por todo el tiempo para mejorar la calidad de vida del paciente.

Los autores dicen que los pacientes obesos con intervención quirúrgica "*cambian*" la patología obesidad crónica por desnutrición crónica (Cordás et al., 2004; Fandiño et al., 2004; Repetto et al., 2015). Según estos autores la cirugía bariátrica parece incrementar otros riesgos contra la salud del individuo, con un aumento de trastornos depresivos de 29% a 51%; efectos colaterales como intolerancia a alimentos sólidos, vómitos, estreñimiento, caída de cabello, evolución posquirúrgica para Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Quedan sumisas a una serie de pautas,

permanentemente impuestas al adulto, sin las cuales sería imposible mantener la pérdida de peso y la vida después de la cirugía.

Muchos de los individuos que pasaron por una cirugía bariátrica pierden la vida, es la opinión de Fandiño et al., (2004). Los estudios relatan varias condiciones psiquiátricas en pacientes operados con muerte en el período después de la cirugía, siendo el suicidio la principal ocurrencia. Además, según el autor, la Compulsión Alimentaria Periódica (CAP) es frecuentemente encontrada en esta población. El autor se refiere a que la mortalidad perioperatoria está alrededor de 0.3 a 1.6 % para individuos con cirugía bariátrica.

“A literatura indica que a cirurgia bariátrica é mais eficaz que o tratamento clínico em reduzir e manter o peso corporal em obesos mórbidos (acima de 40 Kg/m² de IMC), e pode reduzir algumas comorbidades associadas à obesidade. Contudo, existem poucas evidências robustas quanto às consequências da cirurgia bariátrica em longo prazo, incluindo o impacto da sua realização na redução de desfechos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e câncer” (Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa, 2008, p.6).⁷

La cirugía Bariátrica promueve la rápida pérdida de peso corporal en personas obesas en los primeros dos años (Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa, 2008; W. Coutinho, 1999; Rubio et al., 2007). Esta intervención, aunque, mejora el peso da la persona obesa, no tiene una respuesta clara en relación con los daños sobre la salud de los individuos que han pasado por la intervención quirúrgica a largo plazo.

García-Caballero (2005) destaca que esta cirugía debe ser enfrentada como una cirugía del comportamiento alimentario. Esta afirmación médica explica la radical imposición que la cirugía del estómago carga sobre el comportamiento alimentario y el estilo de vida de la persona obesa, con subyugación a nuevos patrones, especialmente, la intensa restricción de alimentos, todo con la esperanza de tener un cuerpo sano. Sin embargo, el comportamiento alimentario del individuo puede ser enseñado adecuadamente desde la niñez, para evitar los trastornos nutricionales del adulto.

⁷ Traducción libre por la investigadora: “La literatura indica que la cirugía bariátrica es más eficaz que el tratamiento clínico en reducir y mantener el peso corporal en obesos mórbidos (por encima de 40 Kg / m² de IMC), y puede reducir algunas comorbilidades asociadas a la obesidad. Sin embargo, hay pocas evidencias sólidas en cuanto a las consecuencias de la cirugía bariátrica a largo plazo, en la que incluye el impacto de su realización en la reducción de resultados como infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y cáncer”.

“Estive ontem com meu amigo e ele me contou um pouco do que está passando. Depois de orientado por seu médico se submeteu a fazer uma cirurgia de alto risco. A pessoa tanto pode ter problemas na cirurgia, como na pós cirurgia. Inclusive ele próprio disse que não aconselha ninguém a fazer esta cirurgia, porque é um sofrimento muito grande, além de poder ter problemas posteriores. Nos primeiros 30 dias só tomava líquidos de 15 em 15 minutos, 50 ml, já perdeu 20 quilos e está com menos de 60 dias de operado, mas, realmente ele me disse que a alimentação tem de ser toda líquida. Quando come fruta, banana, por exemplo, tem que ser pastosa, quando não faz isto, passa mal, vomita... eu não queria um negócio desse. Quando ele estava me contando, pensei..., se aquela turma nossa tivesse ouvido este depoimento, todo mundo já teria perdido mais peso, pois, aqui ninguém está sendo pressionado, só orientado, verdade? Eu não faria nunca uma operação dessas... principalmente agora sabendo este caso e como se sofre. Nós estamos fazendo uma coisa fabulosa, pois, ainda que tenhamos passado alguma fome, mas, não passamos o sofrimento que nosso amigo passou para perder peso, sem contar que nunca mais vai ter uma dieta como nós temos. Na verdade, não é nem fome o que passamos, mas sim, adaptação a uma dieta saudável” (Jés, 12/12/2005, Testimonio de un entrevistado).⁸

De esta manera, la cirugía parece un correctivo contra la compulsión alimentaria promotora de sobrepeso corporal. Sin embargo, el comportamiento alimentario hace parte de la formación del individuo y la cirugía aprisiona el comportamiento alimentario y las experiencias aprendidas desde la infancia, obligando nuevas conductas y actitudes ajenas a la realidad de la persona obesa.

Desde esta perspectiva, Brasil ya ocupa la segunda posición en la clasificación de los países que más realizan este procedimiento quirúrgico. Los brasileños solamente están abajo de los estadounidenses, conforme informaciones de la Sociedad Brasileira de Cirugía Bariátrica (SBCB), sin garantía de erradicación de la obesidad.

La concepción de promoción de la salud, como una perspectiva capaz de orientar las diferentes prácticas en el área de la salud, viene siendo sistematizada y diseminada a partir de la realización de la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, ocurrida en Ottawa, en Canadá, en 1986. Sin embargo, en la historia de la salud y de la enfermedad, las prácticas médicas han prevalecido y se han

⁸ Traducción libre de este testimonio: "Estuve ayer con un amigo y me dijo un poco de lo que le pasa. Después de que fue guiado por su médico, fue sometido a una cirugía de alto riesgo. Me ha dicho que uno puede tener problemas en la cirugía, así como después de esta. Incluso él mismo dijo que no le aconsejaría a que nadie la hiciera, ya que es un gran sufrimiento, y que uno puede tener problemas más adelante. En los primeros 30 días solamente bebía líquidos a cada 15 minutos, 50 mililitros. Ya ha perdido 20 kilos de peso en menos de 60 días de la cirugía, pero en realidad me dijo que la comida tiene que ser toda líquida. Cuando come una fruta, plátano, por ejemplo, tiene que ser pastosa, cuando no hace esto, se enferma... No me gustaría una situación como esta. Cuando él me decía, pensé... si este grupo hubiera escuchado este testimonio, todos nosotros estaríamos motivados para perder peso, porque aquí nadie está siendo presionado, sólo se orienta, ¿verdad? Yo nunca aceptaría hacer una cirugía así... sobre todo ahora que sé este caso en cómo se padece. Estamos haciendo una cosa fabulosa, porque, aunque hemos pasado un poco de hambre, pero no se pasa el sufrimiento que nuestro amigo pasa para bajar de peso, por no hablar de que nunca va a tener una dieta como nosotros la tenemos. De hecho, no es ni hambre que pasamos, sino más bien, adaptación a una dieta saludable" (Jés, 12/12/2005)

consolidado en el modelo biomédico, en que el cuerpo es entendido como una máquina completa y perfecta. La noción de cuerpo autónomo, que se distingue del ambiente y de otros cuerpos de tal forma que se pueda analizar los procesos de salud y enfermedad, bajo la óptica de su funcionamiento, caracterizan la visión biomédica mecanicista que viene desde el siglo XVII (Brasil. Ministério da Saúde, 2002a, p.3).

La obesidad puede ser evitada por medio de acciones que tengan impacto para la mejoría del comportamiento alimentario del individuo, a través de la educación nutricional. Nuestro sistema de salud es asistencialista, con un modelo impropio a la formación para la salud de los individuos, hecho que propicia atención a enfermedades que podrían ser evitadas a través de la educación. Por ejemplo, en el año 2000, fueron despendidos cerca de R\$ 10,6 mil millones con internaciones y atención ambulatoria y casi R\$ 2,5 mil millones con medicamentos. Muchos de estos casos atendidos podrían ser evitados con vacunación adecuada, servicios de saneamiento amplios y nociones domésticas de salud e higiene, en prevención de muchas enfermedades. Estos hechos fueron resaltados por el Ministerio de la Salud (Brasil. Ministério da Saúde, 2002b, p. 12-3).⁹

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2003a) clasifica la obesidad como Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT). Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles no ofrecen riesgo de contagio para los individuos por contacto directo ni indirecto, lo que haría restricta su proliferación, no obstante, observamos que la obesidad como Enfermedad Crónica No Transmisible se convirtió en un problema de salud pública y se tornó una pandemia mundial, sin distinción entre todas las sociedades desarrolladas y en desarrollo. Además de esto, de la convivencia con personas obesas aumenta el riesgo para desarrollo del sobrepeso corporal entre individuos de la misma familia y de grupos sociales.

Mancini & Halpern (2007) destacan que la composición de la alimentación ofrecida por la madre a su hijo puede influir en la masa corporal, en el peso y en la composición corporal. Los autores enfatizan que es en el primero año de vida que el peso corporal triplica y la grasa corporal duplica, asimismo, destacan que los niños con ambos padres obesos tienen un 80% de probabilidad de desarrollar obesidad en la edad adulta y cuando uno de los padres presenta sobrepeso la probabilidad es del

⁹ En el año de 2000, el dólar tenía el valor de R\$ 1,90 en Brasil.

40%, y si ninguno de los padres presenta exceso de peso corporal, solamente sobreviene con un 10% de riesgo para la obesidad.

Si consideramos este aspecto de la obesidad humana, probablemente, esta pueda ser vista como una enfermedad socialmente transmisible, en la dependencia de la composición de la dieta. Esta reflexión contradice el concepto de Enfermedad Crónica No Transmisible, designado por la Organización Mundial de Salud (OMS, 2003b), pues, la presencia de padres obesos o delgados determinan la estética corporal de los hijos (Mancini & Halpern, 2007). En este caso, el entorno familiar surge como factor determinante para la obesidad de los hijos. Esta realidad señala que, posiblemente, se puede evitar la obesidad humana, donde se prolifera.

Pessini (2006) comenta que la presencia de personas obesas es una realidad social que avanza con un gran costo para los portadores y para los sistemas de salud. El autor comenta que cuando el tratamiento de la obesidad se relaciona al interés de mejorar el desempeño corporal y la estética, esto también pasa a ser un gran costo para sus portadores. Estos tratamientos son realizados como si fueran prácticas comerciales.

(...) el uso de cirugías cosméticas, de drogas para mejorar el desempeño corporal y alterar el humor, de métodos de selección del sexo de los hijos, de cirugías para remoción de peso y arrugas, tratamiento de calvicie etc., demuestran la creciente aceptación de las tecnologías para el perfeccionamiento de los potenciales humanos. Estas prácticas ya se han convertido en un gran negocio (Pessini, 2006, p.97).

En un panorama tan "lucrativo" la prevención a la obesidad humana encontrará millones de desafíos y resistencias. Aun así, es imprescindible una vacuna contra esta epidemia del siglo, aplicada antes mismo de su manifestación, ¿en la familia? ¿en los grupos sociales vulnerables? ¿o seguiremos tratando, sin éxito, a los individuos socialmente sensibles a la obesidad? Este es un desafío creciente frente a esta epidemia global de salud pública.

Es un sentido común decir que el tratamiento de la obesidad es difícil y que a menudo las personas que consiguen adelgazarse acaban recuperando el peso perdido algún tiempo después. Es verdad, pero no se tiene en cuenta que las condiciones ambientales han ejercido un importante influjo sobre el incremento de la obesidad (sedentarismo traducido en tiempo gastado frente a la televisión, la computadora, los juegos electrónicos, la falta de espacio para actividades físicas lúdicas, aliado al mayor acceso a alimentos ricos en carbohidratos y grasas), además del estímulo al consumo de alimentos promovido por los medios de comunicación (Barros Filho, 2004, p.2).

En este contexto, el 95% de los pacientes tratados recupera el peso inicial en dos o tres años, o antes abandonan a los tratamientos (Segal & Fandiño, 2002). La persona obesa necesita afrontar una serie de dificultades ambientales con las cuales convive para conseguir conquistar la pérdida de peso corporal, además de esto, está expuesta, a innumerables factores de riesgos y enfermedades. Mancini & Halpern (2007) comentan que profesionales que se proponen al cuidado de pacientes obesos deben evitar actitudes negativas perjudiciales a la calidad del relacionamiento médico-paciente, para evitar el consecuente abandono de los tratamientos.

La obesidad es una epidemia en Brasil, en América y en todo el mundo. Es una contradicción que la capacitación profesional, los avances científicos, industriales y tecnológicos no frenen esta epidemia, al contrario, en una línea creciente, se comporta como pandemia de salud pública. ¿Qué haremos? Los tratamientos se muestran ineficaces ante esta epidemia global. Halpern (1999, p. 5) destaca que en Brasil *“hubo incremento de la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad del 53% al comparar los censos de los años 74/75 con 1989”*. El autor refiere que este crecimiento epidémico es predominante en clases menos favorecidas.

Repetto et al. (2003) y M. C. Mancini & Carra (2001) enfocan la gravedad del problema en la precariedad de atención de los profesionales y sistemas de salud, para las personas obesas. Para ellos, los propios médicos, muchas veces, no encaran la obesidad como un problema grave que debe ser tratado con la misma preocupación con la cual se controla una hiperglicemia o una cardiopatía isquémica. Esto ocurre no porque ignoran el tema, sino por sus frustrantes resultados. Lo que trae como consecuencia un desgaste en la relación médico-paciente.

En esta atmósfera, hasta ahora la comunidad científica y los sistemas de salud, todavía, no han hallado la vacuna, el fármaco, ni la cirugía que erradique definitivamente la obesidad humana. Los autores destacan que son varias las barreras y limitaciones para su diagnóstico y tratamiento, así como, la precariedad en los servicios de salud, con resultados frustrantes a largo plazo (Mancini & Carra, 2001; Repetto et al., 2003).

Desde décadas pasadas Guyton y Hall recomiendan el tratamiento dietético en su tratado de medicina como solución para sanar la obesidad humana. *“El tratamiento de la obesidad depende simplemente de la reducción de la entrada de energía, que*

debe ser menor de que el consumo” (Guyton & Hall, 2016, p. 686). Este tratamiento fue confirmado por la comunidad científica del CLAO, por Coutinho (1999, p. 13) al referirse que “A nivel individual o colectivo el equilibrio de interacción para mantener un peso saludable depende grandemente del balance entre la ingestión y el gasto energético”.

Es un consenso el equilibrio entre consumo y gasto para mantener un peso saludable. Aunque esto es tan sencillo, el tema continúa complejo para la comunidad científica, es decir, para investigadores, profesionales de la salud y, principalmente, para las personas obesas. En la primera página de su informe, Coutinho (1999, p.1) se refiere a que, *“su tratamiento sigue produciendo resultados insatisfactorios, en gran parte debido a las estrategias equivocadas y al mal uso de los recursos terapéuticos disponibles”.*

Igualmente, la capacitación de profesionales de salud no consigue potenciar los resultados de los tratamientos para personas obesas. Así, los tratamientos, los sistemas de salud y el entrenamiento de profesionales para el manejo de personas obesas, continúan infructíferos delante de la obesidad. Con esta realidad, probablemente, estamos equivocados en relación con la forma de prevenir, tratar y controlar esta enfermedad.

La Carta de Ottawa (OPAS/OMS, 1986) ya orientaba propuestas que posibilitaban la discusión sobre la promoción de la salud. La formación para salud de los individuos es parte del proceso de habilitación de los individuos y grupos sociales para la prevención de la obesidad, por políticas públicas y ambientes saludables, acciones comunitarias y desarrollo de habilidades personales como, el saber elegir los alimentos y el consumo de la cantidad necesaria para sus actividades, la necesidad y las condiciones fisiológicas. Cuando haya inversión en la formación para la salud de los individuos, posiblemente cambiaremos el contexto de salud pública mundial en la que vivimos.

Promoción de la salud es el nombre dado al proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, en la que incluye una mayor participación en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y modificar favorablemente el medio ambiente. La salud debe ser vista como un recurso para la vida, y no como objetivo de vivir. En este sentido, la salud es un concepto positivo, que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Así, la promoción de la salud no es

responsabilidad exclusiva del sector salud, y va para más allá de un estilo de vida saludable, hacia un bienestar global (OPAS/OMS, 1986, p.2).

Efectivamente, es necesario adoptar medidas de prevención. Las estrategias de prevención, como la actividad física y los alimentos con bajo contenido de grasas y azúcares, cuando son practicadas culminan en la pérdida de peso corporal, según revisión de estudios por varios científicos (Jakicic et al., 2003; Martínez, 1999; Martínez & Bárcena, 2000; Stern et al., 2004). Sin embargo, estas estrategias aún no han resuelto la creciente población de personas obesas, debido a factores como la falta de acceso a los servicios de salud, además, algunos de aquellos que inician tratamientos, abandonan y regresan al peso inicial, tal vez, debido al impacto que causan en sus experiencias anteriores, especialmente en la alimentación.

2.2.4. Síntesis sobre los tratamientos

Por los estudios que hemos presentado, sigue una síntesis del estado del arte sobre los tratamientos para personas obesas.

1. Los tratamientos para personas obesas no evitan la reincidencia de la obesidad ni detienen el incremento de casos. En consecuencia, convivimos con una pandemia de salud pública mundial (W. Coutinho, 1999; Repetto et al., 2003).
2. Las personas obesas vuelven a aumentar de peso después de la suspensión de fármacos anti obesidad (Brito et al., 2005; Coutinho, 1999).
3. Las diversas estrategias para tratamiento de personas obesas se presentan insatisfactorias, con resultados frustrantes a largo plazo y baja resolución (Repetto et al., 2003).
4. Los pacientes obesos operados "*cambian*" la patología obesidad crónica por desnutrición crónica (Cordás et al., 2004; Fandiño et al., 2004; Repetto et al., 2015).
5. Someterse a cirugía bariátrica significa adquirir deficiencias nutricionales y diversas pautas a seguir durante toda la vida, en pro de mantener el peso delgado, otros vuelven a aumentar el peso corporal (Cordás et al., 2004; Repetto et al., 2015).

6. El 95% de los pacientes tratados recupera el peso inicial en dos años (Ades & Kerbauy, 2002; Segal & Fandiño, 2002).
7. Los adultos obesos abandonan y no se someten a los tratamientos clínicos (Ades & Kerbauy, 2002).
8. Los tratamientos para Obesidad no alcanzan ni tratan a todas las personas obesas, ni solucionan aquellos problemas de obesidad para los que empezaron el tratamiento (Jakicic et al., 2003; Martínez, 1999; Stern et al., 2004).
9. El entrenamiento de profesionales de salud para manejo de la obesidad no impulsa cambios en las personas obesas (Moore et al., 2003).
10. La obesidad resulta de consumo alimentario superior al gasto energético, por largo plazo (W. Coutinho, 1999; Guyton & Hall, 2016; Halpern, 1994; Jakicic et al., 2003; Malheiros & Freitas JR., 2002; M. C. Mancini & Carra, 2001; Martínez, 1999; OPAS/OMS, 2003; Peña & Bacallao, 2001; Stern et al., 2004)
11. La obesidad resulta de la interacción de factores ambientales y genéticos (Aranceta-Bartrina et al., 2005; Canún, 2000; W. Coutinho, 1999; OPAS/OMS, 2003; Rubio et al., 2007)
12. El apoyo social fue identificado como variable importante, promueve el bienestar y la motivación para personas obesas en tratamiento (Souza et al., 2005);
13. La familia sabe que la obesidad es perjudicial para la salud, puede ayudarlo, pero no sabe cómo hacerlo (Souza et al., 2005).

Con estos resultados parafraseamos a Ricoeur (1994): *“Esta observación adquiere toda su fuerza cuando evocamos la necesidad de salvar la historia de los vencidos y de los perdedores. Toda historia de sufrimiento clama por venganza y exige narración”* (Ricoeur, 1994, p. 116). Sí el 95% de personas obesas, ahora, distinguidas como *“los vencidos y los perdedores”*, reincide al sobrepeso corporal después de los tratamientos científicos, entonces, necesitamos salvar la historia de estas personas.

La tesis que presentamos trae la historia de personas obesas, participantes de una Intervención Educativa, en narrativas autobiográficas, para la formación de un nuevo estilo de vida. Una estrategia para salvar la vida de los *“vencidos y perdedores”*, oprimidos por la obesidad, la epidemia de este siglo. Buscamos investigar y desarrollar un proceso de formación, a través de experiencias subjetivas en narrativas autobiográficas.

Para las personas obesas, es una cuestión de vida o muerte, pues conviven con una enfermedad que genera otras enfermedades mortales. Hasta el momento, los tratamientos no han sanado completamente la obesidad y por esto, al investigar sus experiencias de vida, con el método autobiográfico, se quiere comprender y adquirir conocimientos sobre esta situación y las dimensiones que colaboran para que las personas obesas, comparadas a, “*los vencidos y los perdedores*”, continúen aprisionados por la reincidencia de esta patología.

2.3. El proceso de aprender para cambiar

"La formación se convierte entonces en un modo de instrumentalizarse en el cambio, de domesticarse, de hacer frente a nuestra incompletitud, a nuestros errores, a la inconsecuencia de nuestro deseo, un modo de ayudarnos a inventarnos a nosotros mismos "(JOSSO, 2006: 31)

Para una mejor comprensión del cambio en las situaciones personales y alimentarias, se debe tener en cuenta que el fenómeno involucra a las personas, a las familias y a los sistemas sociales, ya sea de una manera aislada o conjunta. Es por eso por lo que hay la necesidad de comprender que los cambios son fuerzas desestabilizadoras del actual “*statu quo*” de un individuo, o de un grupo de personas. Generalmente, estas personas no desean cambios, pues no será comfortable la situación en los primeros tiempos de estos.

Por ello, es necesario conocer lo que se quiere cambiar, pues para que se produzca el cambio, hay que saber de dónde se parte y a qué lugar se desea llegar. Cuando los cambios son planeados estratégicamente con sus etapas de organización y gerenciamiento, habrá más posibilidad de ser garantizado el éxito. Ya que en el área de la alimentación y, por eso, en el de la salud no será diferente. Sin embargo, se debe considerar que ni todos los cambios pueden ser planeados o controlados. Hay cambios que son el resultado del entorno y, generalmente, son de difícil control por parte del individuo.

Efectivamente, el tema de conductas en salud y, específicamente, en los casos de obesidad, la decisión de cambio es un juicio de elección que requiere voluntad permanente y tiempo para cambiar dichas conductas y resolver las posibles contingencias que puedan provocar una enfermedad crónica. Los cambios en adultos con obesidad requieren, principalmente, predisposición para el autocontrol y la capacidad de renunciar a muchas satisfacciones.

Así pues, una decisión de cambio de hábitos alimentarios es un proceso interno que posee propiedades de predicción de conductas saludables. Pero es necesario el apoyo del entorno social donde vive el individuo, específicamente, de la familia. Estos temas son trabajados bajo algunas teorías, que explican los comportamientos de las personas en situaciones de cambios.

Es reconocido en el entorno científico que un marco teórico sólido ofrece una base importante y necesaria para la comprensión de un tema y, además de esto, para la práctica exitosa de las actividades humanas. Por esto, el estudio trae a la luz teorías y modelos conceptuales, técnicos u operativos que explican los cambios de comportamientos y aumentan significativamente la probabilidad de éxito en la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas.

Los principales estudios actuales de las teorías sobre cambios de comportamientos están basados en las ideas de Coffman (2002) en Harvard University y de O'Sullivan GA, Yonkler JA, Morgan W, & Merritt APA (2003), de la John Hopkins University. En sus artículos originales, fundamentan sus ideas en autores de las décadas de 70 y 80 del siglo pasado, que hasta hoy se mantienen actuales.

Las teorías dictadas por dichos científicos pueden ser clasificadas en dos áreas: primero, las que se concentran en las causas de la conducta y, luego, las que tratan del cambio individual de la conducta. En el primero grupo está la *teoría de creencias en la salud* (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Soto, Lacoste, Papenfuss, & Aida Gutiérrez, 1997), la *teoría de la acción razonada* (Ajzen, Fishbein, & Heilbroner, 1980) y la *teoría del aprendizaje social* (Bandura, 1986, 1993, 1995; Barros, Oliveira, & Spyrides, 2012). El segundo grupo, sobre el cambio individual de conducta, hace referencia al *modelo transteórico* de Prochaska (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994; Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, & Abrams, 1992).

El primer punto es el modelo de las *creencias en salud*, traído a la luz por Rosenstock (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) y, luego, trabajado por varios autores (Cabrera, Tascón, & Diego Lucumi, 2001; Galdón, Durá, Andreu, & Tuells, 2000; Moreno & Gil, 2001; Soto et al., 1997). Inicialmente el modelo propuso explicar el comportamiento de las personas en salud, basado en las creencias que las personas tienen, que, a su vez, son basadas en experiencias vividas o aprendizajes anteriores. Así que, generalmente, las personas tienen la creencia de que la enfermedad o la situación adversa que enfrentan en el momento representa una amenaza personal, mientras tienen la creencia que un comportamiento de protección a la salud, superan los perjuicios que podrán venir. Si el individuo no percibe la obesidad como un problema de salud, muy probablemente no tendrá el comportamiento hacia el cambio de la actual situación.

El modelo de las creencias ha sido aplicado en muchas investigaciones en todo el mundo. Ha sido estudiado para situaciones de predicción de comportamientos preventivos para enfermedades como la tuberculosis, el SIDA, la diabetes, el control de peso (Delahanty, Conroy; & Nathan, 2006) entre otras. Sus aplicaciones han sido expandidas para la formulación de investigaciones e intervenciones en la salud, la educación para la salud y para las ciencias del comportamiento.

El segundo punto del área de las causas de la conducta es el modelo de *la acción razonada*. En esta visión teórica, el comportamiento de los individuos es explicado como resultante de su intención en comportarse conforme un patrón predeterminado e influido por su actitud respecto del comportamiento o por una creencia de que personas importantes para ellos piensan que debería comportarse de esa forma. Así, el entorno en que vive el individuo ejerce un influjo sobre sus ideas y comportamientos (Ajzen et al., 1980).

Esta teoría también involucra factores como creencias conductuales (las que son particulares a cada persona) y las normativas (las que son manifiestas de los grupos a que pertenecen). Así que, el modelo propuesto por (Ajzen et al., 1980) permite obtener seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta, que son las actitudes (Rodríguez, 2007).

Los autores creadores del modelo afirman que una actitud hacia un objeto se adquiere automáticamente mientras el individuo hace asociaciones de este objeto con

otros que ya son conocidos y ya se han tomado actitudes previas. Para estos, dichas actitudes son evaluaciones de las situaciones vividas anteriormente y son base para la decisión de cambios en sus actitudes relacionadas a la salud (Ajzen et al., 1980; Rodríguez, 2007).

El tercero modelo utilizado es la teoría del aprendizaje social (o teoría social cognitiva) idealizado por Bandura (1986, 1993, 1995). El modelo trata de dos componentes importantes para decisiones de cambio: la autoeficacia y la motivación. La *autoeficacia* es la creencia de que el individuo tiene la capacidad y las competencias necesarias para comportarse de un determinado modo. La *motivación*, a su vez, es un proceso intrínseco del individuo que le da energía y dirección, activa y mantiene la conducta en dirección a metas predefinidas y lo mueve a la realización de acciones hasta su culminación. La idea es que la autoeficacia y la motivación son necesarias para modificar el comportamiento de las personas, siempre que uno cree que puede comportarse de determinada forma y tiene un apoyo para hacerlo (Bandura, 1995).

La autoeficacia es comprendida como la percepción que uno tiene sobre sus capacidades en el ejercicio de una actividad o "*las creencias de las personas sobre su capacidad de ejercer control sobre su propio nivel de desempeño y sobre eventos que afectan sus vidas*" (Bandura, 1993, p.118). Así, dichas creencias de eficacia son capaces de determinar el modo como las personas viven, se sienten, piensan, son motivadas y se comportan frente a determinados eventos de la vida personal, profesional o familiar (Barros et al., 2012).

El segundo grupo, que trata del cambio individual de conducta, es representado por el modelo transteórico de Prochaska et al. (1994, 1992). Con este modelo, los autores intentan analizar de la forma más global posible el proceso de cambio, pues tratan de este proceso desde el momento en que se detecta la existencia de un problema hasta que este deja de existir. Siendo el cambio un fenómeno dinámico, un modelo de cambio debe estar también abierto al progreso, en el que incorpora e integra las nuevas variables que se encuentran integradas en la forma que los individuos modifican su conducta.

El enfoque transteórico que han desarrollado es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio. Tal vez por esto, también es llamado

modelo de etapas del cambio. Considera el cambio de comportamiento un proceso de aprendizaje escalonado de cinco etapas principales que va de una pre-contemplación a la contemplación en sí, luego a la preparación para la acción, la acción y, por último, a su mantenimiento. El investigador que desea hacer una intervención para cambios de comportamientos debe identificar en qué etapa se encuentran y, luego, elaborar intervenciones que las impulsen a las siguientes (Prochaska et al., 1994).

Para una mejor comprensión, se muestran las distintas etapas del modelo transteórico de Prochaska de 1994, y se utiliza como ejemplo a un individuo que quiere adelgazar para el mejoramiento de su salud y el cambio de sus hábitos alimentarios. Primero, en la Etapa de Pre-contemplación, la persona no es consciente de tener un problema, y no tendría conciencia de los efectos negativos de su obesidad. Quizás vea como algo normal que no le haga mal; consiguientemente en la Etapa de Contemplación el individuo se da cuenta de que tiene un problema, empieza a mirar los pros y los contras de su situación, pero todavía no ha tomado la decisión de hacer algo. Está consciente que su estado de obesidad puede provocar problemas de salud y ha tomado la decisión de disminuir la ingestión de algunos alimentos. Luego, en la Etapa de Preparación este ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños pasos. Probablemente, empezará a leer algunos artículos sobre alimentación saludable y piensa en consultar un profesional de la nutrición o inscribirse en un gimnasio; entonces, entra a la Etapa de la Acción, en la cual esta toma ya algunos pasos necesarios, sin excusas, ni demoras. Empiezan los ejercicios físicos y cambian sus hábitos alimentarios; al final, entra en la Etapa de Mantenimiento: la nueva conducta ya es realidad y empieza a tener un nuevo hábito de vida pues percibe que tiene buenos resultados. Necesita el apoyo familiar y el de los amigos. Ahora, tanto el nuevo hábito puede estar sólido, como puede recaer, aunque no volverá más a la etapa de pre-contemplación.

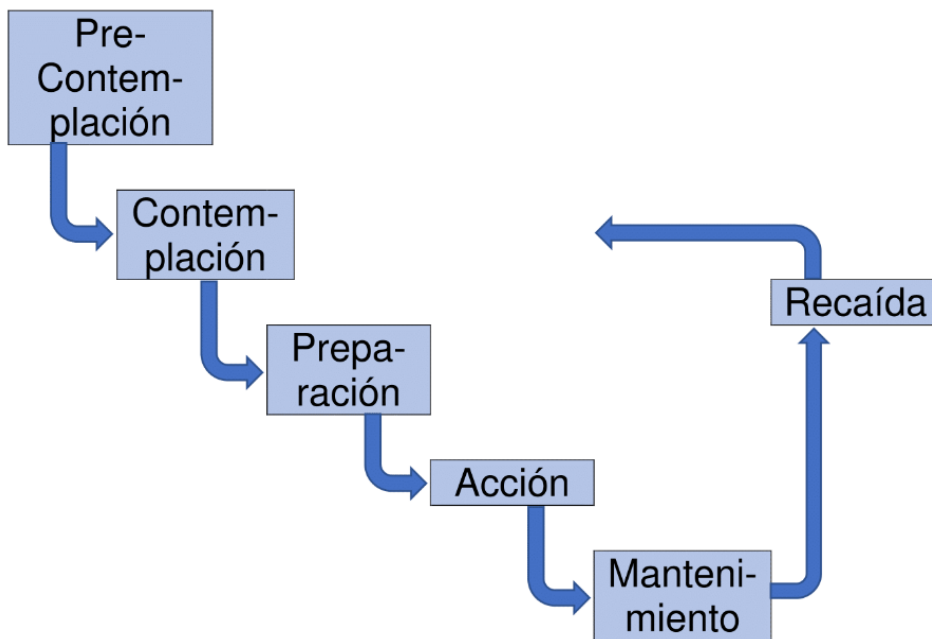


Figura 5 - Esquema de las Etapas del Modelo Transteórico de Prochaska
Fuente: Elaboración Propia, basado en el modelo de Prochaska (Prochaska et al., 1994)

Luego de tales conceptualizaciones y la explicitación de modelos teóricos para comprenderlos, es posible, entonces, sugerir una definición para el término *cambio* para que este pueda ser trabajado en esta investigación. En nuestro análisis el *cambio* es el proceso que sale de una situación actual, evaluada como inadecuada, para una futura, es decir, desea visualizarse como una mejora. Naturalmente, es de esperarse que dicha transición produzca una modificación de valores, actitudes y conductas y, por consecuencia, una etapa de desequilibrio inicial, mientras se concreta el cambio que permita nuevamente el equilibrio.

En la definición de cambio, están claras dos características que merecen atención de los estudiosos de los cambios. En primer lugar, son protagonizados por individuos, grupos, equipos, organizaciones y otros actores sociales y, en el segundo, cuando son planeados, ocurren en los espacios definidos por los sujetos en su tiempo proyectado. Generalmente, se involucran en el proceso de cambio los aspectos institucionales, estructurales, tecnológicos y culturales. La rigidez de las instituciones ni siempre contempla las diferencias individuales, ni tampoco la necesidad de tiempos distintos para el aprendizaje necesario al cambio de conductas.

Esta investigación-formación utilizó la construcción de narrativas autobiográficas como una mediación para una reflexión formativa sobre las experiencias de vida de personas obesas. Fue desarrollada a través de una intervención educativa diseñada para el aprendizaje, cambio en los estilos de vida y pérdida de peso corporal de los implicados. Al investigar experiencias de vida, en narrativas autobiográficas, posibilitamos a estos individuos comprender y tomar en sus manos la propia vida en la búsqueda de sí, es decir, para el cuidado de sí mismos desde una actitud reflexiva.

La actividad biográfica consistió ayer en elucidar como llegamos a ser lo que somos o como aprendemos lo que sabemos. Se hace necesario, sin duda, que en el futuro el trabajo de reflexión sobre la historia de nuestra vida se centre, sobre todo, en lo que nos va a permitir aprender, a crecer, a ganar en lucidez sobre la suerte del mundo y a diseñar lo que es verdadero, para nuestras sociedades, cuestión de vida o de muerte (Dominicé, 2006, p. 356)

Novoa & Finger (1988, p. 127) comentan que *“Toda la formación es un proceso de apropiación individual, que se hace en una permanente interacción y confrontación con los otros”*. La elaboración de narrativas autobiográficas da al autor la posibilidad de apropiación de sus experiencias en confrontación consigo y con los otros. Dicho proceso colabora para la construcción y la reconstrucción del vivido.

Josso (2004) comenta que la construcción de narrativas autobiográficas no es lo que está en juego en la metodología, aunque indisociable de un proceso continuo. Lo más importante es la producción de conocimiento y de aprendizaje que emana de las experiencias de vida. El encuentro consigo mismo y la interacción con otros, posibilita conocimiento y aprendizajes para los implicados. De esta forma, el abordaje con narrativas autobiográficas provoca un conocimiento de sí por la confrontación de experiencias para aprender y saber vivir, en un proyecto auto orientado.

Josso (2004, 61) destaca también que para el sujeto ser productor de ese distanciamiento necesita ser confrontado *“con la mirada de otro, jugando con los efectos de contraste que esa confrontación genera”*. Novoa (1988) considera que el enfoque autobiográfico debe entenderse como un intento de encontrar una estrategia que permita al individuo sujeto convertirse en actor de su proceso de formación a través de la apropiación retrospectiva de sus experiencias de vida. *“El desafío sería saber en qué medida el trabajo de pensar su propia historia puede liberar la mente de*

lo que ella piensa silenciosamente y le permitir pensar de otro modo" (Foucault apud Pineau, 2006, p. 337).

En este proceso quien participa está convocado a asumir su cuota de responsabilidad. Esto resulta, en resumidas cuentas, en una relación consigo mismo, con los otros, con el medio humano y con su vida en general, para alcance de *"emancipación, autonomía y responsabilidad"*, campos de aprendizajes y de cambios que son adquiridos por medio de la formación (Freire, 2006; Josso, 2004). En la concepción de Novoa [...] *interesa que el individuo construya su memoria de vida y comprenda las vías que su patrimonio vivencial le puede abrir: al hacerlo en el presente se está formando (emanciparse) y proyectándolo, en el futuro* (Novoa, 1988).

La reconstrucción de experiencias de vida en narrativas autobiográficas, de hecho, no nos entrega la vida de las personas obesas. Delory-Momberger (2006) defiende que las narrativas autobiográficas posibilitan unificar las experiencias de vida en un espacio-tiempo de construcción de sí mismo. Tal construcción facilita procesos de formación para los implicados.

Novoa (1988, p. 127) explica que *"toda la formación es un proceso de apropiación individual, que se hace en una permanente interacción y confrontación con los otros, con los grupos, con las comunidades"*. Las etapas de escritura y discusión de las narrativas autobiográficas, en interacción y confrontación con los otros, permite a las personas obesas la comprensión de acciones y de comportamientos inadecuados, estimulando el aprendizaje y la integración de nuevos comportamientos.

Bertaux (2008), Josso (2004) y Novoa (1998) resaltan que el individuo actúa en un proyecto de vida como actor y autor de su propia existencia. Este proyecto de evocación de experiencias subjetivas, en reflexión, para la construcción de narrativas autobiográficas, en confrontación consigo y con otros, posibilita la conciencia de sí con aprendizajes para el cambio. Jossó recomienda que la formación debe estar unida a las experiencias de vida o entonces, no es formación (Josso, 2004).

La actividad biográfica consistió ayer en elucidar como llegamos a ser lo que somos o como aprendemos lo que sabemos. Se hace necesario, sin duda, que en el futuro el trabajo de reflexión sobre la historia de nuestra vida se centre, sobre todo, en lo que nos va a permitir aprender, a crecer, a ganar en lucidez sobre la suerte del mundo

y a diseñar lo que es verdadero, para nuestras sociedades, cuestión de vida o de muerte (Dominicé, 2006, p. 356)

La narrativa autobiográfica permite la reflexión sobre la propia vida. Según Dominicé (2006) esto es importante, principalmente, porque posibilita a los implicados un aprendizaje, un crecimiento y un actuar con lucidez sobre las diversas situaciones de la vida descritas en narrativas autobiográficas, a partir de un proceso de reflexión en busca de sí mismos en experiencias subjetivas, hechos que les ayudan a percibir y comprender porque y como se volvieron obesos en las diversas situaciones de la vida cotidiana, con un proyectarse para un futuro de cambios. Este proceso, posiblemente, se da, en la interacción de aprendizajes a partir de sus propias experiencias.

3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Planeación de la investigación

“Nuestras opciones metodológicas tenían y continúan teniendo, la necesidad de reivindicar y crear un espacio, de justificar su fundamentación, dando legitimidad a la movilización de la subjetividad como modo de producción del saber y a la intersubjetividad como soporte del trabajo interpretativo y de construcción de sentido para los autores de los relatos” (Josso, 2004, p.23).

3.1.1. Presentación y justificación del enfoque metodológico

Durante décadas, varios investigadores construyeron caminos metodológicos para investigar acciones humanas. Sus orígenes se dan a mediados del Siglo XIX cuando se inicia el interés por estudiar los fenómenos sociales, la vida cotidiana, los problemas en las ciudades, así como los de salud pública, los de bienestar y de educación (Bogdan & Biklen, 2013). Las ciencias humanas, como son conocidas hoy, surgieron en la última parte del siglo XIX y se desdoblaron en las primeras décadas del siglo XX y hubo un desarrollo basado en el modelo de las ciencias naturales, con un espíritu positivista (Laville & Dione, 1999).

Diversos investigadores de la antropología y de la sociología, usan el abordaje cualitativo hace más de un siglo (Bogdan & Biklen, 2013). Sin embargo, la expresión, “*Investigación Cualitativa*” no existió en las ciencias sociales hasta finales de los años 1960. Así, la ciencia del siglo XIX, hacia años 60 del siglo XX estuvo inspirada en una perspectiva de la naturaleza, donde dos cuerpos químicos cuando están sometidos a una experimentación reaccionan de forma previsible. Esto solamente es posible de explicar a partir de leyes naturales que los rigen. Al contrario de esto, los hechos humanos agregan en sí, complejidad y singularidad.

Laville & Dione (1999) se refieren a que el estudio del hombre social llega al dominio de la ciencia, a mediados del Siglo XIX. Con pretensión de tomar la medida exacta de los fenómenos humanos y sus explicaciones, perdura una inconformidad paradigmática acentuada en las últimas décadas del Siglo XX, con una crisis de

transición, seguida de problemas metodológicos, epistemológicos, sociales, individuales e institucionales. Según los autores el desmoronamiento del positivismo en ciencias humanas ha ocurrido con muchos embates entre sus defensores y adversarios.

Esta oposición continúa aún hoy, principalmente, entre investigación cuantitativa y cualitativa. Sobre ellas, Boavida & Amado (2008) presentan una variedad de posturas que se contraponen consonantemente si se trata de uno o de otro paradigma. Algunas oposiciones se distinguen en la Figura 6:

	Paradigma Positivista/ Racionalista	Paradigma Fenomenológico/ Interpretativo
Métodos	Cuantitativos	Cualitativos
Criterios de Calidad	Rigor	Relevancia/Rigor
Fuente de la teoría	Previa – Hipotético/deductiva	Emergente de los datos
Tipo de conocimientos utilizados	Proposicional (en forma lingüística)	Proposicional y tácito (intuiciones)
Instrumentos	Instrumentación técnica	El investigador es lo principal instrumento
Diseño	Pre estructurado	Abierto - emergente
Escenario	De laboratorio	Naturalista

Figura 6 - Posturas Paradigmáticas positivista y fenomenológica
Fuente: Basado en Boavida & Amado (2008, pp. 92–96)

La metodología cualitativa presenta amplia variedad de estrategias metodológicas inherentes al abordaje desarrollado. Bogdan & Biklen (2013, p. 52) explican que “*un paradigma consiste en un conjunto de aseveraciones, conceptos o proposiciones lógicamente relacionados que orientan el pensamiento y la investigación [...]*”. Cabe al investigador la sensibilidad para su elección.

El paradigma fenomenológico/interpretativo florece en las ciencias humanas con propósitos de comprender la realidad social. Ante esta apertura al estudio de las experiencias humanas, en su complejidad, los autores (Bogdan & Biklen, 2013)

indican que no se debe perder el contacto con los aportes anteriores de la ciencia clásica e, inclusive, advierten que esta no debe ser la única forma de investigar fenómenos humanos.

Laville & Dione (1999) destacan la importancia de comprender la realidad y determinar los diversos factores encontrados en cada situación. Estos autores aclaran que los hechos humanos reposan sobre un encadenamiento de elementos, con naturaleza y peso inconstantes que se combinan e interactúan entre sí, por eso, no deben ser apenas medidos. *“Es eso lo que se debe comprender, lo que se estima, para verdaderamente conocer los hechos humanos”* (Laville & Dione, 1999).

Tony Morgan al escribir el prefacio a la obra de Arthur Battram comenta que,

Un cambio de paradigma es auténtico cuando el nuevo modelo puede explicar tanto lo que se fue como lo que no se podía explicar con el paradigma anterior. Ello se aprecia muy claramente en navegar por la complejidad, en que algunos de los aspectos más sorprendentes y frustrantes del comportamiento humano se revelan como manifestaciones de la naturaleza fundamental de sistemas de vida complejos. (Battran, 2001, p. iii).

3.1.2. El fundamento de las historias de vida en formación

Bolívar (2005, p. 59) comenta que “las historias de vida, como metodología, tienen su origen en la llamada Escuela de Chicago de los años veinte del siglo pasado”. El autor destaca que dicha escuela, callada en los años de mayor elevación del positivismo y funcionalismo en sociología, ha dado lugar a lo mejor de la metodología cualitativa, con las historias de vida. Pineau & Le Grand (1996) consideran que la historia de vida hace parte de la tradición sociológica y de las ciencias humanas.

Pineau (2006) destaca que las investigaciones con historias de vida se presentan como una metodología necesaria para la actualidad. El desarrollo histórico de la metodología cualitativa con historias de vida en formación de adultos se debe a la necesidad de una ciencia que manifieste los fenómenos humanos de manera más compleja como es la vida de los actores sociales. A fin de cuentas, es importante suplir

la necesidad de nuevas prácticas socio formadoras, para la construcción de un conocimiento en las diversas ciencias desde una perspectiva interpretativa.

Bolívar (2005, p. 63) refiere que, *“En fin, estamos ante el dilema de conjugar un punto de vista del nativo (emic) y del investigador (etic). Ni sacralizar los relatos, ni tampoco asimilarlos a tradicionales modos paradigmáticos de conocer, en los que vanamente encajarían”*. El género autobiográfico cuenta con una larga tradición, en el que el individuo, en su singularidad, se enuncia y reelabora el propio enunciado (Pineau & Le Grand, 2003). Las historias de vida nos permiten investigar fenómenos inherentes a las experiencias humanas con manifestación de la realidad de sus actores sociales.

Por consiguiente, elegimos las historias de vida de personas obesas, en Narrativas Autobiográficas, como método de investigación-formación para esta tesis. Según Josso (2004) la especificidad del método autobiográfico o de historias de vida se caracteriza por su historicidad profunda, su unicidad y por la valorización de la autonomía del individuo y creación de sentido para la vida del autor, traducidos como una búsqueda de singularidad y originalidad intelectual. Para fundamentar este método hemos realizado un recorte epistemológico con destaque para algunos de los teóricos de historia de vida en formación de adultos, como referencial para nuestro estudio

Actualmente, parece ser común el uso de historias de vida en formación de adultos y, especialmente, desde el campo de la educación. Pineau (2006) trata sobre la *“emergencia de prácticas de investigación con Historias de Vida” en formación*, un hecho que se ha vuelto notorio desde los años 1980 hasta los días de hoy. El autor hace referencia al movimiento de las historias de vida para la formación de adultos, con destaque en tres décadas: en los años 1980, un período de manifestación de las historias de vida; en los años 1990, el período de la fundación y en los años 2000, el período de desarrollo diferenciador.

Los años 1980 son considerados como un período de efervescencia de la corriente de las historias de vida en formación, especialmente, con la obra franco-quebequense *Produire sa vie: autoformation et autobiographie* publicada en Montreal y Paris (Pineau, 2006, p. 331). Este fue un marco para el mundo francófono. Todavía en 1983 ese libro generó la formación de una red de trabajos con desarrollo de obras

y publicaciones con historia de vida y autoformación, entre los cuales destacamos algunos de los pioneros: Pierre Dominicé, Christine Josso, Bernadette Courtois, Guy Bonvalot, Guy de Villers, Antonio Novoa, Gaston Pineau y Matthias Finger. Juntos, publicaron en Portugal la obra “*O método (auto) biográfico e a formação*” en 1988 (Novoa & Finger, 1988). Esta publicación fundamenta el método de investigación que desarrollamos.

Los años 1990 se destacaron por la expresiva producción teórica y especialmente por la creación de fundaciones y asociaciones regionales, nacionales e internacionales en beneficio de la construcción histórica del movimiento de las historias de vida en formación. Los años 2000, se revelan como el período en que las historias de vida en formación presentan un desarrollo diferenciador en sus terminologías. Así pues, tres círculos de pioneros de las historias de vida en formación se destacan: el primero fue formado por los *iniciadores de los años 80*, pioneros *innovadores* del mundo francófono. El segundo círculo, fue formado por los *colaboradores*, que llegan para una renovación del movimiento, con publicaciones de memoriales, obras y tesis. El tercer círculo, el de los *creadores innovadores*, se pone entre los dos círculos de iniciadores y colaboradores para favorecer la autonomía y la reflexión por medio de interacciones entre los múltiples contextos nacionales e internacionales, para el fortalecimiento y desarrollo de las prácticas auto reflexivas, con construcción de sentido para las teorías de historias de vida en formación (Pineau, 2006b).

Unido a nuestra condición posmoderna, estamos, pues, en una crisis de los modos paradigmáticos establecidos de conocer, donde se replantea el papel del sujeto investigador y la necesidad de incluir la subjetividad en el proceso de comprensión de la realidad. Narrativas de gente y narrativas del investigador se funden productivamente para comprender la realidad social (Bolívar, 2002, p. 4).

El autor destaca la importancia y la necesidad de inclusión de la subjetividad de los investigados como colaboración para comprensión de la realidad social. Los individuos investigados, al escribir sobre sí mismo, reflejan algo sobre la realidad social cotidiana de la cual hacen parte. En realidad, ningún investigador podría verlo. Nos permitimos elegir las “*Narrativas Autobiográficas*” con la posibilidad de un desarrollo diferenciador, en su terminología, como bien lo refiere Pineau (2006). Esta terminología se adecúa al abordaje de investigación-formación, por su potencial en

mostrar la historicidad y la subjetividad de los investigados, un recorte epistemológico para el estudio.

Uno de los objetivos de las narrativas autobiográficas es afirmar un modo peculiar, narrativo, de investigar y formar. Este método tiene el intento de dar cuenta de los problemas epistemológicos con los cuales nos debatimos en la clínica y en la sociedad con las personas obesas. Bolívar (2002) aclara que los principios teóricos del enfoque narrativo conforman un modo propio de investigar, destacando que su tratamiento debe ser formal y en coherencia con su especificidad singular. Es una forma impar de analizar y construir la realidad, donde el foco principal pasa a ser la experiencia humana construida a partir de la subjetividad de sus autores y actores sociales.

Con estas reflexiones nos anclamos en este paradigma reflexivo e interpretativo para investigar a las personas obesas, a partir de sus historias y experiencias de vida, manifiestas en narrativas autobiográficas. En términos metodológicos, denominamos: un estudio de caso múltiple inmerso en un paradigma reflexivo/interpretativo, con el método autobiográfico desde el punto de vista de las historias de vida para formación de adultos.

3.1.3. Hora de investigar: ¿cómo?

Me será agradable hacer ver en este discurso cuales son los caminos que he seguido y en este representar mi vida, como en una pintura, para que todos la puedan juzgar, y así, retirando del rumor público, las opiniones que se tuvieron, yo tenga un nuevo medio de instruirme, lo cual añadiré a los que acostumbro emplear (Descartes, 2016, p.7).

Laville & Dione (1999, p. 11) destacan que *“el método indica reglas, propone procedimientos que orientan la investigación y auxilia a realizarla con eficacia”*. La travesía metodológica y la dirección tomada, como las vivimos hasta aquí, no la encontramos construida; hemos estado en constante reflexión sobre los diversos meandros de los teóricos con los cuales dialogamos, lo que, sin duda, abre posibilidades para juzgamientos diversos los cuales, como Descartes, también serán usados como un nuevo estímulo para aprender y reaprender (Descartes, 2016).

Sin embargo, fueron muchos los momentos de reflexión para vencer las incertidumbres que se acercan en la caminata hasta el campo de la investigación. ¿Serían las perplejidades prisioneras, o quizás, las impulsoras del proceso? Por otro lado, también me he dado cuenta de que estos temores tal vez no sean exclusivamente nuestros, una vez que asolan también a otros investigadores. Así, con innegables dudas hemos verificado que esta situación es casi que universal, como lo relata Lorenzo-Ramirez (1997):

[...] Aun reconociendo que nos hubiese gustado no tener ninguna duda. Ahora, pasado un tiempo, somos conscientes de que es imposible no tenerlas, de que nos movemos en una cultura de incertidumbres. De que hemos de ser conscientes de nuestra ignorancia y que el poder preguntarse y dudar sobre la duda, introduce una reflexión sobre la reflexividad, un proceso de segundo orden, que nos permite resistir la simplificación y construir la complejidad. Esta sensación de no saber cómo conducir la propia investigación, de dudas metodológicas y de procedimiento, se manifiesta a lo largo del Diario de Investigación en sucesivas ocasiones (*Lorenzo-Ramirez, 1997, p. 323*)

La reflexión colabora para la construcción y la reconstrucción de estrategias ante las dudas que acometen el recorrido de la investigación. Estuvimos sometidos a este proceso, abiertos a las reflexiones y a los cambios, a hacer y rehacer con el intento de eliminar los errores y las vacilaciones recurrentes durante la preparación y el transcurso de la investigación, por la complejidad del fenómeno en estudio. Con mareas revueltas y titubeos, sin embargo, decisiones importantes fueron tomadas, para *“resistir la simplificación y construir la complejidad”* como lo enfatizó Lorenzo-Ramirez (1997).

Morin (2001) se refiere a la necesidad de una lucha contra las incertidumbres de la acción, aunque eliminarlas definitivamente fuera casi imposible. Pensamos que al luchar estamos también creando y recreando posibilidades, sin las cuales estaríamos paralizados. No obstante, tales desconfianzas colaboran con el proceso de la investigación y su concreción. Es imprescindible investigar, comprender, interpretar y teorizar sobre la realidad investigada.

[...] la respuesta a las incertidumbres de la acción está constituida por la buena elección de una decisión, por la conciencia de la apuesta y la elaboración de una estrategia que tenga en cuenta las complejidades inherentes a sus propias finalidades, que en el transcurso de la acción pueda modificarse en función de los riesgos, informaciones, cambios de contextos y que pueda considerar un eventual torpedeo de la acción cuando esta hubiese tomado un derrotero nocivo. Por eso, se puede y se debe luchar contra las incertidumbres de la acción; se puede incluso

superarlas a corto o medio plazo, pero nadie pretendería eliminarlas a largo plazo (Morin, 2001, p. 50).

Por todo esto, la metodología construida para esta investigación-formación está inserida en el paradigma cualitativo interpretativo. Nos permitimos un cambio del método cuantitativo vivido en la clínica, para la metodología cualitativa, buscando experiencias e Historias de Vida en narrativas autobiográficas de personas obesas. Y por fin, la investigación también presenta datos cuantitativos precisos, relacionándolos a las medidas de peso corporal de las personas obesas investigadas.

3.1.4. Método autobiográfico en doble perspectiva

[...] para nosotros, la biografía es un instrumento de investigación y, al mismo tiempo, un instrumento pedagógico. Esta doble función del abordaje biográfico caracteriza su utilización en ciencias de la educación. La situación experimental necesaria a la investigación coincide con la acción educativa [...] (Dominicé, 1988, p.103).

El método autobiográfico en doble perspectiva enlaza nuestra investigación-formación con desarrollo de Narrativas Autobiográficas de personas obesas. Primero, dibuja un eje de investigación orientado a la comprensión de sí mismo como persona obesa, por cuestionamientos que inducen la reflexividad, el diálogo interior y la búsqueda de sí en experiencias cotidianas que se describen en narrativa autobiográfica. Este movimiento posibilita la manifestación de experiencias antecedentes relacionadas a la historia de vida de la persona obesa.

Luego, un segundo eje, que se entreteje, para la formación de un nuevo estilo de vida durante el estudio. Los aprendizajes sobre las experiencias cotidianas en la reflexión y la interacción social posibilitan a la persona obesa y al grupo un asumirse como autor y actor de su propia vida, con un rehacer constante en acción para la pérdida de peso corporal. Freire (1993) destaca que, *“Quando a prática é tomada como curiosidade, então essa prática vai despertar horizontes de possibilidades. [...]”*

Esse procedimento faz com que a prática se dê a uma reflexão e crítica” (Freire, 1993, p. 40) ¹⁰.

En su obra de 1984, Freire comenta: *“O que teríamos que fazer, então, seria, como diz Paul Legrand, ajudar o homem a organizar reflexivamente o pensamento. Colocar, como diz Legrand, um novo termo entre o compreender e o atuar: o pensar” (Freire, 1984, pp. 67–8) ¹¹.*

Paulo Freire considera que las experiencias y los saberes de los individuos son socialmente construidos por sus actores en las prácticas comunitarias y, les recuerda que debemos construir conocimientos a partir de esta realidad social (Freire, 2006). Consideramos que el método de Narrativas autobiográficas presenta una potencialidad en revelar las experiencias de vida de sus actores sociales, un método interesado en la vida cotidiana, que aprehende la subjetividad del actuar de los individuos. Las experiencias subjetivas son manifiestas como una estrategia de investigación y como una práctica de formación. La Figura 7, a seguir, enseña esta doble perspectiva.

Investigación	Formación
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión y diálogo interior; • Búsqueda de sí en experiencias de vida; • Elaboración de Narrativas Autobiográficas; • Autoconocimiento; • Comprensión de si, 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de narrativas autobiográficas; • Aprendizajes de sí y del otro; • Socialización de experiencias; • Concientización; • Emancipación; • Construcción de estrategias; • Responsabilidad; • Práctica de aprendizajes; • Cambios de comportamientos; • Pérdida de peso corporal; • Mejora de auto estima
Comprensión de sí	Aprendizaje y Cambio
Fase de evocación	Fase de Interpretación y de Socialización

Figura 7 - Método Autobiográfico en Doble Perspectiva
Fuente: Elaboración propia con base en la literatura citada

¹⁰ Traducción libre del portugués, de nuestra responsabilidad: *Cuando la práctica es tomada como curiosidad, entonces esa práctica va despertar horizontes de posibilidades. [...] Ese procedimiento hace con que la práctica produzca reflexión y crítica”.*

¹¹ Traducción libre del portugués, de nuestra responsabilidad: *Lo que tendríamos que hacer, entonces, sería, como Paul Legrand dice, ayudar al hombre reflexivamente organizar su pensamiento. Poner, como dice Legrand, un nuevo término entre el comprender y el actuar: el pensar.*

Sobre esto Freire (2006, p. 30) cuestiona, *¿por qué no establecer una “intimidad” entre los saberes curriculares fundamentales a los alumnos y la experiencia social que ellos tienen como individuos?* El autor discute la necesidad de interacción entre los dos polos, la práctica y la teoría, una intimidad necesaria al aprendizaje y a la formación de los individuos. Conforme Morin (2001, p. 50), *“La estrategia, como el conocimiento, sigue siendo la navegación en un océano de las incertidumbres entre los archipiélagos de certezas”*.

No hemos encontrado en la literatura el método autobiográfico aplicado en una investigación-formación con personas obesas. Empleamos la metodología de las historias de vida en formación de profesores (Novoa, 1988) y optamos por una investigación con “Narrativas Autobiográficas”, como un recorte de las historias de vida, en la búsqueda de una comprensión con detenimiento en los fenómenos relacionados a la manifestación y la permanencia de la obesidad en la vida cotidiana de aquellos individuos participantes del estudio. Las personas obesas, en reflexión, al responder cuestionamientos, al mismo tiempo, delinean un proceso de formación informal, vivido por ellos anteriormente, como experiencias de vida y saber subjetivo propio de la persona obesa. A partir de cuestiones, como orienta Novoa (1988), sus experiencias fueron elucidadas en narrativas autobiográficas.

El acto de narrarse en la interacción con los otros y consigo mismo, favorece la formación. El proceso de reflexión para la escritura autobiográfica posibilita al individuo, el auto conocimiento y la comprensión de sí, con la posibilidad de aprendizajes a través de la reflexión en la búsqueda de experiencias cotidianas, en la interacción constante consigo y con los otros implicados. [...] *“Lo que nos interesa es que el individuo construya su memoria de vida y comprenda las vías que su patrimonio vivencial le puede abrir: al hacerlo en el presente este está formándose (emancipándose) y proyectándose en el futuro”* (Novoa, 1988, p. 125). La investigación-formación con narrativas autobiográficas posibilita este movimiento del presente sobre las experiencias del pasado, con un proyectarse para el futuro de un sujeto en formación.

El método autobiográfico abarca dimensiones singulares y plurales de las personas obesas, al investigar y formar. Al mediar el proceso de reflexión para la

elaboración de narrativas autobiográficas, se posibilita una búsqueda de sí con un aflorar de experiencias anteriores; la escritura emerge como una realidad social de los actores del estudio. Souza (2006, p. 140) destaca que, *“la expresión de sentido y la construcción de la experiencia se centran en la singularidad y subjetividad del sujeto”*.

Dominicé (2006) comenta que la narrativa autobiográfica tiene el potencial de integrar las experiencias y las distintas situaciones, vividas a lo largo de la vida de las personas obesas. Viabiliza reunir registros y hallazgos subjetivos, de tiempos y contextos dispersos, como experiencias de vida que les constituyen y contribuciones que posibilitan, como refiere Monbergue, *configurar y reconfigurar procesos de formación* (Delory-Momberger, 2006). Este procedimiento individual de reflexión y aprendizaje por la propia experiencia de vida, en interacción, trasciende el acto de la enseñanza, por ser un proceso individual de búsqueda que solamente el propio individuo es capaz de realizar para su formación.

Para esto, Novoa (1988) orienta a la formulación de *“un eje de investigación¹²”*, que posibilite el desarrollo del proceso de la formación de los investigados. El eje de investigación aporta cuestiones que se agregan para responder a la pregunta central de la investigación y funciona como un guion para posibilitar la producción de narrativas autobiográficas por parte de las personas obesas del estudio. Novoa (1988) comenta que estas cuestiones sirven para orientar la elaboración de las narrativas autobiográficas *“y facilitarán, posteriormente, el análisis de los contenidos”*.

Se tratan de pistas para desarrollar. El objetivo es orientar la elaboración del material biográfico en el que tiene presente un dato vector de preocupaciones, que ayude a organizar nuestras memorias y suministren un guion para la descripción de nuestra recolección de vida. No se puede evocar todo. Tiene que hacerse una selección: Procuremos que ella sea lo menos arbitrario posible (Novoa, 1988, p. 122).

Boavida & Amado (2008) refuerzan que se debe hacer un recorte de las dimensiones relacionadas al objeto de estudio. Nos interesa saber lo relevante sobre las personas obesas y por esto no sería viable cuestionar toda la vida de los participantes, sino lo principal, relacionado a la situación de los investigados. Para ello

¹² Nuestro eje de investigación es formulado con cuestiones que sirven de guion para la producción de las Narrativas Autobiográficas que integran experiencias de vida de los participantes y hacen parte del proceso de formación ocurrido durante el estudio.

se cuestionó directamente las experiencias vividas como persona obesa, con búsquedas emergentes durante el proceso de investigación-formación.

Así, las narrativas autobiográficas fueron elaboradas a partir de una cuestión de investigación Novoa (1988). Tres etapas suceden a las narrativas autobiográficas: evocación, interpretación y socialización.

La etapa de Evocación – etapa inicial, de reflexión, de la búsqueda de sí mismo en sus experiencias cotidianas para la construcción de la Narrativa Autobiográfica. Todas las Narrativas Autobiográficas fueron escritas a partir de una cuestión de investigación. Cada cuestión fue sometida a momentos de reflexión, seguida de escritura autobiográfica. Esta etapa es considerada de evocación: una búsqueda de recordaciones y experiencias vividas a lo largo de la vida de los implicados, como personas obesas (Josso, 2004; Passeggi, 2000, 2006b, 2006c, 2007).

La etapa de Interpretación – ocurre sobre cada Narrativa Autobiográfica escrita en la semana anterior. La interpretación es guiada por nuevos cuestionamientos sobre la narrativa autobiográfica, en interacción con el otro, en pequeños grupos¹³ de discusión, sobre la experiencia narrada individualmente. Luego, empieza una interacción de lecturas de las narrativas entre ellos para cuestionamientos e interpretación de sí en interacción con el otro. La interpretación permite a cada participante una reflexión más atenta sobre sus propias actitudes y experiencias de vida cotidiana en interacción con el otro, cada vez guiados por los nuevos cuestionamientos sobre aquella narrativa (Josso, 2004; Passeggi, 2000, 2006b, 2006c, 2007).

Las interpretaciones fueron negociadas con ellos. Como ya se ha aclarado, las narrativas eran interpretadas en interacción con el otro en un pequeño grupo. No obstante, sobre la narrativa autobiográfica, *¿por qué me torné una persona obesa?*, ellos prefirieron hacer conforme se verifica en este enunciado, *“Cada uno se quedará con la suya... porque hubo mucho sufrimiento para escribir todo aquello”* ... (NA; JÉS, 05/09/2005). La preferencia fue acatada por la investigadora.

¹³ Los pequeños grupos eran formados generalmente por tres personas, para la discusión de los cuestionamientos y la interpretación de sus narrativas, seguido de la escritura individual de sus interpretaciones, sobre su propia narrativa o sobre la narrativa del otro. Los grupos se forman espontáneamente entre ellos. La investigadora media el desarrollo de las actividades propuestas.

La etapa de Socialización – las experiencias narradas por las personas obesas fueron socializadas en pequeños grupos de tres personas. Había una interacción de los escritos, la lectura, la discusión y los cuestionamientos sobre las experiencias individuales narradas. Con el gran grupo de participantes, cada uno se colocaba, espontáneamente a su vez, sin previa indicación, para socializar las experiencias narradas, compartir los aprendizajes, los triunfos y los cambios de actitudes en la interacción con el grupo. Las tres etapas de las narrativas viabilizan el conocimiento de sí, los aprendizajes, los cambios y la formación de un nuevo estilo de vida entre las personas obesas implicadas (Josso, 2004; Passeggi, 2000, 2006b, 2006c, 2007).

El método autobiográfico proporciona la apertura a la subjetividad humana, amplía la comprensión y el conocimiento sobre la realidad. Sin embargo, las narrativas autobiográficas manifiestan la subjetividad individual, el modo de actuar, sentir y pensar de las personas obesas, con nuevas posibilidades inducidas por la reflexión, la interacción, la confrontación y la socialización con los otros. Estos aspectos, muchas veces han sido silenciados por la racionalidad técnica científica de los tratamientos clínicos para personas obesas. La negación de la subjetividad se manifiesta en la clínica, conforme se puede observar en escrito de un diario.

Así, después de haber solicitado la correspondiente cita, hoy he tenido mi primera visita con la médica de familia que me corresponde por el Seguro. Joven y amable, ha abierto mi Historia Clínica. Como apertura de Historia Clínica, me parece bastante aceptable. Como abordaje de un problema de salud me queda la impresión de cierta superficialidad (*Diario, C.C. 03/11/2005*).

Latorre, Rincón, & Arnnal (1996, p. 1) afirman que *las estrategias de investigación están al servicio del investigador y no a la inversa*. Elegimos el método autobiográfico por permitir mutuamente, investigar la realidad a partir de la subjetividad de los implicados y posibilitar procesos de formación. Josso (2004) comenta sobre el método autobiográfico como una estrategia de investigación que se coloca para la comprensión de los fenómenos de la vida humana y para la formación desde el punto de vista del aprendiz. Por esto, un abordaje innovador como estrategia de investigación y de formación para promoción de la salud de las personas obesas.

Para mediar la investigación-formación como intervención educativa para personas obesas, dialogamos con algunos teóricos. Entre ellos destacamos a Freire (1980, 1984, 1985, 1993, 2005, 2006); Freire & Nogueira (1993); Josso (1999, 2004); Novoa, 1988; Novoa & Finger, 1988); (Pineau, 2006b; Pineau & Le Grand, 2003);

(Dominicé, 1988, 2006); (Barreto Oliveira et al., 2004; M. D. C. Passeggi et al., 2011; M. da C. Passeggi, 2000, 2006a, 2006c, 2006b, 2007). Estos autores trabajan con la perspectiva de comprensión progresiva de las experiencias de vida en formación de adultos. Las interlocuciones con estos autores nos han guiado durante todo el proceso de investigación-formación desarrollado con las personas obesas.

3.1.4.1. Orientaciones metodológicas

La intervención educativa fue planeada para realizarse durante cuatro meses, en 16 encuentros semanales. Durante dichas sesiones semanales, los participantes elaboraron narrativas autobiográficas, participaron de grupos de discusión y de estudio con actividades relacionadas a los objetivos de la investigación-formación. Algunos criterios fueron definidos a priori:

- Selección de un grupo social compuesto por 10 personas obesas:
Tomamos la decisión de permanecer con 13 personas obesas que persistieron hasta la conclusión del estudio y por esto están en el informe final.
- Estrategias para las sesiones semanales:
 - Dinámicas de grupo para promover la interacción y el intercambio de conocimientos;
 - Respeto por cada persona individualmente y preservación del anonimato;
 - Desarrollo de narrativas autobiográficas por las personas obesas;
 - Participación en grupos de discusión y de estudio;
 - Partir de experiencias de vida, intereses y motivaciones de los participantes, intentando saber: ¿qué saben? ¿Cómo entienden los conceptos? ¿Cómo los trasladan a sus prácticas y a sus propias vidas?
 - Trabajo con imágenes para mostrar aspectos que no son observados fácilmente en la realidad;
 - Actividades orientadas a facilitar hacia el cambio de hábitos más saludables;
 - Actividades orientadas a desarrollar la emancipación a partir de la experiencia individual.

3.1.4.2. Decisión metodológica

Las narrativas autobiográficas de las 13 personas obesas investigadas permanecen en la lengua portuguesa, como fueron escritas originalmente. El propósito es evitar cambios por traducción, o pérdida del sentido original con falsa interpretación por sus lectores. Por esto, se conserva, literalmente, la escritura, con impresiones y sentimientos originales, conforme puestos por los autores de las narrativas autobiográficas para este estudio.

Para aclarar posibles dudas, luego de cada citación de los sujetos en lengua portuguesa, hay una traducción libre para la lengua castellana, hecha por la investigadora, siempre en notas de pie de página. Todas las narrativas fueron transcritas completas, del manuscrito hecho por ellos, para el diario de investigación. Para el análisis de las fuentes se utilizaron las narrativas autobiográficas completas. Con excepción, se eliminaron apenas las alusiones personales de cariño o de gratitud a la investigadora y los nombres propios. Fueron admitidos pseudónimos.

3.1.4.3. Criterios de participación

La intervención educativa se destinó a personas obesas. Las personas obesas presentan un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado por el exceso de peso que se distingue como sobrepeso u obesidad en tres grados, I, II, III, con riesgo para adquisición de enfermedades crónicas degenerativas, en consecuencia, del exceso de peso corporal. Los criterios de participación fueron:

- Personas con índice de masa corporal (IMC) aproximado, igual o superior a 30, lo que caracteriza el individuo como pre obeso y obeso;
- Capacidad para practicar actividad física;
- Hombres y mujeres obesos, sin tratamiento;

- Edad mayor que 20 años y menor que 58 años, es decir, jóvenes y adultos: ni adolescentes ni mayores¹⁴;
- Ausencia de enfermedades incapacitantes;
- Ninguna participación paralela en intervención o tratamiento clínico: dietoterapia y o tratamiento medicamentoso para obesidad;
- Disponibilidad para participar de encuentros semanales, durante la intervención educativa.

3.1.4.4. Selección de los participantes

Por tratarse de un estudio cualitativo, la muestra no representa un universo estadístico de la población, es una muestra intencional. Inicialmente fueron entrevistados y seleccionados 12 sujetos obesos para la investigación, no obstante, ellos no comparecieron a la primera sesión y para la segunda sesión llegaron solo tres personas obesas y por esto, tomamos la decisión de abordar 50 personas obesas, jóvenes y adultos personalmente, en lugares públicos, para saber de las mismas interesaban participar de la investigación-formación y al mismo tiempo les entregamos una invitación impresa (Apéndice 2), con informaciones sobre la intervención educativa para el cambio en el estilo de vida de personas obesas.

La intervención educativa tuvo inicio formal con 18 personas en el lunes 22/08/2005, prosiguiendo hasta el 12/12/2005 en sesiones semanales con dos horas de duración, de las 19h00 a las 21h00. De los 50 candidatos obesos abordados e invitados, 15 comparecieron al local, espontáneamente haciéndose así, una selección natural, junto a las tres personas de la sesión anterior, así las 18 personas atendían a los criterios establecidos para participación en la intervención educativa. Además, una persona con peso normal ha llegado, pero, no atendió a los criterios establecidos para la investigación y por esto fue excluida.

¹⁴ Los participantes del estudio eran jóvenes, adultos jóvenes y adultos de media edad. Adolescentes y mayores no fueron abordados porque exigirían una mediación diferenciada para esta franja de edad, lo que se distinguiría del grupo.

La intervención educativa fue planeada para ocurrir durante cuatro meses en 16 reuniones semanales con dos horas de duración, comenzando el 8 de agosto y terminando el 5 de diciembre de 2005. Sin embargo, las dos primeras sesiones semanales (08/08 y 15/08) se consideraron sesiones vacías, pues los participantes seleccionados no comparecieron y, por eso, nuevos participantes fueron invitados, iniciándose formalmente el 22/08/2005. Por eso, se registraron 21 sesiones (Figura 13), con 19 sesiones semanales y dos sesiones de seguimiento mensual, en enero y marzo de 2006. El día (21/11) fue un feriado público negociado con los participantes la realización de un cuestionario a ser respondido en casa en narrativa autobiográfica para discusión en la próxima sesión (Anexo 7). Se registraron 21 sesiones mediadas por la investigadora, siendo: dos sesiones vacías, un día festivo, 16 sesiones semanales de investigación-formación y dos sesiones mensuales de seguimiento. El diseño del estudio registra las 21 sesiones (Figuras 11, 12 y 13). A continuación, la Figura 8 presenta las características de las personas obesas participantes en la investigación.

Pseudónimo	Edad	Sexo	Estado civil	Formación	Ocupación	IMC inicial	Altura (m)	Med. Cintura inicial (cm)	Peso Inicial (Kg)	Actividad física	Inicio de la obesidad	Compulsión Alimentaria
Jés (1)	55	M	Casado	Medio	Comerciante	36,1	1,68	98	108,0	No	Joven	Sí
Gordinho Saudável (2)	52	M	Casado	Medio	Fotógrafo	39,5	1,63	120	105,0	No	Joven	No
Ex-Gorda (3)	52	F	Divorciado	Superior	Jubilada	38,5	1,63	118	102,3	No	Adulto	Sí
Anne (4)	23	F	Soltera	Superior	Estudiante	33,3	1,53	88	78,0	No	Adolescente	Sí
Linda (5)	23	F	Soltera	Superior	Profesora	37,8	1,68	105	106,6	No	Niña	Sí
A Vencedora (6)	31	F	Casada	Medio	Del hogar	37,3	1,57	110	91,9	No	Adolescente	Sí
Pedro (7)	20	M	Soltero	Superior	Estudiante	39,7	1,85	118	136,0	No	Niño	Sí
Líria (8)	47	F	Casada	Superior	Autónoma	33,9	1,67	103	94,6	No	Niña	Sí
Fabio Junior (9)	31	M	Casado	Fundam	Ed. Imagen	41,1	1,65	120	112,0	No	Joven	Sí
Nubia (10)	23	F	Soltera	Superior	Estudiante	29,3	1,55	81	70,3	No	Joven	Sí
Mariana (11)	36	F	Casada	Medio	Del hogar	32,4	1,60	101	83,0	No	Joven	No
Elaine (12)	42	F	Casada	Medio	Aux. Dentista	39,8	1,42	103	80,2	No	Adulto	No
Painho (13)	42	M	Casado	Superior	Profesor	35,6	1,71	110	104,0	No	Joven	No

Figura 8 - Características de las Personas obesas del Estudio
Fuente: Datos de la Investigación

Conforme se observa en la Figura 8, trece personas obesas participaron de la investigación-formación hasta su conclusión y presentan las siguientes características:

- Cinco hombres: un joven soltero y cuatro hombres casados;
- Ocho mujeres: tres jóvenes solteras y cinco adultas, entre ellas cuatro casadas y una divorciada;
- Cinco personas tienen nivel medio de escolaridad, una con nivel fundamental y siete tienen nivel superior, incluyendo tres estudiantes universitarios;
- Cuanto a la ocupación profesional, tres son estudiantes, dos son profesores, dos son amas de casa, una es jubilada y cinco están en actividades diversas;
- IMC - Índice de Masa Corporal, inicial: una persona tiene IMC 29,3 - grado máximo de sobrepeso corporal; Doce personas tienen IMC mayor que 30 – con riesgo para enfermedades. Entre ellas, tres personas tienen obesidad leve (IMC 30 – 34,9); ocho personas tienen obesidad moderada (IMC 35 – 39,9); una persona tiene obesidad grave (IMC > 40);
- Siete personas iniciaron la intervención con más de 100 kilos de peso corporal y seis personas entre 70,3 a los 94,6 kilos;
- Diez personas tienen la medida de la cintura mayor que 100 centímetros, lo que significa alto riesgo para enfermedades cardíacas;
- Todos eran sedentarios al principio de la investigación;
- Apenas tres personas refieren ser obesas desde la infancia, dos desde la adolescencia, seis desde la juventud y dos personas se han vuelto obesas en la edad adulta.

3.1.5. Escenario del estudio

El estudio se realizó en la ciudad de Natal, capital de la provincia de *Río Grande do Norte, Brasil*. Realizado con un grupo social compuesto por 13 personas obesas, invitadas para certificar el proseguimiento de la intervención educativa, sin población fluctuante, lo que, sin duda, dificultaría la secuencia semanal de mediación para la producción de las fuentes de investigación y desarrollo del proceso de formación. Esto

justifica la opción de aceptar las 18 personas obesas como prevención delante de posibles pérdidas, por abandono. Por fin, de los 18 seleccionados, 13 personas obesas permanecieron hasta el final, con la realización de los objetivos propuestos para la investigación-formación.

Todo fue como planeado, seguí todos los pasos, todas las tareas, todo ocurrió como pensé [...]. Todos muy felices, parecen esperando algo para cambiar sus vidas [...]. Yo también estaba feliz, además por tantas personas. Pero pienso que no puede ser todo tan cierto así. Participaron activamente de todo. En el momento de la socialización de sus experiencias, después de la discusión en grupos de tres, todos hablaron de forma muy espontánea [...] Hablaron de cosas muy interesantes sobre sus comportamientos, sus cambios, todos hablaron, uno por uno, pero, no relataron ningún conocimiento sobre el azúcar para el organismo y cómo procedieron durante la semana. Quizás debido a la pregunta: ¿Cómo fue su experiencia esta primera semana? (DI, 29/08/05).

La intervención educativa tuvo el apoyo de la Universidad Federal del Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil (Apéndice 1). La UFRN nos ofreció un espacio amplio y reservado para las reuniones semanales, a cada lunes, de 19h00 a las 21h00 por un período de cuatro meses en sesiones semanales. Esta colaboración facilitó el desarrollo de los trabajos con el grupo de participantes, conforme registrado en el diario de investigación:

Nuestra aula está bien arreglada, con aire acondicionado, ordenador, proyector de multimedia, mesas y sillas confortables distribuidas en forma de U, para facilitar la interacción con todos. Poco a poco están se relacionando, y parece que están muy a gusto entre todos. En la próxima reunión siento que no será más necesario mediación para romper el hielo, pues, están muy felices (DI, 29/08/2005).

3.1.6. Diario de investigación

El diario de investigación nombrado de "CARTAS A MI ORIENTADORA" (Apéndice 8) fue desarrollado durante todo el período de investigación-formación. Ello se tornó el libro de contenidos de la investigación por archivar todos los registros del estudio, notas de campo, contenidos y actividades semanales, narrativas autobiográficas, grupos de discusión, observaciones y reflexiones, etc., todos ellos entrelazados por correos electrónicos entre doctoranda y directora de tesis. Una vez que la investigación fue realizada en Brasil y orientada a la distancia, desde Barcelona – ES, todo el proceso de investigación-formación fue registrado en el diario. Hecho que

tornó el diario de investigación una herramienta indispensable para tener en las manos todo lo sucedido.

Con esta condición el diario de investigación fue significativo para documentar todo el proceso durante la investigación-formación. Para cada sesión semanal había un guion para el desarrollo de las diversas actividades en busca de experiencias de las personas obesas, y la medida en que avanzaba la investigación parte de los temas emergía de las discusiones entre los participantes sobre las narrativas autobiográficas, grupos de estudio y de discusión, socialización de experiencias y aprendizajes, reflexiones de la investigadora y de las interacciones con la directora de tesis. Buscamos conducir el proceso sin jerarquía entre los investigados y mantuvimos la posición de mediadora del proceso hasta el final del estudio con agradable interacción social entre ellos.

Son frecuentes en el Diario de Investigación las notas de campo y reflexiones que posibilitaron aprendizajes a la propia investigadora, durante todo proceso de investigación. Latorre (2004, p. 44) comenta: *“las notas de campo son registros que contienen material visto y oído por el investigador, sin incluir ningún tipo de interpretación”*. Esto no significa completa ausencia de interpretaciones personales de la investigadora, que, involucrada en el proceso, sería algo casi imposible de ocurrir. No obstante, Latorre (2004) comenta que el imprescindible es que se definan bien donde están y lo que son los registros objetivos de investigación y cuáles son las inferencias personales del investigador, como esta de la investigadora, por ejemplo,

Estoy como mediadora del proceso y nunca deseo estar como profesora. No quiero que esperen clases de mí, ni que me vean como la profesora, aunque, a veces me vean... soy mediadora del proceso de aprendizaje en que viven. Creo que, por eso, están siempre haciendo algo, nunca van a oírme como a una profesora dando clases expositivas. Llevo siempre algo nuevo, porque siento que ellos necesitan que juntos desarrollemos estrategias para la adquisición de los nuevos aprendizajes y ahí estoy intermediando, pero dejando que ellos se apropien de estos conocimientos. No sé bien como, pero pienso que cuando ellos mismos hacen, hablan, leen, explican, repiten, exponen para todos lo que va siendo puesto, la comprensión es facilitada desde ellos mismos... y no desde mí misma. Por lo que siempre están en acción: hablando, narrando o discutiendo en grupos (DI, 03/10/05).

El diario de investigación enlaza diferentes registros de investigación, así como las reflexiones, las dudas y las impresiones de la investigadora: *“Salgo con la sensación de que ellos esperan aprender de mí. No creen que lo que parte de sus experiencias es un saber práctico, esencial para los nuevos aprendizajes [...]”* (DI,

12/09/05). Y, además, contiene los registros de las fuentes de investigación que son las narrativas autobiográficas de los investigados: *“El éxito dependerá mucho de poner en práctica todo lo que vamos a aprender aquí”* (GD, Gordinho Saudável, 02/09/05). Este registro expresa la expectativa de los participantes obesos para la práctica de nuevos aprendizajes durante la intervención educativa. Estas narrativas autobiográficas son las fuentes de la investigación para el análisis de los resultados.

He construido nuestros encuentros partiendo de los propios sujetos, de los contenidos generados por ellos, en un proceso de reflexión para dar continuidad a lo que está surgiendo [...] Una construcción permanente, pues esta es la propuesta para este estudio, trabajar a partir de la experiencia de los sujetos. Para Paulo Freire esta era una realidad que, para muchos continúa siendo una utopía, para mí, está siendo una comprensión provechosa en perenne construcción y reconstrucción (DI, 12/09/05).

Por esto la escritura del diario produce reflexiones sobre cada sesión realizada, con proyecciones para las próximas. Las marcas de la investigación se delinean en la reflexión durante el proceso según se observa en el propio diario por sus registros, notas de campo, contenidos discutidos, actividades desarrolladas en las sesiones semanales, en los grupos de discusión, socialización de experiencias y aprendizajes. Los registros de la investigadora, de la tutora y de los investigados inducen la reflexión, la construcción y reconstrucción del camino de la investigación.

De esta manera, el Diario de Investigación enuncia el avance de la investigación con la subjetividad alcanzada por la escrita. Este se convirtió en el espacio apropiado para ambientar las reflexiones de la investigadora y todo lo producido por las personas obesas durante la investigación-formación, y nos parece un instrumento de un valor inestimable para los registros del proceso de investigación, en el que contribuye extremadamente para conocerse todo lo recorrido, es decir, por contener las reflexiones, las narrativas autobiográficas, los estudio de casos, etc., las descripciones y los apéndices, las evaluaciones y las interacciones necesarias a la investigadora y directora de tesis y al desarrollo de la investigación. Como investigadora, considero el diario de investigación un apartado de registros indispensables al proceso de investigación y a los investigadores.

El Diario permite vehicular el pensamiento, la reflexión sobre las actuaciones, que proporciona "la retroalimentación" y los estímulos de mejora y, también permite, al mismo tiempo, desarrollar una conciencia individual de la propia experiencia que luego puede recuperarse y vivenciarse de nuevo con la lectura o hacerla vivenciar a otras personas implicadas. El diario, así mismo, también favorece el establecimiento

de conexiones significativas entre conocimiento práctico y teórico. Permite la focalización sucesiva del problema de investigación sin perder de vista el contexto, y propicia el desarrollo de los niveles descriptivos, analítico-explicativos y valorativos del proceso de investigación y reflexión del autor (*Lorenzo-Ramirez, 1997, p. 340*).

Hacer el Diario de Investigación - DI fue haber tenido en las manos todo lo sucedido. A medida que pasa el tiempo, el diario nos permite volver a las fuentes de investigación, narrativas autobiográficas, contenidos, notas de campo, actividades desarrolladas, las observaciones, las reflexiones y las impresiones de los hechos realizados, de forma cronológica. Aún, escrito con subjetiva espontaneidad, inherente a los diarios, se constituye como algo significativo, un memorial de investigación por todos los registros producidos y asegurados durante la investigación-formación.

Por eso, considero que el diario de investigación fue imprescindible para las reflexiones y los contenidos de investigación. Es valorado, principalmente, por ser la fuente de los datos que nos remite al campo de investigación siempre, y a cualquier momento y restituye todo lo sucedido para el proceso de análisis, interpretación y escritura del informe final. Por último, el DI ha ofrecido una amplia posibilidad para el desarrollo de esta investigación-formación con uso de la metodología de las historias de vida de personas obesas en narrativas autobiográficas para la formación de un nuevo estilo de vida.

El Diario de Investigación desarrollado durante la investigación es un documento bastante extenso, con más de 200 páginas. La opción más viable para tenerlo en el informe final de la investigación, fue colocarlo como un Apéndice (Apéndice 8), constando la portada, el Sumario y la página de presentación de dicho Diario de Investigación, para así legitimar el registro de su existencia durante la investigación-formación. El Diario de Investigación contiene todas las notas de campo y todas las sesiones semanales de investigación-formación con un itinerario flexible de actividades, según lo verificado en el modelo de la Figura 9, a continuación.

Actividades	Sesiones semanales
1. Apertura de la sesión	Bienvenidas, saludos y charla informal entre todos.
2. Medidas antropométricas	19h00 - 19h15 medidas antropométricas y anotaciones en tablas. Uno de los participantes, "Jés", colaboraba, junto a la investigadora con anotaciones de medidas y presencia de los participantes.
3. Dinámica para integración/ reflexión/ motivación	Presentación de texto o de algo ofrecido por ellos, película-corto metraje, seguidos de discusión por los participantes.
4. Narrativa autobiográfica	Reflexión sobre una cuestión para desarrollo de narrativa autobiográfica individual. Tiempo de 15 a 20 minutos. Música clásica ambiente.
5. Grupos de discusión; 6. Grupo de estudio; 7. Y Estudio de caso	<p>Los grupos de discusión tuvieron el objetivo de promover la reflexión y socialización de experiencias y aprendizajes entre los implicados. Fueron realizados durante todas las sesiones de investigación, sea para discusión e interpretación de Narrativas Autobiográficas en interacción con el otro, en pequeños grupos de discusión o para socialización con todos los participantes.</p> <p>Los grupos de estudio tuvieron el objetivo de promover la discusión de contenidos, para reflexión, comprensión y aprendizaje por parte de los participantes obesos.</p> <p>Los estudios de caso se realizaron con el objetivo de desarrollar la capacidad de resolución de problemas entre los investigados. Para solucionar distintas situaciones de personas obesas.</p>
8. Socialización	La socialización estuvo presente en todas las sesiones. Inicialmente por las narrativas autobiográficas, con interpretación y socialización en pequeños grupos, y después de los grupos de discusión y estudio, una interacción social con todos los participantes.

Figura 9 - Planeación de las Sesiones Semanales de Intervención Educativa

Fuente: Elaboración propia

3.1.7. Actividades y recolección de contenidos

Las actividades de las sesiones semanales fueron diversas para los participantes del estudio. Estuvimos motivados por la necesidad de hacer el ambiente significativo, promover la expansión de las posibilidades, la comprensión de las experiencias, la promoción de la interacción social para los aprendizajes y los cambios de comportamientos entre las personas obesas y, por último, la posibilidad de la formación de un estilo de vida saludable entre todos.

Sin embargo, la mayoría de las estrategias culminaron en narrativas autobiográficas individuales o narrativas de pequeños grupos de discusión para la garantía de múltiples registros. Todos con el intento de ampliar las posibilidades de las fuentes de investigación-formación. La Figura 10 contiene el Plan de Recolección de los contenidos para la Investigación.

Notas de campo	Cantidad sesiones
Diario de Investigación (Apéndice 8)	21 sesiones
Tabla de frecuencia de participantes (Apéndice 3)	18 sesiones
Medidas antropométricas	18 sesiones
Gráficos pérdida de peso	Dos sesiones
Fuentes de investigación	Frecuencia
Cuestionario inicial (Apéndice 4)	Uno por participante
Cuestionario final (Apéndice 9) (Excluido del Análisis)	Uno por participante
Contrato psicológico (Apéndice 5)	Uno por participante
Narrativas Autobiográficas - NA	12 por participante
Narrativas de Grupos	Cuatro sesiones
Grupos de Discusión (GD o GE)	18 sesiones
Grupos de Estudio - GE	Cinco sesiones
Estudio de casos - EC	Dos sesiones
Evaluación del proceso	Uno por participante, al final
Fotos (En el 1º y en el 21º Encuentros)	Una por participante

Figura 10 - Plan de Recolección de los contenidos para la Investigación
Fuente: Elaboración Propia

Todas las fuentes de la investigación (Figura 10) complementan el análisis y las interpretaciones del estudio. El cuestionario inicial fue realizado con el objetivo de conseguir informaciones sobre las expectativas y la condición de cada persona obesa, algo útil para un diagnóstico inicial de los participantes obesos (Apéndice 4). El cuestionario final (Apéndice 9) tenía el objetivo de aclarar los datos y ampliar las posibilidades de comprensión del estudio. Este fue entregado en la penúltima sesión,

no obstante, solamente dos participantes lo han devuelto en el último encuentro y, por esto, fue descalificado para análisis.

El Cuestionario Inicial (Apéndice 4), es un documento que se utilizó para diagnosticar la situación inicial de las personas obesas participantes en el estudio. Fue útil para orientar la elaboración de los objetivos de la investigación-formación, vislumbrando la comprensión y la intervención del problema en estudio. El Objetivo Específico 1, puede ser respaldado a través de las preguntas de números 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21. El Objetivo Específico 2 tuvo apoyo de las preguntas 2, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21, mientras que el Objetivo Específico 3 fue contemplado en las preguntas 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17 e 18. Igualmente, el Objetivo Específico 4 tiene respaldo en las cuestiones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 19, 21 e 22 y el Objetivo Específico 5 en las preguntas 1, 3, 5, 6, 14, 16, 17 e 18. En cuanto a la utilización mayoritaria de la metodología basada en historias de vida, las respuestas escritas en el cuestionario inicial fueron importantes como informaciones complementarias a la comprensión del fenómeno y al alcance de los objetivos trazados.

Teniendo en las manos los escritos de los sujetos en el cuestionario inicial, registrados en el Diario de investigación, los datos fueron analizados de forma colectiva, con 13 participantes. El análisis realizado bajo la metodología de las historias de vida subsidió la elaboración de los objetivos específicos de la investigación. El Apéndice 4 trae también una síntesis del análisis e interpretación de lo que fue escrito por los sujetos de la investigación en el cuestionario inicial.

Las Narrativas Autobiográficas son fuentes nucleares del estudio y fueron desarrolladas en doce sesiones de investigación-formación. Los grupos de discusión o de estudio fueron frecuentes en todas las 18 sesiones de investigación, de forma distinta, ora para interpretación de Narrativas Autobiográficas en pequeños grupos ora para el estudio y discusión con socialización de experiencias entre todos los participantes. Denominamos grupos de estudio, cuando se trataba de estudios de contenidos para el aprendizaje por parte de los participantes. Y, por último, los dos estudios de casos, para discusión y análisis por los propios participantes. Todo esto se verifica en el diseño del estudio.

3.1.8. Diseño del estudio

El diseño del estudio intenta contemplar los dos ejes propuestos. El de la investigación para comprensión del fenómeno en estudio, el de la formación para el aprendizaje y cambio del estilo de vida y la pérdida de peso corporal en las personas obesas implicadas en el estudio. Este tiene como objetivo presentar las sesiones semanales, en acuerdo con el enfoque propuesto por la metodología cualitativa, método del estudio y características de las personas obesas implicadas, conforme propuesto en las figuras 6, 7 y 8 ya presentadas.

El diseño expone todo lo sucedido en cada sesión. Los detalles de los contenidos, las actividades y todo el proceso de desarrollo de las sesiones semanales y las sesiones de seguimiento mensual están contemplados, conforme fueron realizados. Las Figuras 11 a 13 enseñan el diseño de esta investigación-formación.

	VII Encuentro 19/09/2005	VIII Encuentro 26/09/2005	IX Encuentro 03/10/2005	X Encuentro 10/10/2005	XI Encuentro 17/10/2005	XII Encuentro 24/10/2005
19h00	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)
19h30	Lectura individual de instrucciones dadas por el compañero para control del peso corporal. Discusión y reflexión sobre texto: "El eco de la montaña"	Diapositiva de motivación. Discusión del texto: "Obesidad x estilo de vida" Socialización con los investigados.	Lectura de una carta de la Directora de Tesis a los investigados.	Presentación de gráficos de evolución de las medidas corpóreas de los sujetos.	Presentación en Power Point - mensaje motivacional en pro del aprender para el cambio de estilo de vida de los investigados.	Diapositiva: "Superación Artística de Paganini".
20h00	Escrita de una carta a la directora de tesis: "Quien soy yo? (música de fondo)	Narración autobiográfica: ¿Por qué utilizo los alimentos como una válvula de escape en momentos de tensión?	Grupos estudio - Pirámide Alimentos, grupos alimentarios y nutrientes. Reflexión sobre texto: Alimentos x vida, función de los alimentos.	Grupos de estudio y discusión - Pirámide de Alimentos; consumo x necesidades calóricas.	Carta de la investigadora a los sujetos para un "Viaje imaginario a una isla desierta" - Narrativa Autobiográfica.	Estudio de caso: analizar y apuntar soluciones al caso de una persona obesa y sin tratamiento (Materiales disponibles para los 4 grupos).
	Discusión y socialización de experiencia semanal con todos los participantes de la investigación.	Grupos de estudio: Análisis de un diario alimentario, con la Pirámide de Alimentos .	Lectura reflexiva sobre la propia narrativa: ¿Por qué utilizo los alimentos como válvula de escape? Narrativa Autobiográfica guiada por 10 cuestiones.	Narrativa Autobiográfica: "Qué aprendí y pongo en práctica; que aprendí y no le pongo en práctica; que me gustaría aprender".	Socialización y discusión sobre la experiencia de pérdida de peso corporal, con todos los investigados.	Socialización de los estudios de caso con el gran grupo de participantes.
21h00	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre
Legenda			Cuestiones de investigación en Narrativas Autobiográficas			
			Proceso de aprendizaje durante investigación-formación			
			Medidas antropométricas; dinámicas; presentaciones visuales, fotos y cierre			

Figura 12 - Informe de las Reuniones del Grupo de Investigación – Parte B
Fuente: Datos de la Investigación

	XIII Encuentro 31/10/2005	XIV Encuentro 07/11/2005	XV Encuentro 14/11/2005	XVI Encuentro 21/11/2005	XVII Encuentro 28/11/2005	XVIII Encuentro 05/12/2005	XIX Encuentro 12/12/2005	XX Encuentro 23/01/2006	XXI Encuentro 04/03/2006
19h00	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Vacío	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura).	Medidas antropométricas (peso y cintura)	Medidas antropométricas (peso y cintura)
19h30	Presentación de mensaje en Power Point: "La insoportable levedad del sencillo". Para reflexión.	Dinámica: Ensalada de frutas. "El cambio es posible"	Grupos de estudio: Pirámide de Alimentos, los grupos alimentarios y los nutrientes.	Día de fiesta:	Narrativa Autobiográfica: alimentación y estilo de vida - realizada en casa.	Película cortometraje motivacional: "Alas de la Imaginación"	Película cortometraje: "imagen personal". Resultados gráficos de peso corporal.	Evaluación de la intervención educativa por los investigados.	Película - 18h00: "Super Size Me" (Dieta del payaso) - Documental estadounidense.
20h00	Narrativa Autobiográfica - 1o. momento - abstracción del viaje a isla desierta para actitudes posibles en la realidad.	Grupos de discusión y reflexión sobre el tema: "Efectos de la actividad física y la dieta sobre el peso corporal"	(1º momento): Grupos de estudio - pequeños grupos con tres personas.	No hubo reunión – cuestionario para ser realizado en casa de los investigados.	Grupo de discusión sobre alimentación, estilo de vida y experiencias de los investigados en los últimos 14 días.	Estudio de caso: 1º momento - discutir caso de un participante obeso (en pequeños grupos)	Trabajo con fotografías: 1º momento (en pequeños grupos) 2º momento - socialización con todos los participantes.	Cuestiones: ¿Qué aspectos fueron positivos? ¿que podría mejorar? ¿que hemos logrado?	Discusión del documental sobre obesidad en la América y impresiones entre los participantes de la investigación.
20h30	2º momento: Grupo discusión sobre narrativa (tres sujetos). 3º momento - socialización y discusión de narrativa del otro con todos.	Discusión y socialización con todos los participantes	(2º Momento): Socialización de cinco grupos alimentarios - Pirámide, con participantes. Entrega de tarea casa.	Vacío	Socialización de experiencias con todos los participantes.	2º momento: Socialización de los resultados con todos los participantes.	3º momento: Narrativa Autobiográfica con base en las fotografías. Mi historia, mi vida. ¿Quién soy yo?	Socialización de evaluación. Fotografía individual de los presentes; Confraternización final, con alimentos saludables.	Distanciamiento del grupo de investigación/formación.
21h00	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre	Cierre

Leyenda

	Cuestiones de investigación en Narrativas Autobiográficas
	Proceso de aprendizaje durante investigación-formación
	Medidas antropométricas;

Figura 13 - Informe de las Reuniones del Grupo de Investigación – Parte C

Fuente: Datos de la Investigación.

3.1.9. Ejes de investigación-formación

La originalidad de la metodología de investigación-formación en la historia de vida está, en primero lugar, en nuestra constante preocupación en que los autores de los relatos lleguen a una producción de conocimiento que tenga sentido para ellos, que se enganchen, ellos propios, en un proyecto de conocimiento que los instituya como sujetos (Josso, 1999).

La investigación-formación cuestiona la experiencia de vida de las personas obesas del estudio. Las cuestiones de investigación, perseguidas durante el proceso de intervención educativa orientan el desarrollo de las narrativas autobiográficas que, al mismo tiempo, puede facilitar la comprensión, los aprendizajes y la emancipación de los participantes. Novoa (1988) refiere que la creación de un eje sirve de guion a la elaboración de narrativas autobiográficas y facilita posteriormente el análisis para el informe final. El eje seleccionado es un recorte que se adecúa a las necesidades e intenciones del estudio, en sus objetivos.

Novoa (1988, p.121) destaca que la intención debe ser, *“comprender, a partir de la historia de vida de cada uno, el proceso de formación de los adultos”*. Las experiencias de vida de las personas obesas en narrativas autobiográficas son las fuentes nucleares de investigación del fenómeno en estudio. Pineau & Le Grand (2003, p. 25) destacan, *“este modelo busca dar cuenta del pasaje de una experiencia temporal humana experimentada a una conciencia y existencia histórica, por intermedio de la narrativa”*. Las figuras 14, 15, 16 y 17 esbozan el eje de investigación-formación realizado durante la intervención educativa.

Fechas	Bloques Temáticos	Objetivos de la Semana	Actividad	Notas de la investigadora
08/08/2005	Bloque Zero			Ninguna de las 12 personas interesadas comparece a la reunión ¹⁵
15/08/2005	Bloque A (Reflexión y toma de decisión)	Seleccionar nuevos candidatos para la investigación-formación	Cuestionario para diagnóstico Inicial (Apéndice 4).	Tres personas de las 12 interesadas comparecen al local de la reunión ¹⁶
22/08/2005 ¹⁷	Bloque B (Legitimación de la investigación)	Establecer compromiso formal, relación de confianza y negociación con los participantes obesos seleccionados	Contrato Psicológico: (Apéndice 5). Foto inicial Grupo de discusión	Inicio formal de la investigación con 18 personas obesas. Grupo de discusión
29/08/2005	Bloque C (Dificultades subjetivas en personas obesas)	Conocer las dificultades a las que se enfrentan las personas obesas para ajustarse a los patrones nutricionales y de estilo de vida	¿Qué es ser una persona obesa?	Narrativa Autobiográfica ¹⁸ Grupo de discusión
05/09/2005	Bloque D (Fenómenos subjetivos promotores de Obesidad)	Comprender fenómenos relacionados con el surgimiento y permanencia de la obesidad en jóvenes y adultos	¿Por qué me torné una persona obesa?	Narrativa Autobiográfica Grupos de estudio

Figura 14 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación – Parte A

Fuente: Datos de la Investigación

¹⁵ En 08/08/2005, 1ª fecha ajustada para inicio de la intervención educativa, ninguno de los adultos obesos interesados comparece al local para reunión.

¹⁶ En 15/08/2005, después de nuevos contactos por teléfono para el inicio de la intervención educativa, tres personas obesas a las 20h00 llegan al local. Aplicamos cuestionario para diagnóstico inicial de candidatos.

¹⁷ En 22/08/2005, 18 personas comparecen al local, interesadas en participar de la intervención educativa. De las 18 personas, una persona fue excluida porque no presentaba sobrepeso, ni obesidad corporal. Iniciamos con 17 personas obesas. Consideramos el inicio formal de la intervención educativa.

¹⁸ Durante las primeras semanas, cuatro entre las 17 personas obesas desistieron de la intervención. La investigación prosigue con la presencia de 13 adultos obesos hasta conclusión de la intervención educativa.

Fechas	Bloques Temáticos	Objetivos de la Semana	Actividad	Notas de la investigadora
12/09/2005	Bloque D-I	Comprender fenómenos que contribuyen al aumento del peso	¿Por qué su colega de grupo se tornó un obeso?	Narrativa Autobiográfica
	Bloque D-II	Comprender fenómenos que contribuyen para pérdida del peso	¿Cómo ayudar a una persona obesa?	Narrativa autobiográfica Grupos de discusión
19/09/2005	Bloque E (Quién soy yo)	Promover la reflexión y autoconocimiento en el contexto de la investigación-formación	Carta de presentación personal	Narrativa Autobiográfica Grupo de discusión.
26/09/2005	Bloque F	Conocer fenómenos influyentes para el sobrepeso corporal en adultos no previstos en la ciencia	¿Por qué utiliza la alimentación como válvula de escape en momentos de frustraciones?	Narrativa Autobiográfica Grupos de estudio
03/10/2005	Bloque F-I	Estimular la comprensión y control de la compulsión alimentaria.	Discusión e interpretación de narrativa autobiográfica, sobre compulsión alimentaria (GD).	Grupos de estudio. Grupos de discusión
	Bloque F-II	Desarrollar la percepción sobre consecuencias de la compulsión alimentaria	¿Qué le dice esta narrativa? ¿Qué sensaciones le provocan (impresión, emoción, efectos)?	Narrativa Autobiográfica
	Bloque F-III	Estimular la percepción del auto comportamiento compulsivo.	¿Utiliza el alimento por venganza, rabia, nerviosismo? ¿Cómo explica usted este comportamiento?	Narrativa Autobiográfica
	Bloque F-IV	Estimular el desarrollo de estrategias para el control de la compulsión alimentaria.	¿Comer compulsivamente te agrada o te maltrata? ¿Qué vamos a hacer cuando vuelva a suceder?	Narrativa Autobiográfica
	Bloque F-V	Construir estrategias para evitar la reincidencia de la compulsión alimentaria.	¡Piense en soluciones y estrategias para cambiar estos malos hábitos que tenemos! ¿Podemos sustituir estos alimentos por otros que no engorden tanto?	Narrativa Autobiográfica
	Bloque F-VI	Comprender la función de la alimentación y nutrición	¿Qué comemos, cuánto comemos y por qué? ¿Cuál es la función del alimento para el organismo?	Narrativa Autobiográfica

Figura 15 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación - Parte B

Fuente: Datos de la Investigación

Fechas	Bloques Temáticos	Objetivos de la Semana	Actividad	Notas de la investigadora
10/10/2005	Bloque G (Aprendizaje reflexivo)	Estimular la conciencia de nuevos aprendizajes durante investigación/formación.	¿Qué pienso haber aprendido aquí puesto en la práctica?	Narrativa autobiográfica Grupos de estudio
	Bloque G - I	Estimular la conciencia para la práctica de nuevos aprendizajes	¿Qué pienso haber aprendido, pero, no he puesto en práctica?	Narrativa autobiográfica
	Bloque G – II	Inducir expectativas en los investigados	¿Qué más gustaría aprender aquí?	Narrativa autobiográfica
17/10/2005	Bloque H (Aprendizaje por resolución de problema)	Estimular la reflexión para el desarrollo de un estilo de vida saludable	Experiencia vivida a partir de un viaje imaginario a una isla desierta.	Narrativa autobiográfica Grupo de discusión
24/10/2005	Bloque I	Provocar la reflexión para solución del sobrepeso corporal	Estudio de casos de adultos obesos, externos al estudio (Apéndice 6).	Estudio de casos (cuatro grupos)
31/10/2005	Bloque J	Estimular comportamientos saludables en el cotidiano de los investigados	¿Qué actitudes desarrolladas en una isla desierta son posibles desarrollar continuamente?	Narrativa autobiográfica. Grupo de discusión
07/11/2005	Bloque L (Aprendizaje y Formación)	Incitar nuevos aprendizajes sobre estilo de vida saludable	Efectos de la alimentación saludable y Actividad física.	Grupo de Discusión ¹⁹ (grupo con todos los miembros)
14/11/2005	Bloque M	Estimular aprendizajes sobre nutrición y alimentación saludable	Estudio sobre grupos alimentarios y Nutrientes de la Pirámide	Grupos de Estudio ²⁰ (cinco grupos)

Figura 16 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación - Parte C

Fuente: Datos de la Investigación

¹⁹ En 07/11/2005 - Grupo de discusión interactivo entre todos los participantes del encuentro, con discusión y socialización de experiencias sobre dieta, actividad física y sus efectos sobre el peso corporal.

²⁰ En 14/11/2005 – Se forman cinco pequeños grupos de estudio sobre la Pirámide de Alimentos. Cada grupo estudia y discute sobre uno de los grupos de la pirámide de alimentos, seguidos de una socialización para el gran grupo.

Fechas	Bloques Temáticos	Objetivos de la Semana	Actividad	Notas de la investigadora
21/11/2005	Bloque N	Aguzar la responsabilidad para comportamientos adecuados	Cuestionario sobre alimentación y estilo de vida saludables (Apéndice 7).	Día de festividad en la ciudad. ²¹ (cuestionario hecho en casa – Narrativa Autobiográfica)
28/11/2005	Bloque O	Estimular la práctica de comportamientos adecuados.	Socialización de experiencias y comportamientos de los investigados	Grupo de Discusión ²² (único grupo con todos)
05/12/2005	Bloque P	Estimular la práctica de aprendizajes a partir de la socialización de experiencias	Estudio de caso sobre participante obeso de la investigación.	Estudio de caso (tres grupos)
12/12/2005	Bloque Q	Promover la auto estima a partir de imágenes en fotografías.	¿Quién soy a partir de mis imágenes corporales?	Narrativa Autobiográfica - (fotos). Grupo discusión.
23/01/2006	Bloque R (Evaluación del proceso)	Evaluar la intervención educativa de forma personal y subjetiva	¿Lo que ha sido la intervención educativa para los investigados?	Narrativa Autobiográfica. Grupo de discusión
24/03/2006	Bloque S (La obesidad como cultura)	Reflexionar y discutir sobre repercusiones y daños provenientes de la obesidad humana	Documentario - Obesidad en América: Super-Size Me – A Dieta do Palhaço ²³ .	Grupo de Discusión sobre Obesidad en América e investigados. Cierre del grupo.

Figura 17 - Explicación sobre los Ejes de Investigación-formación – Parte D
Fuente: Datos de la Investigación

²¹ 21/11/2005 Día de festividad y por este motivo no hubo reunión para el grupo. En reunión de 14/11/2005 fue entregada una tarea para casa; seis cuestiones para reflexionar y responder como narrativa autobiográfica.

²² 28/11/2005 - Grupo de discusión con todos los participantes. Discusión y socialización de práctica de comportamientos adecuados durante las dos últimas semanas.

²³ 24/03/2006 – 2ª reunión mensual y último encuentro del grupo. Documental estadounidense sobre la obesidad (Supersize Me – A Dieta do Palhaço [2004]. Dirección: Morgan Spurlock). Último encuentro con el grupo de personas obesas de la investigación-formación.

3.1.10. Análisis de los contenidos

El análisis de las fuentes de investigación presenta una visión interpretativa del fenómeno estudiado. Las Narrativas autobiográficas, fuentes nucleares de investigación, fueron analizadas inicialmente sin inferencias, conservan las marcas de la subjetividad de los actores implicados, de forma que, la originalidad de las narrativas autobiográficas se hace presente como categorías de análisis.

Latorre et al (1996) comentan sobre la esencia de un método inductivo donde categorías formuladas reproducen el pensamiento de los participantes del estudio y las interpretaciones se dan como construcción de informaciones obtenidas a partir de lo producido en el contexto de la investigación. Las interpretaciones ocurren a partir de unidades de sentido representantes de categorías y subcategorías extraídas de las narrativas autobiográficas de los investigados.

Tenemos que aceptar trabajar el material de investigación y hasta el propio recorrido de la investigación en una perspectiva de comprensión progresiva, enriqueciendo constantemente lo que es investigado. El objeto no está construido a la partida. Las hipótesis no son las de origen. No hay para probar nada que haya sido establecido a la partida. El objeto de la investigación se reformula con la ayuda de nuevas interrogaciones. Es el fruto de una construcción y se inscribe el propio en el movimiento de reflexión (*Dominicé, 1988, p. 137*).

Hemos probado esta perspectiva de comprensión progresiva, conforme orienta Dominicé (1988, 2006), para trabajar el material producido en esta investigación. Bogdan & Biklen (2013) también se refieren a que la investigación cualitativa debe “privilegiar”, esencialmente, la comprensión de los comportamientos a partir de la perspectiva de los sujetos de investigación. Por esto, el análisis de los contenidos parte primero de la organización de todas las narrativas autobiográficas de los 13 participantes del estudio, organizadas en bloque temático y fecha, en la secuencia, como ha sucedido.

El rigor fue esencial durante el proceso de análisis. Requiere la dedicación, la prudencia, la lucidez, el compromiso y, sin duda, un proceder laborioso, arduo, de fragmentaciones y reagrupamientos de categorías, con una reflexiva interpretación y

construcción. La realidad es construida a partir de la categorización y la clasificación de categorías, conforme se presenta en las etapas del análisis.

"El problema crónico de la investigación cualitativa es que está hecha casi exclusivamente con palabras, no con números. Las palabras ocupan más espacio y generalmente tienen múltiples significados... Los números suelen ser menos ambiguos y más fáciles de procesar. No es extraño entonces que muchos investigadores prefieran trabajar sólo con números o traducir las palabras que recogieron a números lo más rápidamente posible. Afirmamos que si bien las palabras son más voluminosas y difíciles de manejar que los números, aportan, sin embargo, más significado y no deberían faltar en el análisis de datos" (Miles y Huberman, 1994, p. 56. Citado en Blaxter, Hugher, & Tight, 2000, p. 246)²⁴

Por tratarse de gran cantidad de contenidos, las narrativas autobiográficas fueron puestas en tablas con cuatro columnas verticales para análisis: 1- espacio para cuestión en el análisis; 2- categorización emergente; 3- narrativa autobiográfica; 4- comentarios de la investigadora. Esta fue una manera posible de organizar los datos de la investigación, conforme orientan Bardin (2011); Boavida & Amado (2008), Latorre et al (1996), posibilitando el análisis de las narrativas autobiográficas. El modelo está en la Figura 18.

Sujeto:			
Ocupación:		Sexo	
Formación:		Edad	
Estado civil:		Fecha	
Cuestión central de investigación:	¿Por qué los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad ni tampoco el incremento de nuevos casos?		
Cuestión del sujeto:	¿ ?		
Eje de investigación:	Bloque temático		
Dimensión En análisis	Categorías	Narrativa autobiográfica	Comentario de la investigadora

Figura 18 - Modelo de Tabla para Análisis de Contenidos
Fuente: elaboración propia

Bardin (2011), Boavida & Amado (2008) y Latorre et al (1996) fundamentan nuestro procedimiento para el análisis de las narrativas autobiográficas. Seguimos el modelo de estos autores por indicar un análisis de contenidos de una corriente teórico-

²⁴ Miles, M.; Huberman, A. (1994) *Qualitative Data Analysis*. 2a. ed. California: Sage

metodológica con historias de vida. Ellos orientan la realización de una secuencia de pasos organizados en cuatro etapas, los cuales perseguimos con rigor:

1ª. Etapa – Transcripciones de narrativas autobiográficas de 13 participantes del estudio. Del Diario de Investigación para un documento “corpus del trabajo”. Sobre este realizamos lecturas fluctuantes, con subrayados, trazados, apuntes, y anotaciones en un texto libre, para hacer destaque a las primeras impresiones que preceden y direccionan para la etapa analítica de las narrativas autobiográficas. Luego, estas narrativas han sido puestas en cuadros y, organizadas por bloque temático, para facilitar la realización del análisis.

2ª. Etapa – Categorización: se inicia con la colocación de todas las narrativas autobiográficas por bloques temáticos, de forma vertical, en un cuadro para el análisis. Realizamos un análisis con categorización vertical sobre todas las narrativas referentes a la misma cuestión de investigación; las categorías son construidas durante el proceso de análisis sobre la propia narrativa de cada uno de los 13 participantes, categorías emergentes, sin inferencia de la investigadora para preservar la subjetividad textual de las narrativas; categorías recurrentes fueron consideradas apenas una vez por narrativa; no hay interpretaciones en esta etapa inicial del análisis; no partimos de hipótesis previas, ni de categorías preexistentes. Las categorías han sido buscadas sobre las narrativas autobiográficas de las personas obesas, un ejemplo está puesto en la Figura 19.

Sujeto 1 - Jés			
Ocupación:	Comerciante	Sexo:	Masculino
Formación:	Medio	Edad:	56
Estado civil:	Casado	Fecha:	29/08/2005
Cuestión central de investigación:	¿Por qué los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad ni tampoco el incremento de casos en el mundo?		
Cuestión del sujeto:	¿Qué es ser una persona obesa?		
Eje de investigación:	Bloco "C" – Obesidad: Atributos conceptuales subjetivos		
Dimensión en análisis	Categorías	Narrativa autobiográfica	Comentario de la investigadora
Dificultades de las personas obesas	Arriba del peso; Exceso de grasa; Llamados de "gordos", Ropas pequeñas; Dificultad de desplazarse, correr, saltar, Dificultad para otras actividades: El peso en exceso le estorba.	<i>"Ser obeso no meu entendimento é quando uma pessoa está acima de seu peso e se observa que ela tem um excesso de gorduras e passamos a ser tratados como gordo... Suas roupas vão ficando pequenas e ele se sentindo mais pesado. Tem dificuldade de se locomover, de correr, de pular e outras atividades as quais sua gordura ou peso em excesso lhe atrapalha".</i> (NE, Jés, 29/08/05, 1-4).	El sujeto comprende que ser obeso es tener un exceso de grasa corporal, con aumento de peso. Se refiere a que en este momento se inicia el proceso de cambio de identidad, pues, pasa a ser llamado de "gordo". Evidencia la dificultad que pasan los obesos con relación a las ropas que no le caben. Su sentimiento parece ser el de otros obesos también. "E ele se sentindo mais pesado". Percibe su cuerpo pesado con dificultades para el desplazamiento y la realización de actividades diversas.

Figura 19 - Ejemplo de un Análisis vertical: categorización
Fuente: Bloque C – Análisis vertical de contenidos: categorización de narrativas autobiográficas.

3ª. Etapa – Clasificación de categorías: terminada la categorización de todas las narrativas autobiográficas, realizamos una clasificación de las categorías brutas recurrentes entre todas las narrativas de los 13 participantes, de forma horizontal, por bloques temáticos. Por ejemplo: ¿la primera categoría del participante uno está en las otras narrativas del mismo bloque temático? Averiguamos y colocamos un mismo colorido sobre las categorías que se repiten o que tienen el mismo sentido y así, sucesivamente procedemos sobre todas las categorías y narrativas del mismo bloque temático.

Este procedimiento sigue con todas las categorías encontradas horizontalmente entre las narrativas autobiográficas de los 13 participantes, por bloque temático, para llegar a las clases de categorías. Esta clasificación de categorías nos da las unidades de sentido que siguen hasta la fase interpretativa. *“La palabra importante aquí es unidad para significar que cada uno de esos fragmentos de contenido debe ser completo en sí mismo, en el plano del sentido”* (Laville & Dione, 1999)

4ª. *Etapa* – Análisis Interpretativo: unidades de sentido pasan a representar categorías que se repiten o se relacionan de forma semejante dentro de un mismo bloque temático. Luego, cada unidad de sentido representa un grupo de categorías recurrentes; este proceso, conforme (Lopes, 2006) tiene el objetivo de reducir grandes cantidades de datos brutos, pasándolos para una forma interpretable y mensurable. *“De manera que las características de situaciones, acontecimientos y de personas puedan ser descritas sucintamente y, las relaciones entre las variables estudiadas e interpretadas”* (Lopes, 2006).

Participantes	Eje de investigación: ¿Qué es ser una persona obesa?												
	Jés	Gordinho Saudável	Ex-Gorda	Anne	Linda	A Vencedora	Pedro	Líria	Fábio Junior	Núbia	Mariana	Elaine	Painho
Unidades de sentido													
Peso anormal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dificultades con ropas	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	
Limitación física	X		X	X	X		X	X	X		X		
Problemas de salud		X		X			X		X	X	X		X
Auto rechazo				X	X	X	X	X				X	
Cuerpo deformado	X		X	X		X					X	X	
Recriminación social					X	X	X		X				
Discriminación social		X		X	X	X							
Depresión		X	X							X			
Vida limitada				X		X				X			
Dificultades en los Relacionamientos				X				X				X	
Pérdida de identidad	X								X				
Alimento en exceso										X			X

Figura 20 – Recurrencias y no recurrencias de atributos conceptuales subjetivos

Fuente – Narrativas autobiográficas - sesión del día 29/08/2005 – unidades de sentido oriundas de la clasificación de categorías repetidas y/o semejantes.

La etapa de interpretación, sin duda, es un momento de profunda inmersión y reflexión sobre las fuentes en el análisis. Las fuentes posibilitan mayor comprensión del proceso y fundamentan interpretaciones subsecuentes a las unidades de sentido, sin embargo, la interpretación inicial resultó en esquemas y gráficos diversos, como forma de comprender las unidades de sentido representantes de un conocimiento que emana de narrativas autobiográficas de los investigados. Optamos también por poner porcentajes de frecuencia por categorías recurrentes en las figuras del capítulo resultados.

Las palabras que sirven de soporte al pensamiento deben ser empleadas en todas las posiciones posibles, en las locuciones más variadas; hay que hacerlas girar, torcerlas sobre todas sus fases, en la esperanza de un brillo; apalpar y auscultar su sonoridad para percibir el secreto de su sentido. ¿Las asonancias y las resonancias de las palabras no tienen una virtud inspiradora? Lo que importa es ir hasta el límite de lo que se puede hacer, conseguir una coherencia sin falla, hacer aflorar las cuestiones más escondidas y las más informulables (*Jankélévitch & Berlowitz, 2004, p. 18*).

A partir de este momento las unidades de sentido nos llevan a una sonoridad interpretable con dimensiones que, esperamos, respondan a nuestra cuestión central de investigación: ¿Porque los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad, ni tampoco el incremento de casos?

3.1.11. Aspecto ético

Cuando trabajamos con las historias de vida los autores recomiendan la realización de un contrato formal o implícito (Josso, 2004) de consentimiento para el permiso y la garantía de la privacidad y el anonimato de los investigados. Limongi-França (2005) orienta la realización de un contrato psicológico para ampliar la garantía de comprometimiento de los participantes con la investigación. Aplicamos en el primer encuentro formal del estudio, un contrato psicológico, por escrito, para el consentimiento por parte de las personas obesas.

Para quedar más claro, una explicación sobre el contrato psicológico. De acuerdo con Rousseau (1989, p. 123), "el término contrato psicológico se refiere a una

creencia individual independientemente de los términos y condiciones de un acuerdo de intercambio recíproco entre la persona focal y la otra parte”. Esto incluye la creencia de que una promesa fue hecha y una contrapartida ofrecida a cambio, vinculando a las partes a algunos conjuntos de obligaciones recíprocas.

Pineau & Le Grand (2003) enfatizan que en los grupos de formación es imprescindible la elaboración de un contrato por escrito. Los autores comentan que *“la discusión/construcción del contrato es un momento tan formador como la propia narrativa de vida”* (Pineau & Le Grand, 2003). Este contrato puede evitar que, en ciertas circunstancias los momentos se transformen en condiciones de alienación.

Al mismo tiempo realizamos una integración con el grupo y un contrato implícito de consentimiento para uso legal de las fuentes de investigación. Destacamos el respeto mutuo entre los participantes, sin discriminación, además, la garantía de preservación de los datos, confidencialidad, conservación de la privacidad y del anonimato de todos y todas en los informes de la tesis. El Diario de Investigación (DI) registra orientaciones en este sentido: *“Mantener el anonimato de los participantes utilizando pseudónimos”* [DI, Ramírez, N.L, 01-08-05].

Estas decisiones fueron trabajadas con los 18 participantes del estudio en el primer encuentro formal de la legitimación de la investigación. Iniciamos con la presentación de la propuesta, las estrategias de trabajo, el tiempo de seguimiento, la participación voluntaria por parte de todos, la necesidad de compromiso, la responsabilidad y la implicación en la producción de narrativas autobiográficas y la participación en todas las actividades del grupo, durante la investigación-formación

La participación escrita y oral fue espontánea entre las personas obesas. Todos colaboraron de forma consciente con sus experiencias para esta investigación, al tiempo en que desarrollaron narrativas autobiográficas y actividades en grupos de discusión, en sesiones semanales. Estas estrategias objetivaron mediar los cambios en el estilo de vida de los participantes.

No hubo ninguna restricción por parte de los investigados en participar de las actividades propuestas. Eventualmente, hubo una cierta incomodidad por parte de una de las participantes para la escritura de su narrativa. Ella esbozó ausencia de alegría para escribir, y dijo: *“no me gusta escribir”* (Ex-Gorda, 29/08/2005). Para dejarla

tranquila y sin constreñimiento la orientamos para que escribiera lo que sintiera y pensara lo que debería escribir. Ha conseguido escribir su narrativa sin mayores dificultades, pero, fue poco expresiva.

Acabados los encuentros semanales fueron realizados dos encuentros de seguimiento mensual para estimular el compromiso con el nuevo estilo de vida. El análisis del peso corporal se refiere a los encuentros semanales y el análisis de las medidas mensuales fue excluido porque la mitad de los participantes estuvo ausente de los seguimientos mensuales, lo que alteraría la fiabilidad de los resultados. Para las cinco personas obesas que desistieron del estudio no estaba previsto ningún otro registro o informe documental sobre ellos. Desistieron por motivos no declarados.

El distanciamiento del grupo fue necesario para proseguimiento del estudio a partir del análisis de las fuentes de investigación. Para este estudio se respetan los principios y los procedimientos éticos relacionados a la investigación con seres humanos.

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vía aparentemente noble, una verdadera gran avenida se abre a los investigadores: tomar un relato de vida como objeto de análisis, someterlo a la cuestión hermenéutica hasta hacerlo confesar, digamos, hasta hacerlo “expresar” todas las significaciones que se esconden en las entrelíneas [...]. ¿Este abordaje permite avanzar en la comprensión del actuar en la situación? A priori la respuesta es positiva. A posteriori, entre tanto, ella es más nuda” (Bertaux, 2008, p. 3).

Este apartado presenta los resultados del análisis interpretativo de las fuentes de la investigación-formación, con base en las narrativas autobiográficas de las personas obesas investigadas. Bertaux (2008) enfatiza este movimiento como “*danza incesante de lo psíquico y de lo social, como “interacciones simbólicas”*”. El autor explica: “*me parece necesario entender el término “simbólico” como el adjetivo que corresponde al sustantivo “sentido”, o “significación”*” (Bertaux, 2008, p. 5). La experiencia de narrar sobre sí mismo trae sentido y significación a las situaciones vividas por las personas obesas de la investigación, pues, integra las acciones del cotidiano que les sirven, y a nosotros permite conocer condiciones sorprendentes. Además, al mismo tiempo en que narran sobre sí, para sí y para el otro, manifiestan procesos de formación con proyecciones y temores en registros autobiográficos. Bertaux (2008, p. 5) distingue tres tipos de razones para actuar:

1. *Las razones relacionadas a la propia situación;*
2. *Las razones relacionadas a la historia personal del sujeto;*
3. *Y, de manera tal vez más original, las razones relacionadas a la economía relacional en la cual se encuentra el actor en este momento de su existencia.*

Estas tres razones del actuar en situación, definidas por Bertaux (2008), están vinculando nuestros cinco objetivos específicos por el acercamiento que tienen con nuestro abordaje autobiográfico, conforme enseña la Figura 21.

Tipos de razones para actuar	Cuestiones en análisis
1. Razones relacionadas a la propia situación	Dificultades subjetivas a las que se enfrentan las personas obesas y conflictos que pasan para ajustarse a los patrones nutricionales de los tratamientos y a los nuevos hábitos de estilo de vida.
2. Razones relacionadas a la historia personal del sujeto	Fenómenos relacionados al surgimiento y permanencia de la obesidad en individuos adultos. Fenómenos que contribuyen al aumento de peso, en las personas obesas del estudio.
3. Razones relacionadas al autor y actor y sus relaciones en este momento de su existencia	Fenómenos que contribuyen a la pérdida de peso corporal, durante el estudio. Fenómenos influyentes para el sobrepeso corporal, no previstos desde la teoría corriente.

Figura 21 - La tipología de Bertaux sobre la actuación como persona obesa
Fuente: Basado en Bertaux (2008).

4.1. Razones relacionadas a la propia situación

“Obeso u obesa como adjetivo, está relacionado con “sentirse insatisfecho”, “sentirse limitado”, “sentirse amargado”, “tener un sin vivir”, “tener baja autoestima”, “sentirse criticado/a”, “sentirse discriminado/a”, “sentirse mal”, “sentirse triste”, “tener una imagen negativa de sí mismo” ... no sigo, pero tú puedes seguir porque la lista es mucho mayor. Tener todos estos adjetivos sobre la espalda, pesa, sobre todo, sobre el rendimiento, sobre la salud, sobre las relaciones [...]” (DI, Lorenzo Ramirez, N. 02-09-2005).

Para los investigados, la elaboración de narrativas autobiográficas en reflexión es similar a actuar en una situación de confrontación consigo mismos, por razones relacionadas a la propia experiencia de vida como personas obesas. En realidad, la situación de obesidad de esas personas favorece a que sus narrativas autobiográficas sean personificadas y subjetivas. Sin embargo, el acto de narrar su experiencia de vida le permite dar significado intrínseco a ese momento y comprender las experiencias e interacciones entre las diversas dimensiones de la vida: físicas, emocionales, sociales, psicológicas, estéticas y de salud. Todas tienen el poder de influenciar su comportamiento y así, están aglutinadas en sus narrativas autobiográficas. La Figura 22, a continuación, muestra las narrativas autobiográficas de los sujetos sobre *que significa ser una persona obesa*.

Narrativa Autobiográfica (NA) - ¿Qué significa ser una persona obesa?
<i>Ser obeso, no meu entendimento, é quando uma pessoa está acima de seu peso e se observa que ela tem um excesso de gorduras e passamos a ser tratados como gordo, suas roupas vão ficando pequenas e ele se sentindo mais pesado. Tem dificuldade de se locomover, de correr, de pular e outras atividades as quais sua gordura ou peso em excesso lhe atrapalha (NA, Jês, 29/08/05).</i>
<i>Ser obeso é estar acima do peso normal e na maioria dos obesos a obesidade também é um problema de saúde. Torna você uma pessoa deselegante no que diz respeito ao vestir e quase nada combina com o seu excesso de peso. E muitas vezes a pessoa se torna um pouco depressiva e sem estímulo (NA, Gordinho Saudável, 29/08/2005).</i>
<i>Ser obeso é ser gordo, demasiadamente gordo, deformado, aleijado, paraplégico, não ter condições de abotoar um sapato, depender às vezes de outra pessoa para exercer uma atividade, perde a sensibilidade de seu corpo etc. (NA, Ex gorda, 29/08/05).</i>
<i>Eu acho que estar obeso é me encontrar acima do meu peso considerado “ideal” para minha condição de vida. Ser obeso não é bom, pois além de me encontrar ruim comigo mesmo na aparência, também minha saúde fica debilitada, pois ocorre um aumento de gordura exacerbado e se acumula em meu corpo e só traz malefícios a minha vida como um todo. O obeso ainda é muito discriminado na sociedade, tem dificuldade para andar, encontrar uma roupa adequada e, até mesmo, se relacionar com outras pessoas (NA, Anne, 29/08/05)</i>
<i>Ser obeso é estar acima do peso e continuar assim sem mudança! Estar obeso é estar acima do peso, mas, sem conformismo. Querer mudar. Quando alguém é/está obeso sofre muitas discriminações. As roupas nas lojas comuns, onde todos compram não lhe cabem. Você tem algumas dificuldades para realização de algumas atividades. Para andar em transportes coletivos “todos” lhe olham com olhar de repreensão. Quando falo em discriminação não falo em suposições, falo de realidade. Uma pessoa certa dia conversando numa roda de “amigos” falou – “não suporto pessoas gordas, eu tenho nojo”. E outras coisas mais. Que acredito que não deveriam existir (NA, Linda, 29/08/05).</i>
<i>Ser obeso – é não se sentir bem nem com o espelho e nem com você mesma. É está feia, é não poder usar as roupas que deseja, é não conseguir “viver bem”. É não ter muitas alegrias por causa dos olhares, críticas e discriminações. Na verdade, tudo se resume em: Ser obeso é não poder “VIVER”. (NA, A vencedora, 29/08/2005)</i>
<i>Ser obeso é estar acima do peso ideal e ter que arcar com as consequências disso: A falta de ritmo para as práticas esportivas, os problemas de saúde, a dificuldade de encontrar uma roupa que lhe caia bem, a reprovação estética da sociedade e de si mesmo, são algumas dessas consequências” (NA, Pedro, 29/08/05).</i>
<i>“Ser obeso é estar acima do peso ideal. Não se sentir bem em algumas roupas. Sentir-se incomodada em algumas situações. Não poder desfrutar o que há de melhor em uma praia. Por exemplo, levar sol na barriga, jogar frescobol, uma partida de vôlei. Não consigo aguentar, nem mais que cinco minutos. E acima de tudo, não está bem consigo mesma, não se gostar. Achar que as oportunidades não aparecem porque estou gorda, que o tempo vai passando e nada muda, não acontece nada de especial” (NA, Líria, 29/08/05).</i>

(continua)

(continuación)

<p><i>Ser obeso é sempre andar e nunca correr.</i></p> <p><i>Ser obeso é comprar sempre a roupa que lhe cabe e não a roupa que você gostaria de comprar.</i></p> <p><i>Ser obeso é ser ponto de referência em locais de grande aglomeração.</i></p> <p><i>Ser obeso é ser pesado,</i></p> <p><i>Ser obeso é sempre motivo de apelidos ridículos, tais como: Rolha de poço, baleia assassina, modelo da Brasilgás, baleia fora da água.</i></p> <p><i>Ser obeso é sempre ser chamado à atenção para a saúde e o peso pelos mais próximos (NA, Fabio Junior, 29/08/05).</i></p>
<p><i>Ser obeso é estar acima do peso,</i></p> <p><i>É estar se alimentando de forma excessiva,</i></p> <p><i>É estar se alimentando mal,</i></p> <p><i>É não gastar tudo o que consome,</i></p> <p><i>É ter um tempo de vida reduzido, por ter como consequência da obesidade vasos obstruídos,</i></p> <p><i>É não cuidar de si mesmo,</i></p> <p><i>É ser boca livre, come de tudo e muito (NA, Núbia, 29/08/05).</i></p>
<p><i>Ser obeso é ficar fofinho (gorda) e ter muita dificuldade para fazer coisas que uma pessoa faz. Como andar depressa, olhar uma roupa que lhe sirva e ter uma boa saúde (NA, Mariana, 29/08/2005).</i></p>
<p><i>Para mim, estar obeso é estar muito além do peso e com certeza ninguém se sente bem, pois é uma pessoa rejeitada por se tornar inferior as outras, porque a gente se sente feia, não consegue uma roupa que goste e nem a que der certo (NA, Elaine, 29/08/2005).</i></p>
<p><i>Ser obeso é estar além do seu porte físico. É estar fora do que a saúde exige. É estar acima do normal. Sem forma física. Saúde debilitada. Não exercendo um auto controle em seus desejos alimentares (NA, Painho, 29/08/2005).</i></p>

Figura 22 – Narrativas Autobiográficas sobre el significado de ser una persona obesa

Fuente: Datos de la Investigación

4.1.1. Dificultades subjetivas en personas obesas

La Figura 23, a continuación, trae un análisis interpretativo de las fuentes del estudio. Su objetivo es enseñar las dificultades subjetivas a las que se enfrentan las personas obesas y los conflictos que pasan para ajustarse a los patrones nutricionales de los tratamientos y a los nuevos hábitos de estilo de vida.

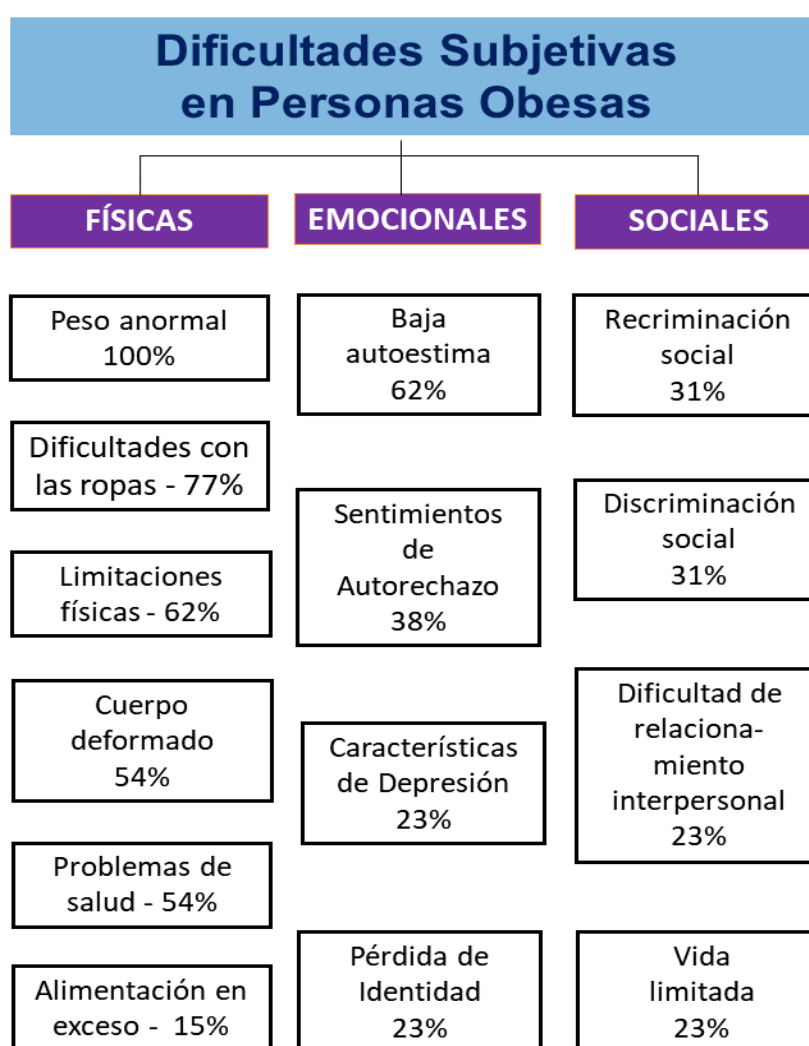


Figura 23 - Análisis de las dificultades subjetivas en personas obesas
Fuente: Datos de la Investigación

El análisis de la Figura 23 apunta que los investigados conviven con tres dimensiones de dificultades subjetivas: *físicas, emocionales y sociales*. Las dificultades enfrentadas en la dimensión física alcanzan gravemente las dimensiones emocionales y sociales, con repercusiones de diferentes grados. Esto queda claro en sus narrativas autobiográficas.

Según los investigados, todas las personas obesas tienen dificultades con la obesidad. Las principales dificultades presentadas están agrupadas en tres dimensiones. Las dificultades físicas se relacionan con las alteraciones en el estado de salud y deformaciones de la estética corporal, hechos que causan insatisfacción con las ropas que no se ajustan a sus cuerpos, refieren limitaciones físicas debido al sobrepeso con sobrecarga en las articulaciones, con dificultad para caminar, dependencia y movimientos restringidos para muchas actividades del día a día. En esta primera narrativa autobiográfica la mayoría de las personas obesas no hablaron sobre la influencia de la alimentación en la obesidad. Sólo dos de las 13 personas relataron el exceso de alimentos.

Las dificultades *emocionales*, según ellos, forman parte de la vida de la persona obesa. La baja autoestima fue indicada por la mayoría de los investigados y se relaciona con la insatisfacción de no conseguir el cuerpo ideal, acompañada por sentimientos de auto rechazo, falta de aceptación de sí mismo, depresión, descuido de sí, baja motivación y pérdida de la sensibilidad corporal. A esta situación, se añade la pérdida de identidad provocada por las alteraciones corporales con identificación a través de apodosos ridículos. Generalmente, después de dichas circunstancias, viene una fase de conformismo con la situación.

Las dificultades *sociales* se presentaron en varias dimensiones. Primer, *recriminación social*: percibida como miradas de censura, reprobación de la estética por la sociedad, pasan a ser punto de referencia entre todos. Después, *discriminación social*: explicada como falta de oportunidades para las personas gordas, otra dimensión se refiere a la *dificultad de relación interpersonal*: no se sienten bien consigo mismas, presentan sentimientos de inferioridad. Otra dimensión se refiere a la *vida limitada*: refieren que no pueden vivir, tienen tiempo de vida reducido, la obesidad trae maleficios a la vida. Todas estas dificultades juntas proporcionan una

vida limitada a las personas obesas, como fue declarado por una participante, "Ser obeso es no poder VIVIR" (NA, La vencedora, 29/08/2005).

La literatura científica sobre tratamientos para las personas obesas contempla cuatro pilares: la dieta saludable; la actividad física, los medicamentos anti-obesidad y la cirugía del estómago. Todos ellos objetivan tratar las dificultades físicas referentes al exceso de peso corporal, para evitar el apareamiento de otras enfermedades. Sin embargo, si seguimos tratando sólo el cuerpo físico de las personas obesas cumpliendo los cuatro pilares de los tratamientos científicos, mantendremos el círculo reincidente de la obesidad. Las dificultades subjetivas enfrentadas por las personas obesas ultrapasan la dimensión física, alcanzando las dimensiones emocional y social. Al observar todas las dificultades de las personas obesas, posiblemente se evitará que estas abandonen a los tratamientos. Olvidar esas dimensiones favorecerá el fortalecimiento del referido ciclo de obesidad mundial.

4.2. Razones relacionadas a la historia personal del sujeto

Los adultos en formación - de los que espero formar parte - no buscan escribir su historia para hacer literatura y, aún menos como una actividad disciplinaria. Ellos buscan escribir su historia para intentar sobrevivir, es decir, en primer lugar, ganar su vida y hacerla o rehacerla y comprenderla un poco. Operaciones vitales que no son tan fáciles (Pineau, 2006a, p. 43)

Presentamos a continuación, narrativas autobiográficas de los investigados, en las que explican por qué son personas obesas. Estas narrativas tienen el objetivo de generar conocimientos sobre fenómenos relacionados al surgimiento y permanencia de la obesidad en estos individuos. Para ello, se les preguntó a las personas investigadas *por qué llegaron a la situación de personas obesas*. Las respuestas a la pregunta están en las narrativas autobiográficas de la Figura 24.

Narrativa autobiográfica ¿Por qué soy una persona obesa?

Tenho para mim que esta questão é muito complexa. Meus pais eram obesos. Meu Pai dentro do seu entendimento nos dizia: É melhor comer do que gastar com remédios, gostava muito de comidas gordas, com toda certeza ele estava agindo certo por um lado. Hoje percebo que faltam ensinar com conhecimento de causa, pois hoje vejo que a alimentação precisa ser balanceada para daí comermos bem sem nos prejudicarmos. Não quero com isso culpar meus pais, só mostrar a realidade em que me criei e fui vivendo depois que me casei. Se bem que minha esposa sempre me corrigia e orientava. Sempre gostei de trabalhar no pesado e sem dúvida isso me abria o apetite. Por motivo de mudar de trabalho passei a comer a mesma quantidade enquanto gastava menos energia. Hoje trabalho dentro de minha loja, até caminhando muito pouco (Jés, NA, 05/09/2005).

Bem, a minha obesidade, eu não sei se existe algum estudo científico que comprove isto, mas é uma coisa hereditária que vem passando de pais para filhos. Logo após os meus 20 anos de idade comecei a engordar, aos vinte e quatro anos me casei e aí foi que engordei mais, não como muito como sempre que tenho fome, espero que com o que aprender aqui possa não só parar de engordar, mas emagrecer e voltar ao peso normal (Gordinho Saudável, NA, 05/09/2005).

(Ex Gordá, NA, 05/09/2005) - Faltó a esta sesión.

Por descuido. Por falta de persistência, pois se tivesse continuado em algumas dietas que tentei fazer teria conseguido está no meu peso ideal. Embora já tenha tentado e tenha momentos de força de vontade, não continuei a ter, ou por faltar forças ou por ansiedade e querer descontar os problemas em cima da comida. Agora sei que isso é errado e que o certo é tentar resolver o problema independente da comida. Pois depois que come, além do problema que já existia, ainda existe o outro, ou seja: o problema dobra de tamanho (Anne, NA, 05/09/2005).

Às vezes eu digo que sou assim porque já nasci assim, a minha mãe devia comer muito quando estava grávida de mim!!!, mas... na verdade não sei. Penso que pode ser hereditariedade. A família do meu pai é de obesos e, não sei se tem alguma ligação, se houver acredito que pode ser um fator genético.

Ah... Lembrei de algo que talvez possa contribuir nessa resposta, quando eu era mais nova fui a uma endocrinologista e fiz vários tipos de exames. Com o resultado em mãos ela me falou que o meu metabolismo era lento, no que diz respeito a digestão, mas, que tudo que eu ingeria era absorvido pelo organismo, falou também sobre uma curva glicêmica, que não fazia a curva. Exemplo: antes de se alimentar e tomando uma solução... E que tudo isso contribuía para eu estar obesa.

OBS: Apesar de tudo o que escrevi reconheço que também não tenho uma das dietas mais saudáveis. Como muitas frituras e refrigerantes e doces (Linda, NA, 05/09/2005).

(Continua)

Acho que estou obesa porque nunca tive cuidado com a minha alimentação. Comia sempre o que tinha vontade e na quantidade que achava bom, e não o que, e o quanto eu precisava. Sempre gostei de coisas calóricas e sempre comi o que tive vontade, então comia com tanta vontade que chegava a exagerar. Nunca gostei de frutas ou de verduras. Hoje estou surpresa, pois estou me acostumando a comer frutas e verduras. Nunca tive cuidado com a minha alimentação, comia muita massa, gordura, doces etc. dizem meu ginecologista que tenho distúrbio hormonal e segundo falam dizem que essas pessoas têm muita facilidade para engordar e quando estou nervosa como sem parar e não me sinto saciada nunca. Sou também muito ansiosa e acho que tudo isso ajuda, para que eu coma descontroladamente. Hoje estou diferente e creio em nome de Jesus que já estou aprendendo a me reeducar (A Vencedora, NA, 05/09/2005).

Desde pequeno, como a maioria dos filhos mais novos, fui muito mimado. Sempre que queria algo era só pedir, se não fosse atendido, simulava um chorinho e logo ganhava. Por tanto posso afirmar que não me tornei obeso, pois já nasci acima do peso e desde então não me esforcei em nada para mudar essa história. Com o passar dos anos entrei no famoso processo do efeito sanfona, iniciava um regime, perdia alguns quilos, depois relaxava e ganhava-os de volta, até o dia em que relaxei de vez e passei do sobrepeso para a obesidade (Pedro, NA, 05/09/2005).

A obesidade é marca registrada na minha família paterna e eu infelizmente herdei esta herança maldita. Na minha infância criança robusta era sinônimo de saúde e as tias e os avós empurravam comidas, doces etc., a toda hora.

Passei a maior parte de minha infância em uma fazenda, e depois em idade escolar, sempre íamos passar as férias de julho lá. Essas férias eram bastante alegres, todos os primos se reuniam e começava a bagunça, sempre com bolos, canjica, queijo de manteiga feito em casa.

Sempre fui uma criança gorda e as fotos que hoje vejo me acho super feia e desengonçada.

Na minha adolescência fiz várias dietas e consegui chegar ao peso que eu desejava. Naquela época tinha mais força de vontade. A partir de minha primeira gravidez engordei 40 quilos e até então tem sido difícil voltar a minha antiga forma. Tenho lutado muito, mas o mundo a minha volta está conspirando contra mim.

Hoje, no momento que entrei neste programa vi uma luz no fim do túnel. Espero que eu consiga chegar ao meu peso ideal. Conto com a ajuda de todo o grupo e em primeiro lugar a de Deus (Líria, NA, 05/09/2005).

Sou obeso por falta de atividade física, relaxamento total quanto às porções dos alimentos ingeridos, ansiedade extrema, atividade profissional sedentária, cultura familiar (Onde quem tem saúde era gordo). Comer em horários errados, comer coisas erradas (Fabio Junior, NA, 05/09/2005).

Porque sou obesa? Mau hábito alimentar; é servido refrigerante quase que diariamente em casa; comidas como: bolos, pão de queijo, rocambole, macarronada, lasanha, sanduíches, tem um frequente consumo no meu lar. Falta de atividade física; as comidas consumidas não são saudáveis; comer fora do horário, principalmente antes de dormir; porque não faço seleção entre as comidas saudáveis ou não; porque não consumo o que o meu organismo precisa e sim o que dar vontade de comer na hora (Núbia, NA, 05/09/2005).

(Continua)

(Continuación)

Porque eu tenho facilidade de engordar. E a minha mãe sempre dizia que era para comer tudo. Eu gosto muito de massas principalmente pizza, cachorro quente, pão, biscoitos, refrigerantes, chocolates (Mariana, NA, 05/09/2005).

Eu acho que fiquei obesa por não ter me cuidado logo quando comecei a engordar. Sem perceber que as comidas que eu estava ingerindo tinham muitas calorias e assim foi passando o tempo e só ganhando peso. Também contando com a vida sedentária. Só trabalhando fora, em casa e sem tempo para me cuidar, nem fazer algum tipo de exercício físico, porque só comer comidas calóricas e não gastar as calorias não dá para viver. Mas graças a Deus que eu me conscientizei que não é só os alimentos gordos e doces que matam a fome. E sim, comidas sem gorduras e sem açúcares. Pois hoje já me sinto bem melhor em estar me alimentando diferente. E tenho fé em Deus que vou conseguir meu objetivo (Elaine, NA, 05/09/2005).

Voltando um pouco no tempo, fazendo uma retrospectiva, descobri que tudo começou quando eu resolvi mudar de vida... abandonando uma vida de desportista, deixando os vícios do cigarro e da bebida e em seguida vindo o casamento e com ele uma série de fatores que só contribuíram para que tudo viesse a acontecer: Tais como vida sexual, desenvolvimento dos hormônios etc. (Painho, NA, 05/09/2005).

Figura 24 – Narrativas autobiográficas sobre los motivos que hacen ser una persona obesa

Fuente: Datos de la Investigación

4.2.1. Fenómenos precursores de la obesidad

La Figura 25, presenta resultados del análisis interpretativo de las narrativas autobiográficas sobre la cuestión "¿Por qué soy una persona obesa?". Las personas obesas manifiestan en sus narrativas autobiográficas fenómenos que antecedieron al surgimiento de la obesidad en sí mismos, considerados fenómenos precursores por tratarse de hechos, conductas y entornos que colaboraron de alguna forma para explicar por qué y cómo los investigados llegaron a la situación de personas obesas. Los porcentajes que están añadidos son referentes a la cantidad de personas que declararon tales aspectos como responsables por el surgimiento de la obesidad.

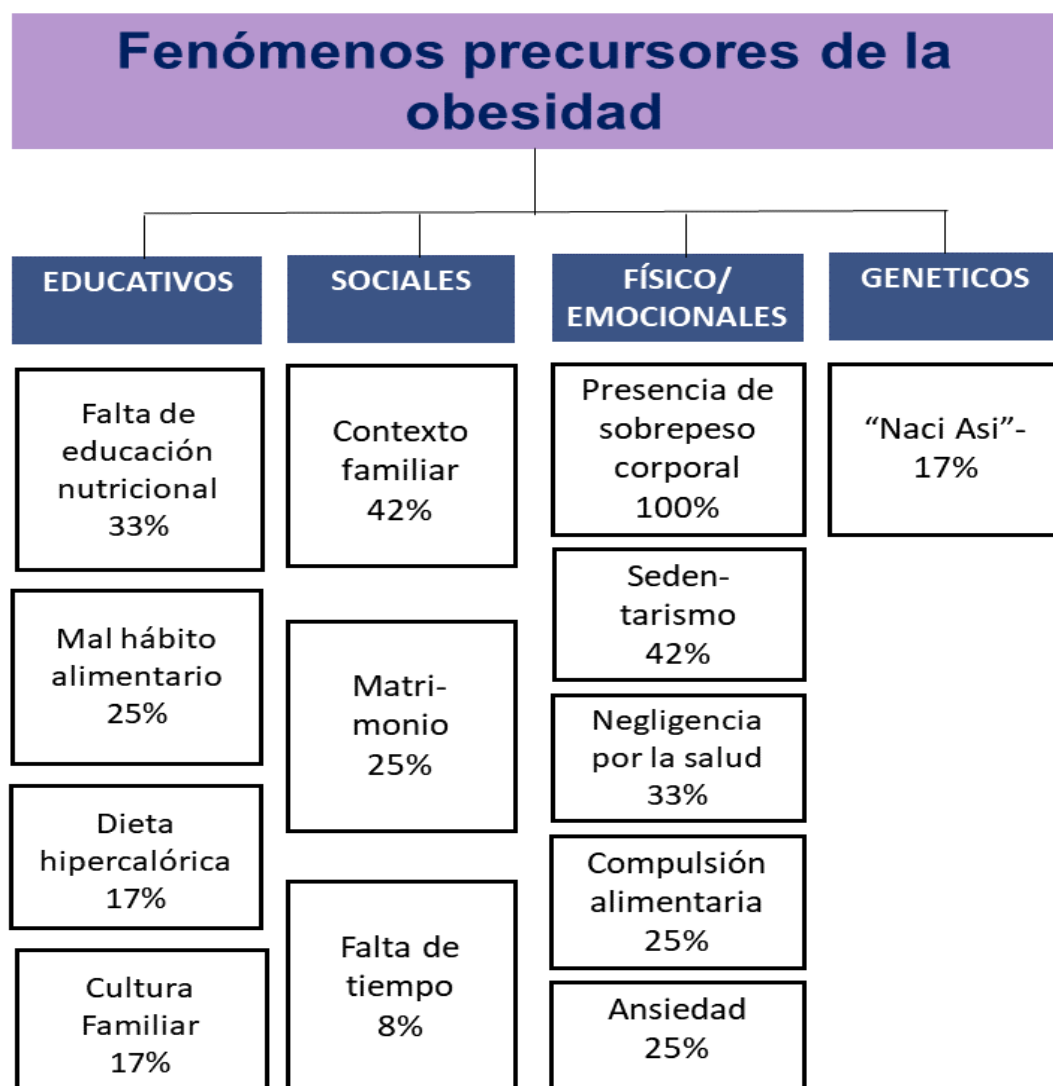


Figura 25 – Análisis de Fenómenos precursores de la obesidad
Fuente: Datos de la Investigación

El análisis indica que los fenómenos precursores de la obesidad son múltiples, en la opinión de las personas obesas investigadas. Los fenómenos están clasificados en cuatro dimensiones: Educativos, Sociales, Físico/Emocionales y Genéticos. Estos fenómenos traen en sí diversos aspectos que justifican el aumento del peso corporal y la presencia de la obesidad en las personas investigadas, conforme sus narrativas. A continuación, se explican en detalle cada uno de estos fenómenos encontrados.

Fenómenos educativos

Hoje percebo que faltam ensinar com conhecimento de causa, pois hoje vejo que a alimentação precisa ser balanceada para daí comermos bem sem nos prejudicarmos. Não quero com isso culpar meus pais, só mostrar a realidade em que me criei e fui vivendo depois que me casei (Jés, NA, 05/09/2005, 5-8).²⁵

Los fenómenos educativos dicen respecto a la ausencia de educación nutricional. Por falta de conocimiento presentan malos hábitos alimentarios, dieta hipercalórica y una cultura familiar de super alimentación, incentivadora del sobrepeso corporal entre los niños y adolescentes, como señal de belleza y salud. En este entorno, la falta de educación nutricional para el conocimiento sobre alimentación saludable emerge como importante precursor del sobrepeso corporal y de la obesidad, conforme señalan los investigados,

“Desde pequeno, como a maioria dos filhos mais novos, fui muito mimado. Sempre que queria algo era só pedir, se não fosse atendido, simulava um chorinho e logo ganhava. Por tanto posso afirmar que não me tornei obeso, pois já nasci acima do peso e desde então não me esforcei em nada para mudar essa história” (Pedro, NA, 05/09/2005, 1-4).²⁶

“Acho que estou obesa porque nunca tive cuidado com a minha alimentação. Comia sempre o que tinha vontade e na quantidade que achava bom, e não o que, e o quanto eu precisava. Sempre gostei de coisas calóricas e sempre comi o que tive

²⁵ Traducción libre: “Hoy percibo que faltan enseñar con conocimiento de causa, pues hoy veo que la alimentación necesita ser balanceada para que comamos bien sin perjudicarnos. No quiero con eso culpar a mis padres, sólo mostrar la realidad en que fue creado y fui viviendo después de que me casé”.

²⁶ Traducción libre: “Desde pequeño, como la mayoría de los hijos menores, fui muy mimado. Siempre que quería algo era sólo pedir, si no fuera atendido, lloraba y luego ganaba. Por esto, puedo afirmar que no me he vuelto obeso, pues ya nací por encima del peso y desde entonces no me esforcé en nada para cambiar esa historia” (Pedro, NA, 05/09/2005, 1-4).

vontade, então comia com tanta vontade que chegava a exagerar. Nunca gostei de frutas ou de verduras" (A Vencedora, NA, 05/09/2005, 1-5).²⁷

Na minha infância criança robusta era sinônimo de saúde e as tias e os avós empurravam comidas, doces etc., a toda hora. Passei a maior parte de minha infância em uma fazenda, e depois em idade escolar, sempre íamos passar as férias de julho lá. Essas férias eram bastante alegres, todos os primos se reuniam e começava a bagunça, sempre com bolos, canjica, queijo de manteiga feito em casa (Líria, NA linha 2-4, 05/09/2005).²⁸

Estas narraciones indican la falta de conocimiento sobre educación alimentaria y nutricional en las familias. Es común la presencia de alimentación sin control, dieta hipercalórica, alimentos ricos en grasas y azúcares en el ambiente familiar como cultura alimentaria de los padres para los hijos, desde la niñez. La cultura alimentaria de la familia es precursora del sobrepeso corporal de los investigados. "[...] onde quem tem saúde é gordo. Comer em horários errados, comer coisas erradas" (Fabio Junior, NA, 05/09/2016).²⁹

La cultura alimentaria de la familia presenta creencias alimentarias. Cuando los padres enseñan que "*es mejor comer que gastar con medicina*", el niño aprende que comiendo evitará enfermarse. También, cuando se enseña que "*niño robusto tiene salud*" o "*hay que comer todo*", la familia está fortaleciendo una cultura alimentaria de sobrepeso corporal. Esta explica las causas de las conductas alimentarias de los adultos obesos.

Uno de los investigados dijo que recuerda que "*sus tías y abuelos les llenaban de comidas y dulces a toda hora*". Estos son conceptos formadores de conductas y creencias alimentarias equivocadas de padres, madres, abuelos y familiares, que

²⁷ Traducción libre: "*Creo que estoy obesa porque nunca he tenido cuidado con mi alimentación. Comía siempre lo que tenía voluntad y en la cantidad que creía bueno, y no lo que y cuanto yo necesitaba. Siempre me gustó cosas calóricas y siempre comí lo que tuve ganas, entonces comía con tanta voluntad que llegaba a exagerar. Nunca me gustaron las frutas o las verduras*" (La Vencedora, NA, 05/09/2005, 1-5)

²⁸ Traducción libre por la investigadora: "*En mi infancia niño robusto era sinónimo de salud y las tías y los abuelos empujaban comidas, dulces etc., a toda hora. Pasé la mayor parte de mi infancia en una granja, y luego en edad escolar, siempre íbamos a pasar las vacaciones de julio allí. Esas vacaciones eran bastante alegres, todos los primos se reunían y comenzaba el desorden, siempre con pasteles, queso de mantequilla hecho en casa*" (Líria, NA línea 2-4, 05/09/2005).

²⁹ Traducción libre por la investigadora: "[...] *los que tienen salud son gordos. Comer cosas erradas en horas erradas*" (Fabio Junior, NA, 05/09/2016).

forman parte de la cultura familiar alimentaria, colaboran para el favorecimiento de sobrepeso corporal e incluso obesidad.

La teoría de las creencias en salud de Rosenstock y sus compañeros (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) suponen creencias como las acciones y las actitudes de prevención a la salud. En la cultura familiar alimentaria de los investigados las creencias de sus padres sobre alimentación, enseña que niño gordo es saludable y es mejor comer que gastar con medicina, un saber que contraría la teoría de las creencias en salud y, no obstante, colabora para aprendizajes que fomentan sobrepeso corporal y obesidad, con riesgo para enfermedades en diferentes grados.

Fenómenos sociales

Los fenómenos sociales precursores de la obesidad surgen en tres dimensiones: *ambiente familiar*, *matrimonio* y *falta de tiempo*. Afectan directamente a la persona, a los pequeños o los grandes grupos de personas. Por ser la familia el grupo más cercano a los individuos presenta gran influjo para el sobrepeso corporal de los investigados. El contexto familiar se destacó por haber sido citado por casi la mitad de los participantes de la investigación. No sólo la cultura de la familia, sino el ambiente que la rodea, con padres, abuelos y otros parientes con hábitos alimentarios hipercalóricos y sobrealimentación y sus creencias alimentarias. Todos juntos inducen al sobrepeso y a la obesidad de los investigados.

Con menor intensidad, algunos sujetos de la investigación citaron que el matrimonio también es uno de los precursores de la obesidad. Una probable explicación puede ser el hecho de que la integración de hábitos alimenticios diversificados adquiridos de las familias de origen y el acontecimiento del embarazo, resulten en algún desequilibrio en las dietas alimentarias, de la pareja. Esto puede explicar la presencia de sobrepeso corporal y de obesidad, después del matrimonio, entre algunos investigados.

Mientras el contexto familiar y el evento del matrimonio emergen como fenómenos favorables al sobrepeso corporal y a la obesidad, al mismo tiempo, apuntan a donde se puede erradicar su principio. Mancini & Halpern (2007) se refieren

a que la presencia de obesidad en los padres va a determinar el porcentaje de probabilidad para la obesidad entre sus hijos, si estos serán o no serán personas obesas.

Finalmente, la *falta de tiempo*, narrada por uno de los investigados. Consideró que el trabajo intenso, la dinámica de la vida moderna y el ambiente de alta competitividad no le deja tiempo para cuidar de la alimentación y de la salud, dejando margen para hábitos inadecuados de alimentación y estilo de vida. Esto, en su experiencia, fue uno de los precursores de la obesidad que ahora es portador.

Fenómenos físicos y emocionales

Los *fenómenos físicos* analizados están en las narrativas autobiográficas: el sobrepeso corporal y el sedentarismo. Ambos estuvieron presentes en el 100% de los participantes al inicio del estudio, favoreciendo a la obesidad en sus diferentes grados. “*Sempre gostei de trabalhar no pesado e sem dúvida isso me abria o apetite. Por motivo de mudar de trabalho passei a comer a mesma quantidade enquanto gastava menos energia. Hoje trabalho dentro de minha loja, até caminhando muito pouco*” (Jés, 05/09/2005. 7-10)³⁰. Durante el proceso, el 58% de los investigados se tornó físicamente activo y el 92% consiguió pérdida de peso corporal.

De la misma forma, los *fenómenos emocionales* colaboraron para el exceso de peso corporal y obesidad entre las personas involucradas. Son ellos: la compulsión alimentaria, la ansiedad y la negligencia por la salud. De acuerdo con los sujetos, los disturbios del apetito llevan al deseo de comer sin parar, para la satisfacción personal y, además, no perciben lo que comen compulsivamente, ingieren una cantidad ilimitada de comida, para auto satisfacción y luego, tristeza. Hechos que provocan una mayor insatisfacción emocional y, a continuación, un mayor aumento de peso corporal.

“[...] quando estou nervosa como sem parar e não me sinto saciada nunca. Sou também muito ansiosa e acho que tudo isso ajuda, para que eu coma

³⁰ Traducción libre por la investigadora: “*Siempre me ha gustado trabajar en el pesado y sin duda eso me abría el apetito. Por motivos de cambio de trabajo pasé a comer la misma cantidad mientras gastaba menos energía. Hoy trabajo dentro de mi tienda, caminando muy poco*” (Jés, 05/09/2005 7-10)

descontroladamente. Hoje estou diferente e creio em nome de Jesus que já estou aprendendo a me reeducar (A Vencedora, NA, 05/09/2016).³¹

La negligencia por la salud fue considerada en la dimensión emocional. Para los sujetos de la investigación, los principales puntos de negligencia con la salud son: el descuido de sí, la baja asistencia a la salud, los disturbios hormonales, la falta de cuidado desde que empezaron a engordar, principalmente. Aunque sepan que pueden tener resultados perjudiciales para la salud, se sienten desanimados y descuidan de las decisiones preventivas, en promoción de la salud.

Fenómenos genéticos

“Bem, a minha obesidade, eu não sei se existe algum estudo científico que comprove isto, mas é uma coisa hereditária que vem passando de pais para filhos. Logo após os meus 20 anos de idade comecei a engordar, aos vinte e quatro anos me casei e aí foi que engordei mais” (Gordinho Saudável, 05/09/2005).³²

La genética surge en las narrativas autobiográficas como forma de explicar la obesidad de algunos implicados. Es perceptible entre ellos la relación de la obesidad con alimentación inadecuada, malos hábitos alimentarios, dietas hipercalóricas, sedentarismo y presencia de ambientes favorables al sobrepeso corporal, hechos que justifican mejor el exceso de peso corporal de los investigados, mucho más que la genética individualmente. La Organización Mundial de Salud considera que los genes envueltos en el incremento del peso corporal aumentan el riesgo o la susceptibilidad del individuo para el desarrollo de obesidad cuando expuesto a un ambiente desfavorable a salud (OMS, 2004). Sin ello, es probable que el individuo nunca desarrolle la obesidad por tener un factor genético susceptible.

Agregados a todos los fenómenos precursores de la obesidad, es posible que haya factores genéticos. Los valores de Índice de Massa Corporal (IMC) pueden estar influido de forma variable por medio de los factores genéticos y complementados con los factores ambientales en las personas obesas.

³¹ Traducción libre: “Cuando estoy nerviosa como sin parar y no me siento nunca saciada. También estoy muy ansiosa y creo que todo esto ayuda, para que coma descontroladamente. Hoy estoy diferente y creo en el nombre de Jesús que ya estoy aprendiendo a reeducar (A Vencedora, NA, 05/09/2016).

³² Traducción libre: “Bueno, mi obesidad, no sé si hay algún estudio científico que compruebe esto, pero es una cosa hereditaria que viene de padres a hijos. Después de mis 20 años empecé a engordar, a los veinticuatro años me casé y ahí fue que engordé más” (Gordinho Saudável, 05/09/2005).

Amaral & Pereira (2008) se refieren a que sería difícil separar el peso corporal relativo a estos factores debido al hecho de que las familias que comparten una herencia genética, simultáneamente, comparten un conjunto de exposiciones de naturaleza ambiental. Afirman que la obesidad es el resultado de un conjunto de condiciones, que incluyen los factores genéticos y ambientales. Dichos autores clasifican como ambientales los aspectos físicos, sociales y comportamentales.

Conforme el análisis de la Figura 25, los fenómenos ambientales están representados por: los educativos, los sociales y los físicos/emocionales. Estos fueron los responsables por el incremento de sobrepeso corporal y obesidad entre los investigados.

4.2.2. Fenómenos que contribuyen al aumento de peso corporal

“Porque sou obesa? Mau hábito alimentar; é servido refrigerante quase que diariamente em casa; comidas como: bolos, pão de queijo, rocambole, macarronada, lasanha, sanduíches, tem um frequente consumo no meu lar. Falta de atividade física; as comidas consumidas não são saudáveis; comer fora do horário, principalmente antes de dormir; porque não faço seleção entre as comidas saudáveis ou não; porque não consumo o que o meu organismo precisa e sim o que dar vontade de comer na hora” (Núbia, NA, 05/09/2005).³³

Se presenta en la Figura 26 el contexto de un Grupo de discusión sobre NA de las personas obesas del estudio. Y este tiene la finalidad de desarrollar aprendizajes sobre fenómenos que contribuyeron para el aumento de peso corporal de las personas obesos de la investigación-formación, en interacciones sociales.

³³ Traducción libre: “¿Por qué soy obesa? Mal hábito alimenticio; se sirve gaseosas casi a diario en mi casa; comidas como: pasteles, pan de queso, macarrones, lasaña, sándwiches, tiene un frecuente consumo en mi hogar. Falta de actividad física; las comidas consumidas no son saludables; comer fuera del horario, principalmente antes de dormir; porque no hago selección entre las comidas sanas o no; porque no consumo lo que mi organismo necesita, sino lo que da ganas de comer a la hora” (Núbia, NA, 05/09/2005)

Grupos de discusión	Discusión sobre la historia del otro: ¿Por qué su compañero se tornó una persona obesa?
De Fabio Junior para Leda	Sistema nervoso; ansiedad; falta de regla alimentar.
De Dione para Fabio Júnior	Um dos primeiros fatores foi logo na família que criança gordinha tem saúde. Quantidade exagerada de alimento falta de atividade física, comer em horários errados e comer alimentos ricos em gorduras e açúcares.
De Elaine para Dione	Observei que minha colega por falta de tempo começou a se alimentar de forma errada. Daí a falta de exercício físico veio a contribuir para que ela viesse a ganhar peso.
De Mariana para Andréa	Foi tendência, pois a sua mãe e o pai eram obesos. Também a depressão, a separação dos pais, a frustração com o relacionamento com o namorado.
De Pedro para Anne	Utilizando as próprias palavras da colega fica fácil afirmar que o motivo principal é a falta de cuidado com o corpo e a falta de uma alternativa para extravasar os problemas do dia a dia.
De Anne para A Vencedora	Não ter cuidado da alimentação. Não tinha limite para saber a quantidade de comida adequada para ela. Extrapolando na cota. Nunca ter cuidado com a alimentação e comia tudo o que queria. Principalmente, comidas calóricas. Distúrbios hormonais, facilidade para engordar. Descontar a ansiedade na comida.
De Andréa para Pedro	Como o colega destaca todos os pedidos que ele fazia para os seus familiares eram atendidos e como ele mesmo afirma, já nasceu acima do peso.
De A Vencedora para Jês	Meu colega tornou-se obeso pela falta de orientação alimentar. Como ele conta cresceu sempre vendo seu pai comendo tudo sem restrições. Aprendeu também assim. E a falta do exercício físico também contribuiu.
De Jês para Liria	A convivência com os seus familiares e o modo de se alimentarem com certeza contribuiu para a colega ganhar tanto peso, que ela de certa forma até exagerada considera maldita.
De Liria para Linda	Na gravidez da mãe, a mesma comia bastante, o que fez com que ela nascesse gorda. E a família do pai é toda de obesos.
De Fefê para Gordinho Saudável	Acredito que meu amigo tenha algum problema de saúde que o levou a ter este peso. Ele afirma que é hereditário, porém acredito que seja necessário mudar radicalmente a alimentação, já que ele diz comer pouco.
De Gordinho Saudável para Fefê	Quando era bebê era bonitinho, quando adolescente o amor contribuiu para engordar, quando adulto o casamento ajudou e muito.
De Linda para Nubia	Segundo o relato da minha colega o que contribuiu para a sua obesidade foi o mau hábito alimentar e a falta de atividade física.
De Nubia para Painho	Mudou de vida, deixando de ser desportista, deixou os vícios (bebida e cigarro) e acomodação com o casamento.
De Painho para Elaine	A falta de cuidado, O prazer pelas comidas gordas e doces, a vida sedentária, a falta de conscientização.

Figura 26 – Análisis sobre las narrativas: “Por qué su compañero se tornó una persona obesa”

Fuente: Bloque DI – GD, 12/09/2005.

La Figura 27 trae los resultados del análisis sobre fenómenos que contribuyen para el aumento del peso corporal en los individuos obesos.

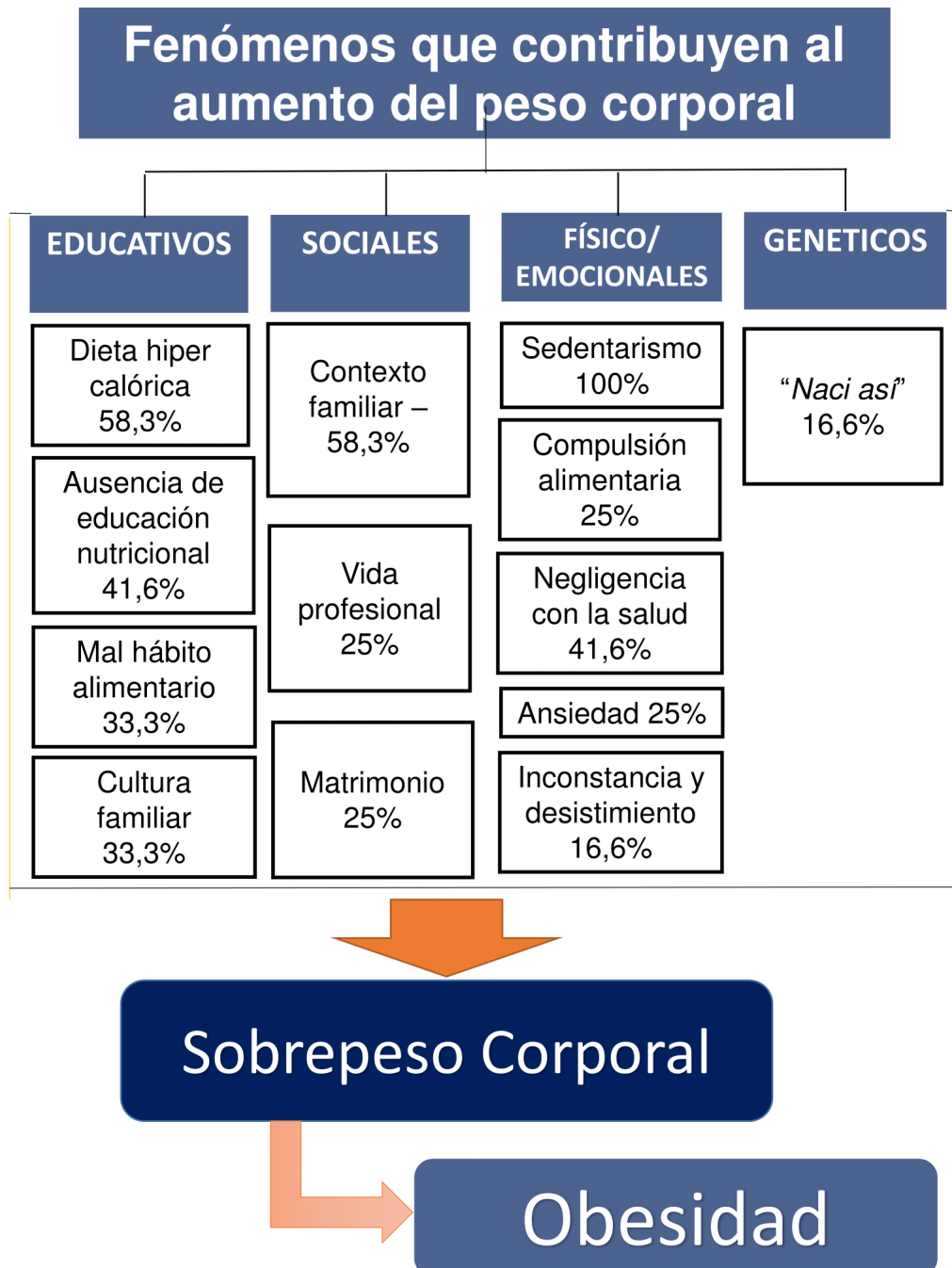


Figura 27 – Análisis de los aspectos que contribuyen para aumento del peso corporal
Fuente: Datos de la Investigación, con base en 12 participantes presentes.

Los fenómenos que contribuyen para el aumento de peso corporal de los investigados fueron analizados en grupos de discusión y reflexión sobre narrativas autobiográficas (Figura 26). Durante este proceso las personas obesas van tomando conciencia de sí mismas, de sus propias experiencias como persona obesa al reflexionar sobre el otro, su compañero y se reinventan a la medida que aprenden en la interacción, al discutir sobre por qué el compañero se tornó en una persona obesa. Al comprenderse a sí mismos, estos evidencian la percepción de fenómenos responsables por el aumento de peso corporal del compañero. Se añade a esto, el testimonio de una participante del estudio: “*Estou observando desde que o primeiro colega começou a falar, que estamos falando para o outro, mas na verdade, é para nós mesmos que falamos*” (GD; Nubia, 12/09/2005)³⁴

Cuatro grupos de fenómenos han sido destacados como facilitadores para el incremento del peso corporal de los investigados: los educativos, los sociales, los físicos/emocionales y los genéticos.

Fenómenos educativos

- a. Dieta hipercalórica: presencia de frituras, gaseosas y dulces, consumo frecuente de carbohidratos y lípidos, exceso calórico a toda hora, gusto por masas y azúcares.
- b. Ausencia de educación nutricional: por falta de conocimiento, por la ausencia de percepción de los errores alimentarios y del comer inadecuado.
- c. Malos hábitos alimentarios: dieta no saludable, falta de cuidado con alimentación, descuido con alimentación.
- d. Cultura familiar: creencias de los padres, comer para no enfermar, niños robustos sinónimo de salud, quien tiene salud es gordo.

Fenómenos sociales

- a. Contexto familiar: alimentación con exceso calórico, pobre en frutas y vegetales. Presencia de padres obesos.

³⁴ Traducción libre: “Estoy observando desde que el primer colega comenzó a hablar, que estamos hablando al otro, pero en realidad, es para nosotros mismos que hablamos” (GD; Nubia, 12/09/2005).

- b. Matrimonio: este evento propició sobrepeso corporal y peso alterado durante el embarazo.
- c. y vida profesional: actividad sedentaria y tiempo limitado para cuidar de la alimentación y de la salud, con incremento del sobrepeso corporal.

Fenómenos físicos/emocionales

Los aspectos analizados por las personas obesas para el incremento del peso corporal: sedentarismo, negligencia con la salud, compulsión alimentaria, ansiedad, inconstancia y desistimiento de cuidarse. Entre los fenómenos emocionales, la compulsión alimentaria, citada por el 42% de estos, pertenecía al 69% de los investigados, conforme fuentes del estudio. Todos estos colaboran para el incremento del peso corporal.

Fenómenos genéticos

Apenas tres personas del estudio refieren que han nacido por encima del peso normal. Por ello, el influjo genético fue considerado en el advenimiento del sobrepeso de estas personas, en contextos favorables a la obesidad.

4.3. Razones relacionadas al autor/actor en este momento de su existencia

[...] la mayor parte de las acciones no son mecánicamente determinadas, estas comportan la percepción de la situación, la evaluación de la situación en función de los proyectos y de los temores del actor. Estas comportan, también una cierta movilización de los recursos físicos, morales, intelectuales, relacionales y materiales del sujeto (Bertaux, 2008, p. 3)³⁵

La Figura 28 trae narrativas autobiográficas resultantes de grupos de discusión de los individuos obesos del estudio sobre narrativas autobiográficas. Sus discusiones están colocadas en la figura siguiente para contextualizar los resultados que presentamos.

³⁵ - El texto de Bertaux fue originalmente publicado en Gaulejac, V. & Levy, A. (orgs), (2000). *Récits de Vie et Histoire Sociale*. Paris, Eska y traducido a la lengua portuguesa por Norma Takeuti, 2008.

Grupos de discusión (GD) - (12/09/2005) Fenómenos que contribuyen para pérdida de peso corporal
<i>Procurar controlar a ansiedade que é o seu principal problema e mudar a sua estratégia nos horários de se alimentar. Exemplo: de 3 em 3 horas e fazer alguma atividade física (De Fabio Jr. para Leda)</i>
<i>Comer em quantidade pequena (suficiente); praticar atividade física, comer em horário certo e comer coisas saudáveis (De Dione para Fabio Jr)</i>
<i>Procurar se alimentar de forma correta nas horas certas, dormir menos e fazer alguma atividade no horário que tira para dormir (De Elaine para Dione).</i>
<i>Conversar com seus pais, fazer exercício físico, controlar a ansiedade e comer na hora certa. Quando estiver com raiva, escutar música e quando estiver triste ler um bom livro (De Mariana para Andréa)</i>
<i>Procurar atividades físicas e qualquer forma de ocupação, para que assim ela encontre outra forma de descontar seus problemas (De Pedro para Anne)</i>
<i>Começar a controlar a comida que ingere. (Continuar). (Passar) a comer nas medidas necessárias que o corpo dela necessita. Passar a ingerir verduras e frutas na alimentação. (Continuar). Procurar um tratamento para esse distúrbio hormonal. Saber canalizar essa ansiedade para outras coisas ao invés da comida, tais como: escutar música, ler um livro, brincar com um animal de estimação, tomar um copo de água ou ingerir uma fruta (De Anne para A Vencedora)</i>
<i>Parar de se acomodar e ter muita força de vontade para iniciar como já iniciou e continuar (De Andréa para Pedro)</i>
<i>Mudar os maus hábitos alimentares e fazer alguma atividade física. Incentivando para que ele coloque em prática as soluções sugeridas anteriormente. (De A Vencedora para Jês)</i>
<i>Ela tem que olhar para frente, com toda sua força e lutar para obedecer ao programa proposto e quando a ansiedade por comida lhe atacar, comer alguma coisa neutra como uma fatia de melancia, um copo de água de coco, um chá etc. (De Jês para Liria)</i>
<i>Fazer os exames de glicemia e observar a taxa de glicose se está alta, talvez com um remédio vá diminuir as taxas e conseqüentemente o peso (De Liria para Linda)</i>
<i>Malhar muito e comer com qualidade (De Fefê para Gordinho Saudável).</i>
<i>Na realidade eu acho que não existem muitas dificuldades, apenas uma perda do controle aqui e acolá (De Gordinho Saudável para Fefê)</i>
<i>Tudo na nossa vida exige esforço e dedicação. Então sugiro que a minha colega se esforce e tenha a certeza de que não estará lutando em vão, ao final todo o esforço para adquirir bons hábitos alimentares e de exercícios físicos será recompensado com uma vida bem mais saudável e dinâmica (De Linda para Nubia)</i>
<i>Voltar a praticar atividade física, não buscar a comida como refúgio e não se acomodar após o casamento (De Nubia para Painho)</i>
<i>Procurar reeducar os prazeres alimentícios. Buscar os seus objetivos (De Painho para Elaine)</i>

Figura 28 – Opiniones de los Sujetos investigados sobre los aspectos que contribuyen para la pérdida del peso corporal
Fuente: Bloque DII – Grupo de discusión sobre la narrativa autobiográfica de los investigados.

4.3.1. Fenómenos que contribuyen para pérdida del peso corporal

Inicialmente, presentamos el resultado del análisis de las narrativas autobiográficas realizadas durante la investigación, sobre los motivos que contribuyen a la pérdida del peso corporal, que está expuesto en la Figura 29. Los fenómenos que colaboran para la pérdida de peso corporal emergen de experiencias de las personas obesas, durante el estudio. Los resultados del análisis apuntan tres grupos de fenómenos, destacados por las personas obesas del estudio, como importantes para la pérdida del sobrepeso corporal: Educativos, Sociales y Emocionales.

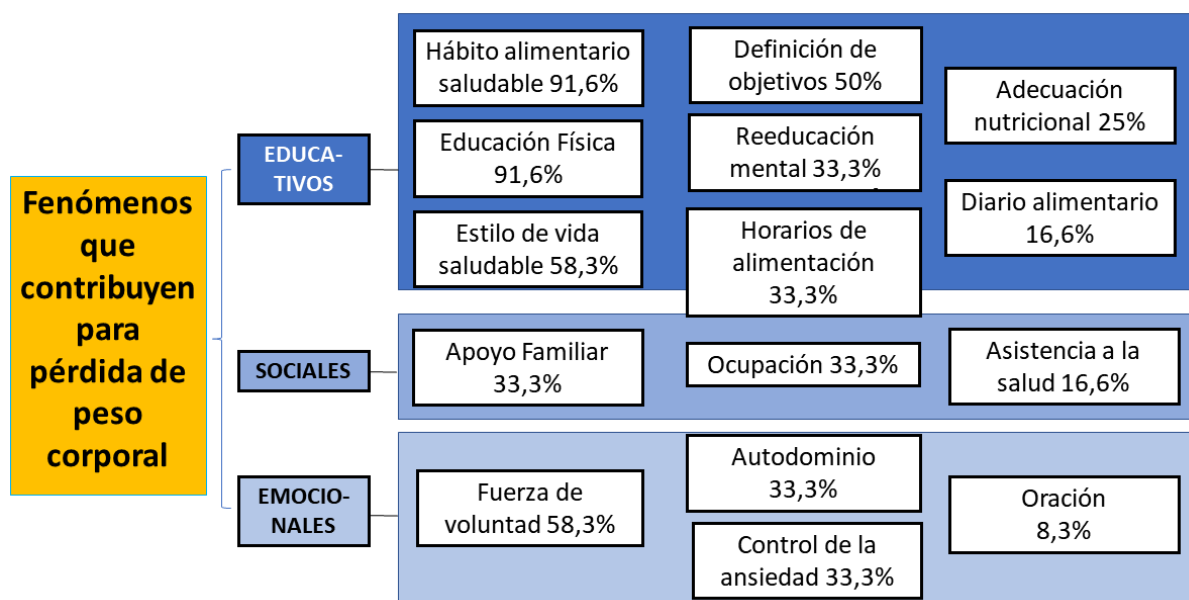


Figura 29 - Análisis de los fenómenos que contribuyen para pérdida del peso corporal
Fuente: Datos de la Investigación con base en 12 participantes presentes

Fenómenos educativos

Fueron diversos los fenómenos educativos observados. Primer, los *hábitos alimentarios saludables* con la inclusión de alimentos sanos como frutas y vegetales y control de los placeres del apetito desordenado; la *educación física*, para salir del sedentarismo físico; *estilo de vida saludable* con práctica de comportamientos sanos, actitudes y conductas alimentarias adecuadas a la salud; *definición de objetivos* de vida en relación a la salud; *reeducación mental* a través de aprendizajes significativos, de incentivo, de estímulo y de la autoestima; definición de *horarios de alimentación*

para adquisición de disciplina alimentaria, ritmo biológico y regulación del metabolismo; *adecuación nutricional* con dieta adecuada a las necesidades, en la cantidad y la calidad ideales a la salud y al estado fisiológico y por último, la elaboración de un *diario alimentario* para registro y percepción de los alimentos ingeridos y de los excesos cometidos por día, para el autocontrol alimentario.

La reeducación mental se destacó como un cambio de pensamientos, resultante del aprendizaje significativo sucedido durante el proceso de investigación-formación. Freire (1980) comenta que el hombre necesita aprender a organizar sus pensamientos, a pensar antes de actuar, un aprendizaje necesario a las personas obesas para el cambio de actitudes inadecuadas a la salud. La reeducación mental se produjo en la medida en que reflejaban y aprendían con sus propias experiencias, por ejemplo, al inicio de la investigación sólo dos personas, el 15%, percibía la influencia del exceso de alimento para la obesidad. Por otro lado, durante el proceso de aprendizaje se concienciaron y el 92% de ellos recomendaron y desarrollaron hábitos alimentarios saludables para la pérdida del exceso de peso corporal.

“Eu digo por experiência própria, já fiz dieta varias vezes e depois relaxei e voltei a engordar, então eu acho que não é fazer dieta. Saber sim, que aquele é um hábito que vai se tornar para o resto da sua vida, e não é um hábito ruim, é um hábito saudável, não é? Desenvolvi o hábito de fazer o diário alimentar e isso tem me ajudado muito, não deixo de fazer nenhum dia, lá eu vejo o que errei e o que tenho que melhorar...” (Anne, NA, 7/11/2005).

El 100% de ellos empezaron la investigación sedentarios. Durante la investigación el 92% se tornó consciente de que la práctica de caminatas y otras actividades, colaboraban con la pérdida del sobrepeso corporal. Entre ellos el 56% de las personas inactivas comprendieron su importancia para auxiliar la pérdida de peso corporal, aprendieron a practicar ejercicios físicos y prosiguieron practicando hasta el final del estudio. Sin embargo, el 46%, aunque convencido de su importancia, no logró establecerlo.

Fenómenos sociales

Los fenómenos sociales destacados para la pérdida de peso corporal fueron: Apoyo familiar, ocupación y asistencia a la salud. Las personas investigadas se refieren a que el ambiente familiar necesita de prácticas alimentarias sanas, incentivo y apoyo a la disciplina alimentaria de la familia para favorecer la pérdida del sobrepeso

corporal de sus miembros. Según Mancini y Halpern la familia ejerce un gran influjo para la determinación del peso corporal de sus miembros. Podemos considerar que la familia es el primer grupo social vulnerable al desarrollo de la obesidad por el porcentual de influencia que los padres obesos tienen sobre el peso corporal de los hijos. (M. C. Mancini & Halpern, 2007)

La *ocupación* fue referida como necesaria para la pérdida de peso corporal. Indispensable para mantener activo el físico, la mente y evitar la ociosidad que lleve al comer sin pensar y sin la necesidad real de alimentos. Además de esto, *la asistencia a la salud*, factor social importante para tratamiento, diagnóstico, exámenes, control, prevención y promoción de la salud de la persona obesa.

Fenómenos emocionales

Los fenómenos emocionales referidos por las personas obesas como eficaces para la pérdida de peso corporal: Fuerza de voluntad, Autodominio, control de la ansiedad, oración. Explicados como esfuerzo, dedicación, lucha personal y persistencia para permanecer perdiendo el sobrepeso corporal. El autodominio, considerado como la determinación y la firmeza para el autocontrol del comer compulsivo. La oración fue destacada como un factor importante para la pérdida de peso corporal, aspecto que, por aumentar la confianza en Dios, colabora para amenizar la ansiedad, adquirir calma, fuerza y fe para proseguir.

Estos fenómenos puestos en práctica por las personas obesas contribuyeron para la pérdida del sobrepeso corporal. A la medida en que tomaban conciencia de sus experiencias en narrativas autobiográficas, en discusión e interacción con los otros, aprendían a actuar en las diversas situaciones del cotidiano, con más conciencia, integrando los nuevos aprendizajes, hechos que posibilitaron cambios de comportamientos, de hábitos alimentarios y pérdida del peso corporal durante la investigación-formación. A este proceso llamamos reeducación mental, por la tomada de consciencia adquirida del proceso de reflexión sobre las experiencias de vida.

4.3.2. Génesis del sobrepeso y de la obesidad

Las personas obesas manifiestan fenómenos que influyen en el sobrepeso y la obesidad vivenciados por ellas, quizás, no previstos desde las teorías corrientes. Esto está expuesto a continuación en la Figura 30, en la que se explica el *porqué de la utilización de la alimentación como una válvula de escape en momentos de frustraciones*. Este conocimiento nos ayuda a comprender por qué ellos continúan obesos y a distinguir caminos para evitar que más personas sufran con el sobrepeso corporal y, consecuentemente, con la obesidad, en este siglo.

Narrativas autobiográficas - “¿Por qué utilizo la alimentación como válvula de escape?”

“Em minha opinião isto acontece por não entendermos o que isto nos causa. Eu fazia isto e hoje fico muito feliz por estar mais consciente. Na verdade, acontecia comigo, mas não sei como explicar realmente, era uma coisa sem controle. E quando percebia já tinha comido o que não devia e em uma quantidade grande e aí chegava o sentimento de culpa por ter feito isto. Na verdade, acho que é uma maneira de ocupar a mente e naquele exato momento se distrair e colocar seu pensamento em outra coisa. Porque temos consciência que isto só nos traz mal. Hoje sou consciente, graças a Deus e a este programa, por isso me denominei: A Vencedora. Porque estou vendo muitas melhoras e vencerei”. (NA, A Vencedora, 26/09/2005, 1-6).

“Acho que é por ser mais fácil do que o problema que tenho a minha frente, pois muitas vezes confiamos em um amigo, um freguês, e ele falha terrivelmente e muitas vezes até sem perceber nos vingamos na alimentação, as dificuldades no comercio ou outras atividades”. (NA, Jês, 26/09/2005, 1-3).

“Quando estou ansiosa com um problema sério para resolver e não vejo solução de imediato, quase sempre desconto na comida. Como sem moderação e não vejo mais nada na minha frente. Certamente depois me arrependo amargamente. Mas a desgraça já está feita e continuo assim por algum tempo até que ache algo que me motive e me faça feliz”. “Penso no que eu seria, se fosse mais magra, aí começo uma nova dieta pela milésima vez”. (NA, Liria, 26/09/2005, 1-4).

“Não pratico este método utilizado pelos nervosos e estressados, pois até o momento não tive necessidade de cometer tal erro, pois sou consciente que existem outras práticas mais saudáveis para se corrigir tamanha necessidade. Podemos citar como, por exemplo: ler um bom livro, assistir um bom filme, e se envolver com a obra do criador”. (NA, Painho, 26/09/2005, 1-3).

“Talvez por ser mais fácil preparar algo em casa ou até mesmo sair para comer algo na rua, do que procurar algo de útil para fazer”. A comida, sempre que estamos nervosos, ela sempre se apresenta como mais acessível, seja na rua ou em casa. Se estamos em casa e temos um contratempo é só olhar para o lado e lá está a cozinha. Na rua é sempre presente os famosos fast-food ou os conhecidos “sebozões”, sempre prontos para nos dá o ombro amigo. (NA, Pedro, 26/09/2005, 1-4).

“Como se sabe a alimentação proporciona sensação de saciedade e prazer. E quem não gosta de sentir tais sensações não é mesmo? Só que se ficasse só nessas sensações agradáveis seria ótimo. Ao invés disso sabemos que ao ingerir alimentos em grandes proporções e com muitas calorias, sem haver também uma quantidade de exercício físico que gastem esse excesso de alimentos ingeridos, eles vão se transformar de bonzinhos para os maiores vilões da pessoa, por experiência própria. As vezes da vontade descontrolada de comer muito, mesmo não sendo tanta fome só para ficar com essas sensações, mas logo após que termino de comer, fico me sentindo bem pior que antes. Fico com raiva duas vezes. Do meu problema e de mim. Tenho vontade de chorar e por tudo para fora. Mas aí já é tarde! “. (NA, Anne, 26/09/2005, 1-7).

(Continua)

(Continuación)

<p><i>“Porque a comida satisfaz a ansiedade daquele momento”. Por exemplo: antes quando eu estava comendo muito e alguém falava: _Núbia você está comendo muito, vá devagar! Eu ficava danada e comia muito mais, como se estivesse respondendo que a pessoa não tinha nada a ver com a minha vida. (NA, Núbia, 26/09/2005, 1-3).</i></p>
<p><i>“Eu não uso, quando eu estou nervosa fico andando de um lado para o outro. Fico também torcendo as mãos e pedindo a Deus que o meu nervosismo passe logo”. (NA, Mariana, 26/09/2005, 1-2).</i></p>
<p><i>“Em minha opinião é que as pessoas acham que fazendo este tipo de coisa vai resolver o seu problema. Tem o hábito de comer demais como um vício. Eu considero comer exagerado como uma pessoa viciada, que resolve satisfazer o seu desejo. Mas eu já não ajo desta maneira. Pois se eu tiver triste, com raiva, perco até a vontade de comer. Para mim, o que me fez engordar foi comer massas, doces e frituras”. (NA, Elaine, 26/09/2005, 1-4).</i></p>
<p><i>“Eu particularmente não utilizo esta válvula de escape. Pois me satisfaço com pouca comida quando estou ou não estressado. O meu escape é comer alguma coisa quando estou com fome. Comia qualquer coisa, agora não como mais, procuro comer algo saudável”. (NA; Gordinho Saudável, 26/09/2005, 1-3).</i></p>
<p><i>“Quando estou preocupada, triste, magoada, impossibilitada de mudar situações, sem conseguir manter determinações do que eu quero para minha vida, sentimento de incapacidade de ter o meu corpo de volta. Neste momento tenho muita fome, meu sistema nervoso fica abalado, sinto um tremor interior e ao comer este mal-estar desaparece”. (NA, Ex gorda, 26/09/2005, 1-3).</i></p>
<p><i>“Não sei, nunca havia pensado muito nisso, o que sei é que quando estou nervosa ou preocupada com algo sinto muita vontade de comer e por mais que eu tente não consigo não fazê-lo. E o pior de tudo é que por vezes tento comer apenas uma maçã ou uma laranja, mas a fome que sinto não é saciada se eu não comer um sanduíche de pão com queijo ou biscoito, algum tipo de massa”. (NA; Linda, 26/09/2005, 1-4).</i></p>
<p><i>(NA; Fábio Júnior, 26/09/2005,</i></p>

Figura 30 – Opiniones sobre los motivos para utilizar la alimentación como válvula de escape
Fuente: Bloco F – 13 individuos presentes a esta sesión.

La Figura 31 reproduce los resultados del análisis interpretativo de las narrativas autobiográficas a partir de la pregunta: "Por qué utilizo la alimentación como válvula de escape". Conforme los investigados, la génesis del sobrepeso corporal y de la obesidad entre ellos empieza por los fenómenos ambientales facilitadores de la compulsión alimentaria, interpretados como fenómenos educativos y fenómenos emocionales.

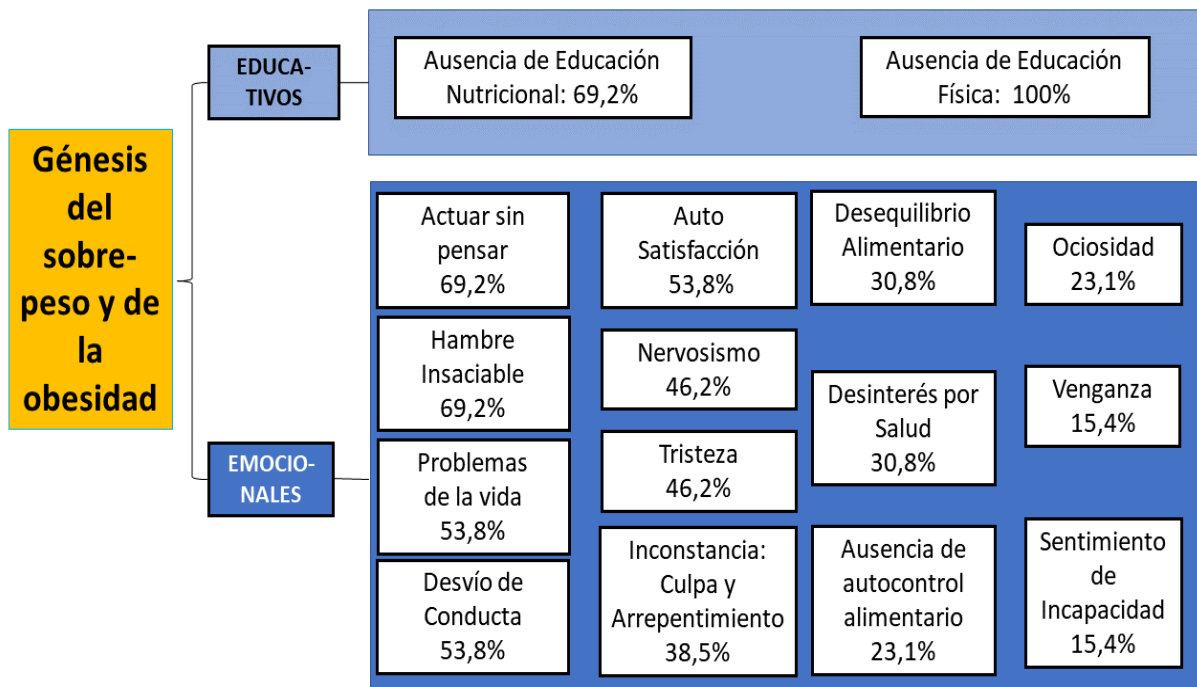


Figura 31 - Análisis de la génesis del sobrepeso y la obesidad.
Fuente: Datos de la Investigación

Los *Fenómenos Educativos* fueron indicados como ausencia de educación nutricional y de educación física. Los hábitos alimentarios inadecuados en el ambiente de la familia, en el trabajo y en los grupos sociales, la falta de conocimiento sobre la alimentación y la nutrición adecuadas a un estilo de vida saludable, son aspectos reclamados por el 69% de los investigados. El sedentarismo, por la ausencia de educación física en el 100% de las personas obesas al inicio del estudio, cambiando este porcentaje para el 46% sin actividad física, al final de la intervención.

Por su vez, los *Fenómenos Emocionales*, presentes en las experiencias de los investigados y registrados en narrativas autobiográficas, entre ellos se destacan como: actuar sin pensar, hambre insaciable, problemas, desviación conductual, auto

satisfacción, nerviosismo, tristeza, inconstancia entre culpa y arrepentimiento, ociosidad, venganza, sentimiento de incapacidad. Todos estos promueven el consumo de alimentos en exceso, mientras ameniza la ociosidad y la tensión momentáneas, desencadenan desequilibrios nutricionales y generan inconstante culpa y arrepentimiento, en un círculo vicioso e insaciable por alimentos. Estos fenómenos juntos son facilitadores del *comer compulsivo* y, fueron indispensables a la génesis del sobrepeso corporal y de la obesidad entre las personas obesas investigadas. Al contrario, el proceso de formación sucedido durante la intervención educativa apunta cambios adquiridos por el aprendizaje de un estilo de vida saludable.

4.3.3. Estrategias para control del comer sin pensar

La figura 32 a continuación, resulta del análisis sobre las narrativas autobiográficas y de los grupos de discusión de los investigados sobre la compulsión alimentaria. El comer compulsivo es un fenómeno presente en nueve de los 13 investigados. El 69% de ellos presentó compulsión alimentaria, registrada en sus narrativas autobiográficas y comprendida en los grupos de discusión y socialización. El control del comer compulsivo o del comer sin pensar, surge como estrategia para evitar el sobrepeso corporal y la obesidad de los investigados.

Estrategias para prevención y control del Comer Compulsivo



Figura 32 - Análisis de las estrategias para el control del comer compulsivo
Fuente: Datos de la Investigación

La Figura 32 enseña que los individuos obesos de la investigación-formación desarrollaron estrategias para la *PREVENCIÓN* y *CONTROL* del comer compulsivo. Dichas estrategias apuntan en primer lugar para la *Educación Nutricional*, resultante del conocimiento y de aprendizajes sucedidos para un estilo de vida saludable, una alimentación adecuada a la salud, la exclusión de alimentos innecesarios, la inclusión de alimentos saludables y la práctica de una actividad física. Hechos ejercitados durante la investigación.

La *Educación Emocional* sucedió como consecuencia del proceso de aprendizaje para el cambio. Hecho que colaboró para el control del estrés, de la ansiedad, de la frustración, de la preocupación, de la perseverancia, del esfuerzo y de la determinación, con refuerzo del auto dominio y la mejora de la autoestima, aspectos antes disparadores del comer compulsivo. El pensar para actuar con conciencia fue una estrategia puesta en práctica por los investigados colaborando para la conciencia en la acción con cambios significativos sobre el comer compulsivo, resultando en reducción del peso corporal y del riesgo para enfermedades.

Con estas explicaciones consideramos que la educación nutricional es la principal estrategia de *prevención* y de *control* frente al sobrepeso y la obesidad humana. Inicialmente, como prevención para la formación de personas saludables, fundamentalmente en la familia y desde la etapa del embarazo y luego, para el desarrollo de un ambiente sano con conductas alimentarias adecuadas a la salud de los padres y de los niños en crecimiento.

Esto porque son los padres los primeros *maestros* para los hijos y son los que protagonizan el crecimiento y desarrollo humano. Son los padres que educan, cuidan y son el ejemplo para ellos a través de la enseñanza práctica del cotidiano y de esta forma, suministran una experiencia de formación que actuará como recordación-referencia para las conductas, los hábitos alimentarios, las preferencias y las elecciones durante toda la vida. Josso (2004) explica como ocurre la recordación-referencia.

Recordación referencia significa, al mismo tiempo, una dimensión concreta o visible, que apela a nuestras percepciones o a las imágenes sociales, y una dimensión invisible, que apela a emociones, sentimientos, sentido o valores. El recuerdo-referencia puede ser calificado de experiencia formadora, porque lo que se aprendió (saber hacer y conocimientos) sirve, de ahí en adelante, de referencia a numerosísimas situaciones del género, o de acontecimiento existencial único y decisivo en la simbólica orientadora de una vida (Josso, 2004).

La recordación referencia sobre la alimentación de cada persona tiene íntima relación con su historia de vida. Los hábitos alimentarios de los investigados están ajustados a las experiencias familiares, firmados en un aprendizaje informal que sobreviene desde la niñez, del entorno familiar, con su cultura y creencias que inducen al sobrepeso corporal y a la obesidad entre ellos, por ejemplo, la creencia de que, *niño gordo era sinónimo de salud*, es un refuerzo para una super alimentación, como cultura de la familia. Estos aprendizajes atraviesan la infancia y siguen funcionando

como recordación referencia para orientar las diversas situaciones que involucran la alimentación al largo de la vida del individuo.

Josso (2004) califica esta situación como experiencia formadora, porque lo que fue aprendido (saber hacer y conocimientos) será útil ante las diversas situaciones que serán vivenciadas. Con estas consideraciones será provechoso para los padres y familiares enseñar a los niños conductas alimentarias promotoras de salud física y emocional para que aprendan de manera adecuada desde el nacimiento y protejan la salud. El aprendizaje en la niñez con los padres, permanece como recordación referencia, para toda la vida y la instrucción al niño, primeramente, acontece con el ejemplo de los padres, en el seno de la familia. Recuerdo la escritura bíblica cuando dice, *“Instruye al niño en su camino y ni aun de viejo se apartará de él”* (Proverbios 22:6, Reina-Valera, 1960).

Meu filho Breno está querendo me copiar, lhe vejo fazendo o que eu faço. Antes eu comia tudo que estivesse em minha frente, oito pães, salgados, coca cola, Cada dia gastava 10 reais na padaria e nos fins de semana gastava 20 reais, no mínimo, gastava muito na padaria, agora não, até isso é bom, estou economizando muito. (NA; Gordinho Saudável, 17/10/2005).

La educación nutricional resultante del aprendizaje durante el proceso de investigación-formación logró diversos cambios en los investigados con repercusión en la familia (Gordinho Saudável, 2005). Conforme el estudio, las personas obesas presentaron cambios físicos y mentales con desarrollo de hábitos alimentarios sanos en la familia, de forma que eliminaron conductas alimentarias inadecuadas relacionadas al comer en exceso y sin pensar y pasaron a actuar con una mentalidad consciente en las diversas situaciones. Hechos que resultaron en la pérdida de peso corporal y en la mejora de la salud, con efecto en la familia, alcanzando salud en su plenitud. La Organización Mundial de Salud afirma que Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no aisladamente, la ausencia de enfermedades (Ferreira, Dias, Franciscan, Mota, & Oliveira, 2014).

4.4. Construyendo saberes

Todo el mundo podemos soñar y sentir, dar sentido a nuestra existencia. La aportación de cada uno es diferente a la del resto y, por esto, irrecuperable si no se tiene en cuenta. Cada persona excluida es una pérdida irreemplazable para todas las demás. Del diálogo igualitario entre todas es de donde puede resurgir el sentido que oriente los nuevos cambios sociales hacia una vida mejor (Flecha, 2003)

Al final, ¿para qué sirven las historias de vida?



La investigación-formación que presentamos medió el proceso de formación de los investigados, jóvenes y adultos obesos, para el cambio en sus estilos de vida. Las voces subjetivas de estas personas obesas florecieron en narrativas autobiográficas, como autores y actores de la situación, para esta tesis. Al narrar sobre sí mismo en reflexión, para responder a una cuestión, discutir y luego socializar las distintas situaciones de las experiencias de la vida cotidiana, manifestaron hechos concernientes a la realidad vivida, en interacción con otros. Así dieron significado a las experiencias que les constituyeron como personas obesas, en narrativas autobiográficas. Como refiere Pineau (Pineau, 2006b) un medio vital y estratégico para construir y dar sentido a la vida, con la intención de conquistarla, hacerla o rehacerla y comprenderla un poco como persona obesa, nombre designado por los teóricos de la salud.

De esta manera las personas obesas son cuestionadas en narrativas autobiográficas. Un proceso que les concede la oportunidad de pensar reflexivamente en experiencias vividas, en las cuales, posiblemente, colaboraron con el fenómeno de la obesidad. Este proceso les permite aprendizajes que viabilizan hacer, rehacer y comprender la propia vida en sus experiencias cotidianas, como persona obesa, resultando en formación para la mejora del estilo de vida de los implicados. Dominicé (2006) comenta que, *“La formación consiste entonces en reunir, como en un ‘metabolismo’, los elementos dispersos de la experiencia de vida, en construir el sentido de una dispersión existencial, en la que presenta las elecciones maduras, y una capacidad de recontar en otros lugares, diciendo ‘yo’”* (Dominicé 2006, p. 353), conforme se evidencia en la narración de uno de los participantes del estudio:

“Eu sou o Gordinho Saudável, pois apesar de gordinho não tenho problemas de saúde que são atribuídos, na sua maioria, aos gordos [...]. Pensei comigo mesmo: entrei no programa com 106 kg, esses quarenta quilos em excesso eu ganhei em aproximadamente 30 anos, mas, como fazer para eliminá-los? [...]. Então cheguei a uma conclusão: pondo em prática tudo que aprender aqui neste programa, vou ser uma pessoa educada na minha alimentação e no máximo vou gastar 10% do tempo que passei para ficar gordo, para eliminar o excesso. Se eu quiser e eu quero!” (Gordinho Saudável, 19/09/2005).³⁶

Contar la propia historia en la narrativa autobiográfica, según Josso (2004) facilita al individuo la posibilidad de formación, con la integración de las experiencias, los aprendizajes y los conocimientos, creativamente. Estas dimensiones del propio ser, en un proceso de reflexión para comprensión de sí mismo, promueve el autoconocimiento emergente de las experiencias de vida de las personas obesas. En sus palabras, es como *“crear un espacio que da legitimidad a la movilización de la subjetividad como modo de producción de saber”* (Josso, 2004, p. 23). Un espacio propio de posibilidades, para construcción de comportamientos y aprendizajes, integradas a las experiencias de las personas obesas.

³⁶ En una traducción libre: Yo soy el gordito sano, pues a pesar de ser gordito no tengo problemas de salud que se le atribuyen, en su mayoría, a los gordos [...]. Pensé conmigo mismo: entré al programa con 106 kg, estos cuarenta kilos en exceso que gané en aproximadamente 30 años, pero ¿cómo hago para eliminarlos? [...]. Así que llegué a una conclusión: poniendo en práctica todo lo que aprenda, aquí, en este programa, voy a ser una persona educada en mi alimentación y a lo máximo voy a pasar el 10% del tiempo que pasé para quedarme gordo, para eliminar el exceso. Si yo quiero, quiero

Josso (2004) y Pineau (2006) destacan que la construcción de narrativas autobiográficas propicia una reflexiva orientación individual y colectiva. *“La autoformación parece ser la expresión de un proceso de antropogénesis que extrapola las estratificaciones sociales y educativas tradicionales”* (Pineau, 2006, p. 68). Las narrativas autobiográficas hacen emerger el saber de las personas obesas y la escritura nos permite conocer, quiénes son ellos, cómo se construyen, cómo se hacen autores de la vida al narrar sobre sí mismos, y cómo estos eligen y organizan experiencias de vida y posibilitan proyecciones para un futuro de cambios. Una experiencia de construcción de saberes, para el cambio, por medio de las narrativas autobiográficas y sus interacciones.

Para ello nos sirven las historias de vida de las personas obesas, en narrativas autobiográficas. Durante el proceso de investigación-formación ellas elaboraron narrativas autobiográficas, con interpretación e interacción con el otro, y, además, participaron de grupos de estudio y formación, estudio de casos y análisis de dietas de otras personas obesas, para aprender a través de la resolución de problemas, discusión y socialización de experiencias. Todo esto posibilitó a los investigados la construcción de aprendizajes para el cambio en el estilo de vida, de forma particular.

Asimismo, desarrollaron aprendizajes sobre alimentación saludable para que sepan como armonizar y equilibrar los diversos alimentos y nutrientes en su dieta diaria. Este aprendizaje fue alcanzado durante el proceso de elaboración de narrativas autobiográficas, en grupos de estudio sobre los alimentos y grupos alimentarios de la Pirámide de Alimentos, posibilitando aprendizajes para desaprender malos hábitos y sustituirlos por hábitos alimentarios adecuados a una vida sana. Esto fue inicialmente, una paradoja para los investigados que, aun acostumbrados a una educación bancaria, aprendieron a aprender y a construir hábitos alimentarios saludables para un nuevo estilo de vida, en interacción de experiencias con sus pares. Esto ha resultado en aprendizajes para un cambio mental con la integración de nuevos aprendizajes, con pérdida de peso corporal durante la investigación.

Me duele que no nos dé una dieta. En cierto modo, esto nos crea insatisfacción; nos hace buscar nuestra propia dieta, cuando yo preferiría que me dijeras qué, cómo, cuándo y dónde. Este es un proceso de aprendizaje duro, constructivista, natural, propio y personal (DI, DEN, 2004).

La Pirámide de Alimentos de la Figura 33 representa un modelo para una alimentación sana, variada y moderada, para preservar el bienestar nutricional a la población. Ella fue creada para ayudar a las personas sobre que deben consumir para obtener una dieta saludable y para mantener el peso corporal ideal. Distribuye los alimentos existentes en ocho grupos y en su base orienta el consumo de agua y la actividad física. De forma gráfica, orienta la cantidad que se debe consumir de cada grupo alimentario por día, para reducir carencias nutricionales y enfermedades, como la obesidad. Fue usada como guion y estrategia para el aprendizaje de hábitos alimentarios sanos y para la práctica de un estilo de vida saludable entre las personas investigadas.



Figura 33 - Pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira
 Fuente: Philippi, 2014.

Novoa & Finger (1988, p. 127) comentan que, *“Toda la formación es un proceso de apropiación individual, que se hace en una permanente interacción y confrontación con los otros”*. La elaboración de narrativas autobiográficas, los grupos de discusión y socialización sobre la Pirámide de alimentos posibilitaron para cada persona obesa investigada la apropiación de sus experiencias anteriores en confrontación consigo y con los otros, provocando una reconstrucción del vivido por el aprendizaje del presente, con proyecciones para el futuro. *“O êxito vai depender muito de pôr em prática tudo que vamos aprender aqui”* (GD, Gordinho Saudável, 12/09/05).

Aqui na pirâmide tão conhecida por nós todos, o grupo das frutas recomenda 2 a 4 porções por dia. Nelas, encontramos as vitaminas tão importantes para o nosso corpo, e os sais minerais e fibras. Agora o que seria uma porção? Eu mesma às vezes me confundo na hora de fazer meu diário alimentar, mas, por exemplo, uma laranja é uma porção, uma banana é uma porção, uma maçã é uma porção, são frutas que geralmente se come toda, não se guarda um pedaço na geladeira, como se faz com outras frutas maiores. Outra coisa, se você diminuiu o açúcar, como a fruta tem a frutose que é um açúcar, então você pode comer um pouco mais de fruta se estiver desejando comer doce, é melhor do que comer um doce (GD, Anne y Liria, 14/11/2005).³⁷

Según este relato, los pequeños grupos de estudio posibilitaron aprendizajes a las personas obesas. El aprendizaje sobre la Pirámide de Alimentos facilitó a los investigados identificar errores y aciertos alimentarios para la construcción de una alimentación más saludable, con dietas más equilibradas, con reducción de los alimentos innecesarios a los adultos, como son los azúcares y dulces, con cambios favorables a la pérdida de peso corporal de los investigados.

Eu era uma “formiga” por doce, hoje eu já não faço questão por doce. O meu problema é que eu como muito fora de casa, mas em casa eu já tenho todo o cuidado para ter uma alimentação saudável. Mesmo fora de casa eu tento me controlar e opto por não comer de tudo que está à mesa. Tenho falado para minha amiga porque em tudo ela bota molho, eu digo, *“não precisa. Tu botas molho só no macarrão e deixa o arroz simples que é mais saudável”*. Inclusive essa minha amiga faz três dias que

³⁷ Traducción libre por la investigadora: *Aquí en la pirámide tan conocida por todos nosotros, el grupo de las frutas recomienda 2 a 4 porciones por día. En ellas encontramos las vitaminas tan importantes para nuestro cuerpo, y las sales minerales y fibras. Ahora, ¿qué sería una porción? Yo mismo a veces me confundo a la hora de hacer mi diario de alimentos, pero, por ejemplo, una naranja es una porción, un plátano es una porción, una manzana es una porción, son frutas que generalmente se come todo, no se guarda un pedazo en la nevera, como se hace con otras frutas más grandes. Otra cosa, si usted disminuyó el azúcar, como la fruta tiene la fructosa que es un azúcar, entonces usted puede comer un poco más de fruta si está deseando comer dulce, es mejor que comer un dulce* (GD, Anne y Liria, 14 / 11/2005).

ela está caminhando comigo, já consegui levá-la para caminhar. Então aos poucos eu estou conseguindo ajudar. E uma vitória muito grande que eu tive foi de conscientizar meu filho a respeito de biscoito recheado. Esse mês eu não comprei um biscoito recheado para ele, para mim é uma vitória grande. Eu estou aprendendo aqui e estou passando para ele. E sei que futuramente vai fazer muito bem para ele. Hoje e futuramente (GD, A Vencedora, Elaine, Fabio Junior, 14/11/2005)³⁸

En cada sesión el grupo de individuos obesos aprendía en un proceso de reflexión, discusión y socialización. Las narrativas autobiográficas elaboradas a partir de las experiencias de los investigados señalan mejora del peso corporal y promoción de la salud entre ellos, conforme declara una participante de la investigación “[...] *Faz seis semanas que caminho e faço reeducação alimentar... e me sinto muito bem, meu marido está admirado, pois antes eu vivia indo para o pronto socorro com pressão alta*” (NA, A Vencedora, 26/09/2005).³⁹

Los investigados tuvieron la oportunidad de practicar aprendizajes referentes a la alimentación y estilos de vida saludables (Apéndice 6). Un estudio de casos con obesos externos a la investigación fue realizado para la práctica de aprendizajes adecuadas a la salud de los implicados. Divididos en pequeños grupos, estudiaron y analizaron casos de personas obesas y orientaron los cambios necesarios para la mejora de hábitos alimentarios y promoción de la salud. La comprensión que desarrollaron sobre los alimentos y nutrientes de la Pirámide facilitó la construcción de dietas adecuadas, de acuerdo con la necesidad individual de cada caso estudiado.

Ausubel, Novak, & Hanesian (1983) refieren que el aprendizaje significativo acontece cuando mediante un esfuerzo intencional, una nueva información es obtenida por parte del aprendiz, y esta se conecta con relevantes conceptos o

³⁸ Yo era una "hormiga" por dulce, hoy ya no hago cuestión por esto. Mi problema es que yo como mucho fuera de casa, pero en casa ya tengo todo el cuidado de tener una alimentación sana. Incluso fuera de casa trato de controlar y opto por no comer de todo lo que está a la mesa. He hablado a mi amiga porque en todo ella pone salsa. Yo digo, "no necesita. Tu pon salsa sólo en el macarrón y deja el arroz simple que es más sano". Incluso esa mi amiga hace tres días que está caminando conmigo, ya conseguí llevarla para caminar. Entonces poco a poco estoy consiguiendo ayudar. Y una victoria muy grande que tuve fue de concienciar a mi hijo acerca de las galletas rellenas. Este mes no compré una galleta rellena para él, para mí es una gran victoria. Estoy aprendiendo aquí y estoy pasando a él. Y sé que en el futuro va a hacer muy bien para él. Hoy y en el futuro (GD, La ganadora, Elaine, Fabio Junior, 14/11/2005).

³⁹ Traducción libre por la investigadora: “[...] Hace seis semanas que camino e hice reeducación alimentaria y me siento muy bien, mi esposo está admirado, pues antes yo vivía yendo al servicio de urgencia con presión alta” (NA, A Vencedora, 26/09/2005)

proposiciones anteriores en su estructura cognitiva. La construcción de dietas adecuadas para reducción del peso corporal y mejora del estilo de vida, es un aprendizaje significativo para estas personas obesas porque dicen respeto a sus vidas, resultando en cambio de los hábitos inadecuados y de estilo de vida, para los propios investigados. Dichos autores refuerzan que el principal en el proceso es que el aprendizaje sea significativo, es decir, el contenido a ser aprendido debe hacer algún sentido para quién lo aprende.

En esta dirección, el proceso de aprendizaje de las personas obesas fue progresivo y estuvo en manos de los investigados, construirlo. No obstante, es importante que los nuevos aprendizajes ancoren en conceptos ya existentes en la estructura cognitiva del aprendiz, por ejemplo, las percepciones que ya tienen sobre los alimentos para la comprensión de su función en el organismo, sus beneficios, las necesidades fisiológicas, el valor nutricional de los alimentos, para posibilitar la construcción de dietas adecuadas y saludables, en promoción de la salud. La figura 34, a continuación, trae narrativas autobiográficas resultantes de discusión sobre la pirámide de alimentos y sobre las dietas prescritas (Apéndice 7).

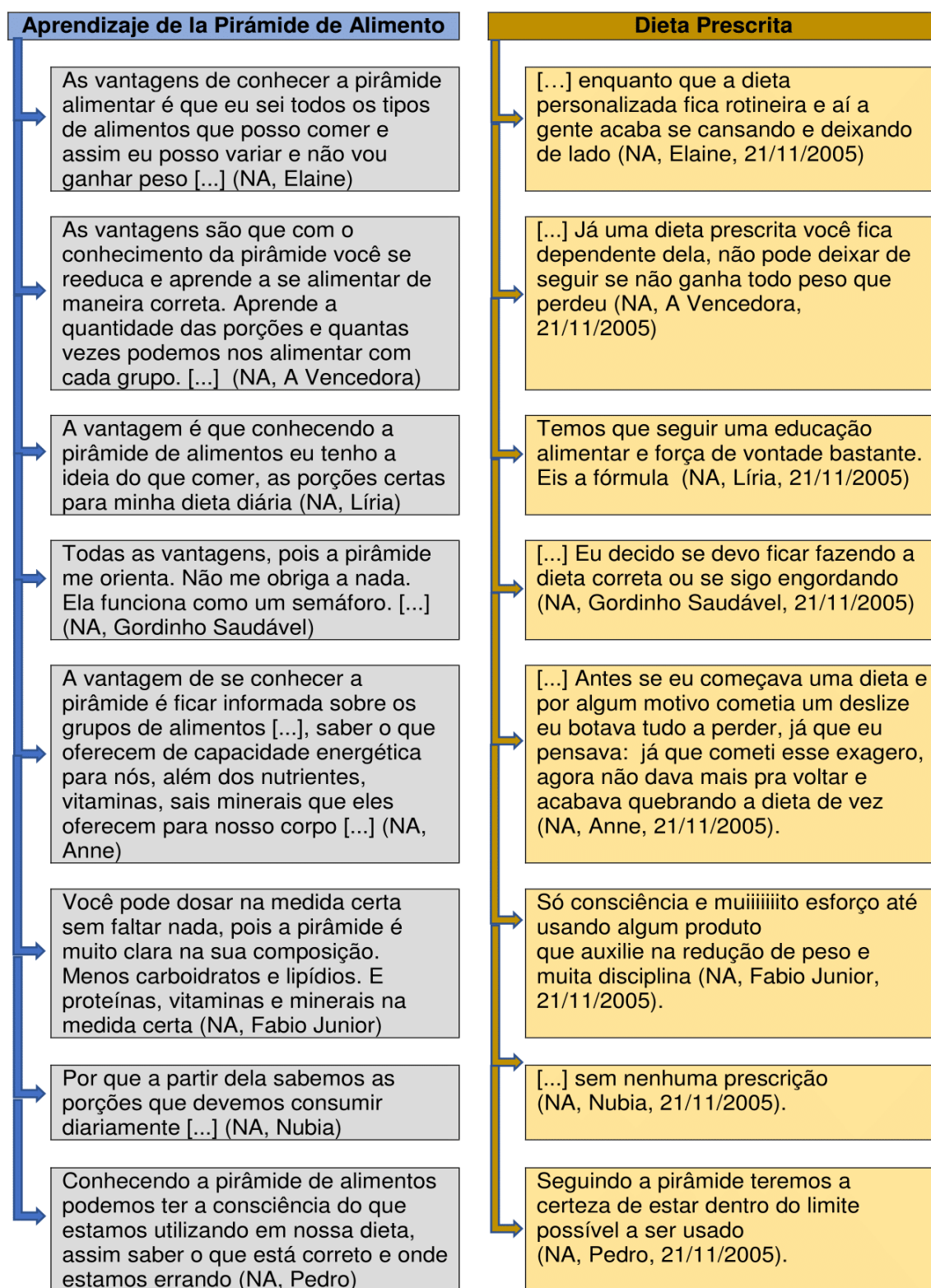


Figura 34 - Opiniões sobre la relación entre aprendizaje desarrollado por la pirámide de alimentos y dieta prescrita por un profesional.

Fuente: Datos de la Investigación.

Aprendizaje de la Pirámide de Alimentos	Dieta prescrita
La ventaja de conocer la pirámide alimentaria es que sé todos los tipos de alimentos que puedo comer y así que puedo variar y no voy a ganar peso [...]	[...] mientras que la dieta personalizada es rutinaria y ahí la gente termina cansándose y dejando de lado (NA, Elaine, 21/11/2005)
La ventaja es que con el conocimiento de la pirámide uno se reeduca y aprende a alimentarse de manera correcta. Aprende la cantidad de porciones y cuántas veces podemos alimentarnos con cada grupo [...]	[...] ya una dieta prescrita uno se queda dependiente de ella, No puede dejar de seguir, si no gana todo el peso que ha perdido (NA, A Vencedora, 21/11/2005)
La ventaja es que conociendo la pirámide de alimentos tengo la idea de qué comer y las porciones correctas para mi dieta diaria.	Tenemos que seguir una educación alimentaria y tener mucha fuerza de voluntad. Esta es la fórmula (NA, Liria, 21/11/2005)
Todas las ventajas, pues la pirámide me orienta. No me obliga a nada. Funciona como un semáforo [...]	[...] Decido si debo hacer la dieta correcta o si sigo engordando (NA, Gordinho Saudável, 21/11/2005)
La ventaja de conocer la pirámide es estar informada sobre los grupos de alimentos [...], saber lo que ofrecen de capacidad energética para nosotros, además de los nutrientes, vitaminas, sales minerales que ellos ofrecen para nuestro cuerpo [...]	[...] Antes, si yo comenzara una dieta y por algún motivo cometía un deslizamiento yo echaba todo a perder, ya que yo pensaba: ya que cometí esa exageración, ahora no da más para volver y acababa rompiendo la dieta en definitivo (NA, Anne, 21/11/2005).
Tú puedes dosificar en la medida correcta sin faltar nada, pues la pirámide es muy clara en su composición. Menos carbohidratos y lípidos. Y proteínas, vitaminas y minerales en la medida correcta	Solamente conciencia y mucho esfuerzo hasta usando algún producto que ayuda en la reducción de peso y mucha disciplina (NA, Fabio Junior, 21/11/2005).
Porque a partir de ella sabemos las porciones que debemos consumir diariamente [...],	[...] Sin ninguna prescripción (NA, Nubia, 21/11/2005).
Al conocer la pirámide de alimentos podemos tener la conciencia de lo que estamos utilizando en nuestra dieta, y así saber lo que es correcto y donde estamos equivocados	Siguiendo la pirámide estaremos seguros de estar dentro del límite posible a ser usado (NA, Pedro, 21/11/2005).

Figura 35 – Traducción de las Opiniones de los sujetos sobre la relación entre la pirámide de alimento y la dieta personalizada, prescrita por un profesional de la salud.

Fuente: Datos de la Investigación

Las figuras 34 y 35 presentan el pensamiento de las personas obesas sobre el hecho de aprender a construir su propia dieta. El aprendizaje sobre la Pirámide de Alimentos para ellas contribuye con la posibilidad de una emancipación y formación de conductas alimentarias sanas, con autonomía y consciencia. *“Eu também pensava*

que ia receber uma dieta, mas o que foi bom foi que não recebemos uma dieta, mas, [...] nos mostrou o caminho e a gente era quem tinha que percorrer o caminho e ir construindo do nosso jeito [...]" (Fabio Junior, NA, 23/01/2007)⁴⁰. Así que la formación es un proceso individual, que cada persona que aprende es capaz de desarrollar.

Eu aprendi sobre os grupos alimentares, minhas necessidades básicas diárias e quanto necessito comer para manter um equilíbrio do meu corpo [...] O que pus em prática foi anotar diariamente o que como e assim saber se estou exagerando ou não e qual grupo alimentar preciso aumentar e ou diminuir, além de fazer atividade física três vezes por semana. Essas aulas me ajudaram a ter mais ânimo e me orientar/despertar sobre o que eu comia e agora como e me sinto bem melhor" (NA Anne, 10/10/2005).⁴¹

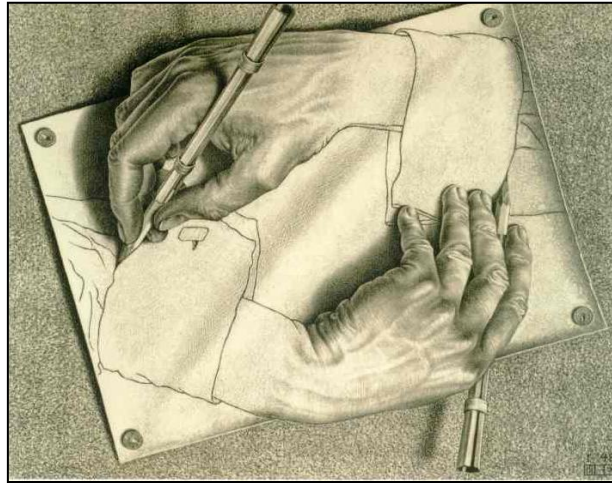
Los resultados generales apuntan que las personas investigadas presentaron cambios tanto de mentalidad, como físicos, con reducción del sobrepeso corporal. El estudio evidencia que las personas obesas eliminaron e integraron aprendizajes a sus experiencias, registradas en sus narrativas autobiográficas, con transformaciones significativas, durante todo proceso de investigación-formación.

Así el proceso de aprendizaje de las personas obesas fue construido durante la investigación-formación en narrativas autobiográficas. Josso (2004) comenta que el mayor desafío de cualquier intervención educativa es colaborar para que aquel que aprende sepa operar transformaciones y cambios por eliminación e integración de aprendizajes y su mayor riesgo, proporcional a este desafío, es un cuestionamiento de las identidades de aquellos que aprenden, inquietos por no más reconocerse. La autora refiere que su incidencia para transformar nuestra subjetividad e identidad puede ser más o menos significativa en la dependencia de las diferencias individuales. Distintamente, las personas obesas investigadas cambiaron su mentalidad, sus prácticas alimentarias, estilos de vida y peso corporal.

⁴⁰ Traducción libre: Yo también pensaba que iba a recibir una dieta, pero lo mejor fue no haber recibido una, pero [...] nos mostró el camino y cada uno nosotros era quien tenía que recorrer el camino e ir construyendo a nuestro modo [...] (Fabio Junior, NA, 23/01/2007).

⁴¹ Traducción libre: Yo aprendí sobre los grupos alimenticios, mis necesidades básicas diarias y cuánto necesito comer para mantener un equilibrio de mi cuerpo [...] Lo que puse en práctica fue anotar diariamente los alimentos que como y así saber si estoy exagerando o no y qué grupo alimentario es necesario aumentar o disminuir, además de hacer actividad física tres veces por semana. Estas clases me ayudaron a tener más ánimo y orientarme/despertar sobre lo que yo comía y ahora como y me siento mucho mejor" (NA, Anne, 10/10/2005)

La construcción de la identidad y la identidad corporal



Las personas portadoras de Obesidad, personajes de investigación, construyeron su identidad en narrativas autobiográficas. Sus experiencias narradas construyeron la identidad del individuo obeso en estudio. Ricoeur (1996, 147) destaca que, *“Es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje”*, sin embargo, la identidad de los individuos obesos fue construida en la búsqueda reflexiva de experiencias pasadas en interacción con el presente, con proyecciones que apuntan para un futuro de cambios, con adquisición de una identidad histórica y corporal. *“Soy un gordo feliz, con ganas de cambiar. Nesta foto estava realmente muito gordo, já não aguentava mais as pessoas me dando conselhos ou me criticando por causa do meu peso”* (NA, Fabio Junior, 12/12/2005).

Darse una lucha interior para construcción de una identidad histórica y corporal de un yo personal, que, todavía, delante consigue ser feliz. La persona obesa refiere ser feliz, aún luce de forma discordante, para dejar de serlo, quiere se libertar del cuerpo obeso que le pesa y oprime, con identidad propia y silueta deformada, discriminada y que de forma hostil, se torna el opresor del ser histórico que le habita. *Nosotros pensamos que son los otros que nos discriminan, pero somos nosotros mismos los que nos discriminamos”* (NA, Linda 19/09/2005).

Ricoeur (1996) comenta que la persona, entendida como protagonista de la narración, no es una identidad diferente de sus experiencias de vida, al contrario, de

forma dinámica, ella comparte la identidad de la propia historia narrada. La historia narrada construye la identidad del personaje, que podemos llamar identidad narrativa. De esta forma, mientras las personas obesas construyeron una identidad histórica con la integración de experiencias subjetivas en narrativas autobiográficas, construyeron también la propia identidad corporal como persona obesa en transformación, durante la investigación-formación.

La sociedad piensa que las personas deben ser delgadas, porque piensan que las personas gordas no pueden ser felices y no hay espacio para ellas. Creo que el mundo es para todos. Todo el mundo tiene un lugar en este mundo. Todos merecen ser felices (NA, Mariana, 12/12/2005)

4.5. Evaluación y verificación

Buscamos junto a las personas obesas, participantes del estudio, hacer una evaluación de la intervención educativa. Después de acabados los encuentros semanales, en el primer encuentro mensual de seguimiento, solicitamos a todos los presentes que hicieran una evaluación del proceso vivido por ellos durante los cuatro meses de intervención educativa. Les fue solicitado responder por escrito, en narrativas autobiográficas, tres cuestiones: ¿Qué aspectos destacan cómo positivos?; ¿Qué aspectos podrían ser mejorados?; ¿Qué hemos logrado?

La figura 36 presenta narrativas autobiográficas de los investigados, donde responden a las cuestiones de evaluación del proceso de intervención-educativa, con exclusión apenas de los registros de reconocimientos, agradecimientos y elogios. No obstante, permanece todo lo relacionado a las tres cuestiones de la evaluación.

¿Qué aspectos destacan cómo positivos?	¿Qué aspectos podrían ser mejorados?	¿Qué hemos logrado?
[...] na verdade quem recebeu o convite foi minha filha Linda e eu também me interessei para vir com ela. Foi muito bom porque aprendi a me alimentar, hoje uso alimentos saudáveis, estou muito satisfeito [...]” (Jés)	Acho que se falhamos foi por nossa culpa mesmo, por não cumprir o que aprendemos ou por alguma falta às reuniões (Jés, 23/01/2006).	Meus amigos já perceberam e me perguntam o que foi que aconteceu comigo, eu lhes digo que estou fazendo uma reeducação alimentar, estão inclusive querendo saber como... [...] (Jés, 23/01/2006).
[...] segunda-feira à tarde eu já ficava pensando no encontro da noite, para encontrar o grupo, os amigos, foi muito bom fazer amizade com todos. Gostei muito de ter essa oportunidade [...] (Gordinho Saudável, 23/01/2006)	Creio que o local, pois o campus universitário, onde ocorreram às reuniões, é um pouco longe do centro, dificultando para algumas pessoas. Ainda bem que combinamos e eu fiquei conduzindo duas colegas (Gordinho Saudável, 23/01/2006)	Maravilhoso porque consegui perder peso e mudei meus hábitos. [...]. Eu comia oito pães por dia, hoje eu como um pão a cada oito dias. Meu filho de 16 anos era muito gordo. Quando ele me viu emagrecendo, começou a frequentar academia e a seguir a pirâmide de alimentos [...], estou muito bem. [...], eu me sinto orgulhoso de participar de um estudo, de saber que o que eu escrevi e disse vai para uma tese. Isto me dá muita alegria (Gordinho Saudável, 23/01/2006).
[...] eu não queria falar... O meu problema é emocional, se eu estiver ansiosa eu como, como, como... E depois me ponho a chorar.... Se eu estiver bem, me sinto mais controlada (Ex-Gorda, 23/01/2006).	Penso que deveria ser mais tempo de programa, para fixar mais ainda os hábitos alimentares aprendidos no grupo.... Gostei muito de ter participado (Ex-Gorda, 23/01/2006).	Graças a Deus que meu peso não passa dos 108 quilos, nunca passou. Fiz muitos tratamentos com medicação. No início, cada vez ficava mais delgada e maravilhosa, mas depois meu organismo não respondia mais e eu voltava a engordar [...] ((Ex-Gorda, 23/01/2006).
Quando eu soube do programa eu estava necessitando muito, estava deprimida, já tinha feito muitas dietas, estava sem motivação. Minha mãe foi quem recebeu o convite e me deu e eu gostei muito de ter participado. Cada semana era interessante e eu saía cada vez mais motivada (Anne, 23/01/2006).	O tempo foi ideal, embora eu pense que devíamos ficar nos encontrando pelo menos de 2 em 2 meses, para aumentar o nosso compromisso, saber que vamos nos encontrar tal dia...e se preparar para aquele dia. O que poderia ter sido melhor: eu acho que o local das reuniões. Eu tive dificuldade de chegar ao campus. (Anne, 23/01/2006).	Gostava das músicas aconchegantes, dos slides que nos motivavam muito. Tive a oportunidade de aprender muito e melhorar meu peso e minha saúde. O que mais gostei foi que minha mentalidade mudou. Hoje eu tenho outra mentalidade, isso foi o mais importante (Anne, 23/01/2006).

(Continua)

(Continuación)

<p>Para mim foi maravilhoso. Ficava ansiosa quando chagava segunda-feira à noite para encontrar o grupo e falar das nossas experiências da semana que passou (Líria, 23/01/2006).</p>	<p>Eu ter conseguido perder alguns quilos, ter me conscientizado mais sobre as orientações passadas com tanta dedicação [...] (Líria, 23/01/2006).</p>	<p>O que eu ganhei com essa participação? Ganhei qualidade de vida. Fiquei com mais vontade de fazer exercícios físicos. Pratico caminhadas e faço hidroginástica. Aprendi a seguir uma alimentação balanceada. Hoje sei que posso perder peso seguindo aquelas orientações (Líria, 23/01/2006).</p>
<p>Eu também pensava que ia receber uma dieta, mas o que foi bom foi que não recebemos uma dieta, mas [...] nos mostrou o caminho e a gente era quem tinha que percorrer o caminho e ir construindo do nosso jeito. Foi muito bom o programa (Fabio Junior, 23/01/2006).</p>	<p>O que poderia ter sido melhor era o ar condicionado da sala. Tinha dia que parece que não funcionava e eu ficava impaciente com o calor, dizia para minha mulher que queria ir embora. Mas penso que este é um problema de simples resolução (Fabio Junior, 23/01/2006).</p>	<p>Aprendi muito com esse grupo, fiz amizades, embora eu ainda tenha que pôr em prática tudo que aprendi aqui. (Fabio Junior, 23/01/2006).</p>
<p>Na primeira reunião eu e minha amiga “A Vencedora” saímos desanimadas. A gente pensava que ia receber uma dieta para cumprir, [...]. Não sei, não gostei muito, acho que não venho mais..., mas decidimos vir na segunda reunião e gostamos [...]” (Elaine, 23/01/2006).</p>	<p>O que poderia ter sido melhor seria o nosso compromisso com os encontros. Sugiro que tivesse um valor a ser pago, um tipo de penalidade para aqueles que não cumprem com o compromisso ou que faltasse às reuniões. (Elaine, 23/01/2006).</p>	<p>Uma sempre animava a outra e cada dia a gente ia vendo resultado e finalmente, tivemos êxito. O que foi bom foi essa amizade que fizemos com todos; ouvir o testemunho do outro, o que o outro fazia nos motivava muito e nos ajudava (Elaine, 23/01/2006).</p>

Figura 36 - Evaluación de la Intervención Educativa por las personas obesas
Fuente: Narrativas autobiográficas de la sesión del día 23/01/2006, 1º seguimiento mensual.

Cuestiones de evaluación	Resultado del análisis de la Evaluación del proceso de la formación, por los implicados
¿Qué aspectos destacan cómo positivos?	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje sobre la alimentación; • Uso de alimentos sanos; • Satisfacción; • Encuentro con grupo de amigos; • Motivación ante depresión anterior; • Hablar de nuestras experiencias semanales; • Hacer el camino e ir construyendo de nuestra manera; • Gusto; • Amistades; • Oportunidad.
¿Qué aspectos podrían ser mejorados?	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir lo que aprendieron; • Presencia a las reuniones; • Local del encuentro; • Climatización ambiente; • Superar dificultades personales; • Más tiempo-programa para fijar aprendizajes/compromiso; • Continuar encuentros por lo menos de 2 en 2 meses; • Pérdida de peso; • Concientización; • Mayor compromiso con el encuentro; • Una penalidad para los que faltan.
¿Qué hemos logrado?	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso; • Reeducación alimentaria; • Cambios de hábitos individual y de familiares; • Orgullo en participar; • Control del peso; • Aprendizaje para mejorar peso y salud; • Cambios en la mentalidad, nueva mentalidad. • Calidad de vida, • Ganas para hacer actividad física; • Aprendizaje sobre la alimentación balanceada; • Conocimiento para perder peso hoy; • Aprendizaje con el grupo; • Amistades; • Conciencia de que necesita practicar aprendizajes; • Interacciones sociales para buenos resultados; • Amistades entre todos; • Interacción de experiencias; • Motivación y ayuda.

Figura 37 - Análisis interpretativo de las narrativas autobiográficas sobre la evaluación del proceso de intervención educativa.

Fuente – Narrativas autobiográficas - 1ª. sesión mensual de seguimiento en 23/01/2006.

La figura 37 aporta resultados de la evaluación y verificación del proceso realizada por los investigadores. Los individuos del estudio narran con satisfacción el

encuentro con el grupo, la amistad entre ellos, las interacciones de experiencias, los aprendizajes compartidos sobre la alimentación saludable, la actividad física, el control de peso y la salud, los cambios de hábitos individuales, los cambios de mentalidad con adquisición de otra mentalidad. Hechos que enseñan el proceso de aprendizaje y formación de los investigados.

Tive a oportunidade de aprender muito e melhorar meu peso e minha saúde. O que mais gostei foi que minha mentalidade mudou. Hoje eu tenho outra mentalidade, isso foi o mais importante (Anne, 23/01/2006).

La formación ocurre con la apropiación individual de diversos aprendizajes en interacción con los implicados. *“O que foi bom foi essa amizade que fizemos com todos; ouvir o testemunho do outro, o que o outro fazia nos motivava muito e nos ajudava”* (NA, Elaine, 23/01/2007)⁴². Este análisis nos indica que el aprendizaje para cambio del estilo de vida de los investigados se da en la interacción social de los implicados. Los nuevos aprendizajes, permitieron a las personas obesas operaren cambios mentales, de comportamientos y de estilo de vida, con la posibilidad de pérdida de peso corporal, una medida de valoración visible, en el transcurso de la investigación, aunque en tiempos distintos, con ritmos propios para cada persona obesa en formación. Los diferentes tiempos para eliminación e integración de aprendizajes explican los diferentes porcentajes de pérdidas de peso corporal entre los investigados.

[...] a educação, como formação, como processo de conhecimento, de ensino, de aprendizagem, se tornou, ao longo da aventura no mundo dos seres humanos uma conotação de sua natureza, gestando-se na história como a vocação para a humanização [...] (Freire, 2001, p. 21).⁴³

Nosotros educadores, especialmente educadores de la salud, necesitamos comprender la complejidad del proceso de cambio de conductas alimentarias sostenidas en la historia de las personas obesas. Estas personas disfrutaban de conductas alimentarias cimentadas con hilos del amor de los padres y familiares, desde la niñez, por eso, muy arraigadas en cada persona obesa. Es muy difícil que

⁴² Lo que fue bueno fue esa amistad que hicimos con todos; escuchar el testimonio del otro, lo que el otro hacía nos motivaba mucho y nos ayudaba (Elaine, 23/01/2007)

⁴³ Traducción libre: “[...] la educación, como formación, como proceso de conocimiento, de enseñanza, de aprendizaje, se ha convertido, a lo largo de la aventura en el mundo de los seres humanos una connotación de su naturaleza, gestándose en la historia como la vocación a la humanización [...]” (Freire, 2001, p. 21).

haya cambio, sin razón, sin un aprendizaje significativo, para que estén convencidas y enseñadas con la humanización que necesitan para la integración de conductas adecuadas a sus experiencias anteriores.

Podemos decir, según la evaluación realizada por las personas obesas, que esta investigación-formación proporcionó diversos beneficios y cambios exitosos en la mentalidad, en el estilo de vida y en la alimentación de los investigados. El proceso de aprendizaje para el cambio fue favorable a la salud y a la pérdida de peso corporal de los investigados con repercusiones en la familia y en el entorno social de los investigados.

[...] Meu filho de 16 anos era muito gordo. Quando ele me viu emagrecendo, começou a frequentar academia e a seguir a pirâmide de alimentos [...], estou muito bem. [...], eu me sinto orgulhoso de participar de um estudo, de saber que o que eu escrevi e disse vai para uma tese. Isto me dá muita alegria (Gordinho Saudável, 23/01/2006).

4.6. Análisis de medidas antropométricas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001a) la antropometría es un método no invasivo universalmente aplicable, especialmente para estudios epidemiológicos, por ser de fácil uso y bajo costo, razón por la cual se han elegido estos parámetros para esta investigación con personas obesas. La antropometría es una técnica desarrollada por antropólogos desde final del siglo XIX, sirve para evaluar peso, talla y sus combinaciones y aún, doblas cutáneas, y esta es considerada un instrumento de diagnóstico cuantitativo para medidas corporales de sobrepeso, obesidad y para cuantificar diferentes medidas de la forma corporal humana. Los autores enfatizan que la antropometría nutricional moderna ocurrió durante la primera guerra mundial con la preocupación por la eficiencia física de los soldados (Acuña & Cruz, 2004).

La antropometría es uno de los métodos que ayuda a evaluar la obesidad en individuos y poblaciones (Coutinho, 2000). Usado apropiadamente, con una técnica

cuidadosa se puede distinguir categorías de obesidad, niveles de grasa corporal y estimar el riesgo relativo de enfermedad en los individuos evaluados. Para el presente estudio fueron utilizadas medidas antropométricas, durante cuatro meses, semanalmente, más dos meses de seguimiento: peso corporal en kilogramos (PC), Talla (medición única de altura en adultos), circunferencia de la cintura (CC) e índice de masa corporal (IMC). Estas serán explicadas a detalle a seguir.

Peso corporal en kilogramos (PC)

La Tabla 3 presenta las medidas de peso corporal de las personas obesas del estudio. Semanalmente al inicio de la sesión los investigados eran pesados en una balanza antropométrica y registrado en tabla de medidas. La pérdida de peso corporal es singular para cada uno en su individualidad y subjetividad. De manera que, a la medida que prosperaba la intervención educativa, lograban pérdida de peso corporal, distintamente, unos más que otros.

Circunferencia de la cintura – CC

El exceso de peso de una persona y el acúmulo de grasa en la circunferencia de la cintura son indicadores de obesidad. La acumulación de grasa en el abdomen, según OMS y CLAO, coincide con un mayor riesgo para enfermedades entre portadores de sobrepeso corporal y obesidad. La localización y distribución de tejido adiposo tiene estrecha relación con las medidas del IMC para evaluar la grasa abdominal y grasa corporal total. Estas medidas sencillas son eficaces y usadas como instrumento de diagnóstico. La Tabla 2 enseña los riesgos de enfermedad asociadas a la circunferencia de la cintura.

Tabla 2 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura

Riesgos de complicaciones metabólicas y cardiovasculares por sexo	Elevado	Muy elevado
Sexo masculino		
Medida de cintura	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Sexo femenino		
Medida de cintura	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fuente: Adaptado de Coutinho (1999)

Tabla 3 – Registro del Peso Corporal de las personas obesas de la investigación-formación en las sesiones semanales

Nombre	Fechas de las Sesiones																	
	22/8	29/8	5/9	12/9	19/9	26/9	3/10	10/10	17/10	24/10	31/10	7/11	14/11	28/11	5/12	12/12	23/01 (**)	24/03 (**)
Jés (1)	102,0	99,5	97,5	96,5	96,5	95,4	94,5	92,8	93,2	92,5	91,3	89,7	89,1	88,0	87,6	87,8	86	84
Gordinho Saudável (2)	105,0	104,0	104,0	103,2	101,3	99,6	99,6	98,2	97,3	96,3	96,0	94,6	94,2	94,2	94,0	F	93,8	F
Ex-gorda (3)	102,3	102,3	103,7	103,7	104,5	103,6	102,3	100,6	101,4	101,8	F(*)	102,2	103,2	F	105,2	104,3	104,9	103,0
Anne (4)	78,0	77,2	76,0	74,9	74,7	73,7	72,0	71,2	71,2	70,0	70,6	69,9	68,4	F	68,5	66,7	66,0	64,7
Linda (5)	106,6	105,5	104,4	104,0	104,5	F	103,7	105,5	103,5	103,5	103,4	103,3	102,5	F	101,5	101,4	F	99,4
A Vencedora (6)	91,9	91,9	89,5	89,9	89,8	88,5	F	86,5	86,6	F	86,6	86,1	86,6	86,3	F	88,0	F	F
Pedro (7)	136,0	135,6	135,6	135,5	136,0	135,5	136,0	134,1	F	135,4	F	135,0	134,5	133,0	134,0	132,8	F	F
Líria (8)	94,6	93,2	92,9	93,7	F	92,7	93,7	92,9	92,8	F	93,3	92,7	92,5	91,4	F	91,5	F	94,0
Fabio Junior (9)	112,0	110,0	108,5	109,4	107,5	F	107,1	107,3	106,8	107,4	F	106,0	105,9	F	108,5	108,5	109,7	F
Nubia (10)	70,3	69,4	68,9	68,5	68,5	67,6	67,2	F	68,1	67,8	68,2	F	68,0	67,6	F	68,5	F	F
Mariana (11)	83,0	83,0	81,4	82,2	79,5	80,5	80,6	F	80,0	F	F	78,9	78,7	F	79,0	80,0	F	F
Elaine (12)	80,2	80,2	78,4	78,2	78,5	77,5	76,7	75,7	75,4	F	75,1	74,2	74,7	73,7	73,2	73,9	73,5	F
Painho (13)	104,0	102,0	101,0	97,5	97,5	95,7	94,7	F	93,3	93,2	92,2	F	91,8	F	91,7	91,7	F	F

Fuente: Datos de la investigación.

(*) - La letra "F" significa falta a la sesión

(**) - Las medidas antropométricas de los dos encuentros mensuales no fueron consideradas para la media general de los resultados del informe final, por la baja participación en estas reuniones.

A continuación, presentamos la Tabla 4 con las medidas de circunferencia de la cintura - CC de las mujeres de la investigación. Colocamos la CC de inicio del estudio para comparación con las medidas recomendadas por Coutinho (1999).

Tabla 4 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura en las Mujeres de la investigación

Riesgos de complicaciones metabólicas y cardiovasculares por sexo	Elevado	Muy elevado
Referencia: Mujeres - Medida de cintura	≥ 80 cm	≥ 88 cm
Ex-Gorda		118
Anne		88
Linda		105
A Vencedora		110
Liria		103
Núbia	81	
Mariana		101
Elaine		103

Fuente: Datos de la investigación-formación

Al inicio las mujeres de la investigación presentaron circunferencia de la cintura mayor que el deseable. Apenas una participante tenía sobrepeso corporal (IMC – 29,3), CC con 81 cm y elevado riesgo para el desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, mientras las demás participantes presentaban muy elevado riesgo.

La Tabla 5 contiene las medidas de circunferencia de la cintura de los hombres de la investigación. Colocamos la CC – Circunferencia de la Cintura de inicio del estudio para comparación con las medidas recomendadas por OMS y comentadas por Coutinho (1999).

Tabla 5 - Riesgos de enfermedades metabólicas asociadas a obesidad en función de circunferencia de la cintura en los hombres de la investigación

Riesgos de complicaciones metabólicas y cardiovasculares por sexo	Elevado	Muy elevado
Referencia: Hombres - Medida de cintura	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Jés	98	
Gordinho Saudável		120
Pedro		118
Fabio Junior		120
Painho		120

Fuente: Datos de la investigación-formación

Al inicio de la investigación todos los hombres de la investigación presentaron circunferencia de la cintura mayor que el deseable. Un participante con obesidad grado II, IMC 36,1 con CC 98 con elevado riesgo para el desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, y los demás presentaban muy elevado riesgo de complicaciones.

La OMS enfatiza que cuando el perímetro abdominal es superior a los patrones establecidos, los riesgos para enfermedades son crecientes. Hombres con CC superior a los 102 cm y mujeres con CC superior a los 88 cm de diámetro, medida del punto medio entre la parrilla costal y la cresta ilíaca, presentan elevados riesgos para enfermedades. De forma práctica y sencilla proveen correlación entre distribución de grasa y alteraciones de la salud.

Índice de masa corporal (IMC).

La Organización Mundial de Salud (OMS) establece el Índice de Masa Corporal - IMC como padrón internacional para evaluar el peso corporal con grados de obesidad y riesgos de enfermedades en sus portadores. El Índice de Masa Corporal - IMC es una fórmula desarrollada por Quetelet, hace 150 años (Coutinho, 1999) y aún es considerada un método útil para medir obesidad en grupos poblacionales. Por esto, puede ser usado para estimar prevalencia de obesidad y riesgos asociados, calculado por la división del peso corporal por talla al cuadrado: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla en metros al cuadrado}$. La Tabla 6 enseña esta clasificación.

Tabla 6 - Clasificación IMC y riesgos progresivos

IMC (kg/m²)	Clasificación/peso	Grado de Obesidad	Riesgo de enfermedad
<18,5	Abajo del peso - Delgadez	0	Elevado
18,5-24,9	Peso normal - Saludable	0	Normal
25 - 29, 9	Sobrepeso	Pre-obesidad	Moderado
30 - 34,9	Obesidad	I	Alto
35 - 39, 9	Obesidad	II	Muy alto
≥40,0	Obesidad grave	III	Extremo

Fuente – OMS y CLAO

La Tabla 7 presenta el IMC de los investigados y riesgos para enfermedades. Consta IMC inicial y IMC final de los cuatro meses de investigación-formación con las personas obesas. Además, colocamos la pérdida de peso corporal por persona, con detalle para una participante que aumentó en 2 kg su peso corporal.

Tabla 7 - IMC inicial y final de los investigados por grado de riesgo para enfermedades y la pérdida de peso durante la investigación

Investigados	IMC inicial	Riesgo de enfermedad	IMC final	Riesgo de enfermedad	Kg perdidos
Jés (1)	36,1	Muy alto	31,1	Alto	14,2
Gordinho Saudável (2)	39,5	Muy alto	35,3	Muy alto	11,2
Ex-gorda (3)	38,5	Muy alto	39,3	Muy alto	-2,0
Anne (4)	33,3	Alto	28,5	Moderado	11,3
Linda (5)	37,8	Muy alto	35,9	Muy alto	5,2
A Vencedora (6)	37,3	Muy alto	35,7	Muy alto	3,9
Pedro (7)	39,7	Muy alto	38,8	Muy alto	3,2
Líria (8)	33,9	Alto	32,8	Alto	3,1
Fabio Junior (9)	41,1	Extremo	39,9	Muy alto	3,5
Nubia (10)	29,3	Moderado	28,5	Moderado	1,8
Mariana (11)	32,4	Alto	31,3	Alto	3,0
Elaine (12)	39,8	Muy alto	36,6	Muy alto	6,3
Painho (13)	35,6	Muy alto	31,4	Alto	12,3

Fuente: Datos de la investigación-formación

El Índice de Massa Corporal se modificó significativamente, mejorando el estado nutricional de las personas investigadas, con excepción de una participante, con incremento de 2 kg al final de los cuatro meses de intervención semanal. Fueron destacados con mayor pérdida de peso corporal, Jés, Gordinho Saludable, Painho y Anne, que eliminaron arriba de 11 kg, con reducción del riesgo para enfermedades.

Los hombres, Jés, Gordinho Saudável y Painho presentaron los mejores resultados en la pérdida de peso corporal. Entre los cinco hombres del estudio, hubo 44,4 kg de pérdida de peso corporal, el 60% de ellos hacía actividad física. Todos necesitan continuar el proceso de pérdida de peso, hasta alcanzar el grado de normalidad. Las ocho mujeres juntas obtuvieron 34,6 kg de pérdida de peso corporal, una participante, Anne, pasa de obesidad grado I para sobrepeso, con IMC 28,5 reduciendo riesgo para enfermedades. El 50% de las mujeres practicaron actividad física durante cuatro meses de intervención semanal.

Mendonça & Anjos (2004) refieren a que a pesar del IMC no indicar la composición de la masa corporal, es importante por la facilidad de medición en

relación con morbilidad y mortalidad, motivos suficientes para su uso como indicador del estado nutricional, especialmente en estudios epidemiológicos, asociado o no con otras medidas antropométricas.

La Tabla 8 presenta el resultado de la evaluación nutricional de las ocho mujeres de la investigación-formación.

Tabla 8 - Evaluación nutricional en mujeres investigadas

Evaluación nutricional mujeres		% inicial	% final
Sobrepeso		12,5	25
Obesidad	I	37,5	25
Obesidad	II	50,0	50,0
Obesidad grave III		-	-

Fuente – datos de mujeres participantes de la investigación.

Las mujeres presentaron menor peso corporal en relación con los hombres al inicio del estudio. Apenas dos mujeres presentaron más de 100 kg, pero, perdieron menos peso corporal que los hombres. Los resultados indican que hubo cambios en el IMC de todas las mujeres, con excepción a una participante que logró 2 kg al final. Sin embargo, siete de las mujeres presentaron bajas en el peso corporal e IMC, pero, todavía el 50% no ha conseguido cambio en el grado de obesidad, aun con reducción importante en el IMC y mejora en la salud. Hubo reducción del porcentaje de obesidad del grado I para el grado antecedente, pre-obesidad o sobrepeso corporal, significando reducción de la obesidad y su riesgo.

La Tabla 9 presenta resultados de la evaluación nutricional de los cinco hombres de la investigación-formación.

Tabla 9 – Evaluación nutricional en hombres de la investigación

Evaluación nutricional hombres		% inicial	% final
Sobrepeso		-	-
Obesidad	I	-	40
Obesidad	II	80	60
Obesidad grave III		20	-

Fuente: Datos de la investigación

Los hombres presentaron mayor grado de obesidad al inicio de la intervención educativa en relación con las mujeres. Todos pesaban más de 102 Kg. Hubo mayor

pérdida de peso corporal entre ellos con cambios en el IMC y cambios para grados más bajos de obesidad, mejorando consecuentemente el riesgo para enfermedades.

La Tabla 10 presenta un panorama general de la evaluación nutricional de las 13 personas obesas, conjuntamente, por grado de obesidad al inicio y al final de la investigación-formación.

Tabla 10 – Evaluación nutricional de los investigados por el IMC

Franja de IMC	Grado de Obesidad	Riesgo	% inicial	% final	Tiempo de Intervención
25 - 29,9	Sobrepeso	Moderado	7,7	15,4	4 meses
30 - 34,9	Obesidad I	Alto	23,1	30,8	4 meses
35 - 39,9	Obesidad II	Muy alto	61,5	53,8	4 meses
≥40,0	Obesidad Grave III	Extremo	7,7	-	4 meses

Fuente: Datos de la investigación

El porcentaje inicial y final se refiere a las personas obesas indicando que algunos retrocedieron en grados de obesidad y riesgos para enfermedades durante la intervención educativa.

La Tabla 11 presenta resultados sobre la participación de los investigados en la intervención educativa y el porcentaje de abandono de la investigación, por sexo.

Tabla 11 - Personas obesas investigadas y porcentaje de abandono por sexo

Personas obesas participantes / resultados	Total de sujetos		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%
Participantes al inicio	18	100,0	6	33,3	12	66,7
Abandono investigación	4	22,2	1	5,6	3	16,7
Eliminado por inadecuación	1	5,6	-	-	1	5,6
Participantes hasta el final	13	72,2	5	27,8	8	44,4

Fuente – datos de los participantes de la investigación.

Inicialmente cuatro personas obesas desistieron de participar en el estudio y una fue excluida, pues no presentaba sobrepeso corporal. Trece personas obesas permanecieron hasta su final. Esto significa que el 72% de los investigados participaron del proceso de investigación-formación hasta su conclusión, durante cuatro meses, con más dos sesiones de seguimiento mensual.

La evaluación nutricional de las personas obesas del estudio inició en el primero encuentro con las 18 personas y sigue hasta la última sesión semanal de intervención educativa. Despreciamos las mediciones de los dos encuentros mensuales de seguimiento.

La Tabla 12 presenta medidas de peso corporal de las 13 personas obesas de la intervención educativa. Dicha intervención se realizó en 2005 como medio para el proceso de investigación-formación. Los resultados del peso corporal están de forma longitudinal, con peso al inicio de la intervención, al final de la intervención y peso actual de los participantes en la investigación-formación.

Tabla 12 - Medidas longitudinales de peso corporal de los investigados en tres momentos específicos de la investigación.

Pseudónimo	Peso inicial el 22/08/05, en kg	Peso final el 12/12/05, en kg	Peso actual el 06/2018, en kg	¿Cómo se sienten hoy los investigados?
Jés	102	87,8	104	No estoy satisfecho, quería mucho perder 30 kg. creo que solo con ayuda especializada.
Gordinho	105	93,8	99	En 2017 estaba con 108 kg, retiré carbohidratos y por esto estoy con 99.
Saudável	102,3	104,3	99,4	Las emociones influyen mucho. Mi vida es cuidando a los demás, no tengo tiempo para mí, un día voy a cuidarme.
Ex-gorda				
Anne	78	66,7	68,5	En enero de 2017 estaba con 95 kg, después de dos embarazos. Desde entonces, inicié alimentación saludable y actividad física y espero llegar a los 58 kg.
Linda	106,6	101,4	128	Después del parto todavía perdí 5 kilos, pero cuando empecé a tomar el anticonceptivo, empecé a engordar, sentí muchos efectos, [...] después de que dejé de tomar el anticonceptivo dejé de ganar peso.
A Vencedora	91,9	88,0	88,8	Desafortunadamente estoy con 88,8 k, pero ya estoy en la pelea para disminuir. ¿Era 91,9? ¡Me siento una vencedora! Hace trece años, ¿no?
Pedro	136	132,8	115	En enero de 2009 llegué a pesar 125. Pasé por un período de inestabilidad muy grande, lo que resultó en un aumento del peso. En seis meses, en julio de 2009, llegué hasta un máximo de 155kg. En agosto decidí hacer la cirugía. En diciembre de 2009 hice la cirugía y en 8 días perdí 11 kg. En tres meses el peso llegó a 120 kg. Un año después de la cirugía llegué al peso más bajo, 102kg. Hoy en día, 8 años y medio con 115 kg estoy estabilizado. La calidad de vida, la prediabetes y la presión arterial han mejorado.
Líria	94,6	91,5	91	Estoy intentando siempre, es difícil.
Fabio Jr.	112	108,5	120	En resumen, estoy caminando para cirugía bariátrica.
Nubia	70,3	68,5	73,5	Hoy siento que quiero llegar al peso ideal. Volví a hacer actividad física intensa y cuidar de mí.
Mariana	83,0	80,0	88	No me siento bien. Dejé de hacer ejercicios, pues, necesité hacer dos cirugías en dos años.
Elaine	80,2	73,9	64	Hace cuatro años, con 105 kg me sometí a cirugía bariátrica.
Painho	104	91,7	99	Estoy necesitando volver a ese peso, si puede ayudarme, le agradezco.

Fuente: Datos de la Investigación

El 46,2% de las personas obesas del estudio (seis personas) en este momento tiene un peso corporal inferior al que pesaban cuando iniciaron a la investigación-formación. Dos personas sometidas a cirugía del estómago no fueron incluidas entre estas seis personas exitosas (46,2%) que no reincidieron, hasta ahora, al peso corporal presentado al inicio de la investigación-formación.

Durante el proceso de intervención educativa las personas obesas aprendieron nuevos hábitos y conductas alimentarias saludables. Aprendizajes que hasta ahora les sirven como referencia para luchar contra la reincidencia común del sobrepeso corporal en personas obesas. Se observa que el proceso de aprendizaje vivido por los investigados sigue por 13 años provocando cambios favorables para el control del peso corporal en el 46,2% de las personas obesas de la investigación-formación.

El 38,5% de los investigados (cinco personas) ha reincidido al peso corporal anterior, con más incremento. Los estudios relatan que el 95% de las personas obesas tratadas, vuelven al peso anterior, después de dos o tres años de acabados los tratamientos (Ades & Kerbauy, 2002; Segal & Fandiño, 2002). Por el análisis presentado, esta investigación-formación ha alcanzado de forma longitudinal que, en 13 años, apenas el 38,5% de las personas obesas de la investigación haya reincidido al peso de inicio de la investigación o logrado su incremento, contrariando el 95% de reincidencia en los tratamientos clínicos.

Estos resultados enseñan el impacto causado por el aprendizaje para el cambio en los adultos obesos. El aprendizaje a partir de las experiencias de vida para la formación de hábitos alimentarios saludables y de conductas adecuadas a un estilo de vida sano, promovieron la salud y la pérdida de peso corporal por largo plazo en los investigados. Consideramos que el aprendizaje de conductas sanas fue y es una estrategia importante para el control del sobrepeso corporal y prevención de la obesidad humana.

Dos personas obesas, el 15,4% se sometieron a la cirugía bariátrica. Uno de ellos, Pedro, con peso de 155 kg y altura 1,85 m, se sometió hace casi nueve años y hoy pesa 115 kg, mientras su medida de IMC es 33,6 indicando obesidad grado I. La otra, Elaine, con peso de 105 kg y altura 1,42 m, se sometió a la cirugía hace cuatro años y hoy presenta IMC de 31,7 indicando obesidad grado I. Esto indica que la cirugía bariátrica no soluciona por completo la obesidad humana. Ratificamos la necesidad de aprendizajes para el cambio de comportamientos insanos en vez de la sumisión a la cirugía del estómago.

5. CONCLUSIONES



Figura 38– Family, Obra de Fernando Botero, 1996.
Fuente: https://www.oceansbridge.com/shop/artists/b/bos-bre/botero-fernando/family?utm_source=pinterest

Para concluir este informe final, hablaré en mi propio nombre, pues, considero que es un momento de reflexión sobre todo lo que sucedió antes y durante la investigación-formación. Cuando pensé en investigar en el área de la salud, mi mayor interés fue por conocer de cerca el problema de la obesidad, reconocido como un problema de salud pública mundial, reincidente, y que hasta hoy no se consigue erradicarlo. La tesis que presentamos tuvo como objetivo

general, comprender *porque los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad, ni tampoco el incremento de nuevos casos en todas las sociedades.*

Revisamos la literatura científica sobre los tratamientos de la obesidad. Además de esto, buscamos conocer, a través de la subjetividad de personas obesas, sus experiencias de vida expresadas en narrativas autobiográficas, desarrolladas durante una intervención educativa. Con esto, ha sido posible conocer los procesos de formación antecedentes y al mismo tiempo, proporcionar a los investigados un proceso de formación para el cambio del estilo de vida. Dichos hechos promovieron salud y pérdida de peso corporal entre las personas obesas implicadas.

Para esta investigación, fueron desarrollados cinco objetivos específicos. El primero fue conocer las dificultades subjetivas a las que se enfrentan las personas obesas y los conflictos que pasan para ajustarse a los patrones nutricionales de los tratamientos y a los nuevos hábitos de estilo de vida. El segundo objetivo decía respecto a la comprensión de los fenómenos concernientes a la manifestación y a la duración de la obesidad entre los investigados. Como tercer objetivo específico, estaba planteado conocer los fenómenos que favorecen al aumento del peso corporal entre los investigados. Comprender cuáles son los fenómenos que influyen en la pérdida de peso corporal era el cuarto objetivo. Por fin, el quinto objetivo específico era conocer fenómenos influyentes para el sobrepeso corporal, no previstos desde las teorías corrientes.

El diseño del estudio trae un eje de investigación-formación que atiende a los objetivos propuestos y fue cuidadosamente delineado. El análisis para los resultados parte de una diversidad de narrativas autobiográficas y grupos de discusión, explícitos en la metodología, como las principales fuentes de análisis, interpretación y triangulación, para los resultados finales presentados.

La participación colaborativa de los investigados permitió enfatizar las características de la metodología cualitativa a la luz de la metodología de las historias de vida en formación. Es válido decir que había una diversidad entre los participantes obesos, con presencia de hombres, mujeres, jóvenes y adultos, durante 18 semanas sucesivas y más dos encuentros mensuales, con una participación efectiva de 72%

de los participantes hasta el final de la investigación. Los demás desistieron de su participación en las primeras semanas.

Los objetivos propuestos fueron alcanzados a través del desarrollo de la investigación-formación con narrativas autobiográficas. La investigación permitió la comprensión de los fenómenos en estudio y al mismo tiempo, la formación permitió a las personas obesas un cambio de hábitos alimentarios y de estilos de vida que eran inadecuados a la salud. Además, las experiencias subjetivas de las personas obesas registradas en narrativas autobiográficas, en la interacción con otros, resultaron en aprendizajes de nuevas conductas para pérdida de peso corporal, durante el estudio.

Los resultados del análisis interpretativo de las fuentes de investigación responden a los cinco objetivos específicos del estudio. El primer apunta las dificultades a las que se enfrentan las personas obesas, para ajustarse a los patrones nutricionales de los tratamientos y a los nuevos hábitos de estilo de vida.

Indican también que las personas obesas sufren alteraciones en las dimensiones físicas en el 100% de los casos, por el incremento del sobrepeso corporal. Esto implica en diversas limitaciones físicas, dificultades emocionales que colaboran para la baja autoestima, dificultades sociales con implicaciones en las relaciones consigo y con los otros. Todas estas dificultades juntas se oponen a la salud de las personas obesas.

Este primer objetivo específico aporta a la comprensión del objetivo general del estudio. Los tratamientos clínicos tratan el exceso de peso corporal, es decir, el cuerpo físico, pero, no alcanzan las tantas dificultades subjetivas relacionadas al exceso de peso corporal de la persona obesa, con dimensiones emocionales y sociales, que afectan los sentimientos y las relaciones consigo y con los demás. Estas dimensiones son trastornadas por la obesidad, conforme comprueban las personas obesas investigadas. Contemplan

El segundo objetivo específico contribuye con los fenómenos concernientes a la manifestación y a la permanencia de la obesidad entre las personas obesas. Como resultado del análisis encontramos fenómenos educativos relacionados a la ausencia de educación alimentaria, fenómenos sociales relacionados al ambiente familiar favorable al sobrepeso y la baja asistencia a la salud, fenómenos físicos/emocionales,

como presencia de sobrepeso, sedentarismo, compulsión y ansiedad y fenómenos genéticos son los precursores del sobrepeso corporal y consecuentemente de la obesidad, entre los investigados. Entre los fenómenos educativos, llaman la atención en las narrativas de los investigados, las creencias de los padres y familiares, favorables al sobrepeso corporal entre los niños, ellos creen que si el niño es gordo, es porque tiene salud. Hecho que evidencia la cultura familiar como incentivadora del sobrepeso corporal en la niñez.

De esta forma el segundo objetivo específico aporta al objetivo general que el surgimiento y la persistencia de la obesidad en las personas obesas se relaciona con fenómenos educativos, sociales, físico/emocionales y genéticos. El apartado de los resultados enuncia de forma descriptiva estos fenómenos.

El tercer objetivo específico contribuye explicando los fenómenos que favorecieron el aumento de peso corporal entre las personas obesas del estudio. Los resultados del análisis reconocieron igualmente los fenómenos educativos, sociales, físico-emocionales y genéticos. Todos esos fenómenos juntos facilitaron el incremento del peso corporal y consecuentemente el desarrollo de obesidad entre los investigados. Así, dicho objetivo específico contribuye a la comprensión del objetivo general, afirmando, una vez más, la primacía de los fenómenos ya referidos en el incremento del peso corporal de las personas obesas. Hay una superioridad de los fenómenos ambientales en relación con los fenómenos genéticos, para el incremento del sobrepeso corporal y obesidad de todos los investigados.

El cuarto objetivo específico busca comprender los fenómenos que colaboraron para pérdida de peso corporal entre los investigados obesos, durante el estudio. El análisis indica que para el éxito en la pérdida del sobrepeso corporal en obesos es necesaria la presencia de fenómenos educativos para el aprendizaje de buenos hábitos y conductas alimentarias saludables. Igualmente, conviene considerar la importancia de los fenómenos sociales, como el apoyo de la familia y la asistencia a la salud por parte de las autoridades sanitarias. El cuidado con el cuerpo a través de los ejercicios físicos ha sido reportado como importante para la pérdida de peso corporal. Además de estos, los fenómenos emocionales, indicados como fuerza de voluntad, auto dominio, control de la ansiedad y fe. Estos fueron fenómenos que

colaboraron para la pérdida de peso corporal de las personas obesas, durante el estudio.

Con el quinto objetivo específico se buscó conocer fenómenos influyentes para el sobrepeso corporal y la obesidad no previsto en las teorías corrientes. Para ello, el análisis interpretativo de las fuentes evidenció como resultado, *fenómenos educativos* y *fenómenos emocionales*, como siendo los determinantes de la génesis del sobrepeso corporal y consecuentemente de la obesidad entre los investigados obesos. Las teorías científicas afirman que la obesidad se origina de múltiples factores, especialmente, de los factores ambientales y genéticos.

Los fenómenos *Educativos* y *Emocionales* emergen del análisis de las fuentes de investigación. Tales fenómenos se explican por la ausencia de educación nutricional y física y por la ausencia de educación emocional, conforme descritos en los resultados. Ambos fenómenos son inductores de la compulsión alimentaria, interpretados como fenómenos determinantes para la génesis del sobrepeso y obesidad.

Con el desarrollo de los objetivos específicos, están cumplidos todos los objetivos propuestos para la investigación-formación. Las cuestiones de investigación fueron respondidas y las personas obesas alcanzaron cambios en el estilo de vida, con pérdida de peso corporal en el 92% de los implicados. Una sola persona, no ha logrado pérdida de peso, durante los cuatro meses de investigación-formación. Además, de forma longitudinal a lo largo de 13 años, casi mitad de los investigados (el 46,2%) no reincidieron al peso del inicio de la investigación.

Se consiguió cumplir el objetivo general del estudio “*comprender porque los tratamientos para personas obesas no consiguen detener la reincidencia de la obesidad, ni tampoco el incremento de nuevos casos en todas las sociedades*”. El conocimiento generado del estudio debe interesar a los profesionales de la salud responsables por los tratamientos clínicos para las personas obesas. De una forma general, debe interesar a toda la sociedad, a la familia, a los grupos sociales y a las personas interesadas en mantener la salud y un peso corporal saludable. Los resultados del análisis enseñan que:

- Los tratamientos clínicos para personas obesas necesitan considerar las dificultades subjetivas de las personas obesas: dificultades físicas, dificultades emocionales y dificultades sociales, conforme explicadas en los resultados. Estas dimensiones trastornadas por la obesidad deben ser comprendidas en los tratamientos para las personas obesas.
- Los tratamientos clínicos para personas obesas necesitan considerar que la obesidad es precedida por fenómenos educativos, sociales, físicos/emocionales y genéticos, debidamente descritos en el resultado del análisis.
- Los tratamientos clínicos para personas obesas deben considerar que el entorno (fenómenos educativos, sociales, físicos/emocionales) sobrepuja a los fenómenos genéticos y así requiere mayor atención.
- Los tratamientos clínicos, para que sean exitosos, necesitan considerar primordialmente, la educación nutricional, la educación física, el apoyo social y el control emocional. Dichos fenómenos trascienden la clínica y promueven la salud de la persona obesa.
- Los tratamientos clínicos necesitan considerar que la *Educación Nutricional* y la *Educación Emocional* son estrategias para prevención y control del sobrepeso corporal y de la obesidad.

Es posible a los adultos obesos cambiar sus hábitos y comportamientos alimentarios inadecuados. No obstante, esto solo es viable a partir de nuevos aprendizajes sobre alimentación saludable y práctica de conductas adecuadas a la salud para que logren cambios comportamentales y consigan la pérdida del exceso de peso corporal por largo plazo. Con esto, al mismo tiempo, se evitará que individuos obesos traten sus comportamientos alimentarios inadecuados a través de la cirugía del estómago, realizada como si fuera una cirugía para cambio del comportamiento alimentario.

Para que se logren cambios en los adultos obesos es necesario que se posibilite a estos, nuevos aprendizajes sobre educación alimentaria y nutrición. La educación nutricional para el control de obesidad en adultos debe iniciar con una adecuada agregación de buenos hábitos alimentarios a la historia alimentaria de la familia. Por esto, la necesidad de la educación nutricional en el ambiente de la cultura alimentaria familiar para el aprendizaje de hábitos sanos, promoción de la salud y

prevención del sobrepeso corporal, que es el antecesor de la obesidad. La prevención de la obesidad humana está en las manos de quién la nutre, la familia y, no apenas, en las manos de los profesionales y de los sistemas de salud.

El aprendizaje en el seno de la familia surge como herramienta para la prevención del sobrepeso corporal en niños y adultos y para el control del peso corporal en las personas obesas. La familia es el mejor y mayor laboratorio para aprendizajes sobre alimentación saludable y sobre conductas adecuadas a la salud, por infundir memorias que permanecen a lo largo de la vida, como recordación referencia para las acciones que se realizan. Estas interpretaciones se relacionan al análisis de las fuentes de investigación de las personas obesas para este informe.

El tratamiento de las personas obesas demanda altos costos para los sistemas de salud y también para cada uno. El precio social brasileño para tratar el 50% de su población con sobrepeso y obesidad es inmenso comparado a los bajos costos para la prevención de la obesidad infantil, con estrategias para la familia, donde se desarrollan los hábitos alimentarios y toda la historia alimentaria del individuo. La familia es el hábitat social absoluto para la prevención del sobrepeso corporal y obesidad en niños y adultos, conforme señalan las fuentes del estudio. Todo lo que se busca es que las personas aprendan a promover la salud y a mantener un peso corporal sano y que todas las personas obesas sepan cómo prevenir el exceso de peso corporal y la obesidad, en promoción de la salud.

Limitaciones del estudio:

La investigación-formación posibilitó a las personas obesas el aprendizaje de nuevas conductas y hábitos alimentarios saludables. No obstante, hubo limitaciones y la mayor de ellas en el estudio fue su proyección para un corto plazo, es decir, cuatro meses en sesiones semanales y más dos meses de seguimiento, con resultados que considero exitoso en tan corto plazo.

El corto plazo, aún exitoso, imposibilitó la colaboración al entrenamiento de los nuevos aprendizajes sobre las conductas alimentarias y de estilo de vida saludables de los investigados. Las personas obesas necesitan de largo plazo para la integración de un nuevo peso corporal con la práctica de comportamientos sanos, a lo mejor, hasta la integración de aprendizajes para el control de un peso corporal normal. Los

estudios señalan que el corto plazo de seguimiento tiene baja eficacia sobre la pérdida de peso corporal de las personas obesas.

Perspectivas

Los resultados del estudio, posiblemente, interesarán a los profesionales de salud y educación, padres y familiares, individuos y sociedad en general preocupados con la Educación para la salud, prevención de enfermedades, y promoción de la salud. Serán útiles para la comprensión de las personas obesas en general y de las que están en tratamiento para pérdida de peso corporal, tanto en la clínica, como en la familia que no sabe cómo ayudar a las personas obesas, en los ámbitos educativos, sociales y de salud pública.

También serán útiles para la implementación de prevención al exceso de peso corporal, a los grupos sociales y a la sociedad como un todo, por medio de acciones sociales de salud y políticas públicas de gobierno. Sería ideal que todas las familias pudieran recibir la visita de un profesional nutricionista, enfermero o agente de salud. Estos profesionales que están al servicio de programas gubernamentales, como por ejemplo tenemos en Brasil, "Estrategias para Salud de la Familia" - ESF, para una evaluación nutricional de la familia, como primera acción de prevención al exceso de peso corporal, en todos los municipios brasileños.

Este informe aporta contribuciones en una perspectiva teórica y práctica. Quizás estas aportaciones puedan servir para el incremento de la comprensión sobre personas obesas, así como también para que los procesos educativos se den al mismo tiempo en que los procesos de mejora de la salud, en los que están involucradas personas obesas. El conocimiento generado por esta investigación, quizás, será útil a los órganos de gobiernos, para la elaboración de políticas públicas de prevención a la salud que alcancen las personas, las familias y los grupos sociales vulnerables al sobrepeso corporal y la obesidad.

Sugerencias para otras investigaciones

Espero que este informe sirva de apoyo a otros investigadores e investigaciones con otros grupos de personas obesas y/o para la práctica profesional de los profesionales de salud. Espero la realización de nuevos estudios utilizando esta metodología para validación del método utilizado y nuevos conocimientos. Deseo

alcanzar el interés de otros investigadores para el estudio con otros grupos de personas obesas, de forma humanizada, en la realización de otras investigaciones sobre las experiencias de vida de grupos de personas obesas. Espero que otras investigaciones sean realizadas a largo plazo, involucrando las experiencias subjetivas de las historias de vida de personas obesas en formación, para solucionar el problema de la obesidad.

6. REFERENCIAS

- ABESO. (2009). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010-ABESO*. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (3rd ed.). Itapevi: ABESO. Retrieved from http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
- ABESO. (2016). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016-ABESO*. (M. Mancini, Ed.), 4.ed. - São Paulo, SP. (4th ed.). São Paulo: ABESO.
- Acuña, K., & Cruz, T. (2004). Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 48(3), 345–361. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302004000300004>
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indagações. *Psicologia USP*, 13(1), 197–216. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/108172/106484>
- Ajzen, I., Fishbein, M., & Heilbroner, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Psychology Press.
- Alemán, N. E. (2014). *Efectividad de la dieta proteinada en el paciente obeso*. Universidad Católica San Antonio.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2008). Obesidade: da genética ao ambiente. *Millenium - Journal of Edication, Technologies and Health*, 34(13), 311–22.
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., & Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014 – 2015 : estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579–587. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.010>
- Aranceta-Bartrina, J., Serra-Majem, L., Foz-Sala, M., & Moreno-Esteban, B. (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125(12),

460–6. <https://doi.org/10.1157/13079612>

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–148. Retrieved from http://www.unco.edu/cebs/psychology/kevinpugh/motivation_project/resources/bandura93.pdf
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University.
- Bardanca, M. G. (2013). *Síndrome Metabólico, Dieta Y Marcadores De Inflamación. Tesis Doctoral Universitat de les Illes Balears*. Universitat de Les Illes Balears. Retrieved from http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/Gonzalez.dir/Gonzalez_Bardanca_Monica.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto Oliveira, E. A., Passeggi, M. C., Araújo, M. de F., & Pinto, V. L. X. (2004). As Reminiscências Alimentares na Formação do Educador Nutricional Reflexivo. In *Pluriculturalismo y globalización – Producción del conocimiento para la construcción de la ciudadanía en Latinoamérica Actas del IX Seminario de la APEC – Barcelona – España – 20 de mayo de 2004* (pp. 35–40). Barcelona.
- Barreto Villela, N., Bragjoli Neto, O., Lima Curvelo, K., Panelli, E. B., Seal, C., Santos, D., & Cruz, T. (2004). No Title. *Nutr Hosp*, 19(6), 367–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15672653>
- Barros Filho, A. A. (2004). Um quebra-cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 1–3. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a01.pdf>
- Barros, M. A., Oliveira, J. A. de, & Spyrides, M. H. C. (2012). Um Estudo Sobre Autoeficácia no Trabalho e Características Sociodemográficas de Servidores de

- uma Universidade Federal. *REGE- Revista de Gestão*, 19(4), 571–588.
<https://doi.org/10.5700/rege479>
- Battran, A. (2001). *Navegar por la complejidad: Guía básica sobre la teoría de la complejidad en la empresa y la gestión*. Barcelona: Granica.
- Berkowitz, R. I., Waden, T. A., Tershakovec, A. M., & Cronquist, J. I. . (2003). Behavior Therapy and Sibutramine for the Treatment of Adolescent Obesity: a randomized controlled trial. *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1805–1812. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196346>
- Bertaux, D. (2008). Relatos de Vida e Análise do Agir em Situação. In V. et al. GAULEJAC (Ed.), *Récits de Vie et Histoire Sociale*. Paris: Eska.
- Blaxter, L., Hugher, C., & Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Barcelona: Gedisa.
- Boavida, J., & Amado, J. (2008). *Ciências da educação: epistemologia, identidade e perspectivas*. (2nd ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bolívar, A. (2002). “¿De nobis ipsis silemus?”: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electronica de Investigación Educativa*, 4(1). Retrieved from <http://redie.uabc.mx/redie/article/viewFile/49/91>
- Bolívar, A. (2005). Las historias de vida del profesorado: posibilidades y peligros. *Con-Ciencia Social*, (9), 58–69.
- Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. (2008). Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias Em Saúde*, 3(5), 5–10.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). *A Construção de vidas mais saudáveis*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002b). *A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000. 2002 - Série G. Estatística e Informação para a Saúde - N.22*. Brasília.
Retrieved from
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas_992000.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010a). *Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*. Brasília.
Retrieved from
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010b). *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília.
- Brito, C. L. S., Bystronski, D. P., Mombach, K. D., Stenzel, L. M., & Repetto, G. (2005). *Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo. Retrieved from http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obesidade-terapia-cognitivo-comportamental.pdf
- Bueno, B. O. (2002). O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. *Educação e Pesquisa*, 28(1), 11–30.
<https://doi.org/10.1590/S1517-97022002000100002>
- Cabrera, G., Tascón, J., & Diego Lucumi. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91–101.
- Cambi, M. P. C., & Marchesini, J. B. (2002). Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In A. B. Garrido Jr. (Ed.), *Cirurgia da Obesidade* (pp. 225–272). São Paulo: Atheneu.
- Cantalejo, I. M. B., & Márquez, M. A. S. (2004). Efectividad del modelo PRECEDE en pacientes obesos atendidos en la consulta de enfermería. *Nure Investigación*,

- 4(Abril), 1–7.
- Canún, S. (2000). Genética y obesidad. In J. Castro, M. G.; Lopes Bárcena (Ed.), *Obesidad: temas de medicina interna* (pp. 35–45). McGraw Hill Interamericana.
- Carvalho, J. B. C. (2008). Hiperatividade simpática na obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(1), 6–7.
- Cifali, M. (2001). Conduta clínica, formação e escrita. In L. Paquay, M. Altet, É. Charlier, & P. Perrenoud (Eds.), *Formando professores profissionais. Quais estratégias? Quais competências?* (pp. 103–112). Porto Alegre: Artmed.
- Coffman, J. (2002). *Public communication campaign evaluation. Harvard Family Research Project*. Cambridge. Retrieved from www.hfrp.org/content/download/1116/48621/file/pcce.pdf
- Cordás, T. A., Lopes Filho, A. P., & Segal, A. (2004). Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 48(4), 564–571. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302004000400019>
- Coutinho, W. (1999). Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 43(1), 21–67. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000100006
- Coutinho, W. (2000). *Estudo do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em População de Obesos*. Universidade Federal de São Paulo.
- Coutinho, W., & Cabral, M. (2000). A farmacoterapia da obesidade nos consensos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 44(1), 91–94. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302000000100014>
- Darós, W. R. (2006). La libertad individual y el contrato social según J. J. Rousseau. *Revista de Filosofía Universidad Costa Rica*, 44(111–112), 115–128. Retrieved from [http://www.inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista de Filosofía UCR/Vol. XLIV/No. 111-112/La libertad individual y el contrato social según J. J. Rousseau.pdf](http://www.inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosofía%20UCR/Vol.%20XLIV/No.%20111-112/La%20libertad%20individual%20y%20el%20contrato%20social%20según%20J.%20J.%20Rousseau.pdf)

Delahanty, L., Conroy, M. B., & Nathan, D. M. (2006). Psychological Predictors of Physical Activity in the Diabetes Prevention Program. *J Am Diet Assoc*, *106*(5), 698–705. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>

Delory-Momberger, C. (2006). Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. *Educação e Pesquisa*, *32*(2), 359–371. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022006000200011>

Descartes, R. (2016). *Dirscurso do Método*. São Paulo: L&PM Editores.

Díaz Gómez, J., Armero Fuster, M., Calvo Viñuela, I. ., & Rico Hernández, M. A. (2002). Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. *Nutrición Hospitalar*, *17*(2), 93–96. Retrieved from <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3306.pdf>

Dominicé, P. (1988). A biografia educativa: instrumento de investigação para a educação de adultos. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds.), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: MS/DRHS/CFAP.

Dominicé, P. (2006). A formação de adultos confrontada pelo imperativo biográfico. *Educação e Pesquisa*, *32*(2), 345–357. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022006000200010>

Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W., & Appolinário, J. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *26*(1), 47–51. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>

FAO/OPAS. (2017). *2016-América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional*. Santiago: FAO/OPAS. Retrieved from <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/01/Panorama-final-17.01.pdf>

Ferrarotti, F. (1988). Sobre a autonomia do método biográfico. In *O método (auto)biográfico e a formação* (pp. 17–34). Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ferreira, C. F., Dias, G. N., Franciscon, I. N., Mota, J. P. T. da, & Oliveira, T. Q. de. (2014). *Organização Mundial da Saúde - Guia de Estudos. Sinus 2014* (Vol. 1). Brasília. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>
- Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2006). Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 71–82. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2006.pdf>
- Flecha, R. (2003). *Compartiendo palabras: el aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo*. Barcelona: Paidós.
- Fleming, M. (2012). *A discourse on the nature, causes, and cure of corpulency*. Royal Society Printers, London, 1760. USA: Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Library 2012 January. Retrieved from <http://name.umdl.umich.edu/004834495.0001.000>
- Formiguera, X., Foz, M., Alvarez, J. E., Panotopoulos, G., Fogelholm, M., Rossner, S., ... Moreno-Esteban, B. (2004). Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. In *Monografías Humanitas* (pp. 6–212). Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Fraile, E. O. (2015). *Dieta hipercalórica e hipoxia intermitente crónica como modelos de obesidad y apnea obstructiva del sueño . Significado de la leptina en el control respiratorio*. Universidad de Valladolid.
- Freire, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes.
- Freire, P. (1984). *Educação e mudança*. Petrópolis: Vozes.
- Freire, P. (1985). *Por uma pedagogia da pergunta* (3rd ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1993). Como trabalhar com o povo? *Associação Paulista de Saúde Pública*, 3(abr).

- Freire, P. (2001). *Política e Educação* (5th ed.). São Paulo: Cortez.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido* (41st ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2006). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P., & Nogueira, A. (1993). *Que fazer: teoria e prática em educação popular* (4th ed.). Petrópolis: Vozes.
- Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., & Tuells, J. (2000). Creencias de Salud Relacionadas con la Participación en un Programa de Cribado Mamográfico. *Psicología Conductual*, 8(2), 357–373.
- García-Caballero, M. (2005). Cirugía para Modificar el Comportamiento Nutritivo. *Nutrición Hospitalaria*, 20(1), 1–4. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309225534001>
- García, J. M. F. (2012). *Actividad física en los jóvenes de Santiago de Compostela*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Gargallo Fernández, M., Basulto Marset, J., Breton Lesmes, I., Quiles Izquierdo, J., Formiguera Sala, X., & Salas-Salvadó, J. (2012). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Metodología y Resumen ejecutivo (I/III). *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 789–99. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5678>
- Gargallo Fernández, M., Lesmes, B., Basulto Marset, J., Quiles Izquierdo, J., Formiguera Sala, X., & Salas-Salvadó, J. (2012). Recomendaciones Nutricioanales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consendo FESNAD-SEEDO). La Dieta en el tratamiento de la Obesidad (III/III). *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 833–844. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5680>
- Garrido Junior, A. B. (2000). Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 44(4), 106–110.

<https://doi.org/10.1590/S0004-27302000000100017>

- Gomez, J. J. L. (2015). *Evaluación del Efecto de una dieta Hipocalórica modificada en pacientes obsesos con artropatía crónica sobre el peso, factores de riesgo cardiovascular y marcadores de remodelado óseo*. Universidad de Valladolid.
- Gonçalves, C. A. (2004). O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. *Mneme - Revista Virtual de Humanidades*, 11(5), 1–42. Retrieved from <http://www.seol.com.br/mneme>
- Gracia Arnaiz, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2016). *Tratado de Fisiologia Medica* (13th ed.). Barcelona: Elsevier Ltd.
- Halpern, A. (1994). *Entenda a obesidade e emagreça*. São Paulo: MG Editores Associados.
- Halpern, A. (1999). Consenso Latino-Americano de obesidade. In W. F. Coutinho (Ed.), *Consenso Latino-Americano de Obesidade* (pp. 21–67). São Paulo: Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 1999, Vol.43, no.1.
- Jakicic, J. M., Marcus, B. H., Gallagher, K. I., Napolitano, M., & Lang, W. (2003). Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: a randomized trial. *Jama*, 290(10), 1323–30.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.10.1323>
- Jankélévitch, V., & Berlowitz, B. (2004). *Quelque part dans l'inachevé*. Paris: Gallimard.
- Josso, M.-C. (1999). História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as “histórias de vida” a serviço de projetos. *Educação e Pesquisa*, 25(2), 11–23.
<https://doi.org/10.1590/S1517-97021999000200002>
- Josso, M.-C. (2004). *Experiência de vida e formação*. São Paulo: Cortez.

- Josso, M.-C. (2006). Os relatos de histórias de vida como desvelamento dos desafios existenciais da formação do conhecimento: destinos socioculturais e projetos de vida programados na invenção de si. In E. C. De Souza & M. H. M. B. Abrahão (Eds.), *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si* (pp. 21–40). Porto Alegre: Edipucrs.
- Josso, M.-C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. *Educação*, 3(63), 413–438. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kohen, V. L. (2010). *Comparación de la utilidad de dos dietas hipocalóricas equilibradas con inclusión versus exclusión de pan en el tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Krause, M., & Mahan, K. (2012). *Alimentos, nutrição & dietoterapia* (13th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Obesidad. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 14, 1490–1504. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00868.x>
- Lambert, J. L., Batalha, M. O., Sproesser, R. L., Da Silva, A. L., & Lucchese, T. (2005). As principais evoluções dos comportamentos alimentares: O caso da França. *Revista de Nutrição*, 18(5), 577–591. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000500001>
- Latorre, A. (2004). *La investigación Educativa: programa de formación de asesoría pedagógica*. San Salvador: Ministerio de la Educación-El Salvador.
- Latorre, A., Rincón, D., & Arnal, J. (1996). *Bases Metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre/Belo Horizonte: Artmed/UFMG.
- Lechuga, M. J. A. del C. (2014). *Sobrepeso-obesidad y factores de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas*. Universidad de Granada. Retrieved from <http://hera.ugr.es/tesisugr/24078839.pdf>

- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. A., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, L., ... Casanueva, F. F. (2016). *SEEDO 2016 - PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. POSICIONAMIENTO SEEDO 2016*. Madrid.
- Limongi-França, A. C. (2005). *Qualidade de Vida no Trabalho – práticas e conceitos na sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas.
- Lopes, J. (2006). *O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Lorenzo-Ramirez, N. (1997). *La Biblioteca Escolar en un Instituto de Bachillerato*. Universitat de Barcelona.
- Lusk, J. L. (2017). Economics and obesity policy. *Internacional Journal of Obesity*, 41(1), 831–834. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8462.2008.00495.x>
- Malheiros, C. A., & Freitas JR., W. R. (2002). Obesidade no Brasil e no mundo. In A. B. Garrido JR. (Ed.), *Cirurgia da Obesidade* (pp. 19–23). São Paulo: Atheneu.
- Mancini, M. C., & Carra, M. K. (2001). Dificuldade diagnóstica em Pacientes Obesos - Parte I. *Revista ABESO*, 3(Agosto).
- Mancini, M. C., & Halpern, A. (2007). Avaliação Clínica do Paciente Obeso. *Revista ABESO*, 7(32).
- Martínez, M. G. C. (1999). *Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes obesos: resultados de un programa de intervención educativa*. Universidad de Alcalá.
- Martínez, M. G. C., & Bárcena, J. L. (2000). *Obesidad: temas de medicina interna*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Martins, C. (2003). *Teste de Avaliação de Preparação para entrar no Programa de Controle de Peso da NutroWay*. Curitiba.
- Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso / obesidade

no Brasil Dietary and physical activity factors as determinants of the increase in overweight / obesity in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 698–709.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300006>

Montiel, C. B., Zarazaga, R. E., Basurto, F. Z., & Soriano, M. C. L. (2003). Validez de tratamiento de la evaluación conductual en la intervención en obesidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 157–190. Retrieved from

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761271>

Moore, H., Summerbell, C. D., Greenwood, D. C., Tovey, P., Griffiths, J., Henderson, M., ... Adamson, A. J. (2003). Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ - British Medical Journal*, 327(7423), 1–5.

Retrieved from <http://www.bmj.com/content/bmj/327/7423/1085.full.pdf>

Moreno, A. L. A. (2105). *Factores psicológicos y obesidad: Impacto en pacientes con síndrome coronario agudo*. Universidad de Granada.

Moreno, E., & Gil, J. (2001). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Health (San Francisco)*, 19(1), 91–101.

Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*.

Barcelona: Paidós.

National Institutes of Health. (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report, NIH Publication No. 98-4083. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults* (Vol. 98–4083). Washington: National Institutes of Health. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>

Novoa, A. (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no Projecto Prosalus. In A. Novoa & M. Finger (Eds.), *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa: Pentaedro.

Novoa, A., & Finger, M. (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- O'Sullivan GA, Yonkler JA, Morgan W, & Merritt APA. (2003). *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Retrieved from <http://ccp.jhu.edu/documents/A Field Guide to Designing Health Comm Strategy.pdf>
- OMS. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Ginebra. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459>
- OMS. (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo, 2001; salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- OMS. (2001b). *Informe sobre la salud en el mundo: salud mental - nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- OMS. (2003a). *Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro*. Ginebra.
- OMS. (2003b). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003*. Ginebra. Retrieved from http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- OMS. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global - Série Informes Técnicos - Nº 894*. (A. Favano, Ed.). São Paulo: Roca.
- OMS. (2016). *Obesidad y sobrepeso: Nota Descriptiva Nº 311*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OPAS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Organización mundial de la salud* (Vol. 1). Ottawa. Retrieved from <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
- OPAS/OMS. (1998). *A Saúde no Brasil*. Brasília.
- OPAS/OMS. (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília.

- Ortega, J. J. T. (2013). *Tratamiento multidisciplinar de la obesidad mórbida*. Universitat de Les Illes Balears. Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/127233>
- Pajecki, D., Halpern, A., Cercato, C., Mancini, M. C., Cleva, R. de, & Santo, M. A. (2012). Tratamento de curto prazo com liraglutide no ganho de peso após cirurgia bariátrica. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(3), 191–195. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000300005>
- Passeggi, M. C. (2000). Memoriais de formação: processos de autoria e de (re)construção identitária. In *III Conferencia de pesquisa sócio-cultural*. São Paulo: Unicamp.
- Passeggi, M. C. (2006a). A formação do formador na abordagem autobiográfica. A experiência dos memoriais de formação. In E. C. Souza & M. H. M. B. Abrahão (Eds.), *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si* (pp. 203–18). Porto Alegre: Edipucrs/Eduneb.
- Passeggi, M. C. (2006b). *A formação do professor na abordagem autobiográfica. A experiência dos memoriais de formação*. Natal: UFRN.
- Passeggi, M. C. (2006c). Formação e pesquisa autobiográfica. In *II Congresso Internacional sobre pesquisa (auto) biográfica. Autobiografias, histórias de vida e formação: pesquisa e ensino*. (pp. 257–68). Porto Alegre: Edipucrs.
- Passeggi, M. C. (2007). O x da questão. É possível avaliar o estudante a partir do seu memorial, levando em consideração a subjetividade? *Presente! Revista de Educação*, 15(2), 34–37.
- Passeggi, M. C., Souza, E. C., & Vicentini, P. P. (2011). Entre a vida e a formação: pesquisa (auto)biográfica, docência e profissionalização. *Educação Em Revista*, 27(1), 369–386. <https://doi.org/10.1590/S0102-46982011000100017>
- Peña, M., & Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la Región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 75–78. <https://doi.org/10.1590/S1020->

49892001000800001

- Pessini, L. (2006). Bioética e o desafio do transumanismo: ideologia ou utopia, ameaça ou esperança? *Bioética*, 14(2), 125–142. Retrieved from http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/14/17
- Philippi, S. T. (2014). Alimentação saudável e o redesenho da pirâmide dos alimentos. In *Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição* (pp. 1–34). Barueri: Manole.
- Pineau, G. (2006a). As histórias de vida como artes formadoras da existência. In E. C. de Souza & M. H. M. Barreto (Eds.), *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si* (pp. 41–59). Porto Alegre: Edipucrs/Eduneb. Retrieved from <http://www.pucrs.br/edipucrs>
- Pineau, G. (2006b). As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. *Educação e Pesquisa*, 32(2), 329–343. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ep/v32n2/a09v32n2.pdf>
- Pineau, G. (2006c). As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial Autobiografia — Existência — História de vida — Movimento biográfico — Pesquisa-ação-formação. Life histories in formation: genesis of a movement of existential. *Educação e Pesquisa*, 32(2), 329–343.
- Pineau, G., & Le Grand, J.-L. (2003). *As histórias de vida*. (PPGE/UFRN, Ed.) (2nd ed.). Natal: Trad.: Maria da Conceição Passeggi.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, V. (1994). *Changing for Good: A Revolutionary SixStage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J., Norcross, J., Fowler, J., Follick, M., & Abrams, D. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 17(1), 35–45. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(92\)90051-V](https://doi.org/10.1016/0306-4603(92)90051-V)

- Radominski, R. (2007). O Uso dos Suplementos Dietéticos no Tratamento da Obesidade. *Revista ABESO*, 7(29).
- Repetto, G., Rizzolli, J., & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, there, and everywhere. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 47(6), 633–635. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302003000600001>
- Repetto, G., Rizzolli, J., & Casagrande, D. (2015). *Cirurgia bariátrica: um tratamento cirúrgico ou clínico?* Retrieved from <http://iobesidade.vivere313.com/cirurgia-bariatrica-um-tratamento-cirurgico-ou-clinico/>
- Ricoeur, P. (1994). *Tempo e narrativa: Tomo I*. São Paulo: Papiros.
- Rodríguez, L. R. (2007). La Teoría De Acción Razonada : Implicaciones Para El Estudio De Las Actitudes. *Investigación Educativa Duranguense*, (7), 66–77. Retrieved from http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
- Rodríguez Scull, L. E. (2004). La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 15(3).
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Educations Monographs*, 2(4), 328–35. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implicit contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2(2), 121–139. <https://doi.org/10.1007/BF01384942>
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno-Esteban, B., Aranceta-Bartrina, J., Bellido, D., ... Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 Para la Evaluación Del Sobrepeso y la Obesidad y el Establecimiento de Criterios de Intervención Terapéutica. *Revista Española de Obesidad, Esp*, 7–48. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(07\)72531-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(07)72531-9)

- Saiz, R. L. (2016). *Tratamiento Biopsicosocial de la Obesidad Pediátrica*. Universidad de Cantabria.
- Sant'Anna, I. M., & Menegolla, M. (2013). *Didática: aprender a ensinar* (10th ed.). São Paulo: Loyola.
- Sardinha, L. B., Santos, D. A., Silva, A. M., Coelho-e-Silva, M. J., Raimundo, A. M., Moreira, H., ... Mota, J. (2012). Prevalence of Overweight, Obesity, and Abdominal Obesity in a Representative Sample of Portuguese Adults. *PLoS ONE*, 7(10), Sardinha, L. B., Santos, D. A., Silva, A. M., Coel. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047883>
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas - Bariatric surgery indications and contraindications. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 68–72.
- Solá, J. A. (1998). *Manual de Dietoterapia do adulto* (6th ed.). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R., & Aida Gutiérrez. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335–341. <https://doi.org/10.1524/zkri.1962.117.5-6.474>
- Souza, E. C. de. (2006). *O conhecimento de sí: estágio e narrativas de formação de professores*. Rio de Janeiro/Salvador: DP&A/UNEB.
- Souza, J. M. B. de, Castro, M. M. de, Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M. de, & Silva, N. G. da. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Stern, L., Iqbal, N., Seshadri, P., Chicano, K. L., Daily, D. A., McGrory, J., ... Samaha, F. F. (2004). The Effects of Low-Carbohydrate versus Conventional Weight Loss Diets in Severely Obese Adults : One-Year Follow-up of a randomized control trial. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 778–786.

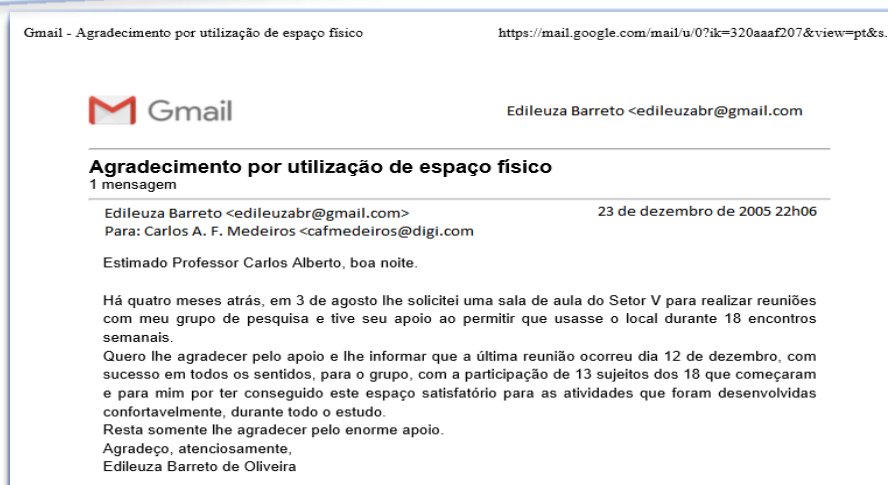
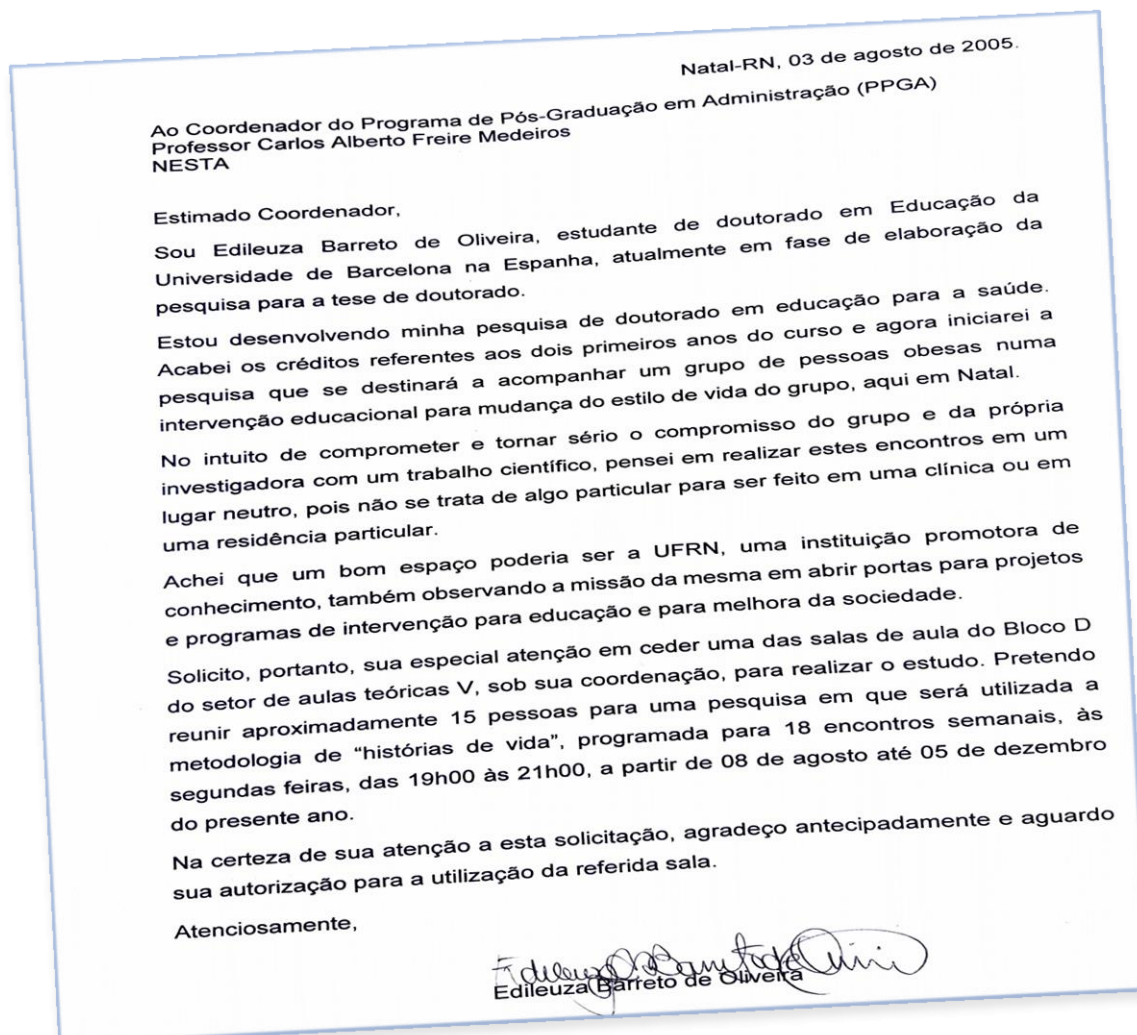
<https://doi.org/10.1016/j.accreview.2004.07.103>

- Tonial, S. R. (2001). *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância* (Vol. 2). Recife.
- Valencia-Peris, A. (2013). *Actividad Física y Uso Sedentário de Medios Tecnológicos de Pantalla en Adolescentes*. Universitat de València.
- Vasconcelos, V. L. De, Lapa, T. M., & Carvalho, E. F. De. (2006). Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos nas macrorregiões do Brasil, 1980-2000. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 10(3), 417–424. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300009>
- Viuniski, N. (2003). Projeto escola saudável: a ABESO aposta nessa ideia. *Revista ABESO*, 4(16).
- Wang, Y., Monteiro, C., & Popkin, B. M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 971–977.
- Wannmacher, L. (2004). Obesidade: Evidências e fantasias. *Uso Racional de Medicamentos*, 1(3), 1–6. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_OBS_0204.pdf
- WHO. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Who (Vol. 57Th World). Genève. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195167207.001.0001>
- WHO. (2006). *Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva: WHO Press. Genève. https://doi.org/10.1007/SpringerReference_301104
- WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Global Action Plan*. Genève. https://doi.org/978_92_4_1506236
- WHO. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014. Global Status Report*. Genève. https://doi.org/ISBN_9789241564854

APÉNDICES

Apêndice 1 – Solicitação de espaço físico para las reuniones

Mensajes de solicitud y de gratitud al director de la UFRN sobre el espacio para desarrollo de las reuniones. La primera, documento oficial, en papel y la segunda, por correo electrónico.



Apéndice 2 - Invitación a los candidatos de la investigación

Divulgación de la investigación para selección de un grupo de personas obesas: Esta información fue concedida a 50 personas obesas abordadas durante los días 16 a 20 de agosto de 2005. Entre las 50 personas abordadas apenas 15 comparecieron al local del encuentro, adicionándose a las tres anteriores, totalizando 18 personas obesas, haciéndose así, una selección espontánea, natural, entre las 50 personas abordadas.

CONVITE

Pesquisa científica sobre a obesidade em adultos a realizar-se no período de 22 de agosto a 05 de dezembro de 2005, pela nutricionista Edileuza A. S. Barreto de Oliveira, doutoranda em Educação para a saúde na Universidade de Barcelona, (UB) – Espanha.

Através do:

Programa educacional para a mudança no estilo de vida de pessoas obesas

Crítérios para seleção:

Disponibilidade para participar de todos os 16 encontros do programa.

Pessoas obesas sem tratamento medicamentoso.

IMC - Índice de massa Corporal acima de 30

Sexo – feminino e masculino

Idade – 20 - 55 anos

Início – 22/08/2005 - Horário – 19h00 às 21h00, 2ª feira
Local – Setor de Aulas V, Sala D1 – Campus universitário, UFRN

Contatos:

Edileuza Barreto de Oliveira
Telefones: 32176627 - 94315154

Participe!

Seja um voluntário e melhore sua saúde e seu estilo de vida de forma consciente.

Apéndice 4 – Cuestionario inicial traducido, las respuestas y su análisis

Este cuestionario fue adaptado para esta investigación-formación, a partir de un cuestionario utilizado para acceso a un programa de control de peso de Nutroway, de la Dra. Cristina Martins (Martins, 2003). En el mismo Apéndice está una traducción libre del cuestionario, las respuestas de todos los participantes y un análisis de la investigadora.

Traducción del Cuestionario inicial:

1. ¿Cuáles son sus objetivos y qué esperas al aceptar ser participante de una intervención educativa para la salud?
2. Comparado con los intentos anteriores, ¿cómo está su motivación para perder peso en este momento?
3. ¿Cuál sería para usted el método ideal para perder peso? Sea realista.
4. Piense honestamente sobre cuánto peso desea perder y en qué velocidad usted espera perderlo?
5. Para formar parte de este programa, será necesario el compromiso y la determinación. ¿Usted está dispuesto a participar durante el tiempo que se haga necesario?
6. Describa cómo conduce la disciplina alimentaria en su cotidiano (horarios, frecuencia, cantidad, calidad de los alimentos)
7. ¿Hay alguna diferencia entre el hambre y el apetito? Describa cómo ha sido su experiencia
8. ¿Cuáles son los alimentos que más utiliza y prefiere en su dieta diaria?
9. ¿Qué alimentos consideras que son sanos?
10. En su opinión, ¿qué alimentos deben evitarse o reducir su consumo para perder peso?
11. ¿Cómo describiría su comportamiento alimentario durante las celebraciones familiares, fiestas, festivos y vacaciones?
12. Usted planeó hacer una dieta sana, pero un amigo le invitó a comer fuera. ¿Qué te hará?
13. ¿Cómo se siente cuando está haciendo dieta para perder peso?
14. Cuando alguna vez usted pierde el control y come una cantidad excesiva de alimento, ¿cómo se siente y con qué frecuencia esto ocurre en su comportamiento alimentario?
15. En los momentos de ocio ¿lo que hace de su tiempo?
16. ¿Cuándo está ansioso o emocionado (a) ocurre alguna modificación en su hábito alimenticio?
17. ¿Ha notado que en momentos desagradables usted come más de lo que debería?
18. ¿Cuáles son otros factores externos además de la alimentación que pueden estar contribuyendo a su sobrepeso?
19. ¿Qué piensa sobre la actividad física para la salud?
20. ¿Con qué frecuencia practica alguna actividad física o cómo piensa incluir en su cotidiano?
21. Cuando usted adieta y ejercicio para perder peso y alcanza buen resultado, ¿cómo queda su motivación para proseguir con ejercicios físicos y alimentación sana durante un mayor tiempo?
22. ¿Alguna vez usó laxantes, diuréticos o inhibidores del apetito y para qué?

Respostas de los participantes de la Investigación:

1. Quais são seus objetivos e o que você espera ao aceitar ser participante de uma intervenção educacional para saúde?

Perder peso e ganhar qualidade de vida (Fabio Junior, 15/08/2005).
Ficar com o peso ideal com estabilidade. Espero ganhar conhecimentos e motivação para fazer deste objetivo nossa forma de vida (Jés, 29/08/2005).
Ter uma alimentação saudável e emagrecer. Espero adquirir aprendizagem para o resto da minha vida e que realmente pratique esse aprendizado (Núbia, 29/08/2005)
Ao aceitar participar deste programa, espero aprender a me reeducar tanto físico como emocionalmente, em busca de uma qualidade de vida para mim (Anne 29/08/2005)
Emagrecer e não voltar mais a engordar (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu espero ficar magrinha (Mariana, 15/08/2005)
Perder peso. Espero ser bem orientada (Liria, 29/08/2005).
Perder peso e aprender a me alimentar para ter saúde (Linda, 29/08/2005)
Meu objetivo é aprender a ter uma reeducação alimentar, e assim perder os quilos em excesso e ter uma melhor qualidade de vida. Espero conseguir esse meu objetivo (A Vencedora, 29/08/2005)
Eliminar peso e espero aprender a me alimentar com alimentos certos que não venham fazer ganhar nunca mais peso (Elaine, 29/08/2005)
Perder o máximo de peso possível e tornar-me um pouco mais saudável (Painho, 05/09/2005)
Atingir uma melhor qualidade de vida (Pedro, 29/08/2005)
Meu maior objetivo é conseguir baixar minha taxa de glicose, colesterol e triglicérides, além do peso. Espero com esse programa aprender a me alimentar de forma correta e mudar os meus costumes de descontar o nervosismo comendo demais (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

2. Comparado com tentativas anteriores, como está sua motivação para perder peso neste momento?

Muito forte, pois quero voltar a vestir minhas calças 48 (Fabio Junior, 15/08/2005)
Só me preocupei com o meu peso há uns 10 anos atrás quando pesei 104 quilos. Deste tempo para cá só me submeti a dois regimes e outras tentativas tipo herba life. Desta vez quero fazer e estou muito motivado (Jés, 29/08/2005)
Agora me sinto motivada por ser um grupo, parece ser melhor, você escuta todo mundo. (as experiências). (Núbia, 29/08/2005)
Acho que está razoável. (Anne 29/08/2005)
Mais uma vez com esperança de reencontrar o meu corpo normal. (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Minha motivação é por estar o meu marido muito fofo e eu também. (Mariana, 15/08/2005)
Um pouco melhor que das anteriores, mas precisando de muita ajuda. (Liria, 29/08/2005)
Está muito boa. (Linda, 29/08/2005)
Minha motivação está grande, creio que agora eu consigo. (A Vencedora, 29/08/2005)
Confiante. (Elaine, 29/08/2005)
Com muito mais firmeza. (Painho, 05/09/2005)
Se tratando de um projeto novo, sinto-me curioso e apreensivo. (Pedro, 29/08/2005)
É a primeira vez que tento baixar de peso acompanhado semanalmente por uma nutricionista, além de ter o grupo para me incentivar, logo estou muito motivado. (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

3. Qual seria para você o método ideal para perder peso? Seja realista.

Baixar as calorias e aumentar a atividade física. (Fabio Junior, 15/08/2005)
O que pudéssemos comer e estar sempre bem com o nosso peso. Com o conhecimento para sabermos balancear a nossa alimentação. (Jés, 29/08/2005)
Realmente, dessa forma. Pois se não houver educação, consciência, todos os métodos que tentar não conseguirá, depois volta tudo. (Núbia, 29/08/2005)
Alimentação equilibrada juntamente com exercício físico. (Anne 29/08/2005)
Através da alimentação, sem passar fome. (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu gosto muito de caminhar e de andar de bicicleta. (Mariana, 15/08/2005)
Fazer um SPA. (Liria, 29/08/2005)
Um em que não houvesse tantas restrições e sofrimento. (Linda, 29/08/2005)
A reeducação alimentar. (A Vencedora, 29/08/2005)
Reeducação alimentar. (Elaine, 29/08/2005)
De todos que conheço, este foi o ideal. (Painho, 05/09/2005)
Através de exercícios físicos e uma reeducação alimentar. (Pedro, 29/08/2005)
Só existe uma forma: mudar a alimentação e praticar exercícios. (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

4. Pense honestamente sobre quanto peso deseja perder e em que velocidade você espera perdê-lo?

Perder todo peso excedente (Fabio Junior)	O tempo não importa (Fabio Junior).
Quero perder 20 quilos. (Jés)	Espero atingir esta meta em 40 semanas (Jés)

Quero perder 12 quilos (Núbia).	Espero atingir esta meta em 16 semanas (Núbia)
Quero perder 25 quilos. (Anne)	Espero atingir esta meta em 28 semanas (Anne)
Quero perder 35quilos. (Ex-Gorda)	Espero atingir esta meta em: gradativamente. (Ex-Gorda)
Quero perder 6 quilos. (Mariana)	Espero atingir esta meta em Pouco tempo. (Mariana)
Quero perder 26,6 quilos. (Liria)	Espero atingir esta meta em 27 semanas (Liria)
Quero perder 30 quilos. (Linda)	Espero atingir esta meta em 20 semanas (Linda)
Quero perder 31 quilos (A Vencedora)	Espero atingir esta meta em 16 semanas (A Vencedora)
Quero perder 30 quilos. (Elaine)	Espero atingir esta meta em 20 semanas (Elaine)
Quero perder 30 quilos. (Painho)	Espero atingir esta meta - rapidamente - (Painho)
Quero perder 20 quilos. (Pedro)	Espero atingir esta meta em 16 semanas (Pedro)
Quero perder 13 quilos. (Gordinho Saudável)	Espero atingir esta meta em 16 semanas (Gordinho Saudável)

5. Para fazer parte deste programa, será necessário compromisso e determinação. Você está disposto a participar durante o tempo que se fizer necessário?

Não quero perder, pois quem perde sempre acha, gostaria de perder todo o peso excedente, o tempo não importa. (Fabio Junior,15/08/2005).
Com certeza. Espero ser durante o programa um cooperador vitorioso nos nossos objetivos. (Jés, 29/08/2005).
Sim. (Núbia, 29/08/2005).
Sim. (Anne 29/08/2005).
Sim. (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Sim. (Mariana, 15/08/2005).
Sim, estarei sempre disponível. (Liria, 29/08/2005).
Sim. (Linda, 29/08/2005)
Sim. (A Vencedora, 29/08/2005).
Sim. (Elaine, 29/08/2005).
Com certeza estarei firme e forte até o fim. (Painho, 05/09/2005).
Sim. (Pedro, 29/08/2005).
Sim. Tenho certeza do que estou querendo. (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

6. Descreva como você conduz a disciplina alimentar em seu cotidiano (horários, frequência, quantidade, qualidade dos alimentos).

Café, almoço e jantar e diversos lanches. Já a qualidade eu procuro escolher os menos calóricos (Fabio Junior, 15/08/2005).
Pela manhã me controlo bem. Fruta, papa de aveia, coalhada. Almoço – dependo mais da cozinheira, mais me saio bem. Como o máximo de verdura. No jantar - é o momento crítico, aonde vem o pão e seus acompanhamentos. Cuscuz, macaxeira, carnes etc. (Jés, 29/08/2005)
Sou indisciplinada, quer dizer, não sou mais. Eu era indisciplinada, comia tudo, em grande quantidade e toda hora. E ainda mais, qualquer tipo de comida (Núbia, 29/08/2005).
Manhã- 6h00- academia / 2 horas. Alimentação. Cappuccino com adoçante, 2 torradas com queijo ou requeijão ou um leite com sucrilhos, com nescau ou cappuccino com 2 tapiocas Almoço: 1 concha de feijão, 2 a 4 colheres sopa de arroz, 1 banana, farofa de soja, um bife ou frango, e as vezes verdura, pois como de marmita e não gosto da verdura de marmita. E depois do almoço sempre como um docinho. (Um bombom). Lanche: As 16h00 – coalhada com Neston ou biscoito cream cracker com cappuccino ou 1 bombom. Jantar – Um prato sopa ou 1 pão com carne ou queijo (Anne 29/08/2005)
Sem disciplina (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu como sempre na hora certa, mas se for uma comida que eu goste eu como mais um pouco (Mariana, 15/08/2005).
7h00 café da manhã – Frutas, café com leite, pão e queijo. Almoço – 13h00 – Feijão, arroz, legumes, verduras, carnes e frutas. Lanche – Doces massas e guloseimas em geral. Jantar – geralmente igual ao café da manhã (Liria, 29/08/2005).
Almoço e as vezes jantar, alguns lanches no decorrer do dia. Pipocas, refrigerantes, salgadinhos (Linda, 29/08/2005)
Não tenho cuidado quanto aos horários de refeições, se sinto vontade, como. Uma quantidade media, mas sempre alimentos muito calóricos. Como algumas besteiras (A Vencedora, 29/08/2005).
Manhã- 1 fruta, 1 xícara de café com 4 biscoitos creme cracker. Almoço - Arroz, 3 colheres de feijão, verdura, carne, frango ou peixe. Lanche – 1 fruta. Jantar - Cuscuz com carne assada ou papa de aveia. (Elaine, 29/08/2005). Manhã, meio dia e tarde. (Painho, 05/09/2005). Sempre com muita displicência, sem ligar muito para horário e muito menos para a qualidade dos alimentos (Pedro, 29/08/2005)
Até o dia que comecei a participar deste programa eu nunca tive este tipo de controle, bastando estar com vontade para meter a cara na comida (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

7. Para você existe alguma diferença entre fome e apetite? Descreva como tem sido sua experiência.

Sim. Fome é comer muito até não aguentar mais. Apetite é comer até ficar saciado (Fabio Junior, 15/08/2005).
Não sei distinguir, o certo é que tem horas que comemos que não sabemos por que. Nos falta o controle. Ultimamente estamos nos corrigindo e suportando ficar sem um pedaço de rapadura, uma fatia de bolo, refrigerante etc. (Jés, 29/08/2005)
Fome: a sensação (sentir fome). Apetite: o ato: (o ato de comer, bom apetite!). (Núbia, 29/08/2005)
Sim. Fome é quando seu organismo está precisando realmente de comida. Apetite é quando você está querendo consumir além do que precisa (Anne 29/08/2005).
A fome passa e o apetite continua até topar (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu só como quando tenho fome (Mariana, 15/08/2005)
Não. Pois a fome e o apetite para mim sempre são constantes. Tem sido difícil controlá-los (Liria, 29/08/2005).
Fome e apetite: Acredito que haja diferença, mas não estou conseguindo estabelecê-la. A experiência tem sido difícil, pois é complicado, não comer nada que tenha açúcar (Linda, 29/08/2005)
Sinceramente acho que não sei distinguir entre fome e apetite. Se não estou com o estômago cheio e sinto vontade de comer algo, como (A Vencedora, 29/08/2005)
Sim. Fome – quando passo muito tempo sem me alimentar. Apetite – sentir vontade de comer (Elaine, 29/08/2005)
Fome – Necessidade de alimentar-se. Apetite – Alimentar-se sem necessidade (Painho, 05/09/2005).
Há sim diferença (Pedro, 29/08/2005).
Na realidade eu estou sempre com muito apetite, mas não necessariamente com fome. Eu sou muito pré-disposto a comer tudo que agrada meus olhos. Apetite está relacionado ao desejo e a fome está relacionada a necessidade (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

8. Quais os alimentos que você mais usa e prefere na sua dieta do dia a dia?

Pães, biscoitos, feijão, arroz, legumes frutas, frango, carne, sucos (Fabio Junior, 15/08/2005).
Aveia, Fruta (mais pela manhã), arroz, feijão, farofa? Gostava. Verduras cozidas e verdes, nos intervalos uma ou duas laranjas, s noite antes de deitar, laranja, tomate, maçã (Jés, 29/08/2005)
Leite, banana, Nescau, pão, margarina, queijo, ovos, arroz, macarrão, feijão, verdura, mamão, carne, frango, farofa, suco. Usava muito refrigerante e comia muito doce (Núbia, 29/08/2005)
Pão, chocolate, patê light de frango, farofa de soja, sucrilhos, requeijão, biscoito, frutas, queijo muçarela (Anne 29/08/2005)
Gosto de tudo (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu gosto muito de leite, biscoito e pão, vitaminas (Mariana, 15/08/2005)
Paes, queijos, frutas legumes, feijão, arroz, macarrão, farofa, carnes, peixes, frango, doces, sorvetes (Liria, 29/08/2005).
Frutas e iogurte natural desnatado (Linda, 29/08/2005)
Em 1º lugar pão, macarrão e bolachas. Mas prefiro e vou lutar hoje por comer frutas e verduras (A Vencedora, 29/08/2005)
Frutas (Elaine, 29/08/2005).
Biscoito água e sal e queijo ricota (Painho, 05/09/2005)
Leite, doces e fast-food (Pedro, 29/08/2005)
Minha forma de alimentação é muito inconstante, pois não tomo café da manhã, faço vários lanches com salgados e costumo jantar pizza, lasanha, pão de queijo e refrigerantes. Adoro as massas (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

9. Que alimentos você considera que são saudáveis?

Frutas, legumes, Frango (Fabio Junior, 15/08/2005)
Frutas, verduras, arroz integral e trigo, leite desnatado, coalhada, iogurte (Jés, 29/08/2005)
Leite, banana, ovos, arroz, feijão, verdura, mamão, carne, frango, suco (Núbia, 29/08/2005)
Patê light, frutas, sucrilhos (Anne 29/08/2005).
Frutas, verduras, legumes, carnes magras (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Leite, frutas, feijão, arroz, peixe, carne (Mariana, 15/08/2005).
Frutas, verduras, legumes, carnes magras, peixe, frango (Liria, 29/08/2005)
Frutas, legumes, verduras, grãos, arroz, carnes magras (peixe, frango) (Linda, 29/08/2005)
Frutas e verduras (A Vencedora, 29/08/2005).
Frutas, legumes, verduras, leite desnatado etc. (Elaine, 29/08/2005).
Todos aqueles com menos gorduras e açúcares (Painho, 05/09/2005).
Acredito que todo alimento, desde que controlado, apresenta benefícios, o certo é não utilizá-lo sem controle (Pedro, 29/08/2005)
Considero saudáveis: peixes, frango, frutas e verduras (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

10. Em sua opinião, quais os alimentos que devem ser evitados ou reduzidos o seu consumo para se perder peso?

Carboidratos e gorduras saturadas. (Fabio Junior, 15/08/2005).
--

Massas, pão, biscoitos, doces, carnes gordas, refrigerantes, sucos com açúcar, frituras etc. (Jés, 29/08/2005)
Nescau, pão, margarina, queijo, macarrão, farofa, refrigerante e doces. (Núbia, 29/08/2005)
Chocolate, biscoito, pão, farofa de soja, requeijão, queijo. (Anne 29/08/2005)
Açúcar, massas e doces. (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Pão, pizza, macarrão, arroz. (Mariana, 15/08/2005)
Paes, doces, massas em gerais. (Liria, 29/08/2005)
Carnes gordurosas, frituras, salgados, refrigerantes. (Linda, 29/08/2005)
Massa em geral, gorduras, frituras, açúcar, e tudo o que tiver açúcar. (A Vencedora, 29/08/2005).
Massas, doces e frituras. (Elaine, 29/08/2005).
Todos aqueles ricos em gorduras e açucares. (Painho, 05/09/2005)
Doces e baganas em geral. (Pedro, 29/08/2005).
Principalmente as massas. (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

11. Como você descreveria seu comportamento alimentar durante as celebrações familiares, festas, feriados e nas férias?

Descontrolo-me (Fabio Junior, 15/08/2005)
Agora moderado, mas antes comia tudo o que aguentava e fosse oferecido, em restaurante principalmente se fosse livre, investia em tudo o que fosse gostoso, da carne ao pudim (Jés, 29/08/2005)
Não havia comportamento. Era muito descomportada, volto a dizer, comia tudo, todo tempo e em grande quantidade. (Repetia várias vezes) (Núbia, 29/08/2005)
Exagerado. Não tenho autocontrole, pois quero comer de tudo (Anne 29/08/2005)
Como de tudo (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu como muito bolo e salgadinhos e bebo muito refrigerante (Mariana, 15/08/2005).
Libero geral. Como tudo o que me oferecem sem restrições (Liria, 29/08/2005).
Um pouco exagerado, levando-se em conta que a maioria das comidas são, de modo geral, "engordativas". Lasanha, tortas salgadas, refrigerantes (Linda, 29/08/2005)
Péssima. Nunca tive controle, sempre como o que sinto vontade e na quantidade que desejar (A Vencedora, 29/08/2005).
Festas: doces, salgados, bolos etc. Feriados: sorvete (Elaine, 29/08/2005).
Comportamento acima de tudo com força de vontade (Painho, 05/09/2005)
Um pouco fora do normal do dia a dia (Pedro, 29/08/2005).
Descontrolado (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

12. Você planejou fazer uma dieta saudável, mas um(a) amigo(a) lhe convidou para almoçar fora. O que fará você?

Irei e farei um prato leve (Fabio Junior, 15/08/2005).
Posso ir à função da família, mas se não tiver nada que sirva para mim, quando voltar para casa é que vou me alimentar, já fiz isto depois que estou neste programa, num jantar (Jés, 29/08/2005)
Foi quase isso que aconteceu. Houve um churrasco na minha casa, antes eu comia muita carne e linguiça e bebida muito refrigerante. Agora coloquei o almoço no prato e um copo de refrigerante, comi e bebi apenas uma vez e em pouca quantidade (Núbia, 29/08/2005).
Penso muito antes e dependendo para onde for eu posso ir (Anne 29/08/2005).
Aceitaria, mas selecionaria o alimento a ser ingerido (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu vou com ela, mas como pouco e coloco um pouco de salada (Mariana, 15/08/2005)
Irei com certeza e deixarei a dieta para o outro dia (Liria, 29/08/2005).
Procuro almoçar algo saudável junto com minha amiga (Linda, 29/08/2005)
Irei. Porém estou mais consciente e responsável. Então terei cuidado no que vou comer (A Vencedora, 29/08/2005).
Dizer não (Elaine, 29/08/2005).
Aceitarei o convite, mas não esquecerei meus objetivos (Painho, 05/09/2005).
Não há problema, desde que saiba escolher e controlar a qualidade e a quantidade (Pedro, 29/08/2005).
Se eu estou num plano de mudança alimentar, buscarei almoçar os alimentos que estejam dentro desta dieta (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

13. Como se sente quando está fazendo dieta para perder peso?

Com fome (Fabio Junior, 15/08/2005).
Quando perdemos peso ficamos alegres, quando não ficamos arrasados, estou dentro do meu conhecimento alimentar me sentindo cumpridor da minha parte (Jés, 29/08/2005)
Feliz em saber que consigo não comer algumas coisas. (Núbia, 29/08/2005).
Nas primeiras semanas me sinto bem motivada, mas depois fico ansiosa e começa a comer como antes (Anne 29/08/2005).
Muito bem (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Muito bem (Mariana, 15/08/2005)
Irritada. As vezes depressiva, outras eufórica (Liria, 29/08/2005)

Bem! (Linda, 29/08/2005)
Na verdade, minhas dietas nunca foram longas, acho que por isso não sentia quase nenhuma diferença. A não ser o organismo que sentia falta do açúcar (A Vencedora, 29/08/2005)
Bem (Elaine, 29/08/2005).
Muito bem e sem alterações (Painho, 05/09/2005).
Normal (Pedro, 29/08/2005)
Fico um pouco deprimido (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

14. Quando alguma vez você perde o controle e come uma quantidade excessiva de alimento, como se sente e com que frequência isto ocorre em seu comportamento alimentar?

Quando estou muito ansioso, depois me arrependo profundamente (Fabio Junior, 15/08/2005)
Antes deste programa fazíamos promessas e sempre falhávamos, agora me sinto mais seguro, temos uma meta a alcançar. Acho que diariamente temos um sentimento de fome (Jés, 29/08/2005)
Antes isso acontecia sempre e eu nem ligava, tanto faz, tanto fez. Agora, pelo menos desde o início deslizei umas duas vezes e depois fiquei arrependida (Núbia, 29/08/2005)
Quando tenho alguma coisa que considero complicado e ou difícil para fazer; muitos trabalhos da faculdade, compromissos, quando estou chateada. Sinto-me muito mal-péssima. Ocorre mais ou menos semanalmente (Anne 29/08/2005)
Depende do estado emocional, depois de ingerir me sinto péssima (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu gosto muito de pizza, se tiver mais pedaços, eu como mais. Ocorre uma vez por mês (Mariana, 15/08/2005).
Quando estou ansiosa ou com algum problema, isto no momento tem sido frequente. Sinto terrível mal-estar, principalmente no estômago e no intestino (Liria, 29/08/2005)
Isso geralmente não ocorre, o meu problema, acredito que seja por alguns mini lanches que faço, no decorrer do dia (de baganas) (Linda, 29/08/2005)
Culpada, muito culpada. Antes com muita frequência acontecia isso (A Vencedora, 29/08/2005).
Arrependida. Nas datas festivas (Elaine, 29/08/2005).
Ainda não tive esta experiência (Painho, 05/09/2005).
Tento esquecer o mais rápido possível, para que isso não afete a motivação daqui em diante. Não é muito frequente (Pedro, 29/08/2005)
O descontrole ocorre principalmente quando ocorre algum problema de ordem familiar ou até mesmo no trabalho (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

15. Nos momentos de lazer o que faz de seu tempo?

Assisto filme, durmo brinco na piscina, brinco no computador (Fabio Junior, 15/08/2005)
Estou ultimamente sem laser, preencho todo o tempo com trabalho, estudo, reuniões de negócio, e o restante na igreja. Só folgo domingo à tarde dormindo. (Jés, 29/08/2005).
Antes só comia e dormia. Agora continuo dormindo, ou então vou achar o que fazer para não comer (Núbia, 29/08/2005)
Escuto música, leio, internet, converso com amigos, passo tempo com meu animal de estimação, filme (Anne 29/08/2005)
Não tenho lazer. (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu gosto de ver televisão e conversar com minhas amigas e com meu marido. (Mariana, 15/08/2005)
Fico mais em casa e planejo algo saboroso para comer. Às vezes saio e fico pensando no sorvete, no brigadeiro, e nas tortas (Liria, 29/08/2005)
Canto e leio e assisto TV, (quando estou na TV, às vezes como também. (Linda, 29/08/2005)
Assisto televisão, leio e durmo. (A Vencedora, 29/08/2005)
Nada (Elaine, 29/08/2005)
Leio e ouço música (Painho, 05/09/2005).
Pratico esporte (futebol, basquete etc.) (Pedro, 29/08/2005)
Fico em casa, passeio no shopping e saio para comer bem (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

16. Quando está ansioso (a) ou emocionado(a) ocorre alguma modificação em seu hábito alimentar?

Sim (Fabio Junior, 15/08/2005)
Com certeza como mais. Sei que é um momento de se policiar, estou percebendo estas armadilhas (Jés, 29/08/2005).
Antes com certeza. Além de roer as unhas comia muito. Agora me surpreendi, continuei a roer as unhas, mas a alimentação... Continuei me esforçando na dieta apesar de tudo que estava acontecendo ao meu redor (Núbia, 29/08/2005)
Sim. Procuro descontar na comida e depois me sinto arrependida de ter comido muito (Anne 29/08/2005)
Como demais (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Não (Mariana, 15/08/2005)
Com certeza. Como sem moderação e sempre passo muito mal (Liria, 29/08/2005)
Sim. Acredito que como mais. (Só doces e salgadinhos) (Linda, 29/08/2005)

Sim, como demasiadamente e parece que meu estômago ou meu apetite nunca se satisfaz (A Vencedora, 29/08/2005)
Não (Elaine, 29/08/2005).
Nunca tive esta experiência. Painho, 05/09/2005).
Não (Pedro, 29/08/2005)
Como muito mais (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

17. Já percebeu se em momentos desagradáveis você come mais do que deveria?

Sim (Fabio Junior, 15/08/2005)
Acho que sou tranquilo, no momento eu posso ficar sem comer, agora depois, desconto com juros e correção (Jés, 29/08/2005)
Antes comia nos momentos desagradáveis nos agradáveis, não importava (Núbia, 29/08/2005)
Com certeza exagero além do que deveria comer (Anne 29/08/2005).
Sim (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Não (Mariana, 15/08/2005).
Já, isto me deixa bastante triste (Liria, 29/08/2005)
Sim, acho que como mais, porém acredito que é meio involuntário (Linda, 29/08/2005)
Sempre (A Vencedora, 29/08/2005)
Não (Elaine, 29/08/2005).
Não sinto necessidade de tal prática (Painho, 05/09/2005)
Não (Pedro, 29/08/2005)
Sempre desconto comendo mais (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

18. Quais são outros fatores externos além da alimentação que podem estar contribuindo para seu sobrepeso?

Vida extremamente sedentária (Fabio Junior, 15/08/2005)
Talvez alguns problemas financeiros, alguns projetos amarrados, dificuldades que não dependem de mim e sim de repartições (Jessé 29/08/2005).
Quando alguém vem pedir para que eu não coma. A forma como me pede, me irrita no momento e aí como mais ainda. Mas como estou me comportando bem, não preciso escutar mais (Núbia, 29/08/2005)
Ansiedade, desmotivação (as vezes), problemas hormonais, estresse (Anne 29/08/2005)
Estrutura familiar (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu não fazer exercício (Mariana, 15/08/2005).
Problemas de saúde na família. Falta de perspectiva para conseguir uma vaga no mercado de trabalho (Liria, 29/08/2005)
Não tenho ideia (Linda, 29/08/2005)
A vida sedentária (A Vencedora, 29/08/2005).
Estresse (Elaine, 29/08/2005)
O descuido com os alimentos (Painho, 05/09/2005).
Nenhum (Pedro, 29/08/2005).
O sedentarismo, pois não pratico nenhum esporte (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

19. Que pensa sobre a atividade física para saúde?

Muito boa (Fabio Junior, 15/08/2005).
Vou ter que arranjar tempo, pois sei que é muito importante para a manutenção da saúde (Jés, 29/08/2005).
Essência. (Núbia, 29/08/2005).
Necessária e fundamental na busca de uma qualidade de vida (Anne 29/08/2005)
Excelente (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Que é muito bom (Mariana, 15/08/2005)
Sou adepta. No momento faço caminhadas (Liria, 29/08/2005)
Acredito que é excelente, mas já tentei separar um tempo, mas ainda não o encontrei (Linda, 29/08/2005)
Tenho plena consciência que é essencial para a saúde, mais tenho muita preguiça (A Vencedora, 29/08/2005)
Acho que é muito bom (Elaine, 29/08/2005)
Que é de fundamental importância para o bom funcionamento da máquina humana (Painho, 05/09/2005).
Ajuda muito (Pedro, 29/08/2005)
É super importante (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

20. Com que frequência pratica alguma atividade física ou como pensa incluir em seu cotidiano?

Já tentei, mas o peso atrapalha muito (Fabio Junior, 15/08/2005)
Estou sem tempo, mas estou resolvendo acordar mais cedo e capinar meu quintal, comecei esta semana, tenho muito quintal (Jés, 29/08/2005).
Não pratico. E nem penso em incluir, esse é o problema! Passo o dia todo fora de casa e quando chego estou cansada (Núbia, 29/08/2005).
De 3 a 5 vezes por semana. (academia) (Anne 29/08/2005)

Já pratiquei, penso em recomeçar (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Eu caminhava, mas parei e quero voltar, mas tenho um pouco de preguiça (Mariana, 15/08/2005)
Pelo menos 4 vezes na semana faço uma caminhada de 3 km (Liria, 29/08/2005)
Com pouca frequência, mais ou menos uma vez por semana. Ainda não sei em que horário incluí-la (Linda, 29/08/2005)
Não praticava nada, mais agora vou praticar todos os dias (A Vencedora, 29/08/2005)
Penso em incluir diariamente no meu cotidiano (Elaine, 29/08/2005)
Diariamente ciclismo e estou começando caminhada diária (Painho, 05/09/2005)
Com bastante frequência (Pedro, 29/08/2005)
Não costumo fazer atividades físicas, mas brevemente estarei começando a caminhar (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

21. Quando você faz dieta e exercício para perder peso e alcança bom resultado, como fica sua motivação para prosseguir com exercícios físicos e alimentação saudável durante um maior tempo?

Procuro fazer mais ainda (Fabio Junior, 15/08/2005).
Já fiz e foi muito bom, de 104 fui até 90 kg. Em 4 meses, fazia uma caminhada de bicicleta, mais ou menos meia hora, 15 km. Abri este comercio que tenho hoje aí parei (Jés, 29/08/2005)
Com certeza muito motivada (Núbia, 29/08/2005)
Depois que consigo atingir minha meta fico muito motivada e feliz comigo mesma. Mas basta um deslize que tudo volta novamente (Anne 29/08/2005)
Com esperança de que desta vez eu vou conseguir, mas com medo de desistir, não ter determinação (Ex-Gorda, 29/08/2005).
Eu fico muito feliz, mas quando eu perco a motivação eu paro (Mariana, 15/08/2005)
Sinto-me no paraíso. E a vontade aumenta cada vez mais de seguir a dieta (Liria, 29/08/2005)
Fico super animada e não quero mais parar. As vezes que eu parei foram por causa da mudança de rotina em minha vida (Linda, 29/08/2005)
Isso nunca me ocorreu, mas com certeza agora irá ocorrer e quero continuar sempre motivada para perder e não adquirir novamente (A Vencedora, 29/08/2005)
Animada e com mais disposição (Elaine, 29/08/2005)
Excelente (Painho, 05/09/2005)
Sim (Pedro, 29/08/2005).
Quando eu faço dietas o máximo que consigo perder é 5 quilos, como a demora para perder mais do que isso é enorme acaba por me desmotivar (Gordinho Saudável, 29/08/2005).

22. Alguma vez usou laxantes, diuréticos ou inibidores do apetite e para que?

Não. (Fabio Junior, 15/08/2005)
O que fiz neste item acima foi com orientação médica e basicamente era alimentação controlada com exercício. Um segundo porem tomei uns remédios que não surtiram efeitos (Jés, 29/08/2005)
Não. Apenas tentei fazer reeducação, no início tudo bem, mas depois... Não me reeduquei (Núbia, 29/08/2005).
Não (Anne 29/08/2005)
Inibidores durante muito tempo (Ex-Gorda, 29/08/2005)
Não (Mariana, 15/08/2005)
Sim todos eles. Para perder peso (Liria, 29/08/2005).
Diuréticos e inibidores de apetite para ajudar na dieta para perda de peso (Linda, 29/08/2005)
Quando adolescente usei muitos inibidores de apetite, pois sempre tive facilidade em ganhar peso (A Vencedora, 29/08/2005)
Sim, laxantes. Para perder peso (Elaine, 29/08/2005)
Não (Painho, 05/09/2005)
Não (Pedro, 29/08/2005).
Nunca usei (Gordinho Saudável, 29/08/2005)

Síntesis de los hallados del Cuestionario Inicial:

1- *Objetivos al participar del programa:* Perder peso/enmagrecer, calidad de vida, salud, vida sana, aprendizaje, conocimiento, alimentación saludable, reeducación alimentar, aprender a tener un peso ideal con estabilidad, educación emocional.

2- *Como está la motivación:* Motivación muy fuerte, mucho motivado, motivado, motivación razonable, con esperanza, motivación curiosa y aprensiva.

3- *Método ideal para perder peso:* Reeducación alimentar y actividad física.

- 4- *Pérdida de peso y velocidad*: de 6 kilos hasta 35 kilos en un período de 16 a 40 semanas. (En lo general, una media de un kilo semanal).
- 5- *Disposición en participar durante todo tiempo*: Sí, con determinación.
- 6- *Disciplina alimentar en el cotidiano*: disciplinado(a) e indisciplinado(a).
- 7- *Diferencia entre hambre y apetito*: No supieron distinguir; Existe diferencia; No existe diferencia. Hambre pasa, apetito continúa. Hambre/tiempo/necesidad. Apetito/ gana/ glotonería.
- 8- *Alimentos más preferidos*. Con tres o más repeticiones: Panes, biscochos, frijoles, arroz, macarrones, harina de mandioca frita, frutas, queso, leche, pollo, carne, gaseosa, dulces.
- 9- *Alimentos considerados sanos*. Con tres o más repeticiones: Frutas, legumbres, verduras, granos, pescados, pollo, carne magra, leche desnatada.
- 10- *Alimentos que deben ser reducidos y o retirados*. Con tres o más repeticiones: Pastas, panes, biscochos, azúcar, dulces, carnes gordas, frituras, gorduras saturadas, gaseosas.
- 11- *Comportamiento alimentar durante las fiestas*: Descontrolado, glotón, exagerado, libertad general e irrestricta, anormal.
- 12- *Haciendo dieta sana saldrá con un amigo*: Optarán por seleccionar alimentos sanos, en la calidad y cantidad ideal, la mayoría de ellos.
- 13- *Como se siente en dieta para pérdida de peso*: Con hambre; alegre, feliz, motivada y ansiosa, mucho bien, bien, normal, irritada, medio deprimido.
- 14- *Como se sienten después de comer exageradamente*: Arrepentido, mucho malo, pésimo, con malo estar, culpado, mucho culpado.
- 15- *Como ocupa el tiempo durante el ocio*: Duerme, come, leer, asiste TV, y no tiene ocio.
- 16- *Se la ansiedad y emociones cambia sus hábitos alimentarios*: Sí, comen más, sin moderación, demasiadamente, la mayoría de ellos.
- 17- *Se acaso come más en momentos desagradables*: La mayoría de ellos siempre descuentan comiendo a más.
- 18 - *Otros factores externos que pueden contribuir para la obesidad*: vida sedentaria, estrese o ansiedad, conforme la mayoría de ellos.
- 19 - *Que piensa sobre actividad física para salud*: Mucho buena, mucho importante, esencial, excelente.
- 20 - *Frecuencia con que practica la actividad física*: No práctica, practica, ya practicó, piensa incluirla. Conforme la mayoría de ellos.
- 21 - *Cuando con dieta y ejercicio, como queda su motivación para proseguir*: muy buena, mucho motivada, feliz, excelente, animada y con disposición, con esperanza y miedo de desistir.
- 22 - *Uso de laxantes, diuréticos o inhibidores del apetite*: La mayoría (siete personas) no usaron nunca, los otros usaron laxantes, diuréticos o inhibidores para pérdida de peso.

Apéndice 5 - Contrato psicológico con análisis

El contrato psicológico se refiere a una creencia individual de un acuerdo de intercambio recíproco entre la persona focal y la otra parte, que, en este caso, sirve para ampliar la garantía de compromiso de los participantes de la investigación. Son tres preguntas sencillas para fijar este compromiso (Limongi-França, 2005)

Resultado de análisis del contrato psicológico

1. ¿Qué deseo al participar de esta intervención educativa?

Los sujetos obesos en ese inicio de la investigación, desean: Salud, calidad de vida, pérdida de peso (enmagrecer), No volver a engordar, sentirse bien consigo mismo, alimentación saludable, vida sana, mejorar hábitos alimentarios, hacer una reeducación alimentaria, ser ayudados (instrucciones, orientaciones e incentivo).

2. ¿Qué no deseo al participar de esta intervención educativa?

No desean volver a engordar después, no desean desistir de sus metas, no desean cambios rápidos, no desean engañarse, frustrarse, ni perder esa oportunidad.

3. ¿Qué puedo hacer al participar de esta intervención educativa?

Dicen que pueden hacer: actividad física, reeducación alimentaria, seguir todas las orientaciones, esforzarse para perder peso y conseguir los objetivos, contribuir con compañeros del grupo.

Apéndice 6 - Estudio de Casos de Adultos Obesos Externos a la Investigación

El estudio de casos de obesos externos tuvo como objetivo provocar la reflexión y el aprendizaje por la resolución de problemas para solución del sobrepeso corporal de los investigados, durante el estudio.

Aprendizaje significativo por resolución de problemas

Estudio de casos de adultos obesos externos, no participantes de la investigación.

1. Formación de cuatro pequeños grupos con tres participantes. (Un caso fue analizado por un solo investigado. Por haber llegado después de iniciado los estudios en grupos).
2. Estudiar el caso de un adulto obeso, analizar la dieta consumida, estilo de vida y presentar las soluciones para mejora de la calidad de vida y pérdida de peso corporal, de cada persona obesa estudiada.

Caso I:

Adulto obeso, 46 años, 110 kilos, altura 1.75; Mãe de três filhos menores de 15 años: (15, 14, 11 años); Não pratica atividade física; profissão - secretaria executiva. Horário de trabalho: 8h00 as 18h00; Almoça em restaurante no local de trabalho; Hábitos alimentares: Gosta de tudo, come muito e a qualquer hora; Tem hipertensão arterial; Ida e volta de carro para o trabalho.

Dieta diaria:

Desjejum: (7h00) 1 xícara de café já adoçado – 150ml. ½ tapioca grande de coco com queijo Ou cuscuz com ovos e carne de sol.	Lanche- (9h00) Cafezinho já adoçado com açúcar – 150 ml Biscoitos salgados- 6 unid. ou bolo- 1 fatia. 10h00 – Cafezinho adoçado com açúcar 11h00 – Cafezinho adoçado com açúcar.	Almoço – (14h00) Arroz – meia concha Feijão – meia concha Farofa – meia concha Legumes cozidos – meia concha Carne ou peixe – uma porção media. Sobremesa – 1 banana.	15h00 – cafezinho/açúcar. 16h00 – salada de fruta 17h00 – 1 tapioca de coco com 1 copo suco adoçado com açúcar.	Jantar- 20h00 Sopa: (carne gorda, legumes, macarrão e arroz). Pãozinho. Ou Pão com queijo e hambúrguer ou carne moída. Café com leite.
---	---	--	--	---

Discussão do Caso I (Grupo de Núbia, Fefê e Pedro):

Esta pessoa excede em sua alimentação, não tendo nenhum controle sobre sua dieta alimentar, tanto nas quantidades, quanto na qualidade do que come. Nesta alimentação percebemos que existe um excesso de açúcar, como também um descontrole nos horários da alimentação.

Ela é sedentária, não pratica nenhum exercício físico, além de ter uma vida complicada em relação aos horários nos quais podia fazer exercícios físicos.

(Ver pirâmide com diário alimentar), ela ingere por dia: nove porções de cereais e pães, três porções de hortaliças, duas frutas, uma porção de leite, duas porções de carne e nove porções extras.

Com estes dados podemos concluir que a dieta não se encontra equilibrada, tendo em vista que ela excede nos grupos dos cereais e extras e, faltam frutas e hortaliças. Excede em pães e extras e faltam frutas y hortaliças. Sugerimos que ela diminua a quantidade de café, que aumenta seu estresse e deve trocar o açúcar por adoçante artificial.

Hoje ela tem aproximadamente um consumo de 3000 calorias dia, acreditamos que para que ela venha a perder peso deveria ter um consumo máximo de 2200 calorias. Mudar o hábito alimentar e junto, prática de atividade física.

Outras observações que foram feitas no momento da socialização:

Para esta pessoa sugerimos uma reeducação alimentar porque ela tem o hábito de comer constantemente, em sete refeições superando sua necessidade diária. Melhor seriam pequenas refeições distribuídas em quatro a cinco momentos, evitando os excessos para facilitar a perda de peso. Vale dizer que as hortaliças estão presentes, mas não as hortaliças cruas, mais importantes para os obesos, pela presença da fibra, pois esta reduz a absorção de

Passa a hora das refeições em casa, gosta de tudo e provavelmente come de tudo também, não gosta de comer pela manhã. Toma quatro a cinco cafés com açúcar até à hora do almoço. Seu almoço é totalmente fora de hora (16h00). Come muitas porções em excesso.

Leva um estilo de vida sedentário, não pratica nenhuma atividade física e anda muito de carro.

Cereais 10 porções, carnes duas porções.

Caso IV:

Adulto obeso, 38 anos, com 110 quilos, altura 1.78; Não pratica atividade física; Almoça em casa.

Hábitos alimentares: Gosta de tudo, come nos horários certos todos os dias; Ida e volta de carro para o trabalho.

Dieta diária:

<p>Desjejum Pão assado com margarina – 2 unidades Macaxeira – 1 fatia grande, com margarina. Cuscuz com leite de coco – 1 unid. Ovos fritos – 2 unids. Café – 200 ml, com uma colher sobremesa de açúcar.</p>	<p>Lanche – Toma 3 cafezinhos com açúcar até a hora do almoço.</p>	<p>Almoço: Feijão – 2 conchas Arroz – 4 colheres de servir Macarrão – 2 porções Salada – 1 tomate cortado. Carne vermelha – 2 porções grandes fritas ou assada na grelha. Sobremesa – 1 cocada ou uma taça de sorvete.</p>	<p>Jantar: (as 20h00 comenta chegar em casa com muita fome). Sopa inicialmente (sopa completa – um prato) Arroz- 4 colheres sopa Batata doce ou macaxeira com manteiga - 4 fatias Banana à milanesa – 2 unidades. Frango – 2 a 3 sobre cochas. Suco c/ açúcar – 2 copos.</p>	<p>Ceia – Diz dormir tarde. Café com açúcar – 2 xícaras medias; Bolo- 3 fatias grandes. Antes de dormir – 1 copo de água.</p>
--	---	---	---	--

Discussão do caso IV: (Grupo de Linda, Jês e Painho)

1. Sua alimentação é totalmente desequilibrada, ela come muito em relação ao que necessita.
2. Leva uma vida sedentária, não pratica nenhum tipo de esporte. Nenhuma atividade física.
3. Pães e cereais 17 porções; hortaliças 9 porções; frutas 5 porções; carnes 9 porções; leite 1 porção; extras 19 porções.
4. A dieta desta pessoa, com relação aos grupos alimentares da pirâmide de alimentos, está totalmente desequilibrada. As porções corretas seriam: (Cereais 6 a 11 porções), (Hortaliças 3 a 5 porções), (frutas 2-4 porções), (leite e derivados 2-3 porções), (carnes 2-3 porções).
5. Ela está exagerando, comendo muitos extras, muita carne, muita hortaliça, cereais e pães, mas está se esquecendo do leite.
6. Uma dieta saudável para esta pessoa seria:

<p>Desjejum: 1 fatia de abacaxi, 1 fatia de mamão, 1 copo de iogurte desnatado, 1 fatia de pão integral, 1 fatia fina de cuscuz.</p>	<p>Lanche: 3 cafezinhos com adoçante ou puro (até a hora do almoço).</p>	<p>Almoço: Meia xícara de feijão, 4 colheres de sopa de arroz, 1 tomate com alface à vontade, mais meia xícara de repolhos crus. Um bife pequeno de peito de frango grelhado sem pele.</p>	<p>Lanche: Uma maçã.</p>	<p>Jantar: Um prato de sopa, uma xícara de café com adoçante ou amargo. 4 biscoitos água e sal (cream cracker). Ceia: Uma fatia de melancia, um copo de leite desnatado.</p>
---	---	---	-------------------------------------	--

Outras observações que foram feitas no momento da socialização:

Com a dieta proposta à pessoa citada perderá peso e com certeza o corpo ficará muito mais saudável, pois a dieta está bem equilibrada.

Orientamos essa pessoa a, se for possível, ir ao trabalho a pé e procurar fazer algum tipo de esporte/atividade física.

IMC=35, ou seja, obeso. Peso 110 kg.

Apéndice 7 - Ruta para discusión sobre alimentación y estilo de vida saludable

El cuestionario se refiere a una actividad para casa en un día festivo: 21/11/2005. Los investigados respondieron en casa las cuestiones, para aguzar el compromiso con la alimentación y estilo de vida saludables. Entregue en la sesión del día 14/11/2005.

Responda em casa a estas perguntas por escrito e traga na próxima reunião, para discussão em grupo

1. Quais as vantagens de conhecer a pirâmide de alimentos em comparação com uma dieta personalizada, prescrita para você?
2. Como dosar adequadamente os nutrientes (carboidratos, lipídios proteínas, vitaminas, minerais) na nossa alimentação?
3. Existe alguma fórmula mágica para emagrecer?
4. Que esforços você está fazendo para perder peso?
5. Como se comportar nas festas, dias feriados, fins de semana e com os amigos?
6. Podemos manter o peso em qualquer dessas situações?

Traducción libre por la investigadora:

Ruta para discusión sobre alimentación y estilo de vida saludable

Responda en casa a estas preguntas por escrito y traiga en la próxima reunión, para discusión en grupo

1. *¿Cuáles son las ventajas de conocer la Pirámide de alimentos en comparación a una dieta personalizada, prescrita para usted?*
2. *¿Cómo dosificar adecuadamente los nutrientes (carboidratos, lípidos proteínas, vitaminas, minerales) en nuestra alimentación?*
3. *¿Hay alguna fórmula mágica para adelgazar?*
4. *¿Qué esfuerzos estás haciendo para perder peso?*
5. *¿Cómo comportarse en las fiestas, fines de semana, y con los amigos?*
6. *¿Podemos mantener el peso en cualquiera de estas situaciones?*

Apéndice 8 – Diario de Investigación

El diario de investigación nombrado de "CARTAS A MI ORIENTADORA", fue desarrollado durante todo el período de investigación-formación. Iniciamos su escritura en el 08 de agosto de 2005 hasta el 30 de marzo de 2006, momento en que se daba por acabada la investigación-formación.

Por ser una investigación desarrollada en Brasil y orientada por la profesora Dra. Nuria Lorenzo Ramírez, a la distancia, en la Universidad de Barcelona, el diario se tornó un texto largo sujetando todos los registros del estudio, narrativas autobiográficas, grupos de discusión, observaciones y actividades semanales. Todos ellos entrelazados por correo electrónico con dudas y orientaciones, durante todo el proceso.

Fue una herramienta indispensable durante la fase de análisis de las fuentes, interpretación de los resultados y escritura de la tesis. Para este Apéndice de la tesis optamos por poner el Sumario (la Tabla de Contenidos) y parte de la presentación del Diario de Investigación.

DIARIO DE INVESTIGACIÓN

Edileuza Alves da Silveira Barreto de Oliveira



Cartas a mi
orientadora

Tabla de contenido

1. Presentación del diario
2. Estilo del Diario
 - 2.1. Organizar y clasificar la información
 - 2.2. Determinar qué debemos escribir y qué no debemos escribir
 - 2.3. Facilitar la comunicación entre nosotras y establecer la forma en la que nos hemos de manejar con el ordenador
 - 2.4. Abreviaturas
3. Cuadro resumen y recogida de datos
4. Primeras ideas emergentes a partir de la información recogida en el diario
5. Objetivos de la investigación
 - Objetivos del estudio - Propósito general - Objetivos específicos
6. Temas a resaltar (primera aproximación a una reducción de la información)

DIARIO DE INVESTIGACIÓN: UNA CARTA A MI ORIENTADORA

DI-1: Aplicación de cuestionario inicial para selección de los sujetos (08/08/2005 y 15/08/2005).

1. Contenidos sesión núm. 0 (desarrollada 8/08/05 y 15/08/05)
2. Desarrollo de la sesión núm. 0

DI-2: Contrato psicológico con mis sujetos de investigación (22/08/2005).

1. Contenidos sesión núm. 1 (22/08/05)
2. Desarrollo de la sesión núm. 1 (desarrollada en 22. 08. 2005)

RDI-1: "Mensajes leídos" (29/08/05)

DI-3: Narrativa escrita (29/08/05)

1. Contenidos sesión núm. 2 (desarrollada 29/08/05):
2. Bibliografía de referencia
3. Desarrollo de la sesión núm. 2 (desarrollada 29/08/05)
 - 3.1. Dinámica para integración y aprendizaje de los nombres de todos:
 - 3.2. Discusión en grupos de tres personas – 10 min.
 - 3.3. Objetivos para esta semana:
 - 3.4. Dinámica del globo
 - 3.5. Narrativa Autobiográfica - ¿O que é ser obeso? (15 min. Con música ambiente).
4. Reflexiones sobre el encuentro:

RDI-2: La alegría de recibir una carta (1-9-2005)

DI-4: Narrativa Autobiográfica de las personas obesas... (02/09/2005)

(Anexo): Narrativa Autobiográfica em 29/08/2005) ¿O que é ser obeso?

RDI-3: "Orientaciones imprescindibles".

DI-5: Dinámica de socialización de las narrativas autobiográficas 05/09/2005.

Socialización de Narrativas de los obesos externos (lectura por otro participante) ...

Socialización de narrativas de Magros externos: (lectura por otro participante)

Socialización de narrativa de Grupo de jóvenes Magros externos:

RDI-4: ¿Qué te parece el día 9 de octubre, por ejemplo? 11/09/05

RDI-5 - "Tu diario es descriptivo, recoge el que pasa en las sesiones..." 11-9-05

DI-6: Elucidar las dudas 11/09/2005

DI-7: Narrativas Autobiográficas (de 05/09/2005) - (enviado a Núria 15/09/05).

- RDI-6: "Organizar los datos reduciendo su longitud y alcance". (Sobre los registros 07, 08 y 09). (16/09/2005)
- RDI-7: Sobre descripción de los sujetos... (16/09/2005)
- Narrativa autobiográfica: una descripción autobiográfica de los sujetos): Porque me tornei obeso (a)?
- DI-8: Grupos de discusión, reflexión, y socialización (12/09/2005)
- RDI-8: Grupo de discusión (16/09/2005).
- DI-9: Grupo de discusión, reflexión y socialización (12/09/2005)
- RDI-9: Sobre DI 9 - Grupos de discusiones (16/09/2005)
- DI-10 - "Un homenaje a mi orientadora" (17/09/2005)
- RDI-10 – "Manos que dibujan a sí mismas" (18/09/2005)
- DI-11: "Una carta de los sujetos de investigación a la doctora Nuria" (19/09/2005)
- DI-12: ¿Habrá utilidad en un diario? (20/09/05)
- RDI-11: "Relato de una experiencia." (21/09/05)
- DI-13: Socialización de experiencias (19/09/2005).
- DI-14: La necesidad de conexiones con las teorías (22/09/2005)
- RDI-12: "¿De quién es el diario?" (23/09/2005)
- DI-15: "La utilidad de un diario "... 23/09/2005
- DI-16: "La ansiedad por escuchar mi tutora". (23/09/2005)
- RDI-13: "Diario como fuente de información". 26/09/2005
- RDI-14: "Tus mensajes son preferentes, los leo antes que otros." 26/09/2005
- DI-17: Gracias por lo "mensajes preferentes" (26/09/2005)
- RDI-15: "Leerlo, es urgente". (27/09/2005)
- DI- 18: Obesidad, estilo de vida, compulsión alimentar 26/09/2005
- DI-19: "Vigilancia contra el proceso de inmersión..." (28/09/2005)
- RDI-16: "El compromiso con los datos y con la fundamentación teórica". (29/09/2005)
- DI-20: "La orientadora y la orientada" (29/09/2005)
- RDI-17: "La sapiencia y el conocimiento de mi tutora". (30/09/2005)
- RDI-18: "Una carta de la doctora Nuria a mis sujetos de investigación" (01/10/2005)
- DI-21: "Una relectura del diario de investigación..." (02/10/2005)
- RDI-19: Previsión para una revisión al diario, por parte de la tutora. (02/10/2005)
- RDI-20: Sobre Diario - Registro 18: Obesidad, estilo de vida, compulsión alimentar. (02/10/2005)
- RDI-21: "Un bonito mensaje" (03/10/2005)
- RDI - 22 "La maestra y su discípula" (03/10/2005) - Todo hacer es conocer y todo conocer es hacer
- DI-22: "Agradezco tu atención y apoyo sin los cuales no avanzaría..." 03/10/2005
- DI-23: Comentarios sobre la próxima reunión... (02/10/2005)
- RDI-23 - Revisión de contenidos de reunión... (03/10/2005)
- DI-24: La primera impresión del encuentro... (04/10/2005)
- RDI-24: Absoluta empatía de una orientadora... (04/10/2005)
- DI- 25: "Grupo de discusión y reflexión" (03/10/2005)
- DI-26: "Un saludo de buen viaje" (06/10/2005)
- RDI-25: "¿Un Trabajo suficientemente bueno?" - (07/09/2005).
- DI- 27: "Está llegando el 9 de octubre, ¿Qué te parece?" (07/09/2005)
- "¡Una FECHA especial!" (09/10/2005)
- RDI-26: "Una celebración en El Salvador" (09/10/2005)
- DI-28: El proceso de aprendizaje de los sujetos... (10/10/2005)
- DI-29: "Una postura interpretativa" (11/10/2005)

- DI-31: Reflexiones de la doctoranda para la doctora Nuria Lorenzo, "Mi orientadora" (06/10/2005, enviado en 19/10/2005)
- DI-32: "Sensaciones provocadas por narrativas de los sujetos" (20/10/2005)
- RDI-28: "Tiene que estar clara cuál es la consigna" (20/10/2005)
- DI-33: "Gracias por me llevar a reflexionar ". (20/10/2005)
- RDI-29: "Ahora ya lo entiendo". (21/10/2005).
- DI-34: "Envío de diario investigación" (21/10/2004)
- RDI-30: "Reducir información para poder analizarla" 21/10/2005.
- DI- 35: "Un viaje a una isla desierta" (17/10/2005)
- DI-36: "Contenidos para apreciación" (23/10/2005)
- DI- 37: "¿Un aprendizaje desde la realidad de los sujetos?". (24/10/2005.)
- DI: 24/10/2005 - Nuria los Contenidos: (para tu apreciación).
- DI - "Estudio de caso" (24/10/2005).
- RDI- (25/10/2005)
- RDI: Lectura del diario en su totalidad (25/10/2005)
- A) Indicaciones para facilitarte la lectura y las orientaciones
 - B) Aspectos formales, te he hecho cambios en el formato, indicaciones para mantener esos cambios.
 - C) Aspectos de contenido
- DI: Contenidos para apreciación... (29/10/2005).
- DI - "Interpretación de narrativas". (31/10/2005) - Cuando hay que insistir
- DI - "Grupos de discusión" (14/11/2005).
- DI - "Día de fiesta" 21/11/2005.
- DI: Comunicaciones y Orientaciones entre directora y doctoranda. (04/11/2005).
- DI - Interpretación... (04/11/2005).
- RDI - interpretación... (4/11/2005)
- RDI - 7/11/2005
- RDI - 9/11/2005
- RDI - 13/11/2005
- DI - 11/11/ 2005
- RDI - 13/11/2005
- DI - 12/11/2005.
- RDI - 15/11/2005
- DI - ... 17/11/2005
- RDI - 17/11/2005
- RDI - 20/11/2005
- RDI - 21/11/2005 – Sobre reunión
- DI – 21/11/2005
- RDI - 21/11/2005.
- DI - 23/11/2005,
- DI - 24/11/2005 >
- RDI - 25/11/2005
- RDI - Cuestionario inicial... 23/11/2005
- DI - Apéndice para DIARIO... (24/11/2005).
- DI - Síntesis contrato psicológico 24/11/2005
- RDI - Sobre catastro de cada sujeto. 25/11/2005
- DI- Primer contacto luego de Francia – con a profesora Conceição (26/11/2005)
- DI - Catastro – 26/11/2005
- RDI - Sobre co-orientación 27/11/2005
- RDI - 27/11/2005.

RDI - Síntesis Cuestionario inicial... 27/11/2005
DI - Sobre co-orientación. 28/11/2005
RDI: Sobre co-orientación. 28/11/2005
RDI: 28/11/2005
DI - Documentos pendientes de revisión... 28/11/2005
RDI- sobre diarios. 28/11/2005
RDI - 28/11/2005.
DI – 28/11/ 2005
RDI - Sobre invitaciones...28/11/2005
DI - 28/11/2005
RDI - 28/11/2005.
DI - 28/11/2005:
RDI: 29/11/2005
DI - 29/11/2005.
RDI - 29/11/2005.
DI- Comentarios generales sobre el grupo investigación. 30/11/2005
DI - 02/11/2005
RDI - 02/12/2005
DI - 02/12/2005
RDI - 06/12/2005
DI - Hola Nuria... 07/12/2005
RDI – 11/12/2005
DI – 09/12/2005
RDI - Hola Edileuza, (11-12-05)
RDI - 12/12/2005
DI - 12/12/2005
DI – 12/12/2005
RDI - 13/12/2005
RDI - 13/12/2005
DI - 13/12/2005
RDI - 14/12/2005
DI - 14/12/005
DI - 9/12/2005
RDI – 12/12/2005
DI – 15/12/2005

1. Presentación del diario

Doctoranda y directora no sólo se encuentran ante la dificultad de tener que hacer una tesis, cómo investigar, cómo orientar, sino también como hacerlo a distancia. Las nuevas tecnologías, el correo electrónico, el Messenger y el ordenador se han convertido en algo imprescindible, pero al mismo tiempo ha ido surgiendo la necesidad de sistematizar y organizar todas esas informaciones que iban y venían, todos esos mensajes, todas esas comunicaciones e intercambios. Como recurso aglutinador de esa tutoría y al mismo tiempo como registro del propio proceso investigador en el que se sitúan doctoranda y directora surge este diario de investigación.

En el mismo encontramos diferentes registros, cuyo contenido describimos a continuación brevemente. Contiene diferentes narrativas que se han ido recogiendo a lo largo del trabajo con el grupo de personas obesas de la investigación, estas son:

Narrativa Autobiográfica (NA): fragmentos de texto escritos por los propios sujetos investigados en los que reflexionan y escriben sobre su propia vida, sus hábitos, su aprendizaje, etc.

Narrativa escrita (NE): Aquí consideré narrativa escrita toda la escritura desarrollada por los propios sujetos de investigación, escritos por ellos mismos, cuando reflexionaban sobre determinados temas en las sesiones, pero no hablaban directamente sobre sí mismos.

Narrativa Oral (NO): Cuando me refiero a narrativa oral, es porque fue verbalizado oralmente por los sujetos y por mí fue escrito. Los sujetos lo hablaron en algún momento de la sesión e yo les apunté en mis notas de campo, en mis apuntes durante el encuentro. Pero, no lo sé si puedo hacer así...

Narrativa Temática (NT): Consideré narrativa temática, por ejemplo, cuando los sujetos de investigación narraron sobre aprendizaje porque puntuaban un tema determinado, específico, desarrollado por ellos, los sujetos de investigación, porque pensé no le cabía llamar de narrativa autobiográfica, ni escrita, ni oral...No sé...

Aquí veo un posible problema porque NE, NO son excluyentes, o es escrita o es oral, pero no pasa lo mismo con NA y NT, puede ser que sea NOA, NEA, NOT o NOA. ¿Me entiendes? Creo que te interesa diferenciar entre NA y NT que sea O o E es algo circunstancial. Entonces, clasificaría NAO, NAE y NTO y NTE.

Profesora Nuria, entiendo y creo que tendré que ajustar el tema de las narrativas. Para simplificar usaremos la terminología – **Narrativas Autobiográficas**, para toda narrativa producida subjetivamente y en reflexión por los sujetos de la investigación, las personas obesas.

Dado que el Diario sirve como medio de tutorización y orientación, escribimos ambas personas. Hay un proceso de construcción y de escritura conjunta en la que se van pactando normas y formas de escribir, al mismo tiempo que se va escribiendo y estructurando la información. De ahí que hayan registros del diario, escritos por la doctoranda (DI, Diario de Investigación), y respuestas, sugerencias u orientaciones (RDI, Respuestas Diario de Investigación) escritos por la directora.

Concluimos aquí la presentación del diario por tratarse de un documento muy extenso. Colocarlo completo como apéndice, sobrecargaría el informe final de la tesis que presentamos.

Apéndice 9 – Cuestionario Final

Adaptado para esta Investigación del Cuestionario para Programa de Control de Peso de Nutroway (Martins, 2003). Fue excluido del análisis porque sólo dos participantes devolvieron el cuestionario final.

Orientações:

Estas serão reflexões para você mesmo(a), principalmente. Por isso, não se engane.

- Leia com atenção cada pergunta antes de responder por escrito;
- Responda todas as questões;
- Por favor responda cada pergunta sincera e honestamente;
- Responda de forma clara e direta, para sua conscientização.

Perguntas:

1. Quais são seus objetivos agora depois de participar de uma intervenção educacional para saúde?
2. Como está sua motivação para continuar praticando um novo estilo de vida?
3. O que você diria para você mesmo (a) e para aqueles que necessitam perder peso corporal?
4. Pense honestamente e escreva o que você acha que aprendeu durante essas 16 semanas de programa para melhorar sua qualidade de vida.
5. Para perder peso corporal é necessário força de vontade, compromisso e determinação. Que outros aspectos você considera indispensável para se conseguir perder peso?
6. Descreva como você está conduzindo atualmente a disciplina alimentar y atividade física em seu cotidiano.
7. Como está conseguindo conviver com a fome e o apetite? Descreva como tem sido sua experiência (**Fome** - é uma necessidade fisiológica que deve ser suprida. **Apetite** está ligado a desejo, cobiça e glotonaria, portanto, devem ser controlados).
8. O que você considera que melhorou, além do peso, com as mudanças ocorridas no seu estilo de vida?
9. Que alimentos você considera que são saudáveis e usa no seu dia a dia?
10. Como você descreveria agora seu comportamento alimentar durante as celebrações familiares, festas, feriados e nas férias?
11. Você decidiu que terá sempre uma vida saudável, mas, sua vida social é agitada, seu tempo é corrido, está sempre fora de casa e em lugares diferentes. Como fazer para manter constante seu estilo de vida saudável?
12. O que deve fazer para conseguir superar os obstáculos do seu caminho diário?
13. Quando alguma vez você perde o controle e come uma quantidade excessiva de alimento, como age depois disso?
14. Nos momentos de lazer o que programa fazer em seu tempo livre?
15. O que está fazendo para não usar o alimento como válvula de escape em algumas situações difíceis?
16. Quais são alguns dos fatores externos e internos, além da alimentação, que necessitam mudar para que você consiga chegar ao peso ideal?
17. Durante nossos encontros, pensamos, refletimos e escrevemos sobre nós mesmos (as) individualmente e em discussões com o grupo. Qual foi a importância que isso teve para você?
18. O que pensa ser necessário para você se sentir motivado (a) a fazer algo para conseguir seus objetivos?
19. Por que às vezes, depois de perdermos peso não conseguimos manter o peso estável e voltamos a engordar?
20. Que devemos fazer para manter nosso peso ideal e não voltar a engordar?

Fonte: Questionário adaptado do Teste de Avaliação de Preparação para entrar no Programa de Controle de Peso da NutroWay, de Cristina Martins, Curitiba (Martins, 2003)