



UNSTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

**Desempeño de las
actividades de higiene y
vestido, uso del tiempo libre
y nivel de información sobre
la Terapia Ocupacional en
jóvenes de 20 a 30 años con
obesidad grado 3**

Autora: Ana Maria Gonzalez Sanchez

Directora: Lic. Vanina Zenklusen

**Tucuman
Año 2018**

Agradecimientos

A mis padres por el esfuerzo y por apoyarme en todo momento.

A mis hermanos por acompañar cada paso dado.

A mi abuela por ser incondicional y a mi abuelo, que se adelantó en su partida y desde

donde esta me manda fuerzas para seguir.

A mis tías y primos que se alegran por mis logros.

A mis amigas, que a pesar de la distancia están presentes siempre.

A mis amigas y futuras colegas, por el cariño que me brindaron todos estos años.

A mi directora de tesis, Lic. Vanina Zenkluzen por la predisposición y colaboración para

este trabajo.

A la doctora Ana Aymat por el asesoramiento metodológico.

Muchas gracias al grupo ALCO por abrirme las puertas y colaborar con esta tesis de

Licenciatura.

Tabla de contenido

Resumen	5
Introducción	7
Capítulo 1 Problema de investigación	8
Planteamiento del problema	8
Objetivos de investigación	9
Interrogantes de investigación	9
Justificación	9
Capítulo 2 Marco teórico	11
2.1 Antecedentes de investigación	12
2.2 Marco conceptual	17
Obesidad	17
Marco legal de los trastornos alimentarios	23
Juventud.....	26
Terapia Ocupacional	30
Fundación ALCO.....	39
Capítulo 3 Marco metodológico	41
3.1 Tipo de estudio	42
3.2 Diseño de investigación	42
3.3 Definición de variables	42
1) Desempeño de las actividades de higiene y vestido	42
2) Uso del tiempo libre	43
3) Nivel de información acerca de la T.O.	44

3.4 Población y muestra	44
3.5 Consideraciones éticas	45
3.6 Procedimiento para la recolección y análisis de los datos	45
3.7 Instrumentos	46
Capítulo 4 Resultados	47
4.1 Resultados	48
4.2 Desempeño en actividades de Higiene y vestido	49
4.3 Uso del tiempo libre	53
4.4 Nivel de información acerca de la T.O.	56
Capítulo 5 Discusión, conclusión y propuestas	57
5.1 Discusión y conclusión	58
5.2 Propuestas	61
Bibliografía	62
Webgrafía	63
Anexos	64

Resumen

Introducción: La salud está directamente relacionada con el estilo de vida de una persona. Los patrones diarios de las actividades elegidas por los individuos proporcionan un estilo de vida equilibrado o en desequilibrio. La obesidad puede afectar al funcionamiento diario, muchas veces las personas con obesidad no pueden realizar actividades que tienen valor para su vida, o en ocasiones se dificulta cumplir con las demandas de estas tareas, tales como el cuidado de sí mismo, actividades de ocio o trabajo.

Objetivos: describir el desempeño en las actividades diarias de higiene y vestido, como es el uso de su tiempo libre, y cuanto conocen acerca de la Terapia Ocupacional los jóvenes de 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3 en la provincia de Santiago Del Estero.

Métodos y materiales: estudio cuantitativo. Descriptivo. Se aplicó una encuesta, diseñada por la investigadora a 15 jóvenes con obesidad que asisten al grupo ALCO.

Resultados y conclusiones: A partir de un análisis acerca del desempeño de las actividades de higiene y vestido, se señala que el 46,67% de los individuos encuestados logran realizar de manera independiente, satisfactoria y funcional las actividades evaluadas. Sin embargo el 53,33%, reflejaron ejecutar estas tareas en un mayor tiempo y/o a través de procedimientos diferentes, a los que estaban acostumbrados en otros momentos de su vida.

Otro de los aspectos analizados en este trabajo es el uso del tiempo libre. Los resultados arrojados dan cuenta de que el 53% le dedica una baja frecuencia semanal a las actividades de ocio y tiempo libre.

Además se investigó acerca del grado de información de la T.O. Donde se observó que existe confusión y desconocimiento acerca del papel del terapeuta ocupacional en estas condiciones desfavorables de salud.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede considerar la importancia de la participación del terapeuta ocupacional en un equipo multidisciplinario que aborde al individuo con obesidad reforzando el desempeño de las actividades de la vida diaria cuando se dificultan o requieren de asistencia.

Introducción

La salud está directamente relacionada con el estilo de vida de una persona. Los patrones diarios de las actividades elegidas por los individuos proporcionan un estilo de vida equilibrado o en desequilibrio. La obesidad y las enfermedades asociadas a ella, han impactado y modificado la vida cotidiana de la población mundial. La razón de estos cambios se atribuye a estilos de vida modernos y a las opciones de actividad. Los factores tanto sociales como ambientales, como por ejemplo la exposición excesiva a comida hipocalórica, falta de actividades al aire libre, mayor tamaño en las porciones de alimentos y hábitos, cada vez más frecuentes, de las actividades sedentarias, han contribuido a un aumento significativo del sobrepeso y obesidad.

La obesidad puede afectar al funcionamiento diario, muchas veces las personas con obesidad no pueden realizar actividades que tienen valor para su vida, o en ocasiones se dificulta cumplir con las demandas de estas tareas, tales como el cuidado de sí mismo, actividades de ocio o trabajo.

La obesidad puede ser un tema muy investigado por la medicina, psicología u otras, pero poco abordado desde la terapia ocupacional, por lo que es necesario crear una visión y aportar nuevos modelos sobre cómo afrontar esta enfermedad.

Ante lo expuesto fue de interés conocer cómo puede impactar la obesidad las ocupaciones cotidianas de los jóvenes entre los 20 y 30 años de edad, la cual es una de las etapas donde la personas se muestra más activa y transitan experiencias fundamentales que llegan a marcar su vida como puede ser definir una profesión, adquirir el primer trabajo remunerado, el desarrollo de relaciones en pareja entre otros. Es así que este trabajo tuvo como objetivos describir el desempeño en las actividades diarias de higiene y vestido, como es el uso de su tiempo libre, y cuanto conocen acerca de la Terapia Ocupacional.

Capitulo 1

Problema de investigación

Planteamiento del problema

Objetivos de investigación

Objetivo General.

Caracterizar el desempeño de las actividades de higiene y vestido, el uso del tiempo libre y el nivel de información sobre la TO, en jóvenes de 20 a 30 años con obesidad grado 3, de la provincia de Santiago Del Estero.

Objetivos Específicos.

- Describir el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas de higiene y vestido, en jóvenes de 20 a 30 años con obesidad grado 3.
- Indagar cómo usan su tiempo libre el grupo de jóvenes en estudio.
- Determinar el nivel de información que tiene la población en estudio sobre la TO.

Interrogantes de investigación

- ¿Cómo es el desempeño de las actividades de la vida diaria de higiene y vestido, en los jóvenes de 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3?
- ¿Cómo usan su tiempo libre el grupo de jóvenes en estudio?
- ¿Qué nivel de información sobre la TO presenta la población en estudio?

Justificación

El tema de esta investigación fue elegido debido a que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, por lo que se considera la enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de esta enfermedad. Chueca M. (2002) define “La obesidad es un trastorno metabólico que

conduce a una excesiva acumulación energía en forma de grasa corporal en relación con el valor esperado según el sexo, talla y edad” (p 128).

Cuando se es obeso, la calidad de vida en general puede verse alterada, es posible que se tenga problemas para participar y disfrutar de las actividades que antes realizaba. En muchas ocasiones no pueden realizar las tareas que tienen valor para su vida como es el aseo personal, vestido, desempeñar actividades productivas, recreativas, etc.

García Meraz, Martínez y Guzmán, (2010) señalan que así como la obesidad está asociada a enfermedades tales como diabetes e hipertensión también está relacionada a factores psicológicos y sociales, como una autoestima más baja y una menor interacción social que las personas con peso normal. Al enfrentar esta situación, los individuos que padecen obesidad carecen o tienen acceso limitado a las ocupaciones y su participación diaria se ve alterada.

Por lo que como primera medida es importante para esta investigación identificar cómo realiza las actividades de higiene y vestido aquellas personas, de 20 a 30 años, con obesidad tipo 3 para evaluar la existencia de dificultades y cómo puede intervenir la TO. Además de conocer y analizar como es el uso del tiempo libre y el nivel de información que tienen estas personas acerca de la T.O.

Capitulo 2

Marco teórico



2.1 Antecedentes de investigación

1° Antecedente

Estilo de vida y obesidad en estudiantes universitarios: una mirada con perspectiva de género.

Autores: Ma. Refugio Ríos Saldaña.

Año de publicación: 2015

Lugar: Universidad Nacional Autónoma de México

El objetivo del estudio fue caracterizar la obesidad y el estilo de vida de estudiantes universitarios mujeres y hombres y analizar la información con perspectiva de género.

En esta investigación participaron 929 estudiantes, 301 hombres y 628 mujeres de la facultad de estudios superiores Izcala, con edad promedio de 18.59 y d.t. de 1.8. La metodología utilizada fue la aplicación de un formulario con 25 preguntas cuyo contenido incluyó preguntas relacionadas con la alimentación, conducta adictiva, actividad física, actividades de recreación y descanso, así como preguntas que exploraban respuestas emocionales.

Los resultados de este estudio permitieron hacer varias reflexiones de acuerdo a las temáticas investigadas. En primer lugar la percepción de la obesidad no corresponde con el índice de masa corporal (IMC) denominándose como malestar con la imagen corporal, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres que en hombres. De manera similar, respecto a la actividad física, fueron las mujeres quienes reportaron mayor frecuencia en realizarla. Por lo que estas diferencias pueden estar atravesadas por los modelos de belleza que en especial para la mujer están centrados socialmente en cuerpos delgados, ya que varones se resta importancia socialmente, a la imagen corporal. Otro aspecto analizado en esta investigación fue el hecho de que tanto las mujeres como los hombres cuyo IMC los ubica dentro del peso normal, son los que reportaron mayor frecuencia en el disfrute de las actividades de relajación y del

tiempo libre, quizás debido a que se perciben con una imagen que los hace acreedores de esos privilegios. Con respecto al estilo alimentario de estudiantes, tanto mujeres como varones, reportaron no llevar una alimentación balanceada ni tomar el desayuno diario, aspecto que puede influir en el rendimiento académico y que aumenta la probabilidad de desarrollo de obesidad debido a posible ingesta de alimentos denominados “chatarra”. Por último se destacó, el hecho de que tanto mujeres como varones se percibieran con mayor peso del que en realidad tenían.

Esta población, tanto de hombres como de mujeres adolescentes y jóvenes, se encuentran en un proceso de transición en la cual se entremezclan roles femeninos y masculinos tradicionales y ante los cuales requieren de la resignificación del ser mujer y varón, con igualdad de derechos, oportunidades, pero también de responsabilidades de sí mismos y de sus comportamientos. Sin embargo la obesidad no distingue sexo, edad ni raza y las mujeres son las que presentan mayores porcentajes en esta investigación que los hombres, en este sentido, es necesario identificar los mecanismos mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la obesidad y por ende en la salud en ambos sexos, y dirigir la atención hacia la dinámica de las relaciones entre ellos y entre la biología y el medio social.

2° Antecedente

Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de corrientes (Argentina)

Autores: Dr. Oscar Hector Poletti y Dra Lilian Barrios

Año de publicación: 2007

Lugar: Universidad Nacional del Nordeste (Argentina)

El trabajo tiene el objetivo de valorar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, las tendencias en los hábitos alimentario, de actividad física y el uso del tiempo libre, de los escolares de la ciudad de Corrientes, en Argentina para planificar acciones de prevención que promuevan patrones de vida saludables.

Fueron estudiados 2507 escolares: 1373 mujeres y 1134 varones. de 10 a 15 años de edad, los cuales cursaban el 6to., 7mo., 8vo. y 9no. grados en 7 escuelas del centro de la ciudad de Corrientes (Argentina). Las escuelas fueron seleccionadas en forma aleatoria entre todas las escuelas del centro de la capital provincial.

Mediante encuestas contestadas por cada uno de los escolares, se obtuvo la siguiente información: sexo, edad, talla y peso corporal, índice de masa corporal, actividad física, horas de televisión, hábitos alimentarios y nivel socioeconómico.

El grupo de niños y adolescentes estudiado presentó alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, conductas alimentarias no adecuadas, caracterizadas por un consumo elevado de alimentos de alto contenido graso y calórico y de bajo valor nutritivo, un alto consumo de bebida, gaseosas o jugos artificiales y un bajo nivel de actividad física, independientemente de su estado nutricional y sexo.

Como conclusiones se consideró que para revertir esta situación es necesario poner en marcha programas basados en estrategias pertinentes de prevención de la obesidad y promoción de la salud por medio de actividades de educación nutricional en las escuelas, para producir cambios en los patrones alimentarios y de hábitos de vida, que promuevan una dieta más variada y el ejercicio físico entre otros aspectos, en los escolares y sus familias.

3° Antecedente

Autoconcepto en las voces de jóvenes obesas y obesos

Autores: Leticia Cuevas Guajardo; Dulce María Guillén Cadena; Rosa Casco Munive; Mario Martínez Farelas.

Año de publicación: 2012

Lugar de publicación: Universidad Nacional Autónoma de México

El objetivo de esta investigación fue apreciar cómo afecta al autoconcepto y al autoestima la obesidad que presentan las y los jóvenes universitarios de la muestra.

Este estudio consiste en una investigación cualitativa que empleó como técnica de recolección de datos una entrevista abierta, a una muestra de 10 jóvenes obesos y obesas, 5 mujeres y 5 varones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Se pudo ver que tanto en mujeres como en hombres se presentaron autoconceptos negativos y positivos.

Los resultados de esta investigación arrojaron que las mujeres no se quieren parecer a nadie, mientras que uno de los hombres si quiere parecerse a alguien a quien considera con más popularidad que el.

El manejo del autoconcepto influye poderosamente en la conducta de las personas por lo que no se debe uno identificar con un autoconcepto limitante ya que este puede producir malestar, ansiedad, angustia, depresión y/o desesperación. El autoconcepto y la autoestima se forman de las opiniones de los demás sumadas a las de nosotras y nosotros mismos uno pensaría que por ser los hombres en nuestra sociedad los seres dominantes, sus autoconceptos serian más positivos que los de las mujeres; sin embargo, en esta investigación no fue así, ya que fueron discursos semejantes. Es necesario rodear a las y los jóvenes de una atmósfera donde se promueva la confianza.

4° Antecedente

Percepciones de los profesionales de un instituto interdisciplinario del área de la salud acerca de la terapia ocupacional y su influencia en las derivaciones a los profesionales de este campo.

Autora: Julieta Larrambeberé

Año de publicación: 2011

Lugar de publicación: Universidad Abierta Interamericana.

En este trabajo se analizan las percepciones de los profesionales de la salud de un instituto interdisciplinario con atención en salud mental, acerca de la Terapia

Ocupacional, y la influencia de las mismas en las derivaciones a terapeutas ocupacionales.

Se realiza un cuestionario anónimo a los veintiún profesionales de la salud de la institución, compuesto por un encabezado con preguntas demográficas, una pregunta cerrada y cinco preguntas abiertas. Y en segunda instancia se realizó una entrevista de forma individual a la directora, a la coordinadora general y al coordinador.

Los resultados destacan que buena parte de los encuestados no tenían conocimiento alguno acerca de la T.O. y en los casos restantes manifestaron la necesidad de aclarar que sus conceptos o descripciones se basaban, más que en conocimiento sólido o en experiencias, en meras suposiciones.

Las entrevistas reflejaron que la imagen que se tiene del terapeuta ocupacional, en el marco del instituto interdisciplinario donde se realizó el análisis, es poco profunda, o bien, suele quedar reducida a unas pocas e imprecisas nociones. Tal es así que, a menudo, el encargo que recibe el profesional es el de “mantener ocupados” a los pacientes.

2.2 Marco conceptual

Obesidad

La obesidad es una enfermedad compleja, por ello su definición ha sido un proceso difícil. La evidente relación con el consumo de alimentos determinó que durante mucho tiempo fue vista como un trastorno de conducta, existiendo una gran resistencia a considerar las múltiples alteraciones que le dan el carácter de enfermedad. Las definiciones de obesidad pasan por el análisis de naturaleza, fisiopatogenia, posibilidades de prevención y tratamiento de esta enfermedad. (García E. 2004).

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la masa grasa y, en consecuencia, por un incremento del peso corporal con respecto al que le correspondería tener a una persona por su talla, edad y sexo. Un aspecto que ha adquirido gran relevancia en los últimos años es el patrón de distribución de dicha grasa, representando un mayor riesgo para la salud aquella situada a nivel abdominal. Etimológicamente, el término de obesidad deriva del verbo latino *obedere*, que significa devorar, comer completamente, y proviene de *ob* “todo” y *edere* “comer”. De ahí nace el término latino *obesus*, que es que realiza la acción de *obedere*. (Gil, 2010)

La obesidad es un trastorno metabólico crónico caracterizado por una excesiva acumulación de energía en forma de grasa en el organismo, que conlleva un aumento del peso corporal con respecto al valor esperado según sexo, talla y edad (Salas-Salvado et al. 2007) Se define la obesidad como un exceso de tejido adiposo que origina un aumento de peso y no sólo como un exceso de peso. Por ello para el diagnóstico se debe recurrir a métodos que cuantifiquen el contenido de grasa corporal.

Etiopatogenia de la obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial en la que interactúan factores genéticos y metabólicos y ambientales (Bouchard et al., 1993; Esquivel, 2004).

1) Factores genéticos y metabólicos

Existen numerosos estudios que indican que la acumulación de grasa corporal tiene una base genética y se han llegado a describir más de 430 genes relacionados con la obesidad (Snyder et al., 2004). A través de estudios genéticos se ha determinado que las personas con sobrepeso/obesidad tienen una mayor apetencia por el consumo de lípidos, menor capacidad de oxidación de los mismos, una mejor eficacia en la formación del depósito graso a partir del exceso calórico y un menor gasto energético en reposo que las personas con normopeso. Además se ha observado que la obesidad de los padres es un factor de riesgo para el desarrollo futuro de obesidad en la descendencia, llegándose a estimar que cuando los padres son obesos, los hijos tienen 50-80% de probabilidades de desarrollar la enfermedad. (Whitaker et al., 1997)

2) Factores ambientales

- Nivel socioeconómico.

En los países en vía de desarrollo la obesidad predomina en los grupos con mejor situación económica, sin embargo no es exclusiva de estos grupos y también aparece en las clases menos favorecidas. Estas clases están más protegidas frente al padecimiento de obesidad debido a que entre la población con bajos recursos es común la escasez de alimentos y el elevado gasto energético.

- Factores psicológicos.

Existen diversas alteraciones emocionales y psicológicas, que afectan sobre todo a mujeres, como la depresión, ansiedad, baja autoestima estrés, que pueden llevar asociados trastornos del comportamiento alimentario y proceder a la ganancia de peso y a la aparición de obesidad.

- Hábito tabáquico.

La nicotina aumenta la tasa metabólica basal, por lo que los requerimientos de individuos fumadores tienden a ser superiores a los normales. Es común observar que individuos que suspenden el hábito de fumar presenten aumento de peso, lo cual

posiblemente obedece a un aumento en los niveles de ansiedad, así como a las modificaciones en sus requerimientos energéticos.

- Actividad física.

La inactividad física es el resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios, cuyas causas son la vida en las ciudades, las nuevas tecnologías, el ocio pasivo y el mayor acceso a los transportes, que han disminuido la necesidad de ejercicio físico en las actividades de la vida diaria. Además la actividad física también ha disminuido en el tiempo libre siendo destacable el caso de la población infantil y juvenil, en lo que ha aumentado el tiempo que dedican en las computadoras, con celulares y a ver la televisión.

- Dieta.

Durante los últimos años se ha producido cambios en los patrones de alimentarios tradicionales que ha sido responsable, en parte, del aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. En este sentido, se ha producido una disminución del consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y fibra, como son los cereales y las verduras, y un aumento de alimentos con alto contenido en grasa, azúcares refinados y sal, y que presentan una elevada densidad de energía, como son productos panificados, bebidas carbonatadas, embutidos y diferentes tipos de comida rápida. (Tojo y Leis, 2001; AESA, 2005).

Clasificación de la obesidad

Existen varias clasificaciones para obesidad:

a) Según etiología

- Obesidad esencial, primaria, idiopática o exógena: es el tipo más frecuente.
- Obesidad secundaria: se asocia a alguna enfermedad, que puede ser por alteración hormonal o asociada a enfermedades genéticas. También hay fármacos que pueden desencadenar o agravar la obesidad.

b) Según la distribución de la grasa

- Androide: la grasa se acumula en el tronco y el abdomen.
- Ginecoide: la grasa se acumula en la parte inferior del cuerpo, en la región fémoro-glútea.

c) Según el índice de masa corporal:

Es la medida antropométrica más utilizada a nivel mundial para diagnosticar delgadez, sobrepeso y obesidad. Se calcula dividiendo el peso del individuo en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado. Y se expresa en $\text{Peso (kg)/Talla (m}^2\text{)}$. Los valores del IMC están dados para la población general, por lo que puede dar como resultado una valoración errónea en otros grupos poblacionales como personas de talla alta o baja, atletas, ancianos. Aun así es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado para uso clínico. Para clasificar a los niños y adolescentes, según el IMC, no se pueden utilizar las mismas tablas que para los adultos, ya que los niños a medida que crecen y se desarrollan, cambian constantemente de peso, talla y composición corporal. La clasificación de OMS:

CLASIFICACIÓN	VALORES
Delgadez severa	< 16.0
Delgadez moderada	16.0 - 16,9
Delgadez aceptable	17.0 - 18.4
Normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25.0 - 29.9
Obesidad Grado I	30.0 - 34.9
Obesidad Grado II	35.0 - 39.0
Obesidad Mórbida	>40.0

Diagnostico de obesidad

Existen diferentes herramientas para valorar la obesidad en individuos. La más utilizada son las medidas antropométricas, ya que los instrumentos para determinarlas, son económicos, fáciles de usar y de transportar. Los índices que con ellas se determinan son fáciles el cálculo e interpretación. Sin embargo existen otras herramientas más específicas como la bioimpedancia, los ultrasonidos, la densitometría, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, que aportan medidas de composición corporal mucho más precisas, pero el acceso a estas últimas, para la población en general, se ve limitado debido a los costos que acarrear.

Efectos adversos de la obesidad

Uno de los avances más importantes en el conocimiento de los riesgos para la salud que se asocian con el exceso de peso, procede de estudios sobre ubicación predominante de la grasa corporal.

La obesidad se asocia con una serie importante de complicaciones médicas graves que alteran la calidad de vida del paciente y añaden una morbilidad elevada al síndrome incluyendo una mortalidad prematura considerable. No todas las enfermedades que se asocian a obesidad se comportan de manera similar en cuanto a morbilidad, limitaciones o mortalidad se refiere. Es la obesidad y en especial la de distribución abdominal o androide, un importante factor de riesgo para la aparición de enfermedades metabólicas y de otras que afectan diferentes sistemas, como son cardiovascular, respiratorio, musculo-esquelético.

a) Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica. La distribución de la grasa corporal parece tener un efecto importante sobre el riesgo de padecer HTA. Así, la grasa localizada en la mitad superior del cuerpo tiene mayor probabilidad de elevar la presión arterial que la localizada en la parte inferior.

b) Diabetes

En el caso de las personas con obesidad, la diabetes es consecuencia del exceso de peso. La grasa proporciona energía al músculo en detrimento de la glucosa, lo que provoca un aumento de la glucemia. El páncreas, secreta insulina en exceso para intentar reducir la elevada cantidad de glucemia, lo que conlleva un estancamiento de este último, que no es capaz de producir suficiente insulina. De este modo, la insulina ya no puede regular la glucemia, por lo que se produce hiperglucemia desarrollando diabetes.

c) Cancer

De acuerdo a lo expuesto por la OMS, existe un nexo entre el sobrepeso y la obesidad, por un lado, y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y recto, mama, endometrio y riñon, por el otro. Las dietas ricas en frutas y hortalizas pueden tener un efecto de protección contra muchos tipos de cáncer. Además, unos hábitos alimentarios saludables que previenen el desarrollo de tipos de cáncer asociados al régimen alimentario contribuyen también a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

d) Trastornos pulmonares

Los individuos con obesidad pueden presentar varios trastornos de la función respiratoria. En un extremo, algunos pacientes sufren del llamado síndrome de Pickwick, que consiste en disminución de la ventilación por causa de la obesidad, que se caracteriza por somnolencia e hipoventilación que eventualmente puede llevar a una insuficiencia pulmonar grave. En pacientes menos obesos, se presenta una disminución moderada y constante del volumen expiratorio de reserva y tendencia a una reducción global en el volumen de los pulmones. A medida de que la persona se torna más obesa, el trabajo muscular requerido para la ventilación pulmonar se eleva y además los músculos respiratorios pueden funcionar incorrectamente.

e) Alteraciones musculo-esqueléticas

Diversos estudios reportaron la relación entre la obesidad y las alteraciones musculo-esqueléticas. El incremento en el peso corporal determina un trauma prolongado y adicional para las articulaciones, sobre todo las que soportan mayor carga, esto puede ser determinante para acelerar el desarrollo de osteoartritis, una enfermedad articular no inflamatoria, degenerativa, que se asocia mayormente con la edad avanzada, caracterizada por degeneración y sobrecrecimiento de los cartílagos y proliferación y esclerosis ósea

f) Alteraciones psicológicas

La sociedad actual da mucha importancia a la apariencia física, y a menudo rechaza al obeso debido a su imagen, especialmente entre el sexo femenino. Todo ello, puede dar lugar a graves consecuencias entre la población obesa, como enfrentarse a prejuicios o discriminación en el mundo laboral, en el colegio o en distintas situaciones sociales, por lo que, en el obeso, se suele generar sentimientos de vergüenza, rechazo o depresión, lo que repercute negativamente en su calidad de vida.

Marco legal de los trastornos alimentarios en Argentina.

En el año 2008 el Senado y Cámara de Diputados de Argentina sancionó la ley 26396, que contempla la prevención y control de trastornos de alimentación y las patologías derivadas de ella.

Esta ley declara es de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

Considera que los trastornos alimentarios comprenden tanto la obesidad, la bulimia, anorexia nerviosa y cualquier otra enfermedad relacionada con formas inadecuadas de ingesta alimenticia.

Además aclara que quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios. Esto incluye también cirugías como son la manga gástrica o el by-pass.

Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general como actividades de esparcimiento, transporte público, etc. no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, caso contrario será considerado acto de discriminación.

Los principales objetivos de esta ley incluyen:

- Instrumentar campañas informativas a los trastornos alimentarios
- Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades
- Promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables
- Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades;

- Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de filios trastornos alimentarios;
- Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

Esta ley busca promover conductas nutricionales saludables, especialmente entre los niños y adolescentes, y para ello propone acciones que eviten la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al sufrimiento de los trastornos alimentarios. Establece que en los kioscos y demás establecimientos de expendio de alimentos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada. Los anuncios publicitarios, y los diseñadores de moda, no deben utilizar la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza.

La publicidad y/o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

Además se disponen medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas 'trans' lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: 'El consumo de grasa 'trans' es perjudicial para la salud'.

Para conocer en profundidad respecto a esta ley, la misma se adjunta en el anexo de este trabajo de investigación.

Juventud

Desarrollo del ser humano

El desarrollo humano es el conjunto de cambios que experimentan todos los seres humanos desde el momento de la concepción y hasta su muerte y se lo denomina “desarrollo del ciclo vital”. Este proceso afecta todos los ámbitos de la vida pero los tres principales son el físico, cognoscitivo y el psicosocial. El aspecto físico incluye el crecimiento del cuerpo y del cerebro, el desarrollo de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices y en general la salud del cuerpo. El aspecto cognoscitivo incluye la mayoría de los procesos psicológicos básicos y superiores (aprendizaje, memoria, atención, lenguaje, razonamiento, pensamiento y creatividad). El ámbito psicosocial por su parte agrupa las emociones, la personalidad y las relaciones sociales.

El estudio del desarrollo del ciclo vital se basa en siete principios fundamentales que sirven de marco teórico:

- El desarrollo es perpetuo. Es un cambio que ocurre a lo largo de la vida de una persona
- El desarrollo es multidimensional. Múltiples aspectos biológicos, psicológicos y sociales interactúan en formas y ritmos distintos.
- El desarrollo es multidireccional. Mientras algunas capacidades o características se incrementan, otras se reducen.
- El desarrollo es plástico. El ser humano puede cambiar sus capacidades y conductas en cualquier momento de su desarrollo.
- El desarrollo es contextual. Los aspectos ambientales y biológicos influyen en el individuo.
- La influencia relativa de la biología y la cultura son variables. Ambas son factores importantes pero su influencia es variable en las distintas etapas de la vida.

- El desarrollo implica cambios en la distribución de recursos. Cada etapa del desarrollo requiere una asignación diferente de recursos para adquirir, desarrollar y conservar capacidades.

El desarrollo es un proceso continuo a lo largo de toda la vida pero es posible dividirlo en etapas a partir de los principales cambios que se producen en el individuo.

- 1) Periodo prenatal
- 2) Primera infancia
- 3) Preescolar
- 4) Niñez intermedia
- 5) Adolescencia
- 6) *Juventud o adulto joven*
- 7) Madurez o adultez
- 8) Vejez

La **juventud** es la etapa que viene después de la adolescencia o pubertad y precede a la adultez. Como norma general se establece su inicio a los 20 años y se extiende hasta los 30 años de edad aproximadamente. Generalmente dentro de esta etapa, la persona se halla más tranquilo consigo mismo y con respecto a lo que había sido y sentido en su adolescencia, y aunque no ha llegado todavía al equilibrio que es característico de la adultez ya se va avanzando en el autoconocimiento y autoaceptación.

La época entre los veinte y los treinta años es de mucha actividad, por lo que no sorprende que muchos adultos emergentes y jóvenes a menudo no duerman lo suficiente (Monk, 2000). Entre los universitarios, el estrés de la vida familiar aunado a lo que genera la actividad académica se asocia con altos niveles de insomnio (Bernert et al., 2007). La privación del sueño no solo afecta a la salud, sino también el funcionamiento cognitivo, emocional y social.

La juventud es un concepto homogeneizante que debe interpretarse a la luz de las diferentes dimensiones que lo componen y condicionan ya que está atravesado por

una multiplicidad de variables bio-psico-sociales. Las representaciones sociales (mitos) acerca de la juventud se construyen y reconstruyen continuamente, por eso, el de juventud es un concepto que nunca logra una definición estable y acabada. (Urcola M. 2003)

En el ciclo vital de la adultez el sujeto pone en juego la integridad conseguida en el trabajo de elaborar/definir su propia identidad; y la flexibilidad de sus autoconceptos y expectativas para ir al encuentro afectivo de otro que lo complemente en aquello que le falta, en un vínculo de intimidad que requiere el descentrarse de las propias necesidades y deseos para idear un proyecto compartido

Erik Erikson en su teoría del desarrollo psicosocial postulaba la existencia de ocho fases de desarrollo que se extendían a lo largo de todo el ciclo vital. Nuestros progresos a través de cada estadio están determinados en parte por nuestros éxitos o por los fracasos en los estadios precedentes. Cada fase comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza. Aunque Erikson les llama crisis, el término es más amplio y menos específico.

La etapa de la adultez joven, la cual dura entre 18 años hasta los 30 aproximadamente. Los límites temporales con respecto a las edades en los adultos son mucho más tenues que en las etapas infantiles, siendo estos rangos muy distintos entre personas. La tarea principal es lograr un cierto grado de intimidad, actitud opuesta a mantenerse en aislamiento.

Al respecto, dirá Erikson (2000) “este es el estadio en que personas de antecedentes muy diferentes deben fusionar sus modos habituales de vida para formar un nuevo ambiente para sí mismos y para sus descendientes: un ambiente que refleje el cambio (gradual o radical) de las costumbres y las variaciones en las pautas dominantes de identidad que va produciendo el cambio histórico”

El estadio: intimidad versus aislamiento – amor. Joven Adulto: de 20 a 30 años. La madurez psicosexual del adolescente tiene su culminación en lo que la psicoanálisis llama momento de la genitalidad, que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable, con un partícipe amado del otro sexo, con quien pueda y

quiera compartir con confianza mutua y regular, los ciclos de vida de procreación, de trabajo y ocio, a fin de asegurar a la descendencia futura unas mejores condiciones de vida y de trabajo. La intimidad es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de la realización del amor y el ejercicio profesional. Los principios relacionados de orden social que nacen de este contenido se expresan en las relaciones sociales de integración y compromisos en instituciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas. La virtud sincrónica que emerge de la resolución de la intimidad por el aislamiento es el amor y la oblatividad, como dedicación y donación a los otros y a sociedad. La capacidad de amar y trabajar se transforma en corrientes de asociaciones de solidaridad (ritualizaciones integrantes), en cuanto que los sistemas elitistas (ritualizaciones desintegrantes) se forman a partir del aislamiento afectivo y social, del cultivo del narcisismo y de los grupos esnobistas.

Estereotipo de belleza

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), el estereotipo se define como una imagen o idea aceptada, por lo general, por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

En la actualidad se observa que ha aumentado notoriamente el interés por la apariencia física. Desde hace unos años, las personas muestran darle más valor a lo que tienen y a como se ven estéticamente. Cirugías estéticas, dietas, medicamentos, productos de venta televisiva son hoy diseñados para que la persona llegue a un objetivo: la figura perfecta, sin importar cualquier tipo de consecuencias negativas o riesgos que puedan ocasionar a la salud.

El hombre siempre ha ido creando estereotipos, si bien fueron modificando con el tiempo dependiendo de la cultura y de las sociedades de cada época, responden a la necesidad de generar modelos consensuados por la sociedad, que las personas aceptan y tienden a seguir, que sirve como canon para categorizar a individuos de acuerdo con sus apariencias, comportamientos y costumbres. En cuanto a los estereotipos de belleza, marcan un modelo estético a seguir que a su vez implica todo un modo de vida que se crea en el mismo devenir de perfeccionarlo y conservarlo. Se puede decir que, los que ocupan el rol de presentar este canon son la publicidad, moda, el marketing y los medios de comunicación que mediante su invasión constante y reiterada imponen una imagen ideal que se toma como “Normal” cuando, en realidad este modelo está lejos de ser natural.

Durante la adolescencia y la adultez temprana puede presentarse mayor preocupación por la imagen corporal, lo que podría impactar negativamente en el autoestima, sentimientos de inconformidad e inseguridad, rechazo hacia el propio cuerpo, entre otros.

Terapia ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la T.O. como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la T.O. es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Los terapeutas ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debida a algún cambio de salud, y que por tanto hace que experimenten limitaciones en su participación.

La T.O. se ejerce en una gran variedad de ámbitos de actuación, incluidos hospitales, centros de salud, domicilios particulares, lugares de trabajo, escuelas, reformatorios y residencias de ancianos. Los clientes están involucrados activamente en el proceso terapéutico y los resultados de la T.O. son diversos, dirigidos al cliente y medidos en términos de participación o satisfacción derivadas de su participación.

Desde la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (A.A.T.O.), definen a la Terapia Ocupacional como una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Esas personas requieren de la atención especializada a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten reposicionarse ante nuevas situaciones, mejoran su capacidad funcional, la calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal.

La repercusión que la enfermedad y la discapacidad pueden causar en el quehacer cotidiano de las personas es uno de los objetivos principales de siglo hasta la

actualidad, la clasificación, evolución y tratamiento de las actividades de la vida diaria ha sido el eje central de la profesión.

En el año 1978 la Asociación Americana de Terapia Ocupacional elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos “*componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades desde autocuidado, trabajo y juego/ocio*”. A partir de esta primera definición el término de actividades de la vida diaria ha sido objeto de numerosas investigaciones con el fin de conseguir una clasificación pormenorizada y consonante con el momento social y cultural.

Actividades de la vida diaria básicas

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA) define las actividades de la vida diaria como las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo. También pueden denominarse actividades básicas de la vida diaria (ABDV) o actividades personales de la vida diaria (APVD).

- Baño, ducha. Engloba todo el proceso y todos los puntos necesarios para llevarla a cabo. Es decir, no se trata solamente del hecho de ducharse, si no que entran en juego muchos otros aspectos. Preparación del agua (fría, caliente, templada), preparación de las toallas y jabones. Por supuesto, incluye el proceso de baño, enjabonado y aclarado. Tampoco hay que descuidar aspectos como el correcto control postural durante el baño o ducha y prevención de caída tanto durante la ducha baño como al inicio y final.
- Cuidado de la vejiga y los intestinos. Incluye el control completo de vejiga e intestino y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos. En caso de que la persona tenga que llevar sondas, todo lo relacionado con ello, sustitución e higiene de las mismas, también está incluido dentro del cuidado de la vejiga e intestinos.
- Vestido. Aquí se incluyen las acciones de seleccionar la ropa de forma adecuada a la climatología y a los eventos y por supuesto, incluye la acción propia de vestirse y la de desvestirse.

- Comer. La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- Alimentación. Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- Movilidad funcional. Hace referencia a la capacidad de moverse de una posición a otra. Por ejemplo moverse de una posición a otra, movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objeto.
- Cuidado de las ayudas técnicas personales. Las ayudas técnicas personales deben ser cuidadas y mimadas por el usuario o cuidador para asegurar su correcto funcionamiento y duración. El mantenimiento, limpieza y correcto uso de las ayudas técnicas personales, son puntos a tener en cuenta dentro de esta actividad.
- Higiene personal y aseo. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo como por ejemplo el peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas o cualquier otra que se te ocurra o que hagas a lo largo del día.
- Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la plena satisfacción.
- Dormir/descanso. Dormir y descansar es básico para estar plenos y sanos. Se trata de un periodo de inactividad cuyo fin es reparar a la persona tanto física como mentalmente. Esta considerado que se debe dormir por lo menos un mínimo de seis horas, siendo lo ideal en torno a 7 u 8.
- Higiene del inodoro. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza y la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad y el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

Todas están destinadas al cuidado y calidad de vida de uno mismo. Imagina por un momento el gran problema que supone no poder hacer alguna de estas acciones por uno mismo o directamente no poder hacerla ni con ayuda de otras personas. Esto va a

repercutir en la calidad de vida de la persona y ahí es donde entra en juego la figura del Terapeuta Ocupacional.

El rol del Terapeuta Ocupacional en el nivel primario de atención en salud.

La Terapia Ocupacional surge como una disciplina que resuelve los problemas generados por una disfunción en el estado de salud, entendiendo la salud como el concepto negativo de esta, es decir la ausencia de enfermedad. El paso a una visión positiva de la salud, ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces.

En esta definición se asume que el individuo busca no solamente no estar enfermo sino que, además se orienta a encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con la familia, la educación, la tranquilidad y en general todos aquellos aspectos que no necesariamente se refieren a bienestar físico. Se puede afirmar hoy que, Terapia Ocupacional, es una disciplina del área de la salud, cuyo propósito es, facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida. Se entiende por Desempeño Ocupacional, a las “distintas maneras en que los seres humanos abordan su quehacer diario en los ámbitos del: Autocuidado, de las Actividades de la Vida, de las Actividades Productivas y de Tiempo Libre”. Sin embargo, las publicaciones relativas al rol del Terapeuta Ocupacional en torno al tema de la promoción y prevención en salud, tienen en común, el hecho de registrar la necesidad de incorporar en la formación de estos profesionales, “modelos participativos”, que permitan obtener mayores logros “en relación a los problemas de salud que enfrentan las personas, familias y comunidades” (Rivero E. M. 2001).

Jeanette Edwards, Terapeuta Ocupacional, afirma que no es suficiente el reproducir el trabajo institucional en ambientes comunitarios, manifiesta que para trabajar en el marco de promoción de la salud, no se debe desarrollar un trabajo asistencialista, es necesario, un cambio de paradigma, es decir no solo trabajar asistiendo a la comunidad que presenta una disfunción física conocida, que se ajusta a

un protocolo descrito por las Ciencias Médicas, sino que se trabaja con la comunidad que presenta una disfunción de su estado de salud, cuya causa es biológica, psicológica y/o social. Además el individuo afectado o vulnerable desde la perspectiva de su salud participa activamente en la resolución de los problemas que le afectan. Obviamente el cambio, alude a la concepción que se tiene del hombre, entonces el cambio es, desde el Modelo Biomédico, asistencialista, donde el sujeto permanece pasivo o “paciente”, frente a lo que le acontece, al Modelo Transdisciplinario, el cual concibe al hombre como un ser biopsicosocial, en interacción con otros sistemas. Este modelo requiere que, varias disciplinas, se organicen en torno a los problemas, trabajen en equipo capacitando a los usuarios en estrategias de trabajo dentro de sus contextos naturales, de modo de solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida.

Ocio, tiempo libre y calidad de vida.

El ocio refiere a actividades elegidas libremente, por sus características intrínsecas, e incluyen la exploración, pretender hacer algo, celebraciones, participación en juegos o deportes, o participación en aficiones (Kielhofner 2011). La persona puede dedicarse a realizar estas actividades cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora

Desde las aportaciones de diversos autores (Urzúa, 2012), la noción de calidad de vida incluye tanto las condiciones objetivas de vida (salud física, recursos materiales, ocupación, relaciones sociales, condiciones ambientales) como las subjetivas (percepción de bienestar y de satisfacción personal respecto de los propios valores o expectativas). El ocio como contribuyente de la salud se concreta en cinco necesidades principales:

- Descanso y placer
- Autonomía y realización personal
- Proyectarse en ocupaciones a partir del propio interés o preferencia, libres de obligaciones.

- Desarrollar vínculos sociales y afectivos sólidos
- Participar en la comunidad.

El contexto social y económico del mundo actual supone una pérdida de autonomía y unos tiempos de trabajo que apenas dejan margen a la participación en espacios comunitarios o a la puesta en marcha de iniciativas e intereses individuales, ni siquiera para el simple descanso. A la fragmentación desmesurada de los tiempos cotidianos y al exceso de dedicación a las actividades básicas de la vida de carácter obligatorio (además del trabajo y la formación, incluiríamos todas aquellas que tienen que ver con el cuidado de uno mismo, la vida familiar y social) se suma también la de una oferta de ocio centrada en la pura actividad y en la diversión en la que en líneas generales, los individuos apenas se implican o participan en los procesos de construcción de ese ocio, que se reduce a la mera asistencia de dichas actividades, desde criterios consumistas y de estrategia económica.

Toda ocupación desplegada en el marco de un ocio de calidad nutre a quien la realiza de una forma que es subjetiva e íntima. Se sustenta en el deseo de su realización, puesto que ese deseo construye para la persona un contexto desde el que encontrarse con su propio bienestar y que genera experiencias, tanto individuales como colectivas, que trascienden en muchos casos el propio impulso inicial.

Terapia Ocupacional en salud comunitaria

La Terapia Ocupacional puede no llegar a sobrevivir si los Terapeutas Ocupacionales continúan trabajando principalmente en ambientes institucionales. El cambio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ya está establecido. Se necesita reconocer y capitalizar este cambio. No es suficiente el reproducir el trabajo institucional en ambientes comunitarios. Para trabajar en el marco de promoción de la salud, no se debe solo trabajar en la comunidad, sino trabajar con la comunidad. (Edwards J.)

El rol de la persona, en colaboración con el T.O., es identificar que significa bienestar y calidad de vida para ese individuo, como así también, que actividades le son significativas y relevantes.

a. Conceptos de promoción de la salud:

Promoción de la salud ha sido definida por la O. M. S. como el proceso de capacitar a las personas a aumentar el control sobre, e incrementar su estado de salud. Dentro de la promoción de la salud, las personas identifican sus necesidades de salud, y utilizan las herramientas e información disponible para facilitar el cambio en la dirección de sus vidas. Es la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el marco de la promoción de la salud proveer las herramientas e información necesarias para promover y facilitar el cambio. Los profesionales pueden solo proveer información para que las personas hagan su proceso de hacerse cargo, de ayudarse a sí mismas y tener mayor control sobre su salud. La promoción de la salud, es un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a muchas personas trabajando juntas en un camino de colaboración y construcción. Requiere que los profesionales escuchen y comprendan que es importante para los individuos y comunidades, y luego faciliten la acción para satisfacer estas necesidades. Para que las actividades sean verdaderamente de promoción de la salud, deben estar guiadas y pensadas por los participantes. Se reconoce que la promoción de la salud es una de las intervenciones verdaderamente interdisciplinaria, cada individuo hace su contribución en este proceso.

b. Conceptos de intervenciones basadas en la persona

Este marco conceptual está focalizado en la colaboración entre el Terapeuta Ocupacional (T.O.) y la persona en todo el proceso terapéutico. Colaboración como connotación de compartir; hacer con, no hacer para o hacer a. Esto es verdaderamente un proceso mutuo.

Con el arte de su profesión, el T.O. facilita el crecimiento personal de la persona, la autoexpresión y la calidad de vida. La relación terapéutica permite al individuo y al terapeuta comprender y apreciar que es significativo para el paciente, y que tiene valor en su vida. Sólo con este tipo de relación terapéutica, el T.O. puede trabajar con el paciente para planificar intervenciones de tratamiento significativas y aceptadas mutuamente. Sin el arte de la profesión el proceso de terapia ocupacional es sólo la aplicación estéril de conocimiento científico (Peloquin, 1989).

c. Marco conceptual relacionando el ambiente y la comunidad

El ambiente, humano y no humano, influye en todos los aspectos del funcionamiento diario. La tercera edición de la Terminología Uniforme de Terapia Ocupacional, define que el ambiente es una herramienta que crea cambios, y puede ser adaptada para facilitar la función. Considerando esto, los T.O. necesitan considerar los diferentes componentes del ambiente - físicos, sociales, culturales, económicos e institucionales, en el nivel individual, miembro de una familia, comunidad, de un sistema. Con esta consideración el T.O. puede verdaderamente tener una visión en un contexto comunitario.

d. El marco conceptual del arte de la promoción de la salud

Arte es la composición de cualquier experiencia interpersonal que disminuye el aislamiento del individuo; reafirma el poder de la mente, del cuerpo y del espíritu humano; y asiste al individuo a descubrir una existencia significativa. Basado en esta definición del arte, puede sostenerse que el arte de la promoción de la salud es un proceso que une al individuo y la comunidad. Las actividades de promoción de la salud frecuentemente proveen oportunidades para desarrollar relaciones entre los individuos e influir el estado de su salud y bienestar.

El arte y el proceso de promoción de la salud incluyen poner todas las partes juntas, creando una interacción continúa ente el ambiente y el individuo. El individuo afecta el ambiente y hace cambios, y el ambiente responde en la salud y bienestar del individuo. La promoción de la salud, puede ser considerada una mezcla de arte y ciencia.

Roles posibles de los terapeutas ocupacionales en la promoción dela salud

El rol del T.O. en la promoción de la salud es centrado en cada persona y dirigido hacia su ambiente físico, cultural y social; concentrando sus esfuerzos en la población.

Es decir Terapia Ocupacional tiene diferentes roles y oportunidades dentro de la promoción de la salud: trabajo en la comunidad, prevención, lugares de trabajo y en la educación pública.

En 1971, la T.O. Geraldine Finn, sostuvo que una profesión puede medirse en relación a cómo responde a las necesidades de su época. Actualmente la historia de las naciones está atravesado por temas tales como, la violencia y el abuso, la enfermedad mental, el desempleo, las enfermedades crónicas, el abuso infantil, la violencia familiar, el desamparo de la vejez, a lo que se le suman los problemas de acceso a los servicios de salud.

Muchos de estos problemas afectan el desempeño ocupacional, sin embargo crean responsabilidades y oportunidades para los T.O.

Los T.O. buscan entender los mecanismos que sostienen el desempeño de las acciones cotidianas de los individuos. Para entender el desempeño ocupacional, las características del ambiente de la persona; la naturaleza del significado de las actividades, las tareas, y los roles que la persona necesita y quiere desempeñar; es imprescindible considerar y comprender el impacto que estos factores tienen sobre la salud.

Los cambios en el sistema de salud requieren que los T.O. focalicen en las necesidades de salud a largo plazo, para ayudar a desarrollar comportamientos saludables que incrementen la salud y minimicen los costos asociados a las condiciones de discapacidad.

Si los T.O. aceptan este nuevo desafío, podrán ampliar su campo de acción. Para ello deben ampliar sus conocimientos y su visión sobre los determinantes de la salud tales como las condiciones ambientales, socioeconómicas, los comportamientos, los sistemas de salud, los recursos comunitarios y deben ser capaces de trabajar con otros en la comunidad para integrar el abanico de servicios que promueven, protegen y mejoran la salud, realizando aportes en la concepción de la ocupación como agente promotor de estilos de vida saludables.

Fundación ALCO

Anónimos luchadores contra la obesidad (ALCO) es una Fundación, sin fines de lucro, con más de 40 años de trayectoria, actualmente está formada por una red de grupos de ayuda mutua que brindan apoyo a personas con sobrepeso y problemas alimentarios. Tienen como principio el secreto grupal y la base de la confianza que la persona necesita para hablar sobre sus problemas con la comida. Se concurre al grupo en el anonimato, teniendo como lema “lo que se habla en el grupo, queda en el grupo”.

Su objetivo principal es “trabajar juntos con responsabilidad para lograr, equilibrio y armonía en el cuerpo y el espíritu, permanecer en sobriedad, vivir más y mejor”.

FUNDACION ALCO nace como idea durante el año 1967, cuando un grupo de personas empezó a reunirse en la sala de espera de la Clínica Cormillot, dedicada al tratamiento de la obesidad, en el barrio de Flores, Buenos Aires. El objetivo del grupo era conversar sobre dietas, recuperación, alimentación, y obesidad, realizando tareas en conjunto referidas a tales temas. Ese primer intento fue un grupo cerrado, integrado por 20 personas y coordinado por el Dr Alberto Cormillot. El Dr. comienza a unir su experiencia con la de Alcohólicos Anónimos, y en un viaje a los EEUU se contacta con Héctor G, fundador de Alcohólicos Anónimos en la Argentina. En un trabajo en conjunto, surge el primer material literario para Fundación ALCO, inspirada en la de Alcohólicos Anónimos. Finalmente, en junio de 1974, Quique Barilari, un paciente de la Clínica Cormillot rescata la experiencia y propone compartirla con otras personas, que no sean pacientes de la clínica. Ese primer grupo se llamó San Francisco. Luego, se abrió otro grupo a una cuadra de distancia, que se llamó San Ignacio. Y a partir de ese momento comenzaron a establecerse diferentes grupos, en todo el ámbito de la ciudad de Buenos Aires. ALCO fue multiplicándose y extendiéndose por toda la Republica Argentina, en la actualidad existen 678 grupos, con sedes no solo en este país sino también en Uruguay, Paraguay, Chile, Perú, Estados Unidos, Canadá, España, Israel y Australia. ALCO se constituye como la institución de habla hispana más importante que lucha contra la obesidad y está reconocida por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud).

Capitulo 3

Marco metodológico

3.1 Tipo de estudio

Para esta investigación se utilizó un tipo de estudio cuantitativo, ya que los datos son producto de mediciones que se representan mediante números y se analizan con métodos estadísticos.

El estudio es descriptivo, porque buscó detallar el desempeño de las actividades de higiene y vestido en personas con obesidad, el uso del tiempo libre y el nivel de información acerca de la Terapia ocupacional. Según H. Sampieri pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refiere y no indicar como se relacionan estas.

3.2 Diseño de investigación

No experimental, transversal.

Una investigación no experimental porque se trata de estudios en los que no se varían, en forma intencional, las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

El diseño es transversal ya que recopilará los datos en un momento único. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.

3.3 Definición de variables

1) Desempeño de las actividades de higiene y vestido:

Definición conceptual: Proceso que refiere la capacidad de una persona para cumplir con las demandas propias de las tareas de higiene y vestido.

Definición operacional: Se obtuvieron los datos a partir de la aplicación de una encuesta, creada por la investigadora. El apartado 2 de dicha encuesta hace referencia al desempeño en higiene y vestido con elementos tomados y adaptados de la escala FIM y del índice de Katz, que consta de 21 ítems de acuerdo a como realizan estas actividades. Esta herramienta utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos cuyo puntaje mínimo posible es 0 y el máximo posible es 63.

Se categoriza de acuerdo a:

- Igual o menor a 10= Asistencia total, cuando requiere de ayuda completa ya que no logra por sus medios realizar la actividad.
- Entre 11 y 24= Asistencia mínima, cuando requiere de supervisión o colaboración mínima para completar la actividad.
- Entre 25 y 40= Independiente con dificultad, cuando puede desempeñar el mismo la actividad pero con inconvenientes o de manera incompleta.
- Entre 41 y 59= Independencia modificada, cuando la persona ejecuta la actividad pero requiere de mayor tiempo o adopta otras formas de realizarlas.
- Entre 60 y 63= Independiente, cuando logra cumplir con las demandas de la actividad de manera satisfactoria y funcional.

2) Uso del tiempo libre

Definición conceptual: frecuencia semanal en la que realizan, de manera totalmente voluntaria y que no corresponde a sus obligaciones diarias, actividades físicas, recreativas y sociales.

Definición operacional: a través del apartado 3 de la encuesta se consiguió la información del uso de tiempo libre y la frecuencia semanal en la que cumplen actividades que consisten en la realización de ejercicios físicos, lectura, escuchar música, reuniones sociales y la realización de algún pasatiempo

Las categorías son:

- Baja frecuencia: contesta 3 o más las opciones de vez en cuando y una vez a la semana.
- Ocasionalmente: contesta tres o más la opción una vez a la semana y dos o tres veces por semana.
- Constantemente: contesta tres o más la opción todos los días.

3) Nivel de información acerca de la T.O.

Definición conceptual: grado de conocimiento acerca del rol, objetivos, funciones, ámbitos de actuación e incumbencias de la profesión de T.O.

Definición operacional: Se obtuvieron los datos a través de la aplicación de un cuestionario de correcto o incorrecto, con 6 afirmaciones referidas a la T.O. indagando sobre los aspectos antes mencionados.

Cada respuesta acertada posee un valor de 2 puntos, con un puntaje máximo posible de 12 puntos y mínimo de 0. Este cuestionario forma parte del apartado 4 de la encuesta. Se clasifican en:

- Nivel de información alto: de 12 a 10 puntos
- Nivel de información medio: de 9 a 6 puntos
- Nivel de información bajo: 4 a 0 puntos

3.4 Población y muestra

La población está conformada por jóvenes que tengan entre 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3, de la provincia de Santiago Del Estero.

El muestreo fue intencional, no probabilístico. Estuvo conformada por 15 jóvenes entre 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3, asistentes a la fundación ALCO Santiago del Estero.

Criterios de exclusión

Personas:

- Menores de 20 y mayores de 30 años de edad.
- Que no tengan obesidad grado 3.
- Que no asistan al grupo ALCO de Santiago del Estero
- Que al momento de aplicar la encuesta estén ausentes.
- Que no brinden el consentimiento para completar las encuestas.

3.5 Consideraciones éticas

Consentimiento informado de los participantes así mismo se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato.

3.6 Procedimiento para la recolección y análisis de los datos

Para la recolección y análisis de los datos se llevaron a cabo distintos pasos. En un primer momento la autora de la investigación se contactó con los coordinadores del grupo para presentar el tema y objetivos de este trabajo. Se acordaron dos encuentros para realizar las encuestas a los participantes que asisten los días sábados a la fundación ALCO, que den su consentimiento.

En el primer encuentro participaron 10 jóvenes con obesidad grado 3 previamente seleccionados por cumplir con los criterios de inclusión del estudio. A medida que llegaban estas personas al salón se explicaba el motivo de visita y la opción de participar de este trabajo de investigación.

De acuerdo a los criterios de confidencialidad se aclaró que su participación era totalmente voluntaria y anónima. Por lo que todos accedieron intencionalmente al cuestionario. Se procedió a entregar de manera individual los cuestionarios, estando la autora a disposición de cualquier consulta o inquietud.

En el segundo encuentro se desarrolló bajo condiciones similares, donde se encuestó a los 5 faltantes.

Una vez concretada la etapa de recolección de los datos se procedió al análisis de las encuestas. La información conseguida se volcó en una matriz de datos generada con el programa Microsoft Excel. A partir del análisis fue posible generar tablas y gráficos, expuestas en el siguiente capítulo.

3.7 Instrumento

Se aplicó una encuesta, diseñada por la autora que llevó a cabo la investigación, e incluye los aspectos que se pretenden estudiar, el cual consta de 4 apartados. La misma se adjunta en el anexo, pág. 72.

El primero está referido a datos filiatorios de la persona, que incluye; sexo, edad, estado civil y ocupación.

El segundo abarca una tabla con aquellos aspectos relacionados al desempeño en las actividades de higiene y vestido, donde debían indicar si realizan las actividades de manera independiente, independiente con dificultad con mínima asistencia o total asistencia. Este consta de 21 items en total.

El tercero hace referencia al uso del tiempo libre y la frecuencia con la que realizan 5 tipos de actividades de ocio.

El cuarto aborda el conocimiento que poseen los encuestados acerca de la TO, que valora de acuerdo a afirmaciones el nivel de información sobre esta profesión.

El modo de aplicación es autoadministrado. La encuesta se adjunta en el anexo.

Capítulo 4

Resultados



4.1 Resultados

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo describir el desempeño de las actividades de vestido e higiene, el uso del tiempo libre y nivel de información acerca de la Terapia ocupacional que tienen los jóvenes de 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3.

Participaron quince personas con obesidad, que asisten a la fundación ALCO, Santiago del Estero. Este grupo de ayuda brinda apoyo a personas con obesidad y problemas alimentarios.

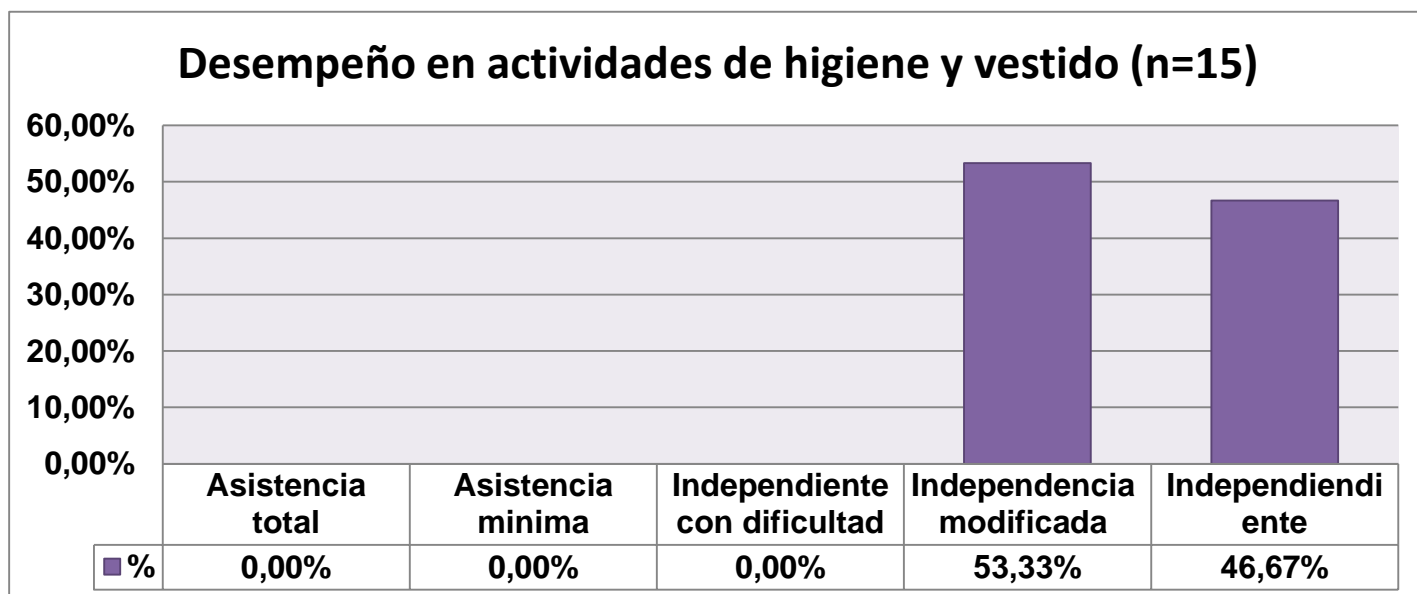
A partir de la recolección de datos se obtienen los siguientes datos:

4.2 Desempeño en actividades de higiene y vestido

A través de una encuesta aplicada a los jóvenes con obesidad grado 3 con 20 a 30 años de edad, se buscó describir el desempeño en las actividades de higiene y vestido. Es decir indagar acerca de la necesidad de asistencia total, mínima, si se manifiestan independientes con dificultad o solo independientes mientras realizan estas actividades.

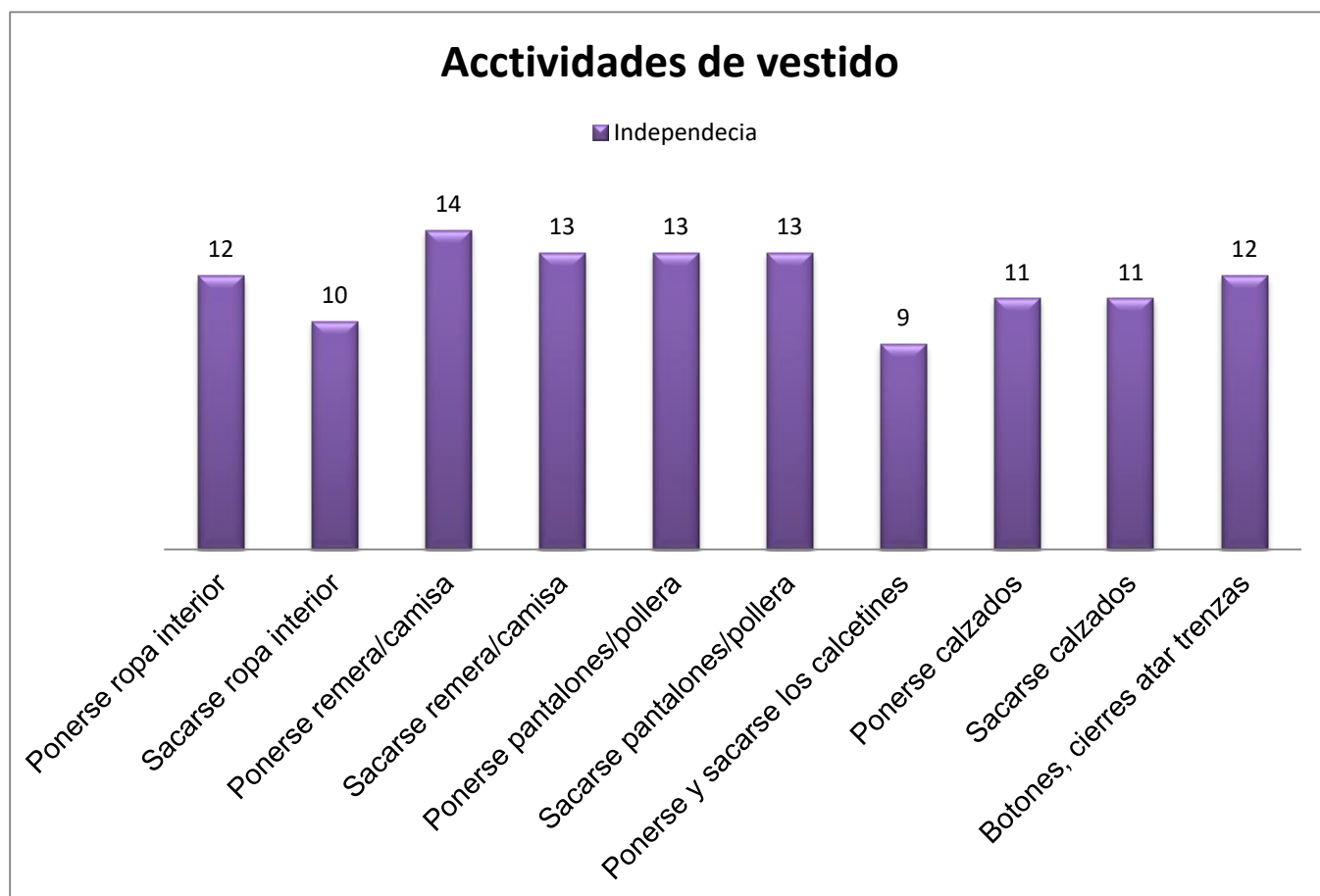
En el grafico uno, se puede observar que el 53,33% de los encuestados (8) se clasifican con un desempeño con independencia modificada en las tareas analizadas, es decir que les lleva mayor tiempo o deben adoptar diferentes maneras de realizarlas. A diferencia del 46,67% (7) restante de participantes de este trabajo, que se los considera independientes, teniendo en cuenta que logran cumplir con las demandas propias de las actividades de higiene y vestido de manera funcional y satisfactoria.

Grafico 1. Desempeño en actividades de higiene y vestido



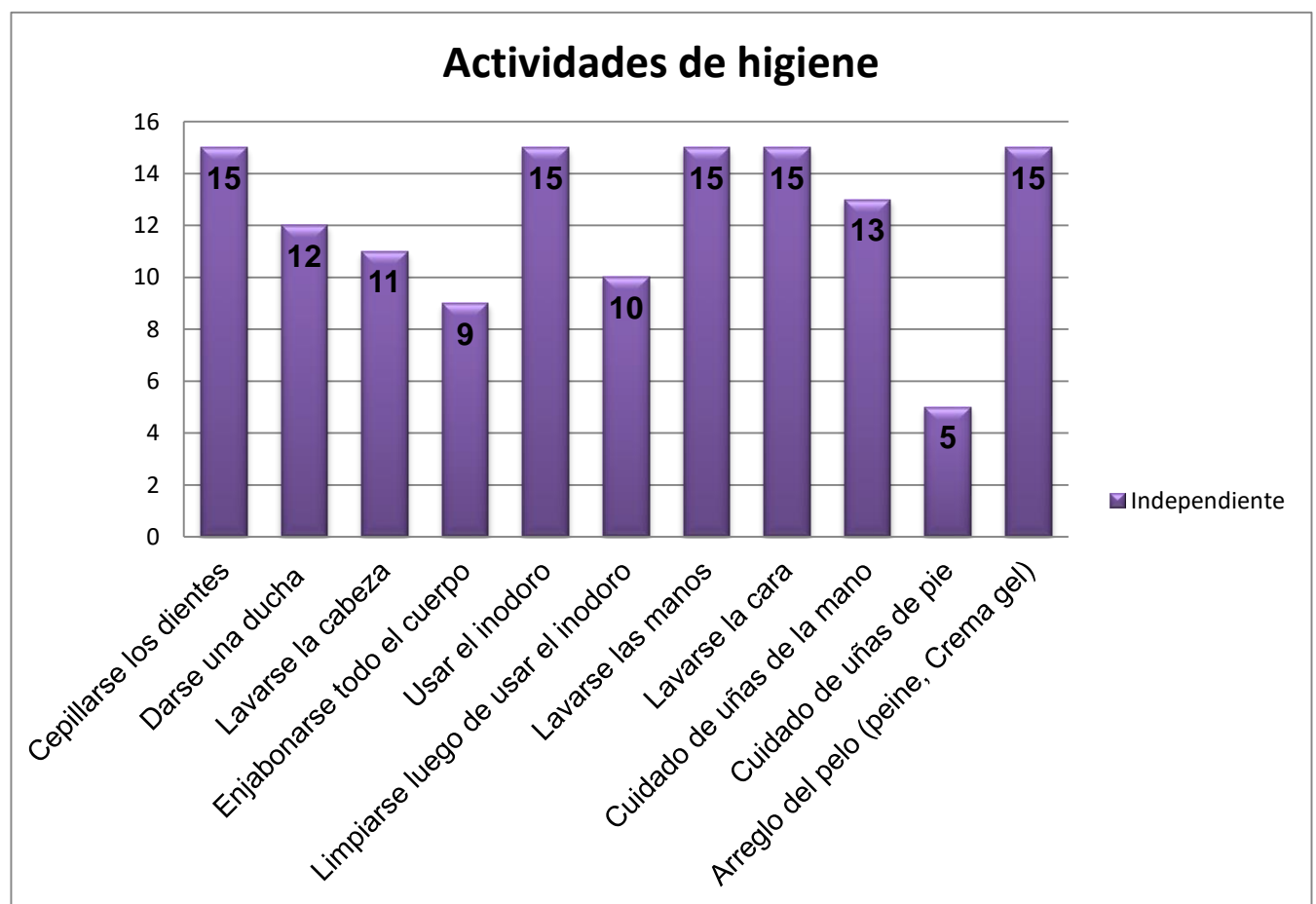
En el grafico 2 se observan los resultados de la actividad de vestido. En este se pueden evidenciar cuantos son los encuestados que contestaron que realizan con independencia cada una de las tareas. En el ítem ponerse remera/camisa fueron 14 las personas que realizan con independencia. Con respecto a sacarse remera/camisa, ponerse pantalones/pollera y sacarse pantalones/pollera fueron 13 los individuos que contestaron con independencia. En las actividades de ponerse ropa interior como en la de prender botones, cierres y atar trenzas 12 se caracterizaron como independientes. 11 de los encuestados manifestaron independencia en los ítems ponerse y sacarse calzado. Con la actividad sacarse ropa interior manifestaron independencia 10 personas y en la operación ponerse y sacarse los calcetines fueron tan solo 9 los que contestaron ser independientes.

Grafico 2. Independientes en las actividades de vestido



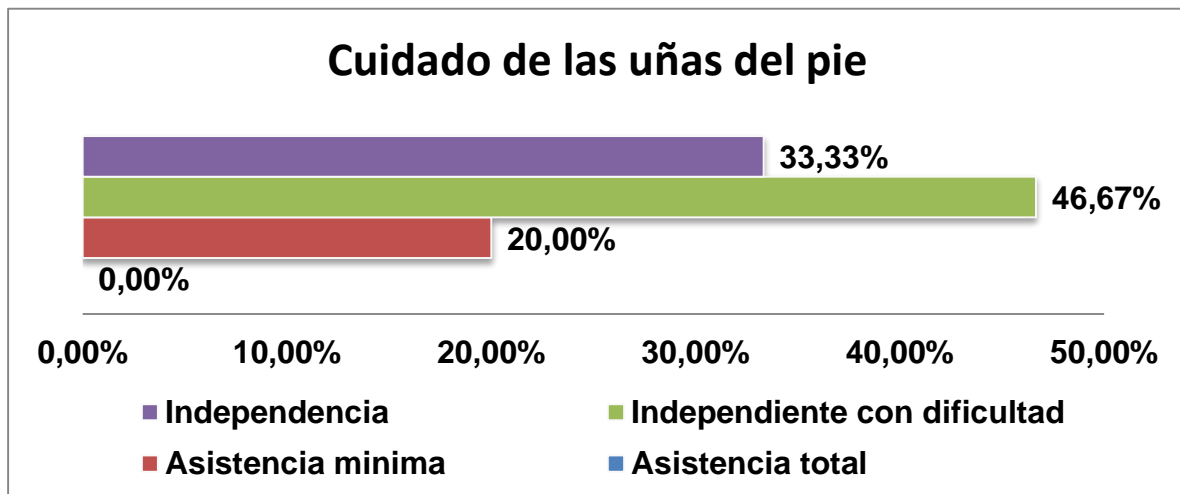
En el grafico 3 se exponen los resultados de la actividad de higiene. Se muestran el total de encuestados que contestaron que realizan con independencia cada uno de los ítems correspondiente a la higiene y aseo personal. Se observa que la tarea que menos contestaron independientes es la del cuidado de las uñas del pie, donde solo 5 personas con obesidad contestaron con independencia. Fueron 9 los individuos que indicaron que son independientes al momento del enjabonado del cuerpo. A 10 personas con obesidad no se les dificulta la higiene perineal o limpiarse luego de usar el inodoro. Fueron 11 los que se lavan la cabeza sin inconvenientes. Un total de 12 se da una ducha independientemente y 13 se cuidan las uñas de la mano de manera autónoma. En los ítems cepillarse los dientes, usar el inodoro, lavarse las manos, lavarse la cara y el arreglo del pelo, los jóvenes manifiestan total independencia.

Grafico 3. Independientes en las actividades de higiene



En el grafico cuatro se muestran los resultados del ítem “cuidado de las uñas del pie” que es la tarea que más dificulta el desempeño de las actividades de higiene. El 0% de los encuestados (0) requiere de asistencia total para realizar esta actividad, el 20% de jóvenes con obesidad (3) marcan la necesidad de asistencia mínima, el 46,67% (7) son los individuos que indican que realizan esta tarea independientemente pero con ciertas dificultades, un 33,33% (5) manifiestan realizar esta actividad con independencia.

Grafico 4. Cuidado de las uñas del pie



4.3 Uso del tiempo libre

Fue de interés conocer el uso del tiempo libre de las personas con obesidad grado tres, esto es describir la frecuencia semanal en las que realizan:

- Actividad física
- Leer libros y/o revistas
- Escuchar música
- Reunirse con amigos
- Realizar un hobby o pasatiempo.

En el grafico tres se puede observar que el 53% de los participantes manifiestan dedicarle menos tiempo en la semana a las distintas actividades de ocio. El 20% indican realizar estas actividades de manera ocasional y el 27% constantemente.

Grafico 5. Uso del tiempo libre



En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre realizadas con más frecuencia semanal se destaca escuchar música.

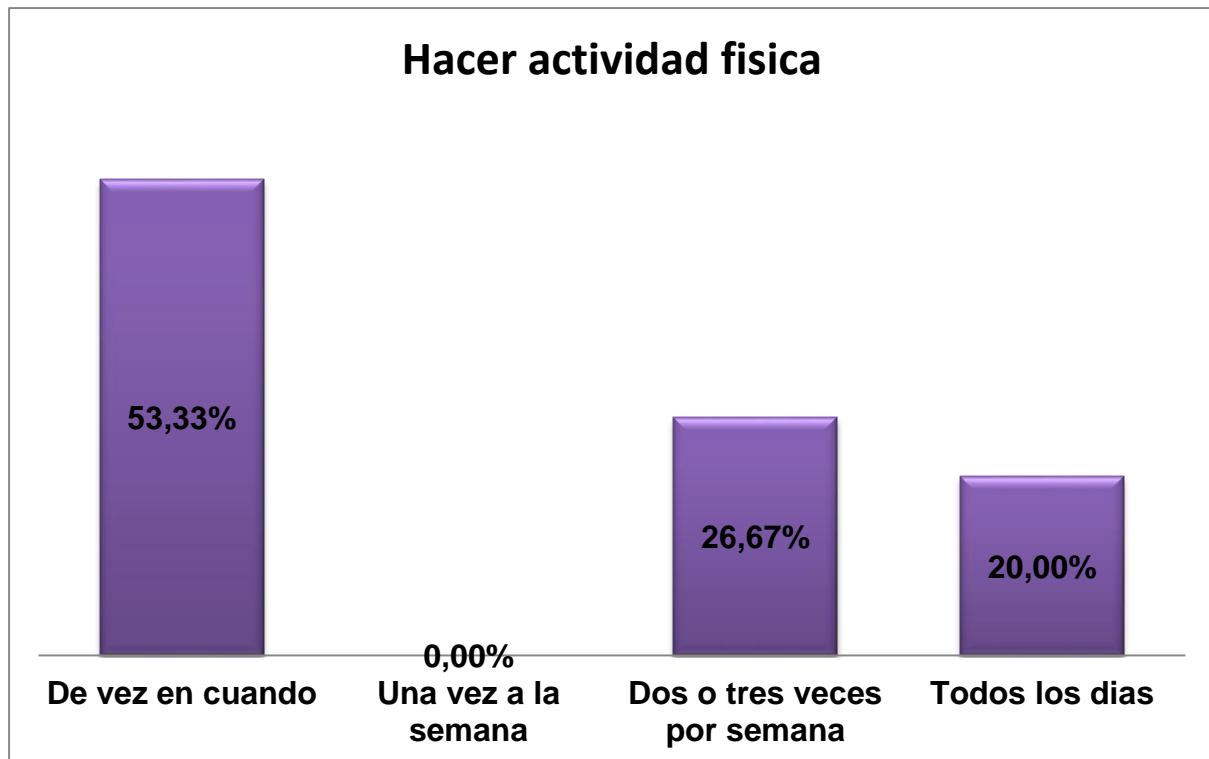
En el grafico n°6 se observa que el 66% (10) de las personas encuestadas coincidieron que llevan a cabo esta actividad todos los días. El 20% (3) manifiesta menor frecuencia, indicando que lo hace entre dos o tres veces por semana. En cambio el 7% (1) contestó realizarla una vez a la semana, al igual que el 7% restante (1) que expresó hacerlo de vez en cuando.

Grafico 6. Actividad realizada con más frecuencia



La actividad que menos realizan durante la semana es el ejercicio físico. En el grafico n°7 se expone que el 53,33 % (8) expresa que de vez en cuando llevan a cabo esta práctica. El 26,67% (4) la realiza entre dos o tres veces por semana. Solo el 20% (3) manifiestan realizarla todos los días. Cabe destacar que ninguno de los participantes (0) contestó ejercitarse una sola vez a la semana.

Grafico 7. Actividad realizada con menos frecuencia

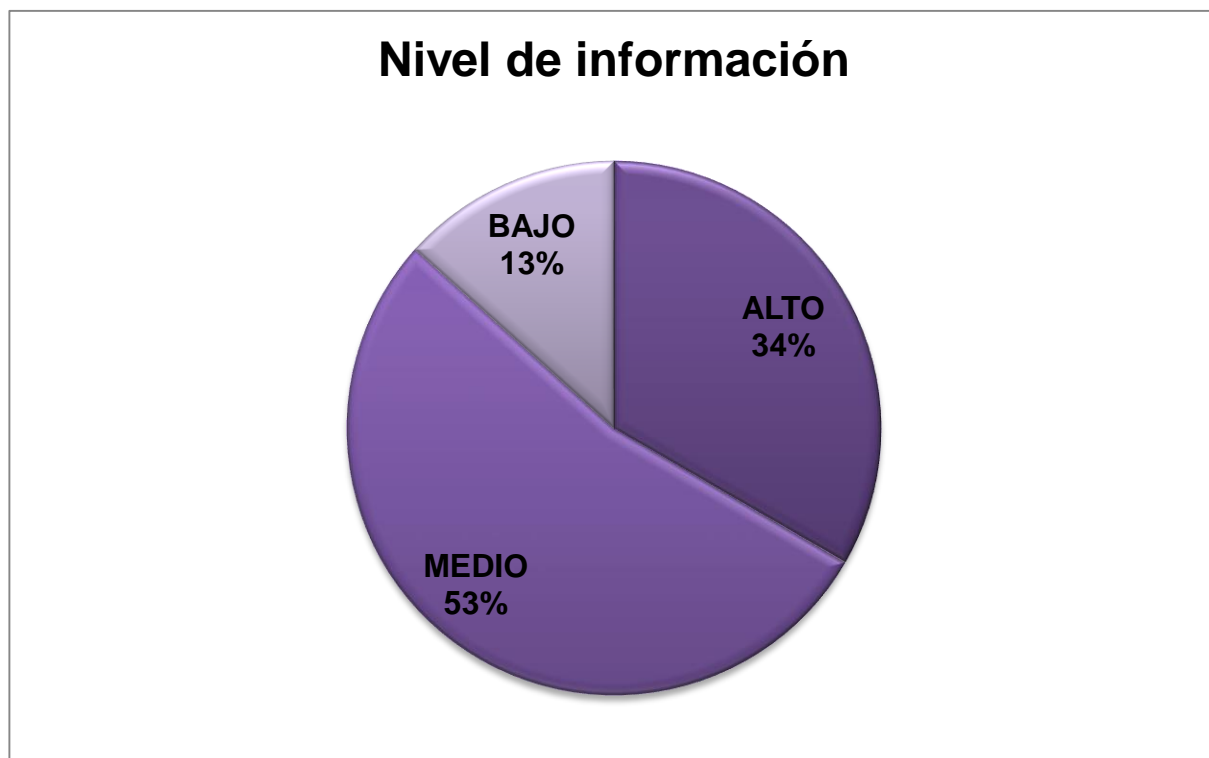


4.4 Nivel de información acerca de la Terapia Ocupacional

A través de esta investigación se valoró el grado de conocimiento que tiene el grupo de estudio acerca de la T.O. como una profesión socio-sanitaria encargada de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación.

El grafico n°8 revela los datos obtenidos mediante un cuestionario de VERDADERO O FALSO aplicado a los jóvenes con obesidad grado 3, acerca del rol, objetivos, funciones, incumbencias y ámbitos de actuación de un terapeuta ocupacional. Un 13% de la población posee un conocimiento bajo acerca de esta profesión, el 53% tiene un nivel de información medio y el 34% muestra un alto conocimiento acerca de la disciplina.

Grafico 8. Nivel de información sobre la Terapia Ocupacional



Capítulo 5

Discusión, conclusión y propuesta.

5.1 Discusión y conclusión

Este trabajo se realizó durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2018. Tuvo como objetivo caracterizar el desempeño en las actividades de higiene y vestido, el uso del tiempo libre y el nivel de información acerca de la T.O. que tienen los jóvenes de 20 a 30 años de edad con obesidad grado 3, de la provincia de Santiago Del Estero.

En un primer momento los resultados que se obtuvieron en este trabajo solo reflejaban de manera parcial, la realidad de las personas encuestadas a la hora de realizar las tareas analizadas. Ante esta situación la investigadora optó por agregar una nueva categoría en la variable “el desempeño en las actividades de higiene y vestido” lo que permitió plasmar a lo largo del desarrollo de este trabajo, un conocimiento más profundo y detallado de esta problemática instalada en la sociedad, como es la obesidad.

A partir de una nueva perspectiva y un análisis más específico de los resultados obtenidos se concluye que:

- 1) El desempeño en las actividades de higiene y vestido es funcional y satisfactorio en parte de los individuos encuestados. Sin embargo fueron mayoría los que reflejaron ejecutar las actividades evaluadas en un mayor tiempo y adoptando maneras diferentes a las que estaban acostumbrados a realizar en otro momento de su vida. Los ítems analizados en la encuesta, mostraron que existen dificultades y ocasional necesidad de asistencia por parte de terceros, principalmente en las actividades de vestido que involucran las prendas de los miembros inferiores como son los pantalones, ropa interior y calcetines. De la misma manera, al analizar el área de higiene que consiste en el cuidado de las uñas del pie, casi la mitad de participantes manifestaron realizarla con inconvenientes. Esto puede deberse a la dificultad para acceder a la parte baja del cuerpo que exige más equilibrio, mayor amplitud articular y adoptar distintas posturas para cumplir con las exigencias propias de estas tareas.

2) El tiempo libre en los jóvenes con obesidad grado 3, es ocupado esporádicamente en la semana. Los resultados arrojados dan cuenta que más de la mitad de jóvenes dedica una baja frecuencia semanal a las actividades de ocio. Esto puede deberse a múltiples factores, lo que nos permite pensar que llevan un estilo de vida sedentario, lo que el ejercicio físico no es considerado un hábito constante. Haciendo referencia a un trabajo presentado como antecedentes de investigación, que se realizó en 2015 en la Universidad Autónoma de México, se pudieron encontrar similitudes de acuerdo a los resultados en la frecuencia con la que realizan las actividades de tiempo libre. Si bien aquel trabajo hace hincapié en las diferencias de género, señala que son las mujeres las que realizan con más frecuencia actividad física, aclara que se puede deber a los estereotipos de belleza y a la exigencia por parte de la sociedad para con la mujer y su estado físico, indica que gran parte de los jóvenes con obesidad no realizan actividad física ni le dedican demasiado tiempo a las actividades de ocio, por lo que se encuentran similitudes a los resultados expuestos en el capítulo anterior.

El problema de la obesidad, además de afectar la salud física, es que puede manifestarse en los jóvenes como un fenómeno que los aisle o como símbolo de lo que los demás no quieren ser, pudiendo alterar la percepción de su imagen corporal, repercutir en cualquiera de los ámbitos de su vida, limitando sus ocupaciones diarias y bienestar psicológico. Rios Saldaña en una investigación sobre los estilos de vida y obesidad en estudiantes universitarios, remarca la necesidad de promocionar estilos de vida sanos, ya que a partir de esto se pueden fortalecer aquellas conductas y hábitos que conduzcan hacia el logro de un estado de salud equilibrado.

3) El nivel de información sobre la T.O. fue otro de los aspectos interesante a estudiar debido al fácil acceso de investigaciones y documentos médicos en torno a la obesidad, sin embargo se consideró la falta de información que permita abordar esta problemática de manera más compleja e integral. Por esto fue de importancia indagar acerca del conocimiento de la profesión de T.O. en jóvenes con obesidad grado 3, lo que denotó confusión acerca del papel del terapeuta ocupacional en estas condiciones desfavorables de salud. Se advirtieron mayores errores ante la afirmación de un ámbito

de actuación único de la profesión, la ocupación laboral. Es importante mencionar que otra de las afirmaciones, que arrojó poco saber sobre la disciplina, fue la de sus funciones, considerando que un terapeuta ocupacional no puede desempeñarse en los distintos contextos; laboral, educativo, sanitario, docente y social.

Como remarca Pellegrini en su artículo *terapia ocupacional en el trabajo de salud comunitaria*, se necesita reconocer y capitalizar un cambio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que se considera importante tener una nueva mirada desde la T.O. como una disciplina que puede actuar a nivel de la prevención primaria, secundaria como terciaria.

Por todo lo expuesto se considera de gran importancia la participación del terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinario que aborda al individuo con obesidad reforzando el desempeño de las actividades de la vida diaria cuando se dificultan o requieren de asistencia. Ante esto se necesita una nueva reflexión acerca de la intervención en obesidad desde la promoción de la salud, es decir transitar junto con la persona en todo un proceso que lo capacite para aumentar el control sobre su estado de salud.

5.2 Propuesta

Los resultados y conclusiones de este trabajo permiten caracterizar el desempeño de las actividades de higiene y vestido, el uso del tiempo libre y nivel de información sobre la T.O. en jóvenes con obesidad grado 3.

Esta investigación propone la participación de un terapeuta ocupacional como parte del equipo tratante del paciente que padece obesidad, ya que se considera un profesional con las herramientas para un trabajo en equipo con el objetivo de mejorar su calidad de vida y generar cambios en su salud. Por lo que se interviene desde una mirada holística, así se logra evaluar, no solo las dificultades en sus actividades cotidianas sino también acompañar a la persona con obesidad, en su individualidad, a que se desarrolle satisfactoriamente en todos los aspectos que son relevantes para su vida.

A través de programas de intervención, talleres y difusiones en distintos espacios, acerca del rol que puede ocupar un terapeuta ocupacional en este ámbito.

En un primer momento será de su incumbencia la provisión de dispositivos adaptados y seguros para promover autonomía en las AVD. Seguido de la organización en su rutina cotidiana, pudiendo modificar gradualmente los patrones habituales.

Se realizarán programas de intervención que promuevan la salud a través de cambios en los estilos de vida, incluyendo nuevos hábitos y rutinas saludables que les permitan a los individuos con obesidad generar cambios significativos a favor de su bienestar.

Se llevará a cabo un trabajo en conjunto con el equipo tratante, la familia y su entorno más cercano con el fin de que logre desarrollarse plenamente y pueda desempeñar roles valiosos para su vida.

Se implementarán charlas informativas en los grupos de riesgo, para concientizar acerca de esta enfermedad y el rol de la T.O. en este aspecto.

El plan de trabajo con el paciente con obesidad incluirá:

- Dispositivos adaptados y modificaciones de las barreras arquitectónicas en el hogar, trabajo o cualquier entorno que sea significativo, con el objetivo de favorecer un desempeño autónomo
- Incorporar las actividades físicas en la rutina cotidiana, desde la realización de un deporte hasta caminatas diarias de manera pueda hacer uso de su tiempo libre con aquellas ocupaciones que promuevan salud
- Procurar conciencia acerca de los riesgos que conlleva la obesidad de manera que pueda optar por hábitos más saludables y beneficiosos para su vida.
- Evaluar sus intereses y ampliar la gama de estos para favorecer mayor oportunidad y que el individuo logre sentirse eficaz consigo mismo.

Bibliografía

1. American Occupational Therapy Association (2002). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición), adaptada al español. España. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
2. Bray GA. *Obesidad. En Conocimientos actuales sobre nutrición*. 7ª edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 565; 1997.
3. Claudio A Urbano/ Jose A. Yuni 2ª Edición. *Psicología del Desarrollo. Enfoques y Perspectivas del curso vital*. Editorial Brujas. 2016. Impreso en Argentina.
4. Daza, C. (2002). *La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud*. Colombia Médica, 33(2), 72-80.
5. Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupación humana. Teoría y aplicación*. 4ª edición. Buenos Aires: Médica panamericana.
6. Kielhofner, G. (2004). *Introducción en fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3ª Edición, Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.
7. Moruno Mirales, P. y Romero Asuyo, D. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. 1ª Ed. Editorial Elsevier-Masson.
8. Rios Saldaña, M. (2015) *Estilo de vida y obesidad en estudiantes universitarios: una mirada con perspectiva de género. Alternativas en psicología*. Recuperado de <https://alternativas.me/attachments/article/93/7%20%20Estilo%20de%20vida%20y%20obesidad%20en%20estudiantes%20universitarios.pdf>.
9. Sampieri, R, *Metodología de la investigación*. 6ª Edición. Mexico: Editorial McGraw Education.

10. Ytarte R. Canterio Garlito P. y Vila Merino E. (2017). Ocio, bienestar y calidad de vida en terapia ocupacional. Madrid, España. Editorial Síntesis.

Webgrafia

1. Chaparro, E.R. (2005) La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* N°5. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/168/148/0> Agosto. 2018.
2. Cuevas, L. Guillen, D. Casco, R. Martinez, M. (2012). Autoconcepto en las voces de jóvenes obesas y obesos. *Razon y palabra*. Volumen (80). Recuperado de http://www.razonypalabra.org.mx/N/N80/V80/09_GuajardoGuillenCascoMartin ez_V80.pdf. Agosto 2018.
3. Godínez Gutierrez S.A (2001). Alteraciones musculo esqueleticas y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012h.pdf>. Agosto 2018.
4. Larrambebere, J. (2011). *Percepciones de los profesionales de un instituto interdisciplinario del área de la salud acerca de la Terapia Ocupacional y su influencia en las derivaciones a los profesionales de este campo*. (tesis de pregrado). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111509.pdf>. Agosto 2018.
5. Pedrera Canal, B. (2014). (tesis doctoral). *Obesidad y Hábitos y estilo de vida saludables en mujeres de Extremadura: influencia del consumo de televisión*.

Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2262/TDUEX_2014_Pedrera_Canal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Agosto 2018.

6. Pellegrini, M. (2004). *TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRABAJO DE SALUD COMUNITARIA*. Terapia-ocupacional.com el portal en español de terapia ocupacional. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>. Agosto 2018.
7. Poletti, O. y Barrios, L. (2007). *Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina)*. Revista Cubana de Pediatría v.79 n.1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100006. Agosto 2018.

Anexos

Ley 26.936. Prevención y control de los trastornos alimentarios.

El senado y cámara de diputados

de la nación Argentina reunidos en congreso, etc.

Sancionan con fuerza de ley:

ARTICULO 1°- Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

ARTICULO 2°- Entiéndase por trastornos alimentarios, a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

ARTICULO 3°- Créase el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá por objeto:

a) Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular:

1. Sobre las características de los mismos y de sus consecuencias;
2. Sobre sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento;
3. Sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor;

b) Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades;

c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios;

d) Propender al desarrollo de actividades de investigación;

e) Promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables;

f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades;

g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de estos trastornos alimentarios;

h) Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) en las acciones previstas por el presente programa;

i) Promover y coordinar, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la implementación de programas similares a nivel local;

j) Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

ARTICULO 4°- El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la presente ley, coordinará acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la presente ley.

La autoridad de aplicación dispondrá las medidas necesarias para que en cada una de las jurisdicciones funcione al menos UN (1) centro especializado en trastornos alimentarios.

ARTICULO 5°- Inclúyanse a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-, o en el que, en el futuro, corresponda.

ARTICULO 6°- El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social:

a) La incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también de medidas que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo, y la promoción de un ambiente escolar saludable.

b) La capacitación de educadores, trabajadores sociales, trabajadores de la salud y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

1. Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria.

2. Detectar adecuadamente las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación.

c) La realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres cuestiones relativas a la prevención de los trastornos alimentarios, y los peligros de los estilos de vida no saludables.

ARTICULO 7°- El Ministerio de Salud auspiciará actos, seminarios, talleres, conferencias, certámenes y/o programas de difusión, que contribuyan al conocimiento de los problemas que traen aparejado los diferentes trastornos alimentarios, y las formas de prevención.

ARTICULO 8- El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social, desarrollará estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares y los planes alimentarios nacionales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTICULO 9°- Los quioscos y demás establecimientos de expendio de alimentos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos.

ARTICULO 10°- La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres.

ARTICULO 11°- La publicidad y/o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

ARTICULO 12°- Quedar prohibida la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición.

ARTICULO 13°- El Ministerio de Salud podrá requerir al responsable del producto alimentario publicitado o promocionado, la comprobación técnica de las aseveraciones que realice en el mismo, sobre la calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficio de empleo de los productos publicitados.

ARTICULO 14°- Los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso, deberán dirigirse, exclusivamente a mayores de VEINTIUN (21) años de edad, debiendo ser protagonizados también por personas mayores de edad.

ARTICULO 15°- Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 16°- La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N°23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661, las demás obras sociales

y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N°24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

ARTICULO 17°- Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que al respecto establezca el Poder Ejecutivo. Tal negativa será considerada acto discriminatorio en los términos de la Ley N°23.592.

ARTICULO 18°- El Poder Ejecutivo, dispondrá las medidas necesarias a fin de que los establecimientos educacionales y sanitarios de su jurisdicción, cuenten con las comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de las personas que padecen obesidad. Asimismo gestionará ante los gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adopción de normas de similar naturaleza.

ARTICULO 19°- Todas las instituciones de atención médica, públicas y privadas, deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. A tal efecto la autoridad de aplicación confeccionará los formularios de recolección y registro.

La autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional y en conjunto con las autoridades provinciales. También se informará de los adelantos e investigaciones que sobre las enfermedades se estuvieren llevando a cabo a nivel oficial o con becas oficiales.

ARTICULO 20°- El Poder Ejecutivo dispondrá las medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas ' trans' lleven en letra y lugar

suficientemente visibles la leyenda: ' El consumo de grasa ' trans' es perjudicial para la salud'.

ARTICULO 21°- Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las disposiciones de carácter sancionatorio ante el incumplimiento de la presente ley, teniendo en cuenta la gravedad de la falta y la reiteración de la misma.

Dichas sanciones se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 22°- Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Consentimiento informado

Consentimiento informado

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado “Desempeño de las actividades de higiene y vestido, uso del tiempo libre y nivel de información sobre la Terapia Ocupacional en jóvenes de 20 a 30 años con obesidad grado 3”, elaborado por la Srta. Gonzalez Sánchez Ana Maria, estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es describir el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas de higiene y vestido, en jóvenes de 20 a 30 años con obesidad grado 3, indagar cómo usan su tiempo libre el grupo de jóvenes en estudio y determinar el nivel de información que tiene la población en estudio sobre la TO.

La participación en este trabajo de investigación es totalmente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

Declaro que he recibido toda la información correspondiente a la investigación y sus objetivos, comprendo el compromiso que asumo y lo acepto expresamente.

Desde ya se agradece su participación.

Firma

Encuesta

1. Datos personales

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Ocupación:

2. Desempeño de las actividades de vestido e higiene

	Asistencia Total	Asistencia Mínima	Independiente con dificultad	Independencia
Vestido	0	1	2	3
Ponerse ropa interior (bombacha, calzoncillo, corpiño)				
Sacarse ropa interior (bombacha, calzoncillo, corpiño)				
Ponerse remera/camisa				
Sacarse remera/camisa				
Ponerse pantalones/pollera				
Sacarse pantalones/pollera				
Ponerse y sacarse los				

calcetines				
Ponerse calzados				
Sacarse calzados				
Abrochar botones, subir cierres, atar trenzas				
Higiene				
Cepillarse los dientes				
Darse una ducha				
Lavarse la cabeza				
Enjabonarse todo el cuerpo				
Usar el inodoro				
Limpiarse luego de usar el inodoro				
Lavarse las manos				
Lavarse la cara				
Cuidado de uñas de la mano				
Cuidado de uñas del pie				
Arreglo del pelo (pasarse el peine, ponerse crema, gel)				

3. Uso del tiempo libre

Señalar con una X según corresponda.

3.1 ¿Con que frecuencia realiza actividad física?

Todos los días	
Dos o tres veces por semana	
Una vez a la semana	
De vez en cuando	

3.2 ¿Con que frecuencia lee libros o revistas?

Todos los días	
Dos o tres veces por semana	
Una vez a la semana	
De vez en cuando	

3.3 ¿Con que frecuencia escucha música?

Todos los días	
Dos o tres veces por semana	
Una vez a la semana	
De vez en cuando	

3.4 ¿Con que frecuencia se reúne con sus amigos?

Todos los días	
Dos o tres veces por semana	
Una vez a la semana	
De vez en cuando	

3.5 ¿Con que frecuencia realiza un hobby o pasatiempo de su interés?

Todos los días	
Dos o tres veces por semana	
Una vez a la semana	
De vez en cuando	

4. Conocimiento acerca de la terapia ocupacional

Señala con una cruz (x) la respuesta correcta

4.1. La Terapia ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, productividad y tiempo libre para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad.

Correcta	
Incorrecta	

4.2. El objetivo principal de la TO es que el ser humano se desarrolle plenamente como un ser ocupacional y que pueda desempeñar sus ocupaciones que le son significativas con el fin de lograr el máximo autonomía e integración social posible.

Correcta	
Incorrecta	

4.3. La función esencial del terapeuta ocupacional es el análisis ocupacional, que consiste en la observación de cada puesto de trabajo y la formulación de programas que ubiquen a la persona a su antiguo puesto de trabajo o insertarlas en uno nuevo.

Correcta	
Incorrecta	

4.4. La TO comprende las acciones de evaluación y asesoramiento que permitan a las personas cumplir con las tareas de su ocupación laboral.

Correcta	
Incorrecta	

4.5. El terapeuta ocupacional trabaja solo con aquellas personas que se encuentran en una situación de desventaja, como consecuencia de una deficiencia o enfermedad, que limita e impide el cumplimiento de una función en su vida.

Correcta	
Incorrecta	

4.6. El terapeuta ocupacional es un profesional preparado para desempeñar sus funciones en el ámbito educativo, sanitario, docente, social y de asesoramiento.

Correcta	
Incorrecta	

Se adjunta una encuesta completada correctamente

4.1. La Terapia ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, productividad y tiempo libre para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad.

Correcta	X
Incorrecta	

4.2. El objetivo principal de la TO es que el ser humano se desarrolle plenamente como un ser ocupacional y que pueda desempeñar sus ocupaciones que le son significativas con el fin de lograr el máximo autonomía e integración social posible.

Correcta	X
Incorrecta	

4.3. La función esencial del terapeuta ocupacional es el análisis ocupacional, que consiste en la observación de cada puesto de trabajo y la formulación de programas que ubiquen a la persona a su antiguo puesto de trabajo o insertarlas en uno nuevo.

Correcta	
Incorrecta	X

4.4. La TO comprende las acciones de evaluación y asesoramiento que permitan a las personas cumplir con las tareas de su ocupación laboral.

Correcta	
Incorrecta	X

4.5. El terapeuta ocupacional trabaja solo con aquellas personas que se encuentran en una situación de desventaja, como consecuencia de una deficiencia o enfermedad, que limita e impide el cumplimiento de una función en su vida.

Correcta	
Incorrecta	X

4.6. El terapeuta ocupacional es un profesional preparado para desempeñar sus funciones en el ámbito educativo, sanitario, docente, social y de asesoramiento.

Correcta	X
Incorrecta	