

2010

Terapia ocupacional : aportes a un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad

Cegna, Mercedes

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/787>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**“Terapia Ocupacional:
*Aportes a un equipo profesional
interdisciplinario
especializado en Obesidad*”.**

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Tesis presentada en la

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

para optar al título de

Licenciada en Terapia Ocupacional.

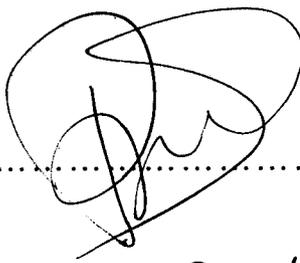
Por:

- Cegna Mercedes.
- Matias María Candela.

MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES, ARGENTINA.

AÑO 2010.

Directora: Lic. Porro, Sandra.



Codirectora: Dra. Rodríguez, Alejandra.



Asesoramiento Metodológico: Asignatura de Taller de Trabajo Final.

Cegna, Mercedes
DNI: 31.958.366



Matias, María Candela
DNI: 31.314.777



Biblioteca C.E.S.S. y S.S.	
Inventario	top
4085	/
Vol	/
Universidad Nacional de Mar del Plata	

28 SEP 2012

Agradecimientos

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo de manera incondicional durante todos estos años.

A nuestras directoras, Sandra y Alejandra, por su condición humana y docente, y por creer en nosotras desde el comienzo.

A los docentes, a los cuales recurrimos y nos brindaron su ayuda para encontrar respuestas, especialmente a Norma Gordillo.

A nuestros amigos, por su aliento y por estar siempre junto a nosotras.

<u>Índice</u>	Pág.
1. Introducción	1
2. Estado actual	3
3. Marco teórico	
<i>3.1 Diferencia entre dos enfoques médicos</i>	5
<i>3.2 Medicina convencional</i>	
3.2.1 Reseña sociohistórica sobre el desarrollo de la obesidad	7
3.2.2 Definición de obesidad	9
3.2.3 Clasificación de obesidad	11
3.2.4 Epidemiología	13
3.2.5 Etiopatogenia de la obesidad	19
3.2.6 Factores de riesgo socioculturales	21
3.2.7 Grupos de riesgo	21
<i>3.2.7.1</i> <i>Grupos de alto riesgo</i>	23
3.2.8 Comorbilidades	24
3.2.9 Tratamientos actuales de la obesidad	29
<i>3.3 Enfoque médico oriental</i>	
3.3.1 Reseña histórica sobre la Medicina Ayurveda	41
3.3.2 Teorías fundamentales	42
3.3.3 Factores influyentes en la constitución corporal	47
3.3.4 Ayurveda y enfermedad	48
3.3.5 Ayurveda y alimentación	54
3.3.6 Factores que influyen en la alimentación	55
3.3.7 Principios generales sobre la alimentación	57
3.3.8 Ayurveda: obesidad y sobrepeso	59

3.3.8.1	<i>Obesidad según doshas</i>	60
3.4 <i>Terapia ocupacional y obesidad</i>		
3.4.1	Definición de obesidad desde Terapia Ocupacional	61
3.4.2	Desempeño ocupacional y obesidad	62
3.4.3	Deterioro y obesidad	63
3.4.4	Discapacidad y obesidad	65
3.4.5	Vulnerabilidad y obesidad	66
3.4.6	Calidad de vida y obesidad	68
3.4.7	Consecuencias funcionales de la obesidad	69
3.4.8	Consecuencias mentales de la obesidad	70
4.	Justificación del estudio	71
5. Aspectos metodológicos		
5.1 <i>Diseño de investigación</i>		
5.1.1	Enfoque de la investigación	73
5.1.2	Tipo de diseño	73
5.2 <i>Planteamiento del problema</i>		
5.2.1	Problema	74
5.2.2	Objetivos de investigación	
5.2.2.1	<i>Objetivos generales</i>	74
5.2.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	74
5.2.3	Variable	75
5.2.3.1	<i>Definición de la variable</i>	75
5.2.3.2	<i>Dimensionamiento de la variable</i>	78
5.3 <i>Población, muestra y unidad de análisis</i>		
5.3.1	Población	79

5.3.2	Método de selección de la muestra	79
5.3.2.1	Criterios de Selección de la Muestra	
5.3.2.2.1	<i>Criterios de inclusión</i>	80
5.3.2.2.2	<i>Criterios de exclusión</i>	80
5.3.2.2	<i>Muestra</i>	81
5.3.3	Unidad de análisis	81
5.4 Método de recolección de datos		
5.4.1	Instrumento de recolección de datos	81
5.4.2	Procedimiento de recolección de datos	82
5.4.3	Prueba Piloto	83
6. Resultados y Análisis de datos		
6.1	Análisis de datos	84
6.2	Presentación y elaboración de resultados de las entrevistas en profundidad para profesionales que asisten a personas que padecen obesidad.....	85
6.3	Presentación y análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a cinco miembros del equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad del centro TINO.....	98
6.4	Aportes de Terapia Ocupacional a un equipo interdisciplinario especializado en obesidad.....	102
7. Conclusiones		
7.1	Terapia Ocupacional, Obesidad y el Enfoque Médico Oriental....	107
8. Propuesta		110
9. Anexos		
9.1	Anexo N° I: Guión de entrevistas en profundidad para profesionales que asisten a personas que padecen obesidad.....	111
9.2	Anexo N° II: Entrevistas “en bruto”.....	119

9.3	Anexo N° III: Breve reseña sobre la Terapia Holística y los Ejes Corporales.....	136
10.	Referencias Bibliográficas.....	140

1. Introducción

1. Introducción

En el año 1994 se definió por primera vez a la obesidad como una enfermedad metabólica, crónica, no transmisible, siendo la primera vez que una enfermedad de estas características sea considerada en pandemia progresiva, ya que con anterioridad las enfermedades que así se consideraban eran las enfermedades transmisibles como el SIDA (*Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida*), la tuberculosis, etc.

En comparación con los primeros años de siglo XXI, los datos y cifras actuales respecto de la obesidad y el sobrepeso, demuestran que ha habido un gran incremento acelerado y que la prevalencia de esta patología ha ido en aumento¹.

El problema se exhibe de manera globalizada, gran cantidad de países desarrollados y en vías de desarrollo padecen los efectos que esta enfermedad promulga. Aparece en las diferentes clases sociales (aunque de diferente manera y por diferentes causas), afecta tanto a hombres como a mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos.

El estudio de esta enfermedad y sus repercusiones sobre el desempeño ocupacional fue motivado a partir del conocimiento de que no existen Terapeutas Ocupacionales que se especialicen en esta área, dentro de la provincia de Buenos Aires y específicamente en la ciudad de Mar del Plata. En esta investigación se intentó explorar cuáles son los aportes que desde Terapia Ocupacional se pueden ofrecer en el abordaje de la obesidad dentro de un equipo interdisciplinario especializado en dicha patología. De esta manera se trató de recorrer un campo conocido de manera más específica por otras disciplinas (Medicina, Nutrición, Psiquiatría, Psicología, Kinesiología, Educación Física) con el objetivo de reconocer qué herramientas propias de la Terapia Ocupacional (T.O.) podrían ser útiles obrando en favor de un abordaje integral de los pacientes; a través del aporte de conocimientos (tanto teóricos como

prácticos) propios de nuestra profesión que puedan colaborar con el equipo, brindando una mirada desde un lugar diferente.

A partir del rastreo bibliográfico y la consulta a diferentes profesionales se ha encontrado un sistema médico diferente al convencional, el Enfoque Médico Oriental. El mismo realiza una mirada integral del paciente, entendiendo a la enfermedad como un desequilibrio de la persona en diferentes aspectos, que influye de manera negativa en la totalidad del sujeto. Dentro de este enfoque médico se encuentra la medicina Ayurveda, disciplina que también da respuestas a las necesidades de los pacientes con obesidad desde una mirada más completa que el sistema médico convencional.

En esta investigación, se utilizaron conceptos propios de la medicina Ayurveda que actuaron como marco de referencia complementario a los conceptos propios de la Terapia Ocupacional, y conjuntamente se utilizaron ambos marcos teóricos para proponer un abordaje posible desde esta profesión (T. O).

El estudio fue organizado de la siguiente manera; se lo dividió en tres apartados, en el primero se realiza una aproximación a la enfermedad desde los datos que aporta la *Medicina Convencional*; luego se expone una introducción y breve reseña de qué es la *Medicina Tradicional Oriental* (sus principios básicos y su concepción de la obesidad); por último se presenta un tercer apartado que es el de *Terapia Ocupacional y Obesidad*, a través del cual se proponen diversos aportes que la profesión puede realizar a equipos especializados en obesidad a través de los conocimientos teóricos y prácticos con los que cuenta la misma. En base a todo lo expuesto se realizó una conclusión y se planteó una propuesta sobre posibles líneas de abordajes desde Terapia Ocupacional, con una mirada holística, dentro de un grupo profesional que trabaje en la prevención y en el tratamiento de la obesidad.

2. Estado actual de la situación.

2. Estado actual de la situación

Se considera a la Obesidad una epidemia porque se caracteriza por un crecimiento acelerado, progresivo, imparable y que como tal impacta en la salud poblacional global afectando a todos los sectores sociales de manera diferente.

En nuestro país actualmente no se dispone de ninguna encuesta nacional realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, ni de otras entidades (públicas o privadas) sobre el estado nutricional de la población, pero se cuenta con estudios coordinados por diferentes instituciones sobre la prevalencia de la obesidad. Los datos más importantes son los de las ciudades de Venado Tuerto (provincia de Santa Fe) con el 59,3% y Deán Funes (provincia de Córdoba) con 62,6%.

Se estima que hay 25 millones de adultos, de ellos el 25% son obesos (alrededor de 7 millones de personas) y más de 15 millones presentan sobrepeso.²

En La Secretaría de Salud Comunitaria de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón se cuenta con el registro de consultas por Obesidad y Sobrepeso realizadas en centros y salas de salud municipales. Estos datos comenzaron a registrarse en el año 2003, actualmente se cuenta con una base de datos epidemiológica de los mismos hasta el año 2009. Según los mismos se observa que en los últimos años las consultas por esta problemática han ido en aumento, lo que revela que la prevalencia de la enfermedad en la ciudad de Mar del Plata también ha crecido.

De acuerdo al rastreo acerca de la práctica de la profesión en este área, realizada a través de la búsqueda en otras universidades del país (por medio del contacto electrónico con las mismas), y en base a las referencias que fueron otorgadas desde las instituciones especializadas en el tratamiento de la Obesidad en la ciudad de Mar del Plata no se encontraron Terapistas Ocupacionales que trabajen (en el país y

específicamente en Mar del Plata) como parte integrante de un equipo especializado en obesidad.

En la ciudad de Mar del Plata se cuenta con centros especializados en el tratamiento de obesidad y grupos de apoyo (autoayuda) formados por personas con obesidad.

3. Marco teórico.

3.1 Diferencias entre dos enfoques médicos.

3.1) Diferencias entre dos enfoques médicos

¹En Occidente la práctica médica se ha ido alejando de la concepción integral de la salud del ser humano. Los médicos convencionales (occidentales) creen que la salud requiere de una intervención externa de una u otra forma, presentando (muchas veces) intervenciones de características fragmentadas, percibiendo al ser humano no como una totalidad sino como una *parte*; hacia la parte que enferma es hacia la parte que se dirige el tratamiento, dejando de lado muchas veces la integridad del sujeto. El enfoque principal de la medicina convencional ha sido identificar los agentes externos de la enfermedad y desarrollar las armas para combatirlos. Así se observa que los tratamientos que se promueven desde esta práctica se han encarecido afectando gravemente a la economía de muchos países desarrollados y se pone fuera del alcance de gran parte de la población mundial.

Opuestamente, los defensores de la “higiene natural” (enfoque holístico oriental) sostienen que la salud es consecuencia de una vida en armonía con la ley natural. En Oriente la medicina ha tenido un enfoque totalmente diferente; ha explorado formas de aumentar la resistencia interior a las enfermedades para poder mantenerse sano sean cuales fueran las influencias dañinas a las que un individuo esté expuesto. Los medicamentos orientales (tónicos naturales) actúan no combatiendo al germen sino aliándose a las defensas del organismo. Estimulan y aumentan la actividad y eficiencia de las células del sistema inmunitario ayudando a los pacientes a resistir a todo tipo de infecciones, no solamente las causadas por bacterias. El concepto oriental de fortalecer las defensas del organismo supone que el cuerpo tiene una capacidad natural para resistir y hacer frente a los agentes de la enfermedad.

¹ Weil A. “La Curación Espontánea”. España. Editorial URANO. 1995. Págs. 11-17.

Los tratamientos médicos convencionales se originan fuera; en cambio la curación, entendida bajo los conceptos de la medicina Ayurveda, se origina en el interior del sujeto. La palabra “curación” significa “hacer sano, completo”, es decir, reestablecer la integridad y el equilibrio. Asumiendo así que el individuo es un todo, que estará saludable mientras ese equilibrio se mantenga estable. Así, si enferma una *parte* del organismo, esto afectará a la totalidad del sujeto.

Según este enfoque se plantea que *el cuerpo desea estar sano*, porque la salud representa la actuación eficiente de todos sus sistemas.

En esta investigación se presenta este enfoque médico, porque está ligado a la concepción holística que tenemos sobre la práctica de la Terapia Ocupacional. A través de la implementación de estrategias terapéuticas se intenta lograr que el individuo consiga ser lo más independiente posible, esté equilibrado, conozca sus posibilidades y limitaciones y tenga la posibilidad de elegir qué quiere y qué no para desarrollar su vida. Creemos que para lograr esto es fundamental tener presente la concepción holística del ser humano, la misma supone que si uno de sus componentes está afectado, todo el conjunto se presentará desequilibrado. Por lo tanto, los abordajes que desde Terapia Ocupacional se deben fomentar son aquellos que no olvidan la totalidad de la persona, más allá de cuál sea la dolencia que ésta presenta. Por esto es que adherimos a la concepción sobre el ser humano que el enfoque médico oriental propone, utilizando conceptos propios de este enfoque y de Terapia Ocupacional para plantear un posible abordaje de la obesidad.

“A quién desee la Salud hay que preguntarle primero si está dispuesto a suprimir las causas de su enfermedad. Sólo entonces será posible ayudarlo”.

Hipócrates

3.2 Medicina Convencional.

3.2.1) RESEÑA SOCIOHISTÓRICA SOBRE EL DESARROLLO DE LA OBESIDAD ^(3, 4)

A partir de la revolución industrial y del desarrollo de la agricultura comienza a verse la obesidad como una de las primeras enfermedades de la civilización, ya que cuando la agricultura, la ganadería y la tecnología fueron dando mayor seguridad respecto de la provisión de alimentos y prolongando la existencia humana, se les otorgó mayor tiempo y oportunidad a los mecanismos desencadenados por la acumulación de la grasa para desarrollar sus efectos perjudiciales, justificando entonces que se considere a la obesidad como una enfermedad, y no como una condición protectora de la especie humana que permitía sobrevivir ante la escasez de alimentos.

Se modificaron también a lo largo de la historia las formas de conseguir el alimento, el pasar de la cuadrupedia a la bipedestación le permitió al ser humano alcanzar alimentos que antes no comía; la caza y la pesca como modos de supervivencia fueron desapareciendo, ya que cada vez se fue contando con nuevos y mejores recursos para conseguir los alimentos, lo cual también se vio reflejado en un menor gasto energético.

Como consecuencia se produjo un mayor aporte y una disminución del desgaste físico, lo cual aparece como una de las fuentes que promueven el aumento de peso y la disminución de la masa muscular.

Actualmente el mundo se desarrolla continuamente, y esto trae aparejado modificaciones en la alimentación. La teoría de la *Transición Nutricional*, término utilizado por la FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), tomado de la idea de Popkin, caracteriza al estado actual de nutrición como la resultante de una compleja interacción de cambios producidos en la agricultura, la salud, la

actividad física y los factores socioeconómicos. Esta teoría determina que la dieta del hombre sufrió variaciones durante cinco períodos:

- La edad del cazador- recolector.
- La edad del hambre o hambruna.
- La edad del hambre que va disminuyendo.
- La edad de las enfermedades degenerativas.
- La edad de los cambios conductuales.

Esta transición se acelera debido a que existe una disminución de la actividad física provocada por el aumento de los trabajos de tipo sedentario y con larga jornada laboral. A esto se le suma que el rol de la mujer dentro de la sociedad es cada vez más activo lo cual provoca que se modifique el tipo de dieta en los hogares. Pero este aumento acelerado de la obesidad no se observa sólo en el ámbito urbano sino que las ciudades rurales incorporaron la mecanización del trabajo agrícola y esto se traduce en la disminución de las demandas físicas. A su vez, la FAO sostiene que se reemplazaron diversos cultivos que ofrecen una alimentación más equilibrada a favor de monocultivos comerciales de alto rendimiento. La industrialización en los países desarrollados ocasionó la importación de alimentos con alto contenido en grasa y azúcares; ésto modificó la dieta tradicional de los países subdesarrollados que se basaba en cereales y hortalizas. A su vez se comprobó que en aquellos países donde el ingreso *per cápita* aumentó, se comenzó a consumir mayores cantidades de alimentos no saludables debido a que su costo comenzó a disminuir⁵.

La obesidad al ser una enfermedad que se produce dentro de un medio obesigénico se expresa de diferentes maneras según el sector social que alcance. Por esto, los estudios revelan que ha aumentado su prevalencia en sectores sociales pobres porque son éstos los que tienen acceso a alimentos más grasos, a su vez los sectores sociales

altos intentan adoptar un estilo de vida cada vez más saludable dentro de una sociedad que fomenta el sobreconsumo.

De esta manera, la obesidad requiere de un abordaje multidisciplinario para disminuir y evitar su rápido aumento. Los expertos en producción de alimentos tanto como los profesionales de la salud son los responsables de promover en la sociedad la buena nutrición y la actividad física.

3.2.2) DEFINICIÓN DE OBESIDAD ⁽⁶⁾

La obesidad junto con otras enfermedades infecciosas como la sífilis o el SIDA tiene una connotación negativa en la sociedad por el impacto que genera en la misma. Esto provoca la necesidad de definirla para contextualizarla y saber de qué se habla cuando se la menciona.

A partir de los primeros años del siglo XXI se la comienza a definir dentro de la comunidad médica como:

- El aumento de la *grasa corporal* (exceso de tejido adiposo) frecuentemente acompañado de un incremento del *peso corporal* (relación de todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma, tejido óseo y tejido adiposo). Este concepto además de hacer referencia a un rasgo anatómico introduce la noción de riesgo.

- Enfermedad *epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, de origen multifactorial (poligénico)*, caracterizada por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Se asocia con frecuentes comorbilidades y está determinada por la interacción de factores genéticos y factores del medio.

- *Grupo de cuadros clínicos de tipo crónico*, caracterizado por el aumento de la grasa corporal, frecuentemente acompañados de un incremento del peso corporal. La magnitud del exceso de grasa corporal, su distribución, su posible carácter hipertrófico y el eventual ectópico de la grasa determinan el grado de enfermedad de estos cuadros.

- Normativamente, *índice de masa corporal mayor o igual a 30 (IMC \geq 30)*, peso relativo, circunferencia de la cintura (indicador de grasa abdominal), relación cintura/ cadera. Siendo la definición más efectiva, desde este punto de vista la primera citada:

- *Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS)*. El *índice de masa corporal (IMC)* —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Se define la obesidad y el sobrepeso en base a la diferencia de valores del IMC:

- sobrepeso: es un IMC igual o superior a 25
- obesidad: es un IMC igual o superior a 30.

3.2.3) CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Clasificar a la Obesidad según diferentes criterios, permite realizar una aproximación a la realidad de cada paciente y por lo tanto el profesional contará con datos que le servirán de guía para el abordaje que se realice, ya que éste será de acuerdo al tipo de obesidad que la persona presente.

Clasificación según formas clínicas de la obesidad (7):

1) Clasificación de la obesidad por edad de comienzo:

Si bien se tiene en cuenta el peso al nacer, de acuerdo a estudios se comprobó que las personas obesas en la adultez tienen una misma distribución de peso al nacer que aquellas que mantendrán un peso normal. Esto sugiere que el peso al nacer no es un factor predictivo como sí lo es el “rebote adipocitario” (Término tomado por Braguinsky y Aranda de la investigadora francesa Rolland- Cachera) que se puede producir alrededor de los 7 años, o el rebote adipocitario precoz que actualmente se produce entre los 3 y 4 años de edad.

a. **Obesidad de comienzo en la infancia:** comienza entre los 4 y los 9 años y puede proyectarse luego hacia la adultez, a esto se denomina obesidad progresiva. Se caracteriza por ser hiperplásica (es decir que involucra un aumento del número de adipositos). Las personas adultas que tienen esta forma de obesidad tienden a permanecer en ella, ya que no hay evidencias de disminución del número de adipositos con el adelgazamiento (si de volumen). Por otro lado las complicaciones metabólicas asociadas son menores.

b. **Obesidad de comienzo en la adultez:** comienza después de la pubertad o de la primera juventud. Esta obesidad es de tipo hipertrófico, puede retroceder y a su vez puede estar asociada con más comorbilidades, en particular de tipo metabólico. Generalmente, en las mujeres un punto de partida frecuente para esa forma de obesidad es el embarazo y en los hombres se suele relacionar con algún cambio en el modo de vida.

2) Clasificación de la obesidad por el número de células:

Puede ser:

- a. **De tipo hiperplásica:** involucra un aumento del número de adipositos.
- b. **De tipo hipertrófica:** involucra un aumento del tamaño de adipositos.

3) Clasificación de la obesidad por factores etiológicos:

Señalar un factor etiológico es difícil. Existe una tabla, publicada por Bray en la cual se expone una clasificación etiológica, la misma plantea causas etiológicas como *Síndrome hipotalámico, Síndrome de Cushing, Síndrome de ovario poliquístico, Hipogonadismo, Deficiencias de hormona de crecimiento, Cromosómicas, Drogas (corticoides), Cirugía hipotalámica (neuroendocrina), entre otras.*

4) Clasificación de la obesidad por la distribución del tejido adiposo: Esta clasificación de obesidad, luego del índice de masa corporal es la que más frecuentemente se utiliza:

a. **obesidad central o androide:**

Se caracteriza por la acumulación de *tejido adiposo (TA)* abdominal. Da la imagen característica en forma de manzana.

b. **obesidad ginoide:** se caracteriza por la acumulación de *tejido adiposo (TA)* en la región fémoro glútea. Da la imagen característica en forma de pera.

3.2.4) EPIDEMIOLOGÍA ⁽⁸⁾

Se considera a la Obesidad una epidemia porque engloba su carácter de crecimiento acelerado, progresivo, imparable y como tal impacta en la salud poblacional global afectando a todos los sectores sociales de manera diferente.

La epidemia mundial de obesidad y de las enfermedades que ésta acarrea - cardiopatías, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y diabetes - no es un problema que se limite a los países industrializados. La mayor prevalencia de obesidad en los países en desarrollo indica asimismo que la inactividad física también es un problema creciente en esos países⁹.

Al comienzo de 1970 la nutrición y su relación con el estado de salud había llegado a ser cada vez más importante, ya que los investigadores comenzaron a descubrir conexiones entre los hábitos de dieta y la enfermedad. Por esta razón, bajo la directiva de la Secretaría del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de EE.UU., se forma la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES). Se diseñaron cuatro encuestas de este tipo que se han conducido desde 1970 hasta el presente: NHANES I, NHANES II, NHANES III y NHANES continuo.

El propósito de este sistema era medir el estado alimenticio de la población de los Estados Unidos y sus cambios a través del tiempo. Específicamente NHANES III, fue conducido entre 1988 y 1994, incluyó cerca de 40.000 personas seleccionadas de casas en 81 condados a través de los Estados Unidos. NHANES III también puso un énfasis adicional en los efectos del ambiente sobre la salud (por ejemplo: niveles de exposición a pesticidas, cantidad de monóxido de carbono presente en la sangre, etc. A partir del

año 1994 se comienza a denominar epidemia global a la obesidad, luego de la publicación de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de *Estados Unidos* anteriormente nombrada, mediante la cual se observó un aumento progresivo del sobrepeso en un 20% en diez años, la obesidad ha aumentado un 74% y uno de cada cuatro o cinco adultos se clasifica como obeso. A su vez aumentó la prevalencia de patologías asociadas a la obesidad como son: hipertensión arterial, hiperlipidemias, Diabetes Mellitus (DM).¹⁰

Se estima que cada año mueren 300 mil personas por causas relacionadas con la obesidad y a su vez que un 25% del aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus en los últimos veinte años se debe al aumento marcado en la prevalencia de la obesidad.

En **Canadá**, entre 1981 y 1996, en niños de 7 a 13 años, la prevalencia de sobrepeso aumentó de 11% a 13%, y en las niñas de 13% a 27%. La prevalencia de obesidad aumentó en los varones de 2 a 10% y de 2 a 9% en las mujeres.¹¹

En *países europeos*, las variaciones en las cifras de prevalencia entre un país y otro son amplias; esto se debe al desarrollo de las economías de mercado, generalmente los grupos más afectados por esta patología son los menos favorecidos económicamente.

En los países del *este europeo* se presentan porcentajes más altos que los occidentales, el proyecto **MÓNICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease)** coordinado por la Organización Mundial de la Salud, se realizó entre los años 1985 y 1991, pronuncia un incremento de la obesidad durante los últimos veinte años y permite conocer características nacionales de gran interés (por ej: el incremento de la prevalencia en niveles bajos, en Holanda y su incremento mayormente en hombres que en mujeres, en Finlandia).

En *Gran Bretaña*, entre 1984 y 1994 el sobrepeso en niños varones aumentó de 5,4% a 9,0% (incremento de 3,6%) y de 9,3% a 13,5% (incremento de 4,1%) en las niñas.¹²

En *Francia*, entre 1976 y 1995 la prevalencia de obesidad en niños de 10 años aumentó de 6,3% a 14,4% y en niños preadolescentes observados entre 1980 a 1990 se halló un aumento de sobrepeso (> P90 IMC) de 5,1% y de 17% (> P97 IMC) en obesidad.

En *España* el 15,3% de la población española presenta obesidad y el 39% se tipifica como con sobrepeso. En el año 2000 una investigación coordinada por la *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)*¹³ determinó que la prevalencia de la obesidad fue del 14,5% siendo más elevada en las mujeres (15,75%) que en los hombres (13,39%). La prevalencia de obesidad aumentó significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años, el 21,58% en varones y el 33,9% en mujeres.

En *China*, de 1989 a 1997, en niños de 2 a 6 años la prevalencia de sobrepeso aumentó de 14,6% a 28,9% y la de obesidad de 1,5% a 12,6%.¹⁴

Los anteriores estudios sugieren que el sobrepeso y la obesidad están creciendo aceleradamente.

En *América Central*¹⁵, precisamente en México en el año 1988 la prevalencia de obesidad en la población adulta era 9,4% incrementándose a 24,4% en 1999.¹⁶

En *América Latina* se observa que la pobreza aumenta la prevalencia de la obesidad. También se aprecia un progresivo aumento de sobrepeso y obesidad sobre todo en áreas urbanas. De todas maneras es diferente la obesidad en los dos estratos,

obeso pobre- obeso rico, porque la calidad de la alimentación, de los nutrientes es diferente.

En *Perú*, los estudios de 1997 y 1998 muestran diferencias según las regiones, encontrándose en la región de la costa y en Lima las prevalencias tan elevadas como 51% para el sobrepeso y 15% para obesidad.¹⁷

En *Brasil*, la prevalencia global de sobrepeso en el año 1989 fue del 32,8%, en hombres del 27,3% y en mujeres del 38,1%. Sin embargo, las cifras de *Ecuador* en la población mayor de veinte años muestran que la obesidad es del 10% y la misma aumenta con la edad y el sexo (mayor prevalencia en el sexo femenino).

En *Chile* el 27% de la población presenta obesidad, y el sobrepeso aumenta con la edad y también si pertenece a nivel socioeconómico bajo.

En *Argentina* si bien no se dispone de ninguna encuesta nacional sobre el estado nutricional de la población, se cuenta con estudios sobre la prevalencia de la obesidad. Los datos más importantes son los de las ciudades de Venado Tuerto (provincia de Santa Fé) con el 59,3% y Deán Funes (provincia de Córdoba) con 62,6%. En Capital Federal según la educación recibida, los grupos de mayor grado de formación, dentro de un grupo de 603 encuestados, el menor nivel educativo coincidió con los valores más altos de IMC. Se registró en el noroeste y noreste argentino casi un 70% de algún grado de exceso de peso. En la mitad norte del país la prevalencia de exceso de peso es mayor que en el resto del territorio¹⁸. La prevalencia de sobrepeso en Corrientes y Resistencia sobre un total de 2919 personas casi un 50% de la población tiene sobrepeso¹⁹

²⁰A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación realizó durante los periodos 1993/96 y 2002/2003 mediciones de peso y talla de niños menores de seis años que son atendidos en centros de salud (en general población pobre). Se incluyeron siete provincias (Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fé, Chaco, Mendoza, Santa Cruz y

Tierra del Fuego) y la prevalencia de obesidad no se modificó entre ambos períodos (mediados de los '90 y 2002) presentando una prevalencia de 8,4% y 8,2 %, respectivamente.

La encuesta del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en 2002 muestra que la prevalencia de obesidad es de 5,3 % en los menores de 2 años y de 7,5% en los niños de 2 a 5 años. Los estudios reflejan un porcentaje mayor de varones que mujeres con sobrepeso y obesidad.

En general, la prevalencia de la obesidad en Argentina es del 26,9% y la de preobesidad del 34,05%. Se estima que hay 25 millones de adultos, de ellos el 25% son obesos (alrededor de 7 millones de personas) y más de 15 millones con sobrepeso²¹. En la actualidad los adultos mayores representan el 9,9% de la población total, y según proyecciones para el año 2050, este número se incrementará 3,3 veces. La prevalencia de obesidad también está incrementándose rápidamente en la población en general y entre los adultos mayores en particular, lo que ha sido atribuido a la compleja interacción entre el estilo de vida sedentario, los cambios dietéticos y las alteraciones en la tasa metabólica asociadas con la edad.

En el país, el 50/60 % de la población tiene exceso de peso IMC mayor o igual a 25. A partir de los 18 años los valores se ven claramente por encima de lo recomendable que es un IMC entre 21 y 23.

En nuestro país se siguen patrones similares al resto del mundo, es decir niveles crecientes de sobrepeso y obesidad, respondiendo a las modificaciones en las dietas, en las formas de trabajar, las comodidades con que se cuenta, etc.

En la ciudad de Mar del Plata según datos suministrados por el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de general Pueyrredón, las

consultas por obesidad y sobrepeso en centros y salas de salud que dependen del municipio han ido en aumento desde el año 2003 hasta el año 2009.

En el año 2003 el total de consultas por obesidad fue de 1877 consultas. Entre los años 2004 y 2006 las consultas por esta enfermedad se duplicaron, y comenzaron a relevarse también consultas por sobrepeso en cifras menores que las consultas por obesidad.

En los años siguientes, de 2007 a 2009 se registraron mayor número de consultas por obesidad que los años anteriores y también el número de consultas por sobrepeso han ido en aumento. En el año 2007 el total de consultas por Obesidad fue 2780 consultas; en el 2008 el número total de consultas fue de 2814 y en el 2009 el número de consultas ascendió a 4165, número que aproximadamente cuadruplica el total de consultas por obesidad en el primer año que se tomaron registros. En cuanto a las consultas por sobrepeso, hasta el 2006 había un registro de 6 consultas por este motivo, en los años 2007, 2008 y 2009 estos números ascendieron a 77, 482 y 783 respectivamente. Esto es una señal de que ha habido un aumento de la prevalencia de estas enfermedades y un aumento en la toma de conciencia de las mismas como tales, desde el sector salud y desde la población.

Tabla 1 Prevalencia de consultas registradas en centros de salud municipales del Partido de General Pueyrredón, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
Obesidad y Sobrepeso.

Número de Consultas totales por Año

<u>Motivo de Consulta</u> \ <u>Año</u>	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<u>Obesidad (no especificada)</u>	1787	2675	2553	2536	2780	3879	4165
<u>Sobrepeso</u>	0	1	0	7	77	482	783

Fuente: Area de Epidemiología de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de general Pueyrredón

3.2.5) ETIPOATOGENIA DE LA OBESIDAD ⁽²²⁾

Se la considera una enfermedad de origen poligénico, por esto exige de un abordaje multidisciplinario. Los siguientes factores son los que se consideran influyentes en el desarrollo y evolución de la misma:

a) Factores genéticos:

La prevalencia de obesidad resulta ser entre 2 y 8 veces mayor en familias de sujetos obesos que en la población general. La herencia genética afecta también las características de diversos tipos de obesidad, el IMC y la distribución de la grasa, lo que a su vez incide en las manifestaciones clínicas, las comorbilidades asociadas y la edad de desarrollo de la obesidad.

b) Tejido adiposo (TA):

Es un órgano esencial, complejo, metabólicamente muy activo y con funciones endocrinas centrales. Se han identificado alrededor de 120 sustancias sintetizadas por el TA. Es la principal reserva energética de un organismo, y se presenta bajo la forma de depósitos situados en diferentes partes del cuerpo, estos varían su aspecto de acuerdo a la estructura del tejido, su composición y el impacto sobre los órganos vecinos.

c) Balance energético (BE):

El BE tiene un determinado nivel de regulación. Cualquier alteración en uno de los términos ingreso - egreso implica un cambio en el peso corporal, ya que se produce un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías.

d) Gasto energético (GE):

El GE incluye:

- *Gasto metabólico de reposo (GMR):* existen diferencias de origen genético que justifican en cualquier nivel de masa magra (MM) algunos individuos tienen un gasto metabólico relativo alto, normal o bajo.
- *Efecto térmico de los alimentos:* compuesto por la termicogénesis obligatoria y la adaptativa. La alimentación puede elevar hasta en un 25% a 40% el GM. Cuando es mayor se da como respuesta defensiva contra el desarrollo de obesidad.

e) Actividad física:

Dentro de la actividad física coexisten la voluntaria (es la más variable, porque depende pura y exclusivamente del sujeto, y de sus ganas de llevarla a cabo) y la que se

relaciona con la postura y los movimientos espontáneos (llamada también: termogénesis relacionada con actividades diferentes de la física, NEAT “non exercise activity termogénesis”). Los obesos se mueven menos y si bajan de peso mantienen un NEAT menor lo que sugiere un origen genético.

3.2.6) FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES ⁽²³⁾

Los factores de riesgo socioculturales son aquellas circunstancias que reflejan una realidad tanto social como cultural vigente dentro del lugar en el cual se expresan, por lo tanto varían la manera de expresión de un lugar a otro. Se incluyen los siguientes:

- ❖ La **modificación mundial de la dieta**, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

- ❖ La **tendencia a la disminución de la actividad física** debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, (trabajos de oficina en los que se pasan largos períodos frente a la computadora, con espacios breves para alimentarse, lo que produce que la comida que se ingiere sea del tipo de “comidas rápidas”, altas en contenidos grasos y bajas en nutrientes).

- ❖ La **creciente urbanización** (ej: cambios en los medios de transporte).

3.2.7) GRUPOS DE RIESGO ⁽²⁴⁾

Como anteriormente se expuso, la obesidad es una enfermedad que afecta a todas los grupos poblacionales, dentro de los mismos hay algunos que presentan mayores probabilidades de riesgo debido a la influencia de algunos factores modificables o no modificables.

Estos grupos de riesgo son:

- Hijos de padres obesos.
- Personas con antecedentes familiares de obesidad y trastornos de la

conducta alimentaria.

- Niños que padecieron de desnutrición fetal.
- Niños malnutridos durante las primeras etapas de la vida.
- Infantes en países con transición alimentaria.
- Niños con ganancia temprana de peso.
- Personas que ganan rápidamente peso.
- Adolescentes.
- Personas que presentan trastornos de la afectividad y de la ansiedad.
- Personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Mujeres embarazadas y embarazo múltiple.
- Mujeres puérperas.
- Mujeres que presentan exceso de peso (más de lo normal) durante el

embarazo.

- Mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.
- Personas que se encuentran en la edad media de la vida (de los 25 a los 34

años de edad).

- Personas con hábitos sedentarios.
- Grupos étnicos propensos a adquirir sobrepeso y obesidad.
- Personas que perdieron peso voluntariamente (pos-obesos).
- Personas ex fumadoras.

- Personas con bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de alfabetización, (principalmente en las mujeres).

3.2.7.1) GRUPOS DE ALTO RIESGO

Los grupos de alto riesgo de padecer obesidad son aquellos en los cuales una noxa actuó durante un largo período de su vida o se presenta luego de una situación traumática. Son grupos de alto riesgo:

- Personas con antecedentes familiares de: diabetes mellitus no insulino dependiente, bajo gasto metabólico.
- Personas que tienen hábitos alimentarios con un alto consumo de grasas y poca actividad física.
- Personas que transitan una etapa de crecimiento asociada con un aumento del peso.
- Personas que se encuentran frente a un evento crítico de la vida (embarazo y perimenopausia).
- Género (las mujeres tienden a presentar mayor peso que los hombres, principalmente aquellas que tienen menor educación y medio socioeconómico bajo).

3.2.8) COMORBILIDADES ⁽²⁵⁾

Cuando se afirma que la obesidad es heterogénea se refiere a las diversas manifestaciones clínicas de la misma, expresadas en diferentes complicaciones.

La siguiente tabla muestra la relación entre el IMC (*índice de la masa corporal*) y el riesgo:

[Tabla 2] Clasificación de la Obesidad con consideración del riesgo según el IMC.

Clasificación de la obesidad con consideración del riesgo según el IMC

Bajo peso (IMC <18,5)	Puede haber riesgo por otros problemas
Normal (IMC 18,5- 24,9)	Peso normal (saludable)
Preobesidad (IMC 25- 29,9)	Puede haber asociación con riesgo, en particular con IMC > 27,5 o presencia de comorbilidades
Obesidad grado 1 (IMC 30- 34,9)	Riesgo mediano, asociado con obesidades centrales
Obesidad grado 2 (IMC 35- 39,9)	Riesgo severo
Obesidad grado 3 (IMC>_ 40)	Riesgo muy severo (obesidad mórbida)
Sobrepeso incluye todo IMC >=25	

Fuente: Braguinsky, J. "Concepto, definición y diagnóstico". En Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. Tomado de la OMS. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Pág. 16.

El IMC se correlaciona significativamente con la cantidad de grasa corporal, de esta manera es un indicador de la morbimortalidad. El riesgo de complicaciones médicas aumenta a medida que se incrementa el IMC.

Según estudios se observa una relación estadística fuerte entre obesidad y mortalidad por cáncer, tanto en mujeres como en varones. Un IMC anormalmente elevado se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por cáncer, entre ellos: cáncer de esófago, colon, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas, riñón y mieloma múltiple.

Se registró mayormente mortalidad por cáncer de estómago y próstata en varones, y por cáncer de mama, de útero, de cuello uterino y ovario en mujeres.

La obesidad y el sobrepeso son responsables del 14% de muertes por cáncer en varones y el 20% en mujeres.

El sedentarismo y el aumento de peso corporal, actúan como factores contribuyentes favoreciendo el aumento del riesgo de formación de neoplasias malignas. Estas constituyen la segunda causa de mortalidad en países desarrollados.

La obesidad repercute de manera negativa en el sistema cardiovascular.²⁶ Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales. Cuando los valores de circunferencia de cintura ascienden a 102 en hombres y 88 en mujeres, el riesgo de tener uno o más factores de riesgo cardiovascular se cuadruplica. El riesgo de insuficiencia cardíaca aumenta un 5% en los varones y un 7% en las mujeres debido a que conlleva cambios estructurales del corazón. El riesgo de padecer un accidente cerebrovascular isquémico se duplica en mujeres con un IMC mayor a 30

Las complicaciones digestivas también se asocian al IMC, el riesgo de litiasis biliar aumenta marcadamente a partir de 30 de IMC y de hígado graso. También se asocia a hernia hiatal y esofagitis por reflujo.

El sistema respiratorio en los sujetos obesos se ve alterado, hay una relación directa entre el grado de sobrepeso y el desarrollo de alteraciones de dicho sistema. Se ven modificados los volúmenes pulmonares, el flujo espiratorio disminuye con el incremento del IMC, hay alteración de los músculos respiratorios, se observa un aumento del trabajo respiratorio y consecuentemente una modificación en el patrón

respiratorio del sujeto. Gran cantidad de pacientes desarrollan el síndrome de apnea durante el sueño y disnea al esfuerzo.

La obesidad en ambos sexos puede producir disfunción sexual y disfunción eréctil en varones. Cuando el IMC es extremadamente elevado influye negativamente sobre el funcionamiento urogenital, con mayores índices de incontinencia urinaria, estrés y dificultades en el vaciamiento de la ampolla rectal por disfunción del piso pélvico.

Con respecto al impacto de la obesidad en la esfera psicológica se observa mayor cantidad de síntomas depresivos y una autoestima inferior en pacientes con un $IMC \leq 40$. A su vez la depresión es más común en mujeres que en varones debido a que las mujeres experimentan mayor presión social por estar delgadas, y en éstas el grado de insatisfacción con su imagen corporal suele ser más elevado.

A su vez, la obesidad también se manifiesta sobre el aparato locomotor, son comunes la osteoartritis de rodilla (generalmente artrosis bilateral de rodilla), la gota y el dolor lumbar, éstos aumentan el dolor físico del paciente impactando sobre su calidad de vida.

La distribución regional del TA (*tejido adiposo*) también es un factor que influye en la morbilidad asociada de la obesidad. La medida de circunferencia de cintura es un indicador práctico de la grasa abdominal que se correlaciona con las formas hipertróficas de la obesidad. También la gota, la enfermedad litiásica vesicular y la hiperuricemia se asocian al grado de adiposidad, así como también a la distribución central.

También el elevado IMC se asocia con un aumento del riesgo de contraer afecciones en el órgano cutáneo como celulitis, intertrigo y foliculitis.

Otro de los factores más determinantes del riesgo de contraer diabetes es la duración de la obesidad. Actualmente se ha transformado en una epidemia mundial. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.

Existe el riesgo de padecer complicaciones obstétricas en personas con obesidad cuando presentaron hipertensión arterial durante el embarazo. También hay mayores probabilidades de tener partos distócicos, mayor número de cesáreas, riesgo de mortalidad prematura, problemas de fecundidad y defectos del feto.

También se debe tener en cuenta que la relación obesidad- enfermedad no es idéntica en todas las razas. Los factores ambientales relacionados con los estilos de vida, los cuidados de la salud, el valor que se le otorga al cuerpo, la situación socioeconómica del país contribuyen objetivamente a que se produzcan diferencias en las relación entre obesidad y complicaciones medicas asociadas, aunque ya se sabe de la base genética que determinan muchas de las comorbilidades de la misma.

Repercusiones del sobrepeso en los diferentes momentos de la vida ⁽²⁷⁾

A continuación se enumeran las diferentes etapas del ciclo vital en las cuales las personas son más susceptibles al sobrepeso y a la obesidad:

1. **Embarazo:** aumentan la morbimortalidad materna y del feto, las complicaciones del parto, el desarrollo de diabetes química en la madre.
2. **Niños en crecimiento:** discapacidades físicas como las osteoarticulares, pulmonares y metabólicas, y discapacidades psíquicas como disminución de la autoestima y aislamiento.
3. **Adolescencia:** discapacidades psicofísicas y alteraciones en el desarrollo puberal. Alto porcentaje de los adolescentes con sobrepeso y obesidad desarrollaran obesidad del adulto.

4. **Adulto joven (entre 25 y 36 años de edad):** complicaciones esqueléticas, metabólicas y aumento del ausentismo laboral por enfermedad. Disminución de la productividad. Alta tendencia a generar descendencia obesa.

5. **Mediana edad:** complicaciones pre y posquirúrgicas, agravamiento de enfermedades preexistentes, mayor incidencia de cánceres, aumento de la tasa de mortalidad relacionada con el peso del individuo. Discapacidad laboral severa.

6. **Climaterio:** aumento de la incidencia de cánceres ginecológicos. Aumento de las complicaciones de las enfermedades preexistentes, discapacidad psicofísica severa

7. **Ancianidad:** aumento de las comorbilidades, pie diabético, Alzheimer, severa discapacidad motora.

3.2.9) TRATAMIENTOS ACTUALES DE LA OBESIDAD

(28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)

Los tratamientos actuales de la obesidad se focalizan en:

- A. *Tratamiento farmacológico*
- B. *Plan nutricional*
- C. *Tratamiento quirúrgico*
- D. *Tratamiento psicológico*
- E. *Prescripción de actividad física y ejercicio*

Los objetivos generales que se persiguen con la aplicación de estos tratamientos son:

- Reducción del peso: entre un 8% a un 15% del peso inicial y mantener esa pérdida entre 1 y 2 años. (el paciente puede seguir bajando de peso después de esta pérdida inicial)
- No recuperación del peso: luego de que el paciente perdió entre el 10% y el 15% y favorecer la continuación del descenso ponderal.
- Lograr que el paciente incorpore pautas permanentes para que aprenda a comer cuidadosamente, de manera moderada y desarrolle una capacidad de seleccionar alimentos adecuados y los pueda incluir dentro de su dieta para de esta manera no recuperar el peso.
- Lograr una adecuada aptitud metabólica.
- Mejorar la calidad de vida.

Durante el tratamiento de obesidad se encuentran factores que impiden el descenso de peso, como son:

1. Hiperplasia (hiperplasia) propia de las obesidades infantiles. No hay evidencia de disminución del número de células adiposas con el adelgazamiento.
2. Conductas aprendidas perjudiciales y persistentes con beneficio secundario.
3. Medio obesigénico (familiar, laboral, de los pares, de las circunstancias sociales).
4. Beneficios secundarios de la obesidad (papel de “enfermo”, depresivo, etc.).

A continuación se desarrollará en qué consiste cada tipo de tratamiento de la obesidad de acuerdo a la bibliografía consultada que trata sobre los mismos.

A. Tratamiento farmacológico

En este tipo de tratamiento el factor más importante es tener en cuenta la idiosincrasia del paciente, porque no todas las personas responden de la misma manera a los fármacos y no todas presentan una misma obesidad. El médico debe cerciorarse de que la droga no cause efectos indeseables y que la dosis recomendada sea la que realmente el paciente necesite debido a que la obesidad está multideterminada, por lo tanto, es sumamente difícil encontrar un sólo medicamento para tratar a la obesidad (ú obesidades).

Cuando el médico toma la decisión de implementar dentro de su plan de tratamiento el uso de fármacos deberá elegir adecuadamente con cuál comienza, la dosis indicada y los factores que determinan la relación entre la dosis prescrita y el efecto esperado. Posteriormente se deben realizar controles frecuentes para asegurarse de que

el fármaco no esté causando efectos indeseables y de que el paciente esté tomando la dosis indicada. Es común que aquellos pacientes que quieren bajar rápidamente de peso tiendan a acelerar su tratamiento y aumenten la dosis.

Los fármacos para la obesidad se clasifican de acuerdo al lugar donde habitualmente actúan:

- a) sustancias de acción predominantemente central.
- b) sustancias de acción predominantemente periférica.

Usualmente los fármacos de acción central se aplican en pacientes en riesgo, en cambio las sustancias de acción periférica tienen un uso menos restringido.

Los factores que pueden modificar el efecto esperado son:

- Cumplimiento de la toma de la medicación por parte del paciente.
- Errores en la medicación.
- La velocidad y el grado de absorción- eliminación de la dosis administrada.
- La interacción entre fármaco-nutrientes/ fármaco-receptor.
- Variables fisiopatológicas.

Las estrategias farmacológicas actuales se basan en: inhibición de la absorción de nutrientes, incremento de la termogénesis, modulación del almacenamiento y metabolismo graso, modulación de centros controladores.

A continuación se detallan los pacientes que son candidatos a recibir tratamiento farmacológico:

- ✓ Aquellos pacientes que tienen obesidad con complicaciones metabólicas.
- ✓ Aquellos pacientes que tienen impedimentos físicos como consecuencia de la obesidad.

✓ Aquellos pacientes con riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la obesidad.

✓ Aquellos pacientes con gran necesidad clínica (IMC mayor o igual a 27) o psicológica de bajar de peso, pero con gran dificultad para lograrlo.

Es importante tener en cuenta que es una enfermedad crónica, por lo tanto el uso de determinados fármacos durante años en un mismo organismo produce una mayor tolerancia, lo cual se visualiza en la necesidad de cantidades mayores del medicamento para que éste provoque el resultado buscado. Por eso se debe ir modificando la prescripción de medicamentos y ésta debe coincidir con las necesidades de cada paciente en cada momento de su vida. También puede ocurrir que se plantee la indicación de dejar la medicación. Esto sucede cuando después de un tiempo de tratamiento el paciente logró bajar de peso y se mantiene esta disminución porque ha incorporado pautas de cambio en su modo de vida, es decir que se alimenta de manera moderada y cuidadosa, y es físicamente activo.

B. Plan Nutricional

Dentro de este tratamiento se respeta la “ley de adecuación” recurriendo a los alimentos y a su elaboración. El plan alimentario se considera un compromiso a largo plazo, en el medio del cual habrá avances y recaídas.

Aspectos generales del plan alimentario:

- Adecuación calórica individual.
- Reducción progresiva de las kilocalorías.
- Mejorar la calidad nutritiva de los alimentos a consumir.
- Reducir las kilocalorías pero no el volumen de los alimentos.

- Tener en cuenta las preferencias alimentarias y el entorno socio.-económico del paciente.

- Realizar en forma continúa educación alimentaria.

- No prometer un rápido y “mágico” descenso de peso.

- Lograr la participación activa del paciente obeso con incentivos que conduzcan a no abandonar un largo tratamiento.

Durante la aplicación de una dieta hipocalórica se deben suministrar los nutrientes que el organismo del paciente necesita en cantidades óptimas, y aportar menor cantidad de calorías que las que el paciente gasta por día para de esta manera quemar tejido graso.

Para comenzar a formular el plan alimentario se debe recabar información acerca del paciente, qué come, cuánto come, en qué momento, con qué frecuencia come determinados alimentos, la dieta de fin de semana, quién es la persona encargada en el hogar de cocinar, etc. No se deben perder de vista, cuando se interroga al paciente, variables que intervienen en el modo de alimentación de las personas, tales como historia alimentaria; actividad social; situación económica; actividad laboral; actividad física; ideologías religiosas, etnia, etc. Variables que condicionarán también el tipo de alimento, la forma de preparación del mismo, las cantidades que se ingieren, etc.

C. Tratamiento quirúrgico

Para someter a un paciente a una intervención quirúrgica se cuenta con determinados criterios, basados en las recomendaciones del *Nacional Institute of Health Consensus Conference on gastrointestinal surgery* de 1991, los mismos incluyen:

- IMC mayor a 35 con comorbidez o asociada a IMC mayor a 40.

- Fracasos repetidos de otras estrategias terapéuticas.

- Que la presencia de obesidad permanezca desde hace cinco años atrás al momento actual.
- Que tengan la capacidad de tolerar las intervenciones quirúrgicas.
- Ausencia de alcoholismo u otras adicciones y problemas psicológicos importantes.
- Aprobación previa por un psiquiatra.

Entre las técnicas quirúrgicas existentes se pueden diferenciar:

- Restrictivas: gastroplastía vertical anillada, gastro-gastrostomía, banda gástrica de siliconas, cerclaje gástrico fijo, etc. Se indican generalmente en los consumidores de grandes volúmenes.
- Restrictivas y parcialmente mal absorbtivas: by pass gástrico, by pass yeyunoileal, etc. Se utilizan generalmente en los pacientes acopiadores de hidratos de carbono.

Los métodos de uso común en nuestro país son la gastroplastía, con colocación de una banda vertical y la derivación gástrica. Otro método es la colocación de una banda ajustable en el estómago por laparoscopia.

D. Tratamiento psicológico

Debido a que la obesidad es una enfermedad crónica, el objetivo de todo abordaje psicológico se focaliza en enseñarle al paciente a planificar su alimentación dentro de un marco de flexibilidad necesario para que pueda mantener su peso a largo plazo.

Para el psicoanálisis toda enfermedad tiene un correlato inconciente que remite a cuestiones regresivas, por esto interpreta a la obesidad como la vuelta al útero materno;

en este caso la grasa representaría el útero y a su vez representa una barrera que lo defiende del mundo externo.

Ante cada situación que el paciente inconcientemente registre como amenazante se enfrentará a la misma mediante el acto de comer de manera continua y rigidizada.

De esta manera los abordajes también cumplen con la función de permitirle al paciente ampliar su capacidad de simbolización para evitar que exponga su cuerpo y su subjetividad ante cada situación que actúe como amenazante.

F. Prescripción de actividad física y ejercicio

La actividad física (AF) se puede definir, en forma simple, como:

Toda actividad corporal realizada o no en ocio, que deriva en un aumento del gasto en relación con el reposo.

O puede definirse, en forma compleja, como:

Una acción que involucra la masa muscular y produce una consiguiente elevación en el metabolismo energético.

Se realizaran tres aclaraciones entre actividad física, ejercicio y entrenamiento:

1. La *actividad física cotidiana o habitual* usualmente no permite generar cambios o adaptaciones en el nivel de las células, los órganos o los sistemas corporales.
2. El *ejercicio físico* es aquella actividad que puede o no estar dentro de parámetros o umbrales con efectos positivos para la salud.
3. El *entrenamiento físico* es una actividad compuesta por ejercicios dosificados en volumen e intensidad que permiten mejorar los niveles de capacidad funcional del individuo.

Desde el momento en que el individuo cambia su estado de reposo por la actividad física se producen cambios a nivel metabólico, circulatorio, nervioso, psicológico y social, lo que nos permite distinguir diferentes propiedades del mismo. El estar más activos en la vida diaria trae aparejado, consecuentemente, un mayor gasto energético, un aumento de la masa muscular y un aumento de la *tasa metabólica de reposo*. Se llama *tasa metabólica basal* al consumo de energía mínimo de un organismo en reposo, despierto. En la práctica, es el consumo de energía mínimo para que el organismo funcione. Se producen cambios en el estado hormonal (insulina, catecolaminas, glucagón) y aumenta el flujo sanguíneo al tejido adiposo, aumenta la producción de glucosa.

Podemos diferenciar cinco propiedades del ejercicio físico:

1. **Preventiva:**

- Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares (disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular, previene o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de ésta en hipertensos, mejora el perfil de lípidos en sangre).

- Disminuye el riesgo de padecer diabetes de tipo 2.

- Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer.

- En edades avanzadas disminuye el riesgo de caídas, provoca mejor manejo de la coordinación de los movimientos, disminuye síntomas de enfermedades crónicas y permite vivir de manera más independiente.

- En mujeres jóvenes, pre-menopáusicas y post-menopáusicas colaboran en la prevención del cáncer de mama.

2. **Catalizador de procesos metabólicos/ hormonales.**

3. **Propulsor de cambios a nivel musculoesquelético y neuromuscular:**

- Fortalece músculos de extremidades inferiores y tronco.
- Mejora los reflejos.
- Mejora la sinergia motora de las reacciones posturales.
- Mejora la velocidad del andar.
- Incrementa la flexibilidad.
- Mantiene el peso corporal.
- Mejora la movilidad articular.
- Mejora el control del peso corporal.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones.

4. **Mejora la calidad del sueño.**

5. **Benefactor psicológico:**

- Mejora el estado anímico combatiendo los síntomas de depresión y ansiedad, ya que aumenta el nivel de endorfinas contribuyendo a bajar la tensión emocional, y provocando una sensación de bienestar físico, emocional y social.

Todas estas propiedades del ejercicio físico impactan directamente en tres sistemas:

- a. Físico: en el gasto energético, cambios fisiológicos, morfológicos.

b. Personal: aumenta la autoestima y promueve el aprendizaje motor a partir de la experiencia previa.

c. Social: la interrelación humana también es un objetivo de la educación física.

Ejercicio físico, actividad física y el paciente obeso

Se debe tener en cuenta que en los pacientes con obesidad no es común la práctica de ejercicios físicos y debido a esto es necesario que el profesional refuerce constantemente la motivación del paciente para que realice la actividad física; además debe introducir cada intervención de acuerdo a la estructura corporal del paciente para favorecer que el mismo logre realizar los movimientos biomecánicos correctos y se llegue a los cambios esperados.

El paciente con obesidad presenta:

- *una alteración en la estructura de sus músculos, con disminución del tamaño.*
- *cambios en la concentración de las enzimas.*
- *depósitos intramiocelulares de lípidos.*
- *disminución de la circulación arterial y venosa (factores que llevan a alterar la capacidad de función de los mismos).*

Cuando se trabaja con pacientes con sobrepeso y obesidad se deben tener en cuenta la existencia de barreras físicas y psicológicas, el entorno sociocultural del paciente, que el paciente realmente entienda el por qué del ejercicio y sea consciente de los beneficios, comprobar que el paciente disfrute realizándolo, realizar ejercicios de forma progresiva en cuanto a intensidad y repeticiones (graduación progresivamente más exigente, de acuerdo a las respuestas del paciente).

Para realizar un pasaje adecuado y gradual desde el sedentarismo (que caracteriza a los pacientes con obesidad) hacia la actividad física se suceden determinadas etapas que exigen la presencia del rol educativo de cada profesional que aborda esta patología.

Las etapas son:

- 1) **Concientización:** El paciente debe estar convencido de los beneficios que traerá aparejados para su salud el realizar el plan de ejercicios.
- 2) **Información:** Debe informarse al paciente sobre las ventajas, sobre aquello que pueda ser riesgoso, el por qué de los beneficios para él, etc. Se debe permitir que el paciente indague acerca de todo lo desee saber, lo que le promueva dudas o temores. A su vez se le debe informar acerca de los resultados obtenidos en otros pacientes de características similares, de manera que pueda objetivarlo de alguna manera.
- 3) **Preparación:** El organismo del paciente y su psiquis se irá preparando para responder a las demandas de las actividades sugeridas en tanto y en cuanto éste las vaya practicando, por eso es importante ir graduando la actividad, de manera que no se vea frustrado en un primer intento, que no le demande más de lo que verdaderamente puede dar. Es una etapa de preparación, mediante la cual se obtendrán a su vez mas datos acerca de las posibilidades reales del paciente.
- 4) **Desarrollo:** Se comienza a realizar el plan de ejercicios tal como fue programado, teniendo en cuenta que sea gradual, hasta que se alcance el nivel requerido para conseguir los resultados que se persiguen.
- 5) **Perseverancia:** Se debe alentar al paciente a que continúe con el plan de ejercicios aunque no vea resultados inmediatos, estos se verán a largo plazo. Parece conveniente realizar una división del año por trimestres, así se obtienen resultados en períodos mas cortos y esto sirve de retroalimentación al paciente, a la vez que da datos

al equipo de salud para evaluar también la estrategia que se está implementando, de modo que si no se observan buenos resultados, se deberán modificar algunas de las características del plan seleccionado para cada paciente.

6) **Controles:** Se debe llevar un registro antes y luego de la realización de ejercicios, esto permitirá por ejemplo realizar un gráfico sobre la situación del paciente en el tiempo, pudiendo visualizar los resultados y pudiendo ofrecerle a él también una manera sencilla de interpretar los resultados que ha obtenido. También se refiere a controles clínicos que debe realizar el paciente a medida que avanza en la realización del plan de ejercicios.

7) **Resultados:** Se obtendrán datos objetivos de los registros y las reevaluaciones. También deben tenerse en cuenta los resultados subjetivos, dejando al paciente expresarse, cómo se siente, qué dificultades encontró, si pudo vencerlas, qué espera ahora, etc. A su vez estos resultados servirán de guía para el próximo paso a dar en la atención de cada paciente en particular.

3.3 Enfoque médico oriental.

3.3.1) RESEÑA HISTÓRICA DE LA MEDICINA

AYURVEDA ^(36, 37)

El Ayurveda es un sistema de medicina tradicional, reconocida por la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) con un enfoque curativo y preventivo. En idioma sánscrito Ayurveda significa “*ayur*” vida y “*veda*” conocimiento; sería la ciencia encargada del conocimiento de la vida.

Los principios fundamentales de este sistema médico son *la integración del cuerpo, la mente y el espíritu*. El origen de la medicina ayurvédica se encuentra en la India, reúne en sí la sabiduría de maestros que se iniciaron hace aproximadamente 5000 años, y la transmitieron de generación en generación

Actualmente en occidente se está tratando de incrementar su implementación debido a las posibilidades que brinda para un enfoque más completo de la salud.

El propósito del Ayurveda es enseñarnos a influir en nuestra vida, a tomar conciencia del estado de desequilibrio de nuestro cuerpo, mente o espíritu y con sus herramientas de tratamiento llevarlo hacia el equilibrio que nos retornará a un estado de salud plena. A su vez nos enseña a hacernos responsables de nuestra propia salud, por eso el principio rector del Ayurveda establece que la mente ejerce una influencia profunda sobre el cuerpo, y que para vernos libres de enfermedad debemos conectarnos con nuestra propia conciencia y equilibrarla, para luego extender ese equilibrio al cuerpo.

3.3.2) TEORÍAS FUNDAMENTALES ⁽³⁸⁾

La medicina Ayurveda plantea una concepción holística del ser humano integrando la mente, el cuerpo y el espíritu. Además agrega que hay una equivalencia y relación profunda entre el universo (o macrocosmos) y la persona (o microcosmos).

Se concibe a la vida como una trinidad, basada en la unión del cuerpo, la mente y el espíritu, por lo tanto toda experiencia positiva o negativa a nivel corporal tiene un efecto sobre la mente y viceversa.

A continuación se describen las teorías que dan sustento filosófico a la medicina Ayurveda.

Teoría de los cinco elementos

Los cinco elementos son:

- *Éter* (espacio): es el campo o espacio en que la materia existe.
- *Agua*: representa la materia en estado líquido.
- *Fuego*: es el poder para cambiar el estado de cualquier sustancia.
- *Aire*: representa el estado gaseoso de la materia.
- *Tierra*: es la materia en estado sólido.

Esta teoría considera que el hombre es el microcosmos de la naturaleza, y así como los cinco elementos están presentes en toda materia también existen en cada ser humano. Esto demuestra la interdependencia entre el hombre y la naturaleza. Cada uno de estos cinco elementos tiene sus propias características y está relacionado con los cinco sentidos innatos del ser humano (gusto, olfato, vista, audición, tacto) a través de los cuales el hombre es capaz de percibir el mundo que lo rodea.

Teoría de las cualidades

Existen diez pares de características que ayudan a clasificar todo lo manifestado en el universo. Esta teoría sienta las bases para la evaluación de todo lo que sucede en el universo. En la medicina Ayurveda tienen una gran importancia práctica la farmacología (medicinas naturales, tónicos, etc.), la terapéutica, los planes preventivos y el conocimiento de los alimentos. Se cree que los seres humanos experimentan todo a través de diez pares de cualidades fundamentales. Las mismas se presentan en la siguiente tabla:

[Tabla 3] **Pares de Cualidades Fundamentales del Ser Humano**

Cualidades Fundamentales

Peso	<i>pesado</i>	<i>liviano</i>
Temperatura	<i>calor</i>	<i>frío</i>
Hidratación/suavidad	<i>húmedo</i>	<i>seco</i>
Intensidad	<i>apagado</i>	<i>intenso</i>
Fluidez	<i>estable</i>	<i>móvil</i>
Consistencia o rigidez	<i>blando</i>	<i>duro</i>
Adherencia	<i>pegajoso</i>	<i>claro</i>
Textura	<i>suave</i>	<i>áspero</i>
Viscosidad	<i>sólido</i>	<i>líquido</i>
Densidad	<i>grueso</i>	<i>sutil</i>

Fuente: Berra, J. L. *¿Cuál es el origen de la Ayurveda? ¿Cuáles son su fundamento y aportes en el mundo?* En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu.* Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Pág. 31.

Cada cualidad es una tendencia e implica un movimiento hacia uno de los polos del continuo. El estudio de la relación de los polos dentro de cada cualidad y de las cualidades entre sí es una de las características distintivas del Ayurveda, y es lo que permite arribar a la constitución física y mental de cada persona (o dosha).

Teoría de las tres gunas

Según las cualidades que tenga la actividad mental de una persona, su constitución puede ser sáttvica (predomina el equilibrio), rajásica (predominio de la actividad), tamásica (predomina la inercia). Las tres gunas, o cualidades de la naturaleza, hablan también del equilibrio de la persona de acuerdo a su estilo de vida, su conducta, su forma de expresarse, etc. En el ámbito personal, las gunas señalan las diferencias individuales en cuanto a las predisposiciones psicológicas y morales, las reacciones ante el medio ambiente y las relaciones interpersonales.

Teoría de la tridosha (tres tipos corporales)

Hay dos formas de considerar esta teoría, como:

- **fuerzas dóshicas**: se considera a los tres tipos como energías, fuerzas básicas que interactúan y se encuentran presentes en el organismo de todos los seres humanos y de todo lo que constituye el universo. Cada una representa lo siguiente:

- *Vata expresa la fuerza del movimiento.*
- *Pitta manifiesta la transformación.*
- *Kapha expresa la estabilidad.*

Así los cinco elementos se manifiestan a través de estos tres tipos, como Vata, Pitta o Kapha. Cada dosha está formado por dos elementos unidos en un equilibrio dinámico

- *Vata: éter y aire.*
- *Pitta: fuego y agua.*
- *Kapha: agua y tierra.*

- **constitución dóshica corporal:** a través del estudio de las cualidades de cada persona, en Ayurveda se considera que cada persona tiene una naturaleza constitucional dóshica propia y según qué particularidades predominen será del tipo Vata, Pitta, Kapha o la combinación de estos. Es importante realizar esta clasificación porque da las bases para diseñar y ejecutar planes de equilibrio acordes a cada persona, para que éstas puedan mejorar su calidad de vida.

Teoría de los siete tejidos básicos

El Ayurveda sostiene que existen 7 tejidos corporales (*dhatu*s). Cada uno mantiene las funciones de diferentes órganos y partes vitales del cuerpo. Cada tejido tiene su propio metabolismo extrayendo del alimento que se ingiere el nutriente que necesita para generar más tejido. Cuando la comida es bien digerida nutre los tejidos. Si los tejidos vitales están bien alimentados y formados, producen una sustancia llamada *ojas*, ésta recorre todo el cuerpo y la mente, nutriendo cada parte del cuerpo, y favoreciendo la salud y fomentando la sensación de bienestar.³⁹

Los siete tejidos son:

- plasma (*rasa*)
- sangre (*rakta*)
- músculo (*mansa*)
- tejido adiposo (*meda*)
- hueso (*asthi*)

- medula ósea
- sistema nervioso central (*majja*)
- tejido reproductor (*shukra*)

Interrelación de las Teorías (40)

Las teorías citadas están relacionadas entre sí. El objetivo general del Ayurveda es tener la constitución dóshica estabilizada (Pakriti) oponiéndose al desequilibrio dóshico (Vikriti), en tanto que para la constitución mental lo que se busca es que se expresen y predominen las cualidades sáttvicas.

Un cuerpo saludable es el mejor continente para una mente saludable, la atención a las tres fuerzas dóshicas favorece la prevención y preservación de la salud física, mientras que la atención a las tres cualidades mentales ayuda a promover y preservar la salud mental a nivel personal, en relación con la sociedad y la naturaleza.

El Ayurveda cuenta con cuestionarios de autoconocimiento, a través de los cuales las personas deben ir reconociendo cuáles son, de las características presentadas, aquellas con las cuales se sienten identificados. El tener un predominio de un tipo de dosha no implica que deba identificarse con todas sus características, sino que hay predominio de un determinado dosha que es el que lo constituye principalmente, no debe olvidarse que todas las personas tenemos características de los tres tipos de doshas, pero en general predominan dos de ellos (características bidoshicas) siendo infrecuente ser un dosha puro o tener características tridoshicas

En este sistema médico, se considera que una de las vías para progresar a un estado de mayor conciencia y conocimiento de la realidad personal es la alimentación, por lo tanto se la usa como herramienta de tratamiento. También forman parte de los tratamientos la realización de actividades físicas que integren el cuerpo y la mente

(yoga, tai-chi, etc), tener hábitos saludables y técnicas para el manejo del stress como el masaje, los ejercicios respiratorios y la meditación.

En cuanto a la alimentación plantea cómo con el uso de determinados alimentos se puede tener una energía corporal suficiente y equilibrada, adecuados recursos para la formación de tejidos y el funcionamiento del cuerpo, y a la vez, una mente clara que no se distraiga de sus objetivos y busque cumplir con los propósitos más elevados de la vida para cada individuo. El objetivo básico y principal del Ayurveda es que la persona esté equilibrada en la constitución dóshica desde su nacimiento y pueda progresar cada vez más desde actitudes tamásicas y rajásicas hacia conductas sáttvicas.

3.3.3) FACTORES INFLUYENTES EN LA CONSTITUCIÓN CORPORAL ⁽⁴¹⁾

La constitución corporal se encuentra influenciada por:

- 1) *Constitución corporal de los padres.*
- 2) *Régimen de vida y alimentación de la madre durante el embarazo.*
- 3) *Desequilibrio que pueda presentar la madre durante la gestación.*
- 4) *Acontecimientos durante el parto y las primeras semanas de vida.*

Para determinar la constitución física de una persona es importante analizar con detenimiento la estructura física, los caracteres físicos, las funciones psicológicas, los aspectos psicológicos y el estilo de vida, debido a que en cada persona algunos factores influirán más que otros.

El objetivo de conocer el tipo de dosha que predomina y caracteriza a cada persona es poder realizar acciones específicas que prevengan el desbalance de las

energías corporales y evitar también aquellas que puedan ser perjudiciales o nocivas para cada persona según sus características.

3.3.4) AYURVEDA Y ENFERMEDAD ⁽⁴²⁾

Este modelo propone que el paso de la salud a la enfermedad se realiza a través de seis etapas:

ETAPA 1: Acumulación

Cada dosha se acumula en las áreas del cuerpo que corresponden a su ubicación natural. El Ayurveda considera que la acumulación producirá un descenso del fuego digestivo (*agni*) y posteriormente dará lugar a la aparición del *ama* o acumulación de toxinas. En la tabla 5 se expone el lugar de acumulación natural de cada dosha.

ETAPA 2: Exacerbación

Se produce una irritación de los tejidos locales. Los doshas continúan ubicados en sus sitios preferenciales ejerciendo presión sobre los tejidos. Los síntomas son sutiles a nivel físico como a nivel mental, sin poderse aun identificar una enfermedad particular. Cada dosha aumentará los síntomas de la etapa de acumulación, sumados a otros propios de ésta etapa como se observa en las tablas 4 y 5.

ETAPA 3: Diseminación

Se aprecia un cambio en los síntomas, aunque todavía no pueda precisarse realmente qué es lo que anda mal, o diagnosticar una enfermedad particular. Los síntomas que aparecen durante la etapa anterior (exacerbación) aumentan, y se agregan otros particulares que pueden aparecer y desaparecer en cualquier parte del cuerpo.

Al no haber tenido corrección en las etapas precedentes, los doshas se desbordan por el organismo a través de los “canales” (srotas y nadis) buscando zonas débiles, pueden originarse por traumas físicos/psíquicos; infecciones, enfermedades previas, adicciones, herencia (la memoria tisular de las enfermedades de padres y/o abuelos) o emociones reprimidas. Las consecuencias físicas y mentales propias de esta etapa se encuentran en la tabla 4.

[Tabla 4] Doshas: localización y consecuencias ²

DOSHA	Áreas corporales de acumulación natural	Consecuencias físicas	Consecuencias mentales
Kapha	Estómago y pulmones	Acumulación	
		Lentitud, pesadez en el estómago y los miembros, palidez, disminución del apetito, preferencia por comidas livianas, amargas o astringentes	Desinterés en el trabajo y en las actividades cotidianas. Pereza, lentitud para comenzar tareas por la mañana.
		Exacerbación	
		Marcada disminución del apetito, digestión débil, signos de presencia de toxinas (ama) en la lengua.	Letargo mental, avaricia, acumulación y mayor cantidad de tiempo destinado a comer y dormir.
Pitta	Duodeno e intestino delgado	Diseminación	
		Falta de gusto en la lengua, náuseas, anorexia, digestión lenta, aumento de la saliva, mayor cantidad de moco en la vía respiratoria, falta de fuerza.	Somnolencia.
		Acumulación	
		Acidez estomacal, incremento de la cantidad de ingesta, preferencia por alimentos fríos, sensación de quemazón en los ojos- cara y estómago, aumento de la temperatura corporal, sabor amargo en la boca.	Aumento de la irritabilidad, de la impaciencia. Preocupaciones crecientes sobre las finanzas y los proyectos personales. Concentración con tendencias obsesivas.

² Tabla 4 continúa en la siguiente hoja.

Exacerbación

Acaloramiento, sabor ácido en la boca, deseo de ingerir bebidas frías o alcohólicas.	Disminución del sueño, pérdida del vigor corporal, obsesión por completar tareas no prioritarias, lenguaje irritable hacia otras personas, preocupaciones laborales y nocturnas.
--	--

Diseminación

Diarrea con quemazón anal, aumento del calor corporal, heces y orina amarilla, dolor al digerir alimentos. Dolor quemante, picazón, fatiga muscular, aumento de la transpiración.	Creciente frustración e insatisfacción.
---	---

Acumulación

Distensión abdominal, tendencia al estreñimiento, debilidad y sequedad corporal, preferencia por alimentos tibios y calientes, fatiga vespertina.	Miedo, alteraciones del sueño, cambios frecuentes de pensamiento, y de estados de ánimo.
---	--

Exacerbación

Dolor abdominal, aumento del gas colónico, rigidez o contractura en algún área corporal, hormigueos esporádicos en manos y pies, tensión de los músculos faciales, dolores en lesiones viejas. Depositiones menos frecuentes, más oscuras, pequeñas, duras y secas que lo usual.	Conversación excesiva o demasiado rápida, interrumpiendo a otros, puede detectarse también aumento de la sensibilidad a los sonidos.
--	--

Diseminación

Apetito irregular, cólicos colónicos, meteorismo con defecación dolorosa y constipación leve. Pérdida de energía para las actividades, debilidad y alteración de los nervios motores o sensitivos	Inseguridad, indecisión, miedo y olvidos frecuentes.
---	--

Fuente: Berra, J. L. *¿Cuál es su constitución mental y corporal? ¿Siente o tiene algún desequilibrio corporal.* En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 64 - 70.

ETAPA 4: Localización

Los doshas se acumulan en zonas débiles y dan lugar a la aparición de síntomas propios de las enfermedades orgánicas. El Ayurveda considera que el sitio afectado está

determinado por alguna debilidad previa que pueda haber alterado los mecanismos de defensa. Esta etapa coincidiría con la etapa prodrómica de la medicina occidental.

ETAPA 5: Manifestación

Llegada esta etapa se observa la manifestación del cuadro completo de la enfermedad y se establece el diagnóstico (así como en la medicina convencional). Esta etapa coincidiría con la primer etapa de enfermedad occidental.

ETAPA 6: Especialización

Los signos y características de este estadio estarán dados según el dosha que se encuentre mayormente involucrado. En este estadio sólo es posible llevar a cabo acciones paliativas hacia los síntomas, ya que no puede curarse la enfermedad.

La tabla 5 muestra las técnicas ayurvédicas que se realizan en cada etapa de la enfermedad y el objetivo que se persigue con la aplicación de las mismas.

[Tabla 5] Etapas del proceso de enfermedad³

<u>Etapas</u>	<u>Técnicas</u>	<u>Objetivo</u>
Acumulación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Purificaciones que se llevan a cabo durante los cambios de estaciones. ▪ Alimentación nutritiva. ▪ Masaje ayurvédico. ▪ Uso de plantas medicinales tónicas e implementación de terapia de rejuvenecimiento suave. 	<i>Reestablecer el equilibrio perdido</i>

³ Tabla 5: continúa en la página siguiente.

Exacerbación	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los órganos (y áreas) lesionados. Se suman a las técnicas anteriores un plan de equilibrio para el dosha mayormente comprometido. 	
Diseminación	<ul style="list-style-type: none"> La remisión espontánea no es posible en esta etapa. Si los doshas son removidos y no se han ubicado en un tejido predispuesto a la enfermedad, esta puede revertirse, evitarse o curarse. Técnicas propias (poorvakarma, panchakarma) 	<i>Impedir que continúe diseminándose la enfermedad o alojándose en tejidos predispuestos a la enfermedad</i>
Localización	<ul style="list-style-type: none"> Detectar cuál es el tejido que aloja a los doshas 	<i>Tratar de remover al máximo posible los doshas del tejido</i>
Manifestación	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza un diagnóstico similar al que se realiza desde la medicina convencional. 	<i>Descubrir cuáles son las causas del desequilibrio</i>
Especialización	<ul style="list-style-type: none"> Sólo es posible la paliación de los síntomas y no la cura de la enfermedad 	<i>Disminuir la sintomatología y favorecer una mejor calidad de vida, a pesar de la presencia de la enfermedad</i>

Fuente: Berra, J. L. *¿Cuál es su constitución mental y corporal? ¿Siente o tiene algún desequilibrio corporal.* En: Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu". Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 64 - 70.

Poorvakarma y Panchakarma (purificación del cuerpo) ⁴³

Nuestro estado mental y espiritual está ligado a nuestro estado físico. El PANCHAKARMA (pancha: cinco; karma: acciones) comprende una serie de 5 pasos adaptados a cada tipo físico que se realiza bajo supervisión médica y tiene una duración aproximada de 7 a 18 días. El valor del panchakarma radica en que ofrece un tratamiento sistemático para desalojar y eliminar las toxinas de todas las células, por

medio de los órganos de eliminación que el cuerpo emplea naturalmente: las glándulas sudoríparas, los vasos sanguíneos, las vías urinarias y los intestinos.

Previo al inicio del panchakarma se realiza otro procedimiento denominado POORVAKARMA que sirve para hacer que las toxinas se desprendan fácilmente de los órganos y tejidos donde se encuentran acumuladas para que sea más fácil luego el proceso de eliminación.

El POORVAKARMA consiste en:

A) Terapia de oleación:

- Oleación externa (masajes terapéuticos): (*Masaje con aceite*) se lo realiza en todo el cuerpo. Se lo hace con aceites combinados con hierbas que variarán según el tipo físico.
- Oleación interna (purgas oleosas): El paciente toma *ghee* (mantequilla clarificada con hierbas) durante varias mañanas seguidas, para suavizar los *doshas* y reducir al mínimo la actividad digestiva. Desde el Ayurveda esto sería para apagar momentáneamente el *agni* (o *fuego digestivo*).

B) Terapia del sudor: Sauna o vapores localizados.

- Tratamientos de sudor: el vapor de hierbas abre los poros y comienza a liberar del cuerpo las impurezas a través de las glándulas sudoríparas.

El PANCHAKARMA consiste en:

1. **Vamana:** vómito inducido, especialmente indicado en patologías con exceso de moco y flema.
2. **Virechana (Laxante):** se toman mezclas herbales para limpiar el intestino, con lo cual se rebaja el *Pitta* y se disminuye aún más el *agni*.

3. **Basti (enemas)**: se emplean lavativas medicinales por diversos motivos específicos, generalmente se busca eliminar los doshas desprendidos a lo largo del intestino. Elimina el exceso de *Vata*.

4. **Nasya (Inhalaciones)**: se inhalan aceites medicinales o mezclas de hierbas para despejar los conductos sinusales, drenar el exceso de mucosidad y disminuir el *Kapha* que tiende a acumularse en la cabeza.

El quinto paso era la *sangría* y ha caído en desuso al igual que en la medicina convencional. Todos estos procedimientos se acompañan de una dieta desintoxicante y nutritiva a la vez con abundancia de líquidos.

3.3.5) AYURVEDA Y ALIMENTACIÓN ⁽⁴⁴⁾

“Todo alimento es remedio

y todo remedio es alimento”.

El Ayurveda considera que *“el alimento es el medicamento que debe ser ingerido en cantidad y calidad necesarias para conservar la salud”*. Desde este enfoque, el alimento es todo aquello que entra al cuerpo a través de los sentidos. La creencia de la medicina Ayurveda es que cada individuo tiene la capacidad para curarse, ayudándose a sí mismo. Para que el individuo se mantenga saludable, es imprescindible acompañar la alimentación con una rutina estable y sana. La nutrición ayurvédica proviene de la naturaleza (en contraposición con la nutrición occidental que proviene de procesos industrializados). Cuando una porción de alimento se pone en contacto con las papilas gustativas ya comienza a transmitir a los doshas mucha información útil. La información primaria está contenida en el sabor. Para que una dieta sea equilibrada en

Ayurveda se considera que debe tener los seis sabores (rasas); dulce, salado, amargo, agrio, picante y astringente.

Al considerar que aquello con lo que nos alimentamos se transformará en nuestros tejidos, pensamientos y emociones resulta clave entonces comprender que nuestro cuerpo, nuestras emociones y nuestra mente están de tal manera conectadas que cualquier cambio que realicemos en el primero, también afectará nuestra mente y emociones.

3.3.6) FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN ⁽⁴⁵⁾

Los factores más importantes que influyen en la alimentación son:

a) *Las cualidades naturales de los alimentos.*

b) *El lugar donde los alimentos crecieron, fueron preparados y se consumen:* es importante para una alimentación saludable la prevención de efectos secundarios. Todos los alimentos deben estar “vivos” para poder dar vida a quien los come. Se debe evitar la comida recocida, medio cruda, quemada, de mal sabor, inmadura o demasiado madura, pasada, rancia o que por algún otro motivo cause repugnancia. Las comidas y las bebidas frías están generalmente contraindicadas.

c) *La combinación de los alimentos:* hay determinadas combinaciones que perturban a los doshas y por eso deben evitarse, por ejemplo el mezclar lácteos con carnes, yogures con frutas ácidas, etc.

d) *La cantidad de alimento ingerida:* cuando en Ayurveda se habla de “la capacidad del estómago” se refiere a la fuerza del fuego digestivo (agni). Sólo debe comerse la cantidad de alimento que cada organismo pueda digerir, consumir mayor cantidad o menor que la que el organismo esté capacitado para digerir es arriesgarse a

la enfermedad. Lo que el Ayurveda recomienda es que la cantidad que se come sea equivalente a la medida que representan las dos palmas de las manos juntas.

e) *Los efectos del clima y el momento del día:* se sugiere ingerir alimentos que se opongan a las características del clima, por ejemplo, platos calientes en invierno, fríos en verano. Tratar de evitar en la cena alimentos pesados como carnes rojas, yogures, cítricos.

f) *La comida principal:* la comida más significativa del día debe ser la del almuerzo.

g) *La persona que come:* el estar atentos a qué se come, cómo y por qué lo hacemos permite contactar con la fuerza de la conciencia de la vida. Poder controlar la dieta nos da la capacidad de controlar muchos aspectos de nuestra vida, “somos lo que comemos”. Es útil por ello hacer una respiración abdominal antes de la comida.

h) *Tener en cuenta los principios básicos de la alimentación.*

De igual manera factores individuales como el efecto sobre la mente; la constitución de la persona; cualquier desequilibrio de los doshas; la edad de la persona; el poder de digestión; el régimen de la vida; y la época del año deben tenerse en cuenta para determinar una alimentación apropiada.

En Ayurveda se considera que hay tres cualidades mentales: *salvas*, *rajas* y *tamas*. Los alimentos se utilizan para apoyar a cada una de éstas. En la siguiente tabla se expone una clasificación de los alimentos.

Tabla 6] Tipos de alimentos según sus características

Alimentos Sáttvicos

- Ayudan a la claridad mental y a la concentración.
- Ayudan al cuerpo a tener la energía suficiente para las actividades de la vida cotidiana.
- En general son aquellos alimentos que se encuentran más cerca de la energía solar: *vegetales frescos, frutas frescas, granos frescos preparados, legumbres, leche, yogur fresco, leche materna, la manteca, las semillas, las nueces, aceites obtenidos por presión en frío y endulzantes naturales. La carne no está clasificada como sáttvica, por eso es que la alimentación sáttvica es vegetariana.*

Alimentos Rajásicos

- Estimulan el fuego, la pasión y la agresión.
- Estimulan la lengua (habla), y hacen que la cabeza vaya tras ella.
- Representados mayoritariamente por *alimentos fermentados: yogur antiguo, ajo, pimientas de todo tipo, huevos, quesos, azúcar blanca, y endulzantes artificiales, la palta, los cítricos, jugos de frutos embasados y las aceitunas.*

Alimentos Tamásicos

- No son buenos para la mente ni para el cuerpo.
- Incrementan la oscuridad interna y la confusión.
- Generan adormecimiento, depresión, entretencimiento e inercia.
- Representados por *comidas rápidas, fritas, congeladas, cocinadas con microondas, procesadas; también el alcohol, las drogas, los compuestos químicos, las cebollas y los hongos, la carne roja, las aves de corral, los pescados, los embutidos.*

Fuente: Berra, J. L. *¿Cuáles son los principios generales de alimentación y las recomendaciones generales desde el Ayurveda?* En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu.* Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 2009. Págs. 78 – 80.

3.3.7) PRINCIPIOS GENERALES DE LA

ALIMENTACIÓN

- 1) Comer alimentos calientes para estimular la digestión, que exciten al fuego digestivo y nutran al cuerpo.
- 2) Comer alimentos adecuadamente combinados y en la cantidad debida, después de haber digerido la comida anterior, para que se permita el pasaje de todas las sustancias.
- 3) Comer en lugares agradables y tranquilos, con todo lo necesario, solo o con personas afectuosas para que la mente no esté deprimida. A su vez, comer sentado.

- 4) No comer con prisa ni con demasiada calma.
- 5) Comer de manera conciente teniendo en cuenta nuestra propia constitución.
- 6) No comer cuando no se tiene hambre, ni dejar de comer cuando se tiene.
- 7) No comer cuando se está enojado, deprimido o afectado por cualquier tensión o situación emocional, ni inmediatamente después de hacer ejercicio.
- 8) Tomar líquidos a temperatura ambiente.
- 9) Asegurarse del buen funcionamiento de la fosa nasal derecha.
- 10) Agradecer a la naturaleza los alimentos que se ofrecen al fuego digestivo, ya que el alimento es el universo que se ofrece y se sacrifica para nuestro bienestar.
- 11) Alimentar a los cinco sentidos, mirar la comida, sentir su aroma, escuchar los ruidos que hace, comer mientras sea posible con las manos (para disfrutar de la textura), masticar repetidamente cada bocado para extraerle totalmente el sabor.
- 12) Sentir reverencia y amor por la comida, porque pronto formará parte de nosotros y la carga emocional que se ponga en ella se incorporará profundamente a nuestros tejidos.
- 13) Realizar un paseo de un centenar de pasos, para ayudar al fuego digestivo pero no hacer ejercicio ni tener relaciones sexuales, ni estudiar, ni dormir, hasta una hora después.
- 14) Después de la puesta del sol no consumir alimentos pesados, dos horas antes de acostarse por la noche no consumir nada.
- 15) Nunca despreciar la comida.

Decidirse por una alimentación adecuada es uno de los aspectos más importantes de la medicina Ayurveda, es uno de los cuatro pilares para la perfecta salud, junto con la actividad física, la organización de la vida cotidiana y la armonización mental.

3.3.8) AYURVEDA: OBESIDAD Y SOBREPESO⁽⁴⁶⁾

En Ayurveda, a la obesidad se la denomina: “*medoroga*” (*Medo*: tejido graso, *Roga*: enfermedad).

Se la considera una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de tejido graso corporal. El Ayurveda no considera a la obesidad como un trastorno serio en sí mismo, sino que se lo ve como un problema que acorta la vida, aumenta la predisposición a diferentes enfermedades y actúa como un factor que tiende a disminuir la felicidad.

A las causas se las relaciona con comer en exceso, tener rutinas sedentarias, y la hipoactividad cotidiana en general. Se observa la combinación de un *fuego digestivo* alto con una debilidad metabólica.

Uno de los pioneros en Ayurveda (Charaka), hace tres mil años atrás aseguraba que “*es más fácil ayudar médicamente a una persona desnutrida que a una obesa*”. Muchas personas obesas están emocionalmente desnutridas, o padecen un déficit de estímulos en otros sentidos que no sea el gusto.

La medicina Ayurveda considera que las variaciones de peso pueden estar presentes en los tres tipos de constitución dóshica. Estas variaciones se pueden producir por una inadecuada alimentación., una *fuego digestivo* bajo o un metabolismo celular insuficiente.

La obesidad y el sobrepeso son considerados desórdenes del tipo Kapha, ya que se ven manifestaciones de las cualidades pesadas de los elementos que lo constituyen. Sin embargo, también puede encontrarse en individuos de tipo corporal Pitta con un *fuego digestivo* bajo, que ocasiona que los alimentos ingeridos no se procesen de forma adecuada y así se de lugar a la ganancia de peso. Y en los individuos Vata, en los cuales el problema generalmente es la disminución del peso, aunque pueden llegar a presentar

sobrepeso u obesidad cuando ingieren en forma excesiva alimentos dulces en el intento de calmar el desequilibrio de su tipo corporal.

3.3.8.1) Obesidad según doshas

En el siguiente cuadro se exponen las diferentes características (en cuanto al agni y a la forma de alimentación) que adquirirá la obesidad de acuerdo al tipo constitucional existente.

[Tabla 7] Características de la Obesidad según tipo constitucional.

<u>Tipo constitucional</u>	<u>Características</u>	<u>Pilares del tratamiento</u>
<u>Vata</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apetito variable, suben y bajan rápidamente de peso. ▪ Comen en gran cantidad ante situaciones de estrés, ansiedad y preocupación. ▪ Consumen alta cantidad de hidratos de carbono 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ordenamiento de la rutina alimentaria.</i>
<u>Pitta</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentan intensidad metabólica y un buen fuego digestivo. ▪ Poseen un elevado apetito con excelente digestión. ▪ Comen mucho en situaciones de enojo e irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Estimular la conciencia corporal.</i>
<u>Kapha</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tienen apetito constante pero digestión lenta. ▪ Presentan lentitud metabólica. ▪ Generalmente tienen aumento de peso sostenido y progresivo. ▪ Comen más cantidad bajo condiciones de apego, angustia, estrés, melancolía. Utilizándolo como mecanismo de sostén emocional. ▪ Son el tipo que mayor tendencia presenta a ser obeso. ▪ Presentan ante el examen físico flojedad corporal, piel pálida y húmeda, aumento de la saliva, y pueden presentar también presencia de lipomas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Programas de dietas adecuadas y ejercicios aeróbicos.</i>

Fuente: Berra, J. L. "El vegetarianismo: Sobrepeso y Obesidad". En: Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 186 - 187.

3.4 Terapia Ocupacional y obesidad.

3.4.1 DEFINICIÓN DE OBESIDAD DESDE TERAPIA

OCUPACIONAL

Es importante, según nuestro criterio, profundizar las definiciones anteriores, ya que la persona no es únicamente cuerpo (físico); dado que el problema que representa la obesidad repercute también en las dimensiones social- psicológica- emocional y en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente proponemos una definición de obesidad desde Terapia Ocupacional, mediante la cual se pretende incorporar gran parte de los elementos que intervienen en dicha enfermedad con terminología específica de la profesión:

Definimos *Obesidad* como una enfermedad metabólica crónica, heterogénea y de origen poligénico, no transmisible; que emerge dentro de un medio obesigénico y determina *deterioro psicofísico* (produce alteraciones en los sistemas cardiovascular, musculoesquelético, digestivo, etc.; y alteraciones en el área mental, emocional y espiritual), *discapacidad* (ya que interfiere en el desempeño ocupacional de la persona, limitando su posibilidad de hacer libremente o según sus condiciones de salud se lo permitan), *vulnerabilidad* y desventaja social que condiciona la *performance ocupacional* del sujeto y su *calidad de vida*.

3.4.2) DESEMPEÑO OCUPACIONAL Y OBESIDAD

(47, 48, 49, 50)

El Comportamiento Ocupacional es definido como “todas aquellas actividades que llenan el tiempo de una persona”. El mismo es longitudinal, ya que constituye la continuidad completa del individuo desde que es niño hasta que alcanza (y continúa desarrollándose) la edad adulta. Este Comportamiento o Desempeño Ocupacional involucra la rutina diaria de trabajo, juego y descanso, en un ambiente físico, temporal y social, implicando a su vez los ambientes complejos en los cuales interactúan las personas. Según el Modelo de Ocupación Humana (MOH), el comportamiento humano es dinámico y dependiente del contexto, así las características internas de un individuo interactúan con un ambiente creando una red de condiciones que influyen en la motivación, las acciones y el desempeño.

Desde la perspectiva del Modelo de Ecología del Desempeño Humano, se considera a este último como un proceso de interacción a través del cual la persona, el contexto y el desempeño de las tareas interactúan entre sí. Cada interacción influye en el rango y en las opciones de desempeño futuros de una persona, porque la persona, el contexto o el rango de desempeño disponible pueden ser modificados por el contexto o una variable particular de la persona.

El desempeño ocupacional cambia durante toda la vida a medida que los individuos modifican su punto de vista y sus roles en la medida que adjudican significado a las ocupaciones y los ambientes que los rodean.

Entonces se puede comprender al desempeño ocupacional como el resultado de la interacción de varios eslabones. Es decir, las personas realizamos varias tareas de nuestra vida diaria, del trabajo o de esparcimiento y empleamos habilidades, que van a depender de diferentes funciones corporales y estructuras de cada uno de nosotros. A su

vez estas habilidades las habremos aprehendido dentro de un ámbito ocupacional que engloba diferentes contextos y sobre el mismo se ensamblan diferentes patrones.

Desde esta concepción del desempeño ocupacional, entendemos que la obesidad como enfermedad metabólica y crónica también actuará dentro de esta interacción, ya que altera de diferentes maneras algún eslabón de la misma determinando, en ciertas formas y en grados variables, que la resultante 'el desempeño ocupacional' adquiera características especiales que no existirían si la persona no tuviera tal enfermedad.

La obesidad altera el desempeño ocupacional porque sus manifestaciones se dan a diferentes niveles: cardiovascular, respiratorio, neuroendocrino, psicosocial y funcional.

De esta manera la obesidad condiciona la posibilidad de *desenvolverse funcionalmente*, es decir, “*limita la capacidad de ejecutar de manera autónoma acciones más o menos complejas que componen el quehacer cotidiano, en una manera deseada en el nivel individual y social*”.

3.4.3) DETERIORO Y OBESIDAD ^(51, 52)

En la Obesidad el deterioro se produce de manera conjunta afectando diferentes aspectos constitutivos del sujeto. Comienza en pequeños grados y luego progresa asumiendo un efecto múltiple según cuáles sean las funciones que se vean afectadas.

En cuanto a los aspectos físicos, el deterioro se produce por exceso de peso en las estructuras articulares, en la piel como resultado de los repliegues dérmicos que se desarrollan, etc.

Fisiológicamente, los tejidos se van deteriorando ya que químicamente se produce también un desequilibrio, los órganos se encuentran alterados en el cumplimiento de sus funciones normales y en algunos casos, las personas con mayor IMC (mayor a 27 u obesidad mórbida) presentan sus órganos recubiertos por altas cantidades de grasa, lo

cual también deteriora su funcionamiento. Por ejemplo, la obesidad ejerce un impacto negativo sobre la función hepática debido a la llegada masiva de ácidos grasos al hígado que provocan una lipólisis exagerada, también desarrolla resistencia a la acción de la insulina y desregulación de la síntesis y secreción de sustancias inflamatorias. A su vez los productos secretados por el tejido adiposo disfuncional actúan sobre el hígado fomentando un estado protrombótico y proinflamatorio. Los individuos que presentan mayor deterioro, ya que la enfermedad progresa, son aquellos que presentan una obesidad de grado II o III.

Psíquica y emocionalmente el deterioro se presenta en forma de una baja autoestima, dificultad para la aceptación de sí mismo, dificultad para relacionarse socialmente, integrarse y sentirse integrado a la sociedad, etc. Pero el deterioro psíquico también se produce por factores físicos que repercuten en la esfera mental, por ejemplo muchas mujeres obesas que presentan edema ortostático⁴ (o idiopático) son subestimadas considerándose su cuadro leve o poco importante o puede pasar inadvertidos como un trastorno premenstrual cuando, en realidad, la sintomatología de este cuadro lleva a un deterioro en alta proporción del equilibrio psicofísico de la paciente, pudiendo provocar una limitación invalidante.

La interacción de estas condiciones físicas, psíquicas y fisiológicas ubican al paciente con obesidad en un lugar de vulnerabilidad cuanto mayor es el grado de deterioro que se produce.

⁴ Edema ortostático: acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial de los tejidos por acción de la gravedad, que aumenta a lo largo del día y se puede acompañar por amplias variaciones en el peso corporal de la mañana a la noche.

3.4.4) DISCAPACIDAD Y OBESIDAD (53, 54)

La discapacidad es un estado dinámico que permite mejorar y resolverse, mantenerse estable en el tiempo o empeorar. La misma aparece como resultado del deterioro e implica una restricción o deficiencia en la habilidad para ejecutar una actividad de la manera o en el rango considerado normal para un determinado sujeto en un momento dado.

La obesidad es la causa principal de discapacidad a todas las edades. Dado que las personas obesas presentan mayor discapacidad que las que no lo son, el incremento de la obesidad indica que el número de personas con discapacidad también crecerá. Esto sumado al aumento de expectativa de vida indica que una gran parte de la población requerirá de cuidados a largo plazo, asistencia sanitaria domiciliaria y equipamiento especial (ejemplo: ascensores y otros medios de movilidad).

La pérdida de las capacidades se produce de manera gradual en la obesidad dado que es una enfermedad crónica. El sujeto con obesidad, de acuerdo al grado de deterioro que presente, experimentará mayores limitaciones durante la realización de actividades. Por ejemplo la presencia de disnea y fatiga, dentro del cuadro clínico de la obesidad, es provocada por la escasez de actividad física; las mismas pueden interferir con la capacidad de realizar actividades produciendo que a largo plazo el sujeto delegue la responsabilidad de su ejecución a otros o modifique la manera de realizarlas, disminuyendo así su nivel de independencia.

3.4.5) VULNERABILIDAD Y OBESIDAD (55, 56, 57, 58, 59)

La vulnerabilidad es la susceptibilidad de padecer un riesgo⁵, es decir, implica la disposición o tendencia a ser herido, conmovido o dañado. Esta puede ser latente (presentarse en determinadas situaciones y bajo condiciones especiales) o potencial (acompañar todo el tiempo a la persona). Cada tipo de vulnerabilidad dependerá de atributos que pueden ser estables o situacionales.

La obesidad, al ser una enfermedad crónica, ubicará al sujeto obeso dentro de una vulnerabilidad potencial. La persona con obesidad padece esta contextualización de su condición en todas las áreas de su performance ocupacional. Presenta el riesgo de perder su trabajo (ámbito laboral), presenta el riesgo de ser engañado por tratamientos que lucran con su condición (ámbito sanitario), presenta el riesgo de no ser mirado, ser excluido (ámbito social), además de estar expuesto a enfermedades asociadas (ámbito biológico) y encontrarse con limitaciones en el desarrollo de sus funciones.

Según *Fernando Lolas Stepke* las variedades de vulnerabilidad se constituyen sobre dos ejes. El primero hace referencia al *hablante o rotulador* de la vulnerabilidad. Se distinguen la vulnerabilidad *sentida* por el propio sujeto o grupo, una vulnerabilidad *atribuida* por otros, y una vulnerabilidad *objetiva*, en la cual se presenta un consenso universal. El segundo eje se relaciona con la forma de manifestarse la vulnerabilidad, *el cómo*. Más allá de que sea *sentida*, *atribuida* u *objetiva*, este eje se refiere a las formas de menoscabo, transitorias y reversibles, según las compensaciones y el contexto social en donde se den.

De acuerdo a esto, ubicamos al obeso dentro de un grupo de vulnerabilidad *objetiva*, (ya que el mismo se siente vulnerable, pero a su vez es adjudicado por otro y además por ser una enfermedad con comorbilidades asociadas es *objetiva*) que según el

⁵ Riesgo: probabilidad de daño.

grado de obesidad su menoscabo puede ser transitorio y reversible de acuerdo a las posibilidades que el contexto sociocultural y científico le otorguen, debido a que es un sujeto que tiene mayores probabilidades de necesitar cuidados en el largo plazo debido a la presencia de comorbilidades.

Esta vulnerabilidad lleva a que cualquier paciente con obesidad experimente lo que es la morbilidad sentida, es decir comienzan a sufrir un grado similar de invalidez desde lo social, lo psíquico y lo funcional. De esta manera, se puede hablar de la vulnerabilidad física, la misma se relaciona tanto con la dificultad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

En el *Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional* se define a las actividades de la vida diaria como aquellas que comprenden todas las actividades que las personas desempeñan cotidianamente, se las divide en once categorías: baño/ducha, función intestinal y vesical, vestido, comida, alimentación, movilidad funcional, cuidados con dispositivos personales, higiene y aseo personal, actividad sexual, sueño/reposo e higiene esfinteriana. En cambio las actividades instrumentales de la vida diaria abarcan las siguientes categorías: cuidado de los otros, crianza de los hijos, uso de dispositivos de comunicación, movilidad comunitaria, manejo económico, salud y mantenimiento, establecimiento y administración del hogar, preparación de las comidas y limpieza, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia e ir de compras.

Pero también hay una vulnerabilidad psíquica ya que las complicaciones físicas o psicosociales que presenta un sujeto con obesidad menoscaban su bienestar emocional, presentando un deterioro en su calidad de vida o en su imagen corporal, por ejemplo.

Cuando la vulnerabilidad acota lo espacios de interacción del obeso, hablamos de una desventaja social, la misma limita u obstaculiza el despliegue de los roles que son normales para el sujeto.

3.4.6) CALIDAD DE VIDA Y OBESIDAD (60, 61, 62, 63)

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida, las más recientes ponen énfasis en las dimensiones que la componen: espiritual, religiosa, cultural, psicológica, social, económica, laboral, física, y afectiva recalcando la relevancia de la autonomía y de la independencia en la configuración de las mismas.

El WHOQOL (*Grupo de la organización mundial de la salud para el estudio de la calidad de vida*) define a la misma como “*la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema valórico en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses*”. Es decir que la calidad de vida varía de una persona a otra de acuerdo a su subjetividad y a través del tiempo, ya que sus patrones de creencias pueden verse modificados. También cuando se habla de calidad de vida se la define como “*un estado comparativo de bienestar y funcionamiento que incluye el nivel de satisfacción, el placer, la capacidad para participar en actividades u ocupaciones significativas*”⁶. Pero definida como estado o percepción no depende sólo de circunstancias personales, sino que está íntimamente relacionada con circunstancias sociales, es decir, aquello que un país puede brindarle al sujeto para promover el desarrollo de la misma.

Al IMC se lo asocia más frecuentemente con los aspectos físicos de la calidad de vida que con aquellos que se relacionan con los aspectos mentales. Se asocia un IMC

⁶ Crepeau y cols. “Glosario”. En: Spear, P. S y Crepeau, E. B. Willard/ Spackman. *Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana S. A. 10ª edición. Buenos Aires, Argentina, 2005. Pág. 1026.

elevado con una disminución en la calidad de vida de los obesos, y con una declinación de la misma que aumenta a medida que avanza la obesidad.

El estilo de vida de los pacientes con obesidad disminuye su calidad de vida, hábitos como el tabaquismo, el alcohol, la ingesta desmedida de alimentos ricos en grasas y en azúcares aumenta el riesgo de contraer comorbilidades.

La calidad de vida se ve directamente modificada por la aplicación de un plan alimentario, que se basa en una alimentación moderada, placentera y completa y en ser físicamente activo; el sedentarismo es uno de los factores que contribuye al descenso de calidad de vida y el modo de vida actual, con frecuencia, no facilita la actividad física.

Los pacientes con obesidad mejoran su calidad de vida en la medida en que se abordan los aspectos que se encuentran ligados a un mal funcionamiento físico y mental como son: el tratamiento de los factores de riesgo, reducción del riesgo de morbilidad, la preservación y el aumento de la capacidad para realizar las tareas diarias, el desarrollo de actividades sociales/recreativas y la mejora en el estado emocional.

3.4.7) CONSECUENCIAS FUNCIONALES DE LA OBESIDAD ⁽⁶⁴⁾

Tanto el sobrepeso como la obesidad actúan como causantes de complicaciones que implican un riesgo para la salud psicofísica del sujeto y conducen a la discapacidad, vulnerabilidad, con el consiguiente deterioro y pérdida de la calidad de vida.

En cuanto a las consecuencias funcionales, el exceso de peso aumenta las demandas físicas, esto produce que el movimiento se realice con mayor dificultad, se sobrecarguen las articulaciones y los músculos. A su vez determina que el sujeto se mueva cada vez menos promoviendo deterioro de la fuerza, la baja movilidad de la parte inferior del cuerpo y la dificultad en la realización de las actividades de la vida

diaria. La resultante de este proceso será la incapacidad funcional o la disminución de la misma.

También, la obesidad provoca el desplazamiento del centro de la masa corporal, que deriva en un aumento del riesgo de caídas y fracturas.

3.4.8) CONSECUENCIAS MENTALES DE LA OBESIDAD

(65)

Respecto de la salud mental ésta se ve amenazada, ya que los pacientes con obesidad presentan, entre otros riesgos, el de padecer algún sufrimiento psíquico, entendiendo a este como la presencia de ansiedad y angustia como consecuencia de frustraciones personales, emociones displacenteras que pueden llevar a cuadros depresivos, etc. Además desde la concepción holística del ser humano, se puede decir que la alteración en la salud física, como lo está en el paciente obeso, repercute en su salud mental.

Las limitaciones de carácter físico, junto con las psíquicas, condicionan también la manera de vincularse que el paciente tendrá en su entorno. El valor del contexto social-cultural de estos pacientes es muy importante, ya que la presencia de la enfermedad los condiciona en su relación con el mundo exterior, al ser una enfermedad que estigmatiza socialmente a quien la padece. Esto lleva a los pacientes a marginarse y sentirse marginados, por no responder a los cánones de belleza actuales, lo cual repercute nuevamente en lo mental, en lo físico y viceversa.

4. Justificación del estudio.

4) JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene como fin dar a conocer a las diferentes profesiones que integran un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad, la importancia de la inclusión del terapeuta ocupacional en dicho equipo.

La mirada desde Terapia Ocupacional es global, se considera al individuo como un todo ya que se tienen en cuenta los diferentes factores (físicos, psicológicos, emocionales, sociales, económicos) que hacen a la realidad del sujeto y que, de alguna manera, se ven alterados por la presencia de esta enfermedad.

El desempeño ocupacional de una persona obesa se encuentra modificado e influenciado negativamente debido a que todos sus sistemas están afectados y esto repercute en todas las actividades que la persona realiza, limitando muchas veces su capacidad de acción dentro del marco social-cultural-familiar en el que se desempeña.

La Terapia Ocupacional cuenta con herramientas que pueden ser instrumentadas en favor de propiciar y promover un estilo de vida funcional, que le permita al individuo con obesidad lograr un desempeño ocupacional favorable y promover modificaciones que faciliten el alcance de los objetivos propuestos al comienzo de un tratamiento y su mantenimiento en el tiempo.

A su vez, por medio de este estudio se intenta realizar la apertura de un campo en el cual la Terapia Ocupacional aún no se ha iniciado, brindando la posibilidad de que se amplíe aún más el alcance de intervención de la profesión y que ésta se enriquezca de nuevas situaciones, ya que según lo investigado hasta el momento, no se cuenta con información respecto de profesionales del área que estén involucrados en tratamientos que aborden específicamente esta patología.

La participación de Terapia Ocupacional en un equipo interdisciplinario especializado en esta problemática, sería beneficioso para los pacientes y para el grupo

de profesionales, ya que la mirada desde esta profesión enriquece y suma estrategias terapéuticas diferentes que obran en beneficio del paciente.

5. Aspectos Metodológicos.

5.1) Diseño de Investigación

5.1.1) Enfoque de la investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, ya que contiene datos que describen el fenómeno de investigación y permite realizar una aproximación a la realidad estudiada.

A través de la misma se intentó analizar cuáles serían los aportes que se podría realizar desde Terapia Ocupacional a un equipo especializado en el abordaje de dicha patología, y conocer cómo se produce actualmente dicho abordaje.

5.1.2) Tipo de diseño

El tipo de diseño de la investigación es exploratorio-descriptivo.

La investigación es *exploratoria*, dado que el objetivo de la misma es examinar un nuevo campo que no ha sido abordado antes, en el cual la Terapia Ocupacional puede intervenir.

De acuerdo a la revisión bibliográfica no hay en el país, y específicamente en Mar del Plata, terapistas ocupacionales que formen parte de un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad. Esta investigación sirve para obtener información sobre cuáles son los abordajes actuales en obesidad y para identificar posibles funciones del terapeuta ocupacional en la misma.

A su vez, es una investigación *descriptiva* porque se intentará fundamentar a través de qué herramientas propias de Terapia Ocupacional es que pueden realizarse aportes a los equipos interdisciplinarios que trabajen en obesidad.

5.2) Planteamiento del problema

5.2.1) Problema:

Aportes desde Terapia Ocupacional a un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad de un centro privado de la ciudad de Mar del Plata durante el segundo semestre del año 2010.

5.2.2) Objetivos de investigación

5.2.2.1) *Objetivos Generales:*

- 1) Explorar un nuevo campo para la aplicación de la profesión en una patología específica: la obesidad.

5.2.2.2) *Objetivos Específicos:*

- 1) Identificar cuáles son las profesiones que conforman el equipo interdisciplinario especializado en el abordaje de la obesidad en un centro privado de la ciudad de Mar del Plata.
- 2) Detectar y describir las posibles intervenciones que podría realizar un Terapeuta Ocupacional dentro del equipo interdisciplinario
- 3) Detectar el nivel de interés del equipo interdisciplinario hacia los aportes de terapia ocupacional y hacia su posible inclusión dentro del mismo.

5.2.3) Variable

“Aportes de terapia ocupacional en un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad”.

5.2.3.1) Definición de la variable

Definición conceptual:

Consiste en proporcionar conocimientos teóricos y prácticos específicos de una profesión de ciencias de la salud que se dedica a la comprensión y manejo de la actividad humana, a una situación determinada o a un equipo especializado.

Dicha profesión aborda el desempeño ocupacional del sujeto a través del mantenimiento y reestablecimiento de las potencialidades del individuo.

Su instrumento propio y distintivo del rol es la actividad. La actividad es el centro del proceso terapéutico y organizador del mismo.

Evalúa la funcionalidad de los componentes de desempeño y el accionar del sujeto en las áreas que componen su vida ocupacional para determinar el grado de independencia que el sujeto presenta en el desempeño de sus ocupaciones.

Comprende al sujeto holísticamente, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psíquicos, socioculturales, emocionales y/o espirituales que lo constituyen.

Los aportes se reflejan en acciones que tengan como finalidad otorgar datos, información, resultados o argumentos sobre el hecho que se trate. En este caso, sobre el desempeño ocupacional y las limitaciones frecuentes en el mismo que puede presentar un paciente con obesidad, utilizando estrategias que permitan que el individuo tome conciencia de su propio cuerpo y de su situación actual. De esta manera permite identificar cuáles son los aspectos a modificar para acceder a una mejor calidad de vida disminuyendo la discapacidad y vulnerabilidad a la cual el sujeto está expuesto.

Definición Operacional:

Se refiere a aquellos aportes que desde terapia ocupacional se pueden ofrecer a un equipo especializado en el abordaje de la obesidad a través de conocimientos teóricos y prácticos.

▪ Conocimientos teóricos de Terapia Ocupacional:

1. Performance ocupacional (desempeño ocupacional): es la habilidad del sujeto para realizar y estar satisfecho con su rendimiento en las actividades que se propone dentro de su entorno y sus roles. La obesidad como enfermedad metabólica y crónica provocará que el desempeño ocupacional de un sujeto adquiera características determinadas que no existirían si la persona no tuviera dicha enfermedad. A la performance ocupacional la conforman:

1.1 Componentes del desempeño: se refiere a las habilidades y destrezas sensorio-motoras, psicosociales y componentes psicológicos. Estas habilidades le permiten al individuo adaptarse al ambiente, pudiendo responder a las demandas que este le ofrece. Terapia Ocupacional reeduca o mantiene las mismas.

1.2 Áreas del desempeño : estas son:

A) Actividades de la vida diaria: son las actividades o tareas que una persona realiza todos los días para mantener su independencia personal. Se incluyen: arreglo personal, higiene, vestido, movilidad funcional

B) Actividades instrumentales de la vida diaria: son actividades o tareas más complejas que una persona realiza para mantener su independencia en el hogar y fuera de él, en la comunidad.

C) Trabajo y productividad: son las actividades o tareas en las áreas del mantenimiento del hogar, cuidado de otros, educación, vocación. En estos pacientes

podrán presentarse dificultades en el acceso a su ambiente de trabajo o en su puesto de trabajo, disminución en el rendimiento productivo, etc.

D) Ocio y recreación: son actividades no obligatorias que se realizan de manera placentera y que exigen de la interacción socioambiental. Podrá observarse en pacientes con obesidad escasez/ausencia de participación en espacios recreativos.

2. Evaluaciones: se refiere al empleo de evaluaciones estandarizadas y evaluaciones no estandarizadas para examinar una función específica o área ocupacional y analizar, a partir de los resultados obtenidos, el grado de independencia, limitaciones, etc.; sean éstas físicas, psíquicas o ambientales que el paciente (o el contexto de éste) presente. Terapia Ocupacional cuenta con elementos de evaluación que permiten indagar acerca de aspectos físicos, mentales y puntualmente del desempeño del individuo.

Fe de erratas: corresponde a la pág. 77 bis

▪ **Conocimientos prácticos de Terapia Ocupacional:**

1) **Estrategias terapéuticas:** se refiere al conjunto de acciones con los que cuenta la profesión para llevar a cabo algo o alcanzar determinado objetivo; en este caso el conocimiento del paciente de su propio cuerpo, de sus emociones, de sus sensaciones, de sus capacidades y sus limitaciones.

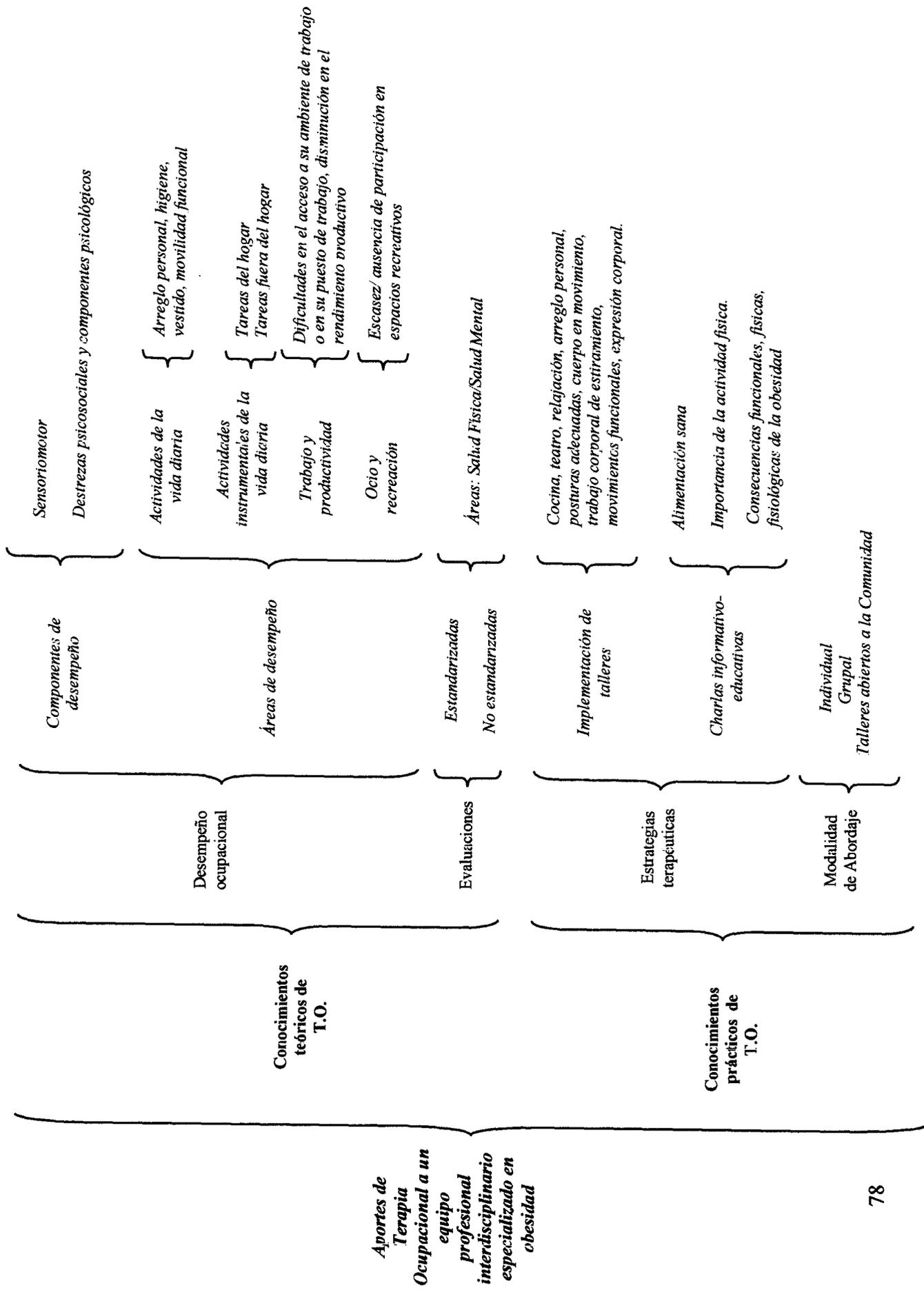
- Implementación de talleres: (cocina, teatro, relajación, vestido, posturas adecuadas, cuerpo en movimiento, etc.) según intereses y necesidades de los pacientes.

- Charlas reflexivas, apertura de espacios de expresión verbal y no verbal: apertura de espacios que faciliten la expresión de los pacientes de sus deseos, sus necesidades, sus inquietudes; con el fin de guiar al paciente hacia su autoconocimiento promoviendo la concientización sobre la enfermedad.

- Charlas informativo-educativas: participativas, que permitan al paciente despejar dudas y servirse de nuevos conocimientos que obren en favor de su salud.

2) **Abordaje:** individual, grupal, grupal-individual (según necesidades del paciente).

5.2.3.2 Dimensionamiento de la variable



5.3) Población, muestra y unidad de análisis

5.3.1) Población

Nuestra población la constituyeron todos los equipos profesionales interdisciplinarios especializados en obesidad de la ciudad de Mar del Plata que realicen su trabajo dentro de centros. Para una mejor organización se decidió categorizar a los centros en formales o informales.

Por *centros formales* se hace referencia a aquellos espacios que cuenten con profesionales de la salud para la atención de los pacientes con obesidad cuya finalidad es realizar un plan de tratamiento. Dentro de esta categoría se encuentran:

- Dieta Club, Dr. Cormillot.
- Nutrición y Deporte.
- Clínica Colón.
- Tino (Tratamientos Interdisciplinarios de Nutrición y Obesidad).
- Ci. Lap (Clínica Belgrano).

Por *centros informales* nos referimos a aquellos espacios que realizan un acompañamiento a los pacientes con obesidad, en los cuales no hay profesionales de la salud que trabajen terapéuticamente con los pacientes, sino que son grupos de autoayuda. Dentro de esta categoría se encuentra:

- Alco (asociación de lucha contra la obesidad).

5.3.2) Método de selección de la muestra

Se utilizó para la selección de la muestra el *muestreo homogéneo*, que es un tipo de muestreo *intencionado* (o también llamado *teórico*). Este tipo de muestreo permite una investigación específica o puntual y se lo utiliza generalmente para conocer bien a un grupo específico determinado. Por lo tanto se decidió utilizar el mismo para

seleccionar a profesionales que sean característicos de la población, es decir que trabajen en un equipo interdisciplinario especializado en obesidad.

5.3.2.1) Criterios de Selección de la Muestra

5.3.2.1.1) Criterios de inclusión

- Equipo especializado en nutrición y obesidad.
- Equipo formado por las siguientes profesiones: nutrición, medicina clínica, psiquiatría, psicología y educación física.
- Experiencia de más de 8 años.
- Población: niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.
- Que el centro no realice tratamiento quirúrgico.
- Que realicen asistencia pre y pos quirúrgica a pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico.
- Abordaje individual y grupal.

5.3.2.1.2) Criterios de exclusión

- Equipo especializado en trastornos de la conducta alimentaria.
- Ausencia de algunas de las profesiones citadas anteriormente.
- Población: que trabaje sólo con una determinada franja etárea (niños o jóvenes, etc).
- Abordaje individual ó grupal.
- Que los profesionales que integran el equipo no tengan disponibilidad para la realización de las entrevistas.

5.3.2.2) Muestra

La muestra estuvo formada por el equipo interdisciplinario especializado en obesidad de TINO (Tratamientos Interdisciplinarios de Nutrición y Obesidad) es un centro privado y formal de la ciudad de Mar del Plata. Constituyeron la muestra cinco profesiones, las cuales fueron las unidades de análisis del estudio. Las mismas son:

- Clínica médica.
- Nutrición.
- Psicología.
- Psiquiatría.
- Educación física.

5.3.3) Unidad de Análisis

Nuestra unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las profesiones que integran el equipo interdisciplinario: Medicina Clínica (1), Psiquiatría (1), Psicología (2), Nutrición (2) y Educación Física (1)⁷. Las unidades de análisis fueron cinco, ya que cada una representó una profesión diferente.

5.4) Método de recolección de datos

5.4.1) Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un método conversacional, la *entrevista en profundidad (o entrevista no estructurada)*, dado que la misma permite extraer la información de un grupo restringido de personas, quienes trabajan cotidianamente con pacientes que padecen obesidad y por lo tanto cuentan con información actualizada sobre el tema. Además es un instrumento flexible, lo que permite que se adapte con mayor facilidad a las

⁷ Sólo se entrevistará a un profesional representante de cada área.

condiciones de trabajo (períodos cortos de entrevista con varias preguntas). En esta investigación fue una de las fuentes de información de mayor relevancia.

Se realizó una entrevista para cada área del equipo y las preguntas variaron de acuerdo a lo que se creyó que era conveniente interrogar. Cada entrevista constó de diez a quince preguntas puntuales sobre cada área, las mismas fueron organizadas según cinco criterios (*Rol del profesional, Objetivo del área, Modalidad de abordaje, Actitud del paciente, Conocimiento de Terapia Ocupacional*). La cantidad de preguntas se vio ampliada a partir del tipo de entrevista que se utilizó (entrevista en profundidad), la cual dio lugar a la posibilidad de repreguntar a partir de la información que los entrevistados iban brindando. Por medio de la información que se recabó se buscó visualizar cuáles son los ejes corporales que se abordan desde cada profesión (ya que se analizarán los datos teniendo en cuenta la teoría de Alicia López Blanco sobre los Ejes Corporales).

5.4.2) Procedimiento de recolección de datos

Para lograr la recolección de datos se realizó un rastreo de los centros que trabajan con obesidad en la ciudad de Mar del Plata a través de diferentes fuentes de información:

- publicidad en diferentes medios de comunicación (televisión, Internet).
- concurrencia a congresos y jornadas especializadas en obesidad.
- consultas a sociedades/profesionales especializados en el área.

Posteriormente se configuró un listado de los centros para determinar a cuáles se tendría acceso de acuerdo a los criterios de selección prefijados y en base a esto se decidió qué equipo conformaría la muestra para el estudio.

Para acceder a un equipo interdisciplinario especializado en obesidad se contactó con los centros que se encontraban dentro de los criterios de inclusión. Se envió al centro una petición por correo electrónico para realizar entrevistas a los profesionales de cada área explicando el objetivo de las mismas. Se realizó una presentación de quiénes somos al director del centro y se le comentó sobre el objetivo de la investigación haciendo hincapié en la posibilidad de entrevistar al equipo que dirige. Posteriormente se pautaron las fechas y horarios para realizar las entrevistas de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales del centro.

5.4.3) Prueba Piloto

Para comprobar la eficacia del instrumento creado, en este caso, un conjunto de preguntas que funcionan como disparadores de la información que se quiere recabar, se realizó una pre-prueba durante el inicio del mes de Marzo con dos profesionales del equipo interdisciplinario, los cuales se excluyeron de la muestra definitiva.

La misma, arrojó que era conveniente agrupar las preguntas referidas a un mismo tema dentro de categorías para tener la información obtenida mejor organizada, permitió también comprobar que las preguntas iniciales servían como disparadores para que luego la misma se fuera desarrollando a medida que se repreguntaba. Otro aspecto que reveló fue el tiempo requerido para llevar a cabo las mismas, se estipuló que aproximadamente treinta minutos servirían para obtener los datos que se buscaban.

6. Resultados y Análisis de datos.

6.1) Análisis de datos

Para la selección y extracción de los datos requeridos para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se utilizó el *análisis temático*, el mismo es un tipo de análisis de contenido. El objetivo fue buscar una interrelación entre los núcleos de sentido de cada entrevista.

Para esto, durante la etapa de pre-análisis de cada entrevista se tomaron determinados datos que se mantienen estables en cada una de ellas, constituyéndose los mismos como unidades de registro (rol del profesional, objetivos de tratamiento, modalidad de abordaje, actitud del paciente). Durante la segunda etapa del análisis se realizó una contextualización de los datos para llegar a la comprensión de los mismos y buscar relaciones que conecten las diferentes unidades de registro en un todo coherente.

Por último, en la tercera etapa se llevó a cabo la interpretación teniendo en cuenta los *Ejes Corporales* de López Blanco Alicia, para esto se configuró un cuadro de doble entrada en el cual se plasmaron los datos obtenidos según cada profesión, para poder establecer cuál eje es abordado desde la misma. Así pudo verse que a cada profesional le corresponde uno u otro eje según su abordaje. Esto permitió luego realizar una comparación entre los abordajes que cada profesional realiza dentro de un mismo equipo. Posteriormente se configuró un cuadro similar pero específicamente con contenidos propios de Terapia Ocupacional para poder visualizar cuáles son los aportes brindados desde esta profesión y que a su vez los mismos contemplan al sujeto integrado.

6.2) Presentación y elaboración de resultados de las entrevistas en profundidad para profesionales que asisten a personas que padecen obesidad.

Entrevista N° 1

Área de Nutrición

Rol del nutricionista:

La función específica del nutricionista es la de controlar el peso del paciente, educar en cuanto a calidad alimentaria, explorar posibilidades para poder adaptar el plan a la vida del paciente de acuerdo a sus necesidades y no que el paciente se adapte a al plan.

Objetivo del área:

Lograr que el paciente aprenda a alimentarse de manera saludable, modifique sus hábitos y logre él mismo armar sus planes alimentarios.

Modalidad de abordaje:

Durante la entrevista de admisión se toman medidas antropométricas, (cintura, caderas mujeres y busto). Se realiza una anamnesis alimentaria y se habla acerca del peso ideal y el deseable (aquel al que los pacientes quieren llegar).

Se lleva a cabo con cada paciente el PIA “*plan intensivo de adelgazamiento*” este dura tres meses, luego se continua realizando un seguimiento en diferentes etapas del tratamiento que duran tres meses cada una. El tratamiento puede ser individual o grupal, generalmente en los grupos asisten entre siete y diez personas. Durante la asistencia al PIA se asiste a las reuniones dos veces por semana durante doce semanas. La psicóloga y la nutricionista coordinan el grupo de manera alternada.

En cada encuentro el paciente es pesado y luego individualmente se le dice ha bajado, ha subido o no se ha modificado su peso corporal.

Luego del tratamiento intensivo se realizan reuniones semanales, que son parte del grupo de mantenimiento. Siempre desde lo profesional se trata de resaltar lo bueno, lo que se ha logrado y no lo que aún falta, como parte de la motivación hacia el paciente, para que este continúe.

Se trabaja con planes alimentarios, estos difieren de una dieta; en tanto que al ser un plan la idea central es la de planificar, teniendo en cuenta qué alimentos es necesario tener, los horarios, etc.

Al terminar el programa intensivo se ofrece un boletín en el cual se realiza una devolución al paciente mostrándole cuales fueron sus logros, comparando la situación inicial con la actual, y en qué debe trabajar aún.

Generalmente alrededor del séptimo encuentro se invita a los pacientes a que realicen ellos mismos su plan semanal de alimentación. El tratamiento es individual-grupal.

Actitud del paciente:

Las limitaciones que presentan los pacientes son sobre ideas de cocinar, cómo hacer determinadas comidas, qué preparar, con qué suplantar algún elemento con el que no se cuente, etc. Sentimientos de vergüenza, por ejemplo de asistir a un gimnasio, vergüenza de mostrarse ante otros.

Solamente los obesos mórbidos presentan dificultades funcionales

Algunos pacientes van en busca de la receta “mágica”, pretenden que se les de una dieta y ver resultados a corto plazo. Esto muchas veces provoca sentimientos de frustración, porque la realidad es que esas recetas no existen y los resultados se ven a largo plazo.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

Conoce qué es la terapia ocupacional y le resulta interesante su inclusión en el equipo interdisciplinario.

Área Educación Física

Rol del profesor de actividad física:

Rol de educador en cuanto a lo beneficioso y saludable que es el acompañar una dieta con actividad física. También actúa como favorecedor de vínculos, ya que su trabajo se da de manera grupal y son actividades que promueven la integración.

Desde esta área se participa de las reuniones de equipo, o en caso de no estar en las reuniones de todas maneras hay comunicación con los demás profesionales, sobre todo en casos especiales, cuando surge algo puntual de algún paciente particular. La profesora deja claro que para ella “es muy importante que haya comunicación en el equipo, porque sino cada uno trabaja sin saber qué pasó en las diferentes áreas”.

Objetivo del área:

Lo importante desde esta profesión es que los pacientes realicen un cambio de hábito (en cuanto a la realización de actividad física). Que implementen en sus vidas la actividad física como algo cotidiano.

La intención de realizar gimnasia con música es promover la “desestructuración” del paciente (con esto la profesional se refiere a que los pacientes vayan perdiendo vergüenza y se animen a moverse, a bailar, etc) olvidándose de que son mirados por otros.

Modalidad de abordaje:

Se plantea un tipo de actividad física progresiva- graduada, que no sea de impacto (caminar, ejercicios sentados, etc). La actividad física dentro del plan intensivo de adelgazamiento (PIA) se propone con una frecuencia de cuatro veces por semana. Se trata de que los pacientes asistan a las cuatro, pero no son obligatorias, lo que se sugiere es que al menos una vez por semana si realicen actividad física. Dos veces se participa

de caminatas y ejercicios de musculación en la plaza, (Plaza Mitre, que queda a dos cuadras de la institución), y otras dos veces por semana en un salón donde se realizan ejercicios con música, de características aeróbicas (baile, movimiento, etc.) y relajaciones.

Para que los pacientes realicen actividad física es necesario que anteriormente estos pasen por una revisión médica, luego de la cual se sabe qué tipo de actividades y cuáles no puede realizar cada paciente.

En cuanto a la conformación de los grupos para la realización de ejercicios, no hay categorías por edades, se trabaja con diferentes edades mezcladas.

En cuanto a la respiración, se les enseña a los pacientes a realizar respiraciones más profundas luego de los ejercicios, en el momento de la relajación.

También, en ocasiones, cuando la profesora nota que ha comenzado a afianzarse el hábito de la actividad física en el paciente, se realizan rutinas para el hogar, se les explica cómo realizarlas, cómo graduarlas, etc. El tratamiento es grupal.

Actitud del paciente:

Muchas personas no realizan actividad física, o no asisten a las clases grupales (sobre todo a la plaza) por vergüenza a ser vistos, influye mucho también la clase social, sea esta alta o baja, en los dos casos (por diferentes motivos) sienten vergüenza de ser vistos por la sociedad.

En cuanto al rendimiento físico propiamente dicho, la profesora dice que algunas personas se animan a trotar, pero son muy pocos los casos.

Lo que muchas veces motiva a los pacientes a realizar actividad física es el compartir del grupo, los que asisten, cuando realizan las reuniones con la nutricionista o la psicóloga cuentan en las mismas lo que van viviendo, lo que han hecho, cómo se sienten y esto motiva a los demás a participar también.

Muchos pacientes empiezan con mucha energía, realizan mucha actividad física junta y en poco tiempo dejan de asistir. Los pacientes reconocen que la actividad física es importante para el descenso de peso, pero también implica que rompan con prejuicios y estigmas para incorporarla como un hábito y que esta trascienda la institución.

Las mayores limitaciones que presentan estos pacientes son articulares, dolores articulares en tobillos y rodillas sobre todo. También ellos se sirven de estas molestias para justificarse cuando no asisten a las clases. La profesora los invita tengan leves molestias asistan porque hay una variedad de ejercicios que pueden realizarse sin estar parados o movilizand o las articulaciones que puedan doler.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

Conoce poco de terapia ocupacional, cree que lo que se brinda desde esta institución es muy completo, es lo único que conoce como tratamiento integral de los pacientes con obesidad.

Área Psicología

Rol del psicólogo:

El rol específico del psicólogo con el paciente es un rol psico-educativo. Su función dentro del equipo es la de participar en la planificación del proceso nutricional.

Objetivo del área:

Esta área se focaliza en facilitar los cambios de hábitos del paciente. Lo que la psicóloga realiza es de alguna manera “preparar el terreno” para que luego las demás áreas puedan trabajar desde su profesión en particular.

Modalidad de abordaje:

Desde el área de psicología se realiza una evaluación de los pacientes, previa a la admisión al tratamiento. El psicólogo participa en las charlas semanales, una vez por semana dentro de los grupos, se charlan determinados temas, a veces pautados desde los profesional, a veces temas emergentes dentro del grupo. Al trabajar en grupo se intenta que este se forme como tal, aunque muchas veces no suceda.

Desde esta modalidad se persigue que los pacientes se vean reflejados en los otros y puedan compartir sus experiencias, darse apoyo, etc.

Desde psicología se trata de que los pacientes puedan asociar el por qué de la situación actual que padecen, y en esta *invitación* a la asociación lo que la psicóloga cuenta es que se ve una marcada negación, un no poder asociar diferentes hechos o situaciones a la realidad que viven.

En cuanto a la imagen corporal, cuando comienza a haber modificaciones, se va trabajando el tema, para que estos cambios no repercutan como un freno en el avance del paciente en el proceso del tratamiento. Estos cambios corporales, estas nuevas imágenes corporales que el paciente empieza a percibir se trabajan desde la elaboración

de duelos. Se intenta que el paciente sea conciente de que el ideal del cuerpo es un ideal y esta distante de la realidad.

También cuando los pacientes que hace años tienen obesidad comienzan a descender de peso y su cuerpo ya adquiere otra forma, se trabaja para que se perciba y se acepte la nueva imagen que este tiene.

Se realiza una derivación a psiquiatría si se perciben síntomas de mucha ansiedad, frustraciones, alteraciones de la personalidad, etc. y a su vez se les ofrece una atención desde psicología personalizada. A veces se sugiere que se realice psicoterapia individual, otras se indica como “obligatorio” la asistencia a la misma.

Cuando se observa que un paciente está pasando por algún proceso angustiante y se sugieren las pautas dichas anteriormente, se les comunica esto a los demás profesionales, para que desde su área no “exijan” a los pacientes nuevos logros, sino lo que se trata de hacer es que no haya un retroceso, que mantengan lo conseguido hasta el momento, hasta que se supere la crisis.

En cuanto a la familia de los pacientes muchas veces esta actúa como un boicoteador del proceso de cambio en el estilo de alimentación del paciente, desde el equipo se les trata de dar herramientas para poder afrontar las barreras que aparecerán. El tratamiento es individual- grupal.

Actitud del paciente:

Los pacientes con obesidad, la mayoría de ellos que concurren al centro, no tienen conciencia de enfermedad, se observa una actitud de negación de lo que realmente ocurre.

Muchos pacientes en tratamiento pasan por situaciones de crisis, aparecen ansiedades, sentimientos de frustración, baja autoestima, etc.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

La psicóloga dice conocer lo que es Terapia Ocupacional, dice también que le parece interesante que se sumen nuevas propuestas. Manifiesta estar “abierta” a nuevas ofertas en beneficio del paciente y a su vez refiere que el equipo que conforma el centro está también “abierto” a nuevas propuestas que puedan complementar el tratamiento que actualmente se ofrece a los pacientes con obesidad.

Área Psiquiatría

Rol del psiquiatra:

Evalúa comorbilidades psiquiátricas, deriva pacientes a tratamiento en caso de ser necesario y ofrece tratamiento dentro de la institución si los pacientes no se atienden fuera de la institución.

Objetivo del área:

Acompañar a los pacientes en caso de que lo necesiten, evaluarlos y reconocer si hay riesgo o presencia de comorbilidades psiquiátricas

Modalidad de abordaje:

Desde esta profesión se realiza una evaluación de co morbilidad psiquiátrica, entendiendo a ésta como la presencia de ansiedades, depresión, trastornos de personalidad, etc.

La evaluación se realiza cuando el equipo detecta algún síntoma y cree que es necesario evaluar tales co morbilidades, generalmente primero el paciente es evaluado por el área de psicología, quien deriva luego a psiquiatría en caso de ser necesario.

En cuanto al tratamiento, este se imparte desde esta institución si el paciente no quiere tratarse afuera, con otro profesional. El tratamiento es individual.

Actitud del paciente:

Los pacientes presentan una resistencia a la toma de psicofármacos, la psiquiatra cuenta que esto se contrapone con lo que sucede con los fármacos médicos los cuales son aceptados y pedidos muchas veces por los pacientes.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

Respecto de su conocimiento acerca de qué es la terapia ocupacional, la profesional advierte que conoce esta profesión, y que le parece interesante que sea

incluida dentro del equipo, para el trabajo con los pacientes y también para el trabajo con el equipo. Reconoce como fundamental en la tarea del terapeuta ocupacional el “hacer”, entendiendo a este concepto como la posibilidad de estar ocupado en algo.

Área Medicina Clínica

Rol del médico clínico:

Entre las funciones que cumple el médico clínico se encuentran las de realizar el diagnóstico de obesidad y el diagnóstico sobre causas secundarias de obesidad, detectar comorbilidades, factores de riesgo producidos por la obesidad y el tratamiento de los mismos.

Objetivo del área:

Llevar un control médico sobre los pacientes, teniendo en cuenta otras comorbilidades médicas asociadas a la obesidad. Concientizar a los pacientes que lo que padecen es una enfermedad crónica de la cual para su tratamiento también es necesario que ellos sean responsables de cuidar su salud.

Modalidad de abordaje:

Se realizan evaluaciones médicas convencionales, y en algunos casos se evalúa la posibilidad de otro tipo de tratamiento como psicofarmacológico o quirúrgico. El médico ofrece medicación a los pacientes para este último tipo de tratamiento, en caso de que así lo requieran.

También participa de las reuniones con el quipo interdisciplinario. Cada decisión que toma está avalada por el mismo. A su vez, comenta que es frecuente la interconsulta para despejar alguna duda.

Actitud del paciente:

Según el médico los pacientes no toman de mala manera el hecho de ser medicados pero tampoco son pacientes que busquen eso porque desde la institución tampoco se ampara el hecho de medicar.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

Dice conocer lo que es la terapia ocupacional, le resulta interesante sumar disciplinas al tratamiento de estos pacientes, considera que todo suma en beneficio de los mismos. Se refiere al abordaje interdisciplinario como algo beneficioso para los pacientes y para el quipo mismo.

Propiamente de la terapia ocupacional cree que sería enriquecedor contar con terapistas ocupacionales dentro del equipo.

**6.3) Presentación y análisis de entrevistas en
profundidad realizadas a cinco miembros del equipo
profesional interdisciplinario especializado
en obesidad del centro TINO**

El siguiente análisis surge de las entrevistas realizadas a los miembros del equipo interdisciplinario especializado en obesidad. Las mismas pueden verse en el “anexo”.

Las entrevistas realizadas muestran claramente el rol de cada profesional de las áreas que integran el equipo interdisciplinario especializado en obesidad, junto con los objetivos que persiguen, una breve orientación sobre la modalidad del abordaje y la actitud del paciente que observan dichos profesionales durante sus intervenciones.

Se infiere de cada entrevista que el trabajo interdisciplinario se realiza desde la interconsulta permanente y la decisión conjunta sobre posibles cambios en el tratamiento (ya sea, modificación de estrategias terapéuticas o consulta con otro profesional).

El dato de la forma de abordar al paciente obeso desde cada profesión, indica que es más benéfico para este y por ende para el equipo el accionar de manera conjunta. Sin embargo, demuestra que a cada profesión se le concede una parte del cuerpo del paciente, quedando el mismo fragmentado.

De acuerdo a la Terapia Holística, los resultados que arrojaron las entrevistas realizadas demuestran que el *eje corporal* es abordado predominantemente por el área de medicina, educación física y nutrición. La *medicina clínica* es la encargada de realizar el diagnóstico de obesidad, se examinan posibles causas secundarias de obesidad, realiza la detección y el tratamiento de comorbilidades y factores de riesgo y se evalúa la posibilidad de tratamiento psicofarmacológico o quirúrgico.

Desde el área de *educación física*, se realiza actividad física progresiva sin impacto, fortalecimiento muscular, ejercicios con música, relajación y rutinas de ejercicios para el hogar.

El área de *nutrición* aborda este eje realizando la anamnesis alimentaria, el registro de medidas antropométricas y del peso corporal, y la programación de planes alimentarios.

El *eje mental* es abordado por psiquiatría y psicología con mayor precisión, pero a su vez las demás áreas realizan algún tipo de señalamiento, sobre todo en lo que refiere al cambio de hábitos, es decir, dentro del área de educación física se intenta realizar un pasaje del sedentarismo a la actividad o desde el área de nutrición se realiza la conversión de sobrealimentación a la nutrición. Desde el área de la medicina clínica, se brindan charlas para pacientes y familiares sobre temas específicos de la enfermedad.

El área de *psicología* realiza la entrevista de admisión, la concientización del paciente sobre su situación actual y la actitud del mismo frente al proceso de enfermedad, en cambio, desde el área de *psiquiatría* se realiza el abordaje del eje mental desde la evaluación de comorbilidades psiquiátricas (depresión, angustia, trastornos de la conducta alimentaria).

El *eje afectivo* se aborda a través de sesiones grupales organizadas desde el área de *psicología*, *nutrición* y *educación física*, que si bien tienen como función principal abordar temas puntuales del eje mental cumplen también con el objetivo de crear un grupo de pertenencia, contenedor y estimulador.

El *eje relacional* es abordado desde el área de *psicología*, en sesiones individuales donde se focaliza en la readaptación de los vínculos familiares frente a los cambios que se van sucediendo durante el tratamiento.

Por último, el *eje evolutivo* se lo aborda de manera continua, dado que es una enfermedad crónica, desde el área de *nutrición* focalizando en la obtención y mantenimiento del peso saludable y desde el área de *psicología* promoviendo la elaboración de duelos por el cuerpo joven y por el cuerpo perdido.

En cuanto al *eje espiritual*, no se constataron durante las entrevistas intervenciones que tengan como fin incluirlo dentro del tratamiento.

Durante las entrevistas se demostró especial interés por los profesionales sobre los aportes de terapia ocupacional en dicha patología. Esto demuestra que la obesidad requiere de otras disciplinas que también la aborden para preservar al paciente en un cuerpo integrado. Pero este pasaje es gradual y requiere de aperturas de nuevos campos y de modificaciones de estrategias para promover una mejor calidad de vida al paciente con obesidad.

Cuadro: Abordaje Terapéutico de un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad según ejes corporales.

Ejes Áreas	Corporal	Mental	Afectivo	Espiritual	Relacional	Evolutivo
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de medidas antropométricas, y peso corporal. ▪ Anamnesis alimentar a ▪ Planes alimentarios 	Sobrealimentación vs nutrición				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso saludable según edad, contexto, actividades que realiza, etc.
Educación Física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad física progresiva sin impacto. ▪ Fortalecimiento muscular ▪ Ejercicios con música ▪ Relajación. ▪ Rutinas de ejercicios para el hogar 	Sedentarismo vs actividad	Sesiones grupales con el fin de crear un grupo de pertenencia, contenedor y estimulador			
Psicología		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista de admisión ▪ Concientización de su situación actual y de la actitud frente a la misma. 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Readaptación de los vínculos familiares frente a los cambios que se van sucediendo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de duelos por el cuerpo joven y por el cuerpo perdido.
Psiquiatría		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de comorbilidades psiquiátricas (depresión, angustia, TCA) 				
Medicina Clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de obesidad ▪ Examinar posibles causas 2º de obesidad ▪ Detección y tratamiento de comorbilidades y factores de riesgo. ▪ Evaluar posibilidad tratamiento psicofarmacológico o quirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charlas para pacientes y familiares sobre temas específicos de la enfermedad. 				

6.4) Aportes de Terapia Ocupacional a un equipo profesional multidisciplinario especializado en Obesidad.

Terapia Ocupacional a través de las diversas intervenciones que puede realizar aborda todos los ejes, colaborando en el tratamiento con los demás profesionales y puntualizando el abordaje desde las diferentes subdimensiones que constituyen cada eje.

Los conocimientos teóricos y prácticos que Terapia Ocupacional puede ofrecer a un equipo interdisciplinario especializado en obesidad, se describirán a continuación teniendo en cuenta los ejes corporales anteriormente citados.

Para el abordaje del *eje corporal*, se cuenta con conocimientos sobre el análisis de los componentes del desempeño y cómo éstos influyen en el desempeño ocupacional del paciente. A su vez, por medio de diferentes estrategias se podría realizar un abordaje que apuntaría a dos funciones:

- **Preventiva:** se incluyen aquellas acciones que tiendan a disminuir la posibilidad de patologías futuras debida a la obesidad (ej: artrosis de hombro, de cadera, rodilla y tobillo, etc.).
- **Reeducativa:** se incluyen aquellas acciones que tiendan a restablecer alguna función y/o rol perdido por la obesidad (ej: aumento de la amplitud articular).

Estas acciones se verán reflejadas en la puesta en marcha de talleres de cuerpo en movimiento, implementación de IPH (instrucciones para el hogar), trabajo corporal de estiramiento, alineación vertebral, trabajos sobre reconocimiento del propio cuerpo (capacidades y limitaciones), identificación de dificultades y posibilidades para realizar diferentes actividades (ejemplo: higiene, arreglo personal, etc.), implementación de talleres de cocina a través de los cuales se enseñen diferentes formas para cocinar y se favorezca la superación de diversas dificultades que emerjan.

Se realiza la intervención en las AVD/ AIVD partiendo de las diferentes evaluaciones para detectar cuáles son aquellas actividades que están principalmente comprometidas (según la particularidad de cada sujeto) y trabajar conjuntamente con el paciente y la familia para conseguir la mayor independencia en la realización de las mismas.

Con respecto al abordaje del *eje mental*, las acciones se centrarían primero en el planteamiento de los objetivos de tratamiento teniendo en cuenta siempre los intereses y necesidades del paciente. También Terapia Ocupacional tiene una fuerte intervención en la modificación de patrones alimentarios, se focalizará en la adquisición de nuevos hábitos alimentarios, en la actualización de la imagen corporal y en la aceptación del esquema corporal y en la reasunción de los roles que se vieron apartados durante la evolución de la enfermedad.

Desde la profesión se podrían coordinar talleres reflexivos, expresivos e informativos con la utilización de diferentes medios (por ejemplo, medios audiovisuales: inclusión de videos con testimonios de pacientes, cartillas gráficas, espacios lúdicos que permitan expresión y reflexión; también técnicas de relajación, masajes corporales, etc.) que privilegien el hacer del sujeto como parte fundamental del cambio. Se enfatiza en la función educadora que tiene el terapeuta ocupacional para llevar a cabo un abordaje terapéutico sin perder el objetivo fundamental que es guiar al paciente a apropiarse de sí mismo, ser independiente y decidir con qué calidad de vida desea vivir.

Con respecto al abordaje del *eje afectivo*, se podrían crear espacios de participación y expresión para favorecer la formación y el surgimiento de nuevos lazos (en los cuales el “otro” es reflejo de “uno”) y trabajar temas referidos a la autoestima, frustraciones, etc.; ya que la expresión de las emociones es una acción principalmente

comunicativa y a la vez sirve para regular la interacción social entre las personas. De esta manera los pacientes podrían vincularse entre ellos y con su entorno (familiar, de amigos, trabajo etc.) a través de la expresión, transformando su cotidianeidad por medio de la comunicación sobre cómo se sienten, qué les molesta, qué les agrada, etc.

Con respecto al abordaje del *eje espiritual*, desde la profesión se considera a la espiritualidad como “*un sentimiento de conexión significativa con nuestra persona central, otros seres humanos, el mundo o un mayor poder según se exprese a través de nuestras reflexiones, narrativas y acciones*”⁶⁶. Se comprenderá el sistema de creencias del paciente como parte constitutiva de su cosmovisión de la realidad. Dado que la misma, es un aspecto esencial de la humanidad y una fuente de significado que influye en las vidas ocupacionales, desde Terapia ocupacional se debe explorar sobre las ideas espirituales, sobre los cambios vitales y la significación personal de cada sujeto. Este eje también tiene una concepción más amplia desde la medicina Ayurveda, se relaciona con la esencia de la persona aunque no se identifique con una religión en particular, esa espiritualidad se ve afectada sobre todo en las disfunciones de la mente (por ejemplo en la depresión) haciendo más difícil el tratamiento; por eso es tan importante tenerla en cuenta ya que es la que potencia la voluntad, aspecto fundamental en el tratamiento del paciente obeso.

El énfasis sobre la expresión indica que, desde este punto de vista, la espiritualidad tiene un componente de hacer. Por lo tanto, si bien la práctica en sí misma de la espiritualidad queda confinada al ámbito personal de cada sujeto, desde la profesión se promoverán actividades reflexivas, que permitan conectarse con la esencia de uno mismo, decidir respecto de uno, sentirse dueño de sí mismo, para poder actuar conforme a sus creencias, valores y prioridades.

En cuanto al abordaje del *eje relacional*, se realizarán análisis sobre el desempeño ocupacional en las diferentes áreas de acuerdo a los diversos roles que el individuo asume ya que los mismos “*organizan la forma en la que el sujeto interactúa en un ambiente en particular*”. La profesión cuenta con herramientas para realizar actividades grupales que permitan sentirse parte de un grupo, atravesado por vectores de pertenencia (grado de configuración interna que tiene el sujeto con los que cooperan con él en la realización de una tarea explícita o implícita) y pertinencia (centramiento de cada uno de los miembros en la tarea)⁶⁷, aprendiendo a vincularse con los demás, más allá de su patología.

Con respecto al abordaje del *eje evolutivo*, se realizará la interpretación del proceso de salud-enfermedad acorde a la etapa vital por la cual el sujeto atraviesa, se promoverá la toma de conciencia del momento de la enfermedad y del tratamiento por el cual está transcurriendo, se tendrán en cuenta las expectativas futuras. El planteamiento de las actividades será de acuerdo a intereses y objetivos propios de la etapa vital.

Cuadro: Aportes de Terapia Ocupacional a un equipo profesional interdisciplinario especializado en obesidad

según ejes corporales.

Ejes Aportes TO	<u>Corporal</u>	<u>Mental</u>	<u>Afectivo</u>	<u>Espiritual</u>	<u>Relacional</u>	<u>Evolutivo</u>
Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis sobre el funcionamiento de los componentes del desempeño. ▪ Abordaje preventivo- reeducativo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificación de hábitos adquiridos. ▪ Planteamiento de objetivos de acuerdo a los intereses del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprensión de la necesidad del paciente de conocer su estado emocional actual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprensión del sistema de creencias del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis del desempeño ocupacional en las diferentes áreas y con los diversos roles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretación del proceso de salud-enfermedad acorde a cada etapa vital.
Prácticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesiones individuales. ▪ Talleres de cuerpo en movimiento. ▪ Implementación de Indicaciones para el Hogar (IPH). ▪ Reconocimiento del propio cuerpo, capacidades y limitaciones. ▪ Trabajo corporal de estiramiento, alineación vertebral, etc. ▪ Cuidado personal, dificultades y posibilidades para realizarlo. (ejemplo, higiene, vestimenta, etc.) <p>Talleres de cocina, a través de los cuales se enseñen diferentes alternativas para cocinar, y se favorezca a la superación de diversas dificultades que emerjan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación de talleres reflexivos, expresivos e informativos con la utilización de diferentes medios (videos informativos, testimonios de otros pacientes en etapas avanzadas del tratamiento, fotografías, espacios lúdicos de expresión, etc.) que privilegien el hacer del sujeto como parte fundamental del cambio. ▪ Actualización de la imagen corporal, aceptación de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación de talleres expresivos. ▪ Espacios de participación a través de los cuales se favorezca la creación de lazos entre compañeros, donde se puedan expresar los sentimientos referidos al autoestima, a las frustraciones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades reflexivas, que permitan conectarse con la esencia de uno mismo, decidir respecto de uno, sentirse dueño de si mismo, para poder actuar conforme a sus creencias, valores y prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación de modificaciones y adaptaciones en los diferentes ámbitos de desempeño. ▪ Actividades grupales que permitan sentirse parte de un grupo, atravesado por vectores de pertenencia y pertinencia, aprendiendo a vincularse con los demás, más allá de su patología. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acondicionamiento de actividades planteadas de acuerdo a intereses y objetivos propios de la etapa vital. ▪ Toma de conciencia del momento vital por el cual se está transcurriendo. ▪ Expectativas para futuro.

7. Conclusiones.

7.1) Terapia Ocupacional, Obesidad y el Enfoque

Médico Oriental.

Concebir a la enfermedad tan sólo como un conjunto de síntomas y de signos producidos por una causa genética, hereditaria, etc. provoca que se caiga en un reduccionismo. Actualmente la cotidianidad lleva a que las personas queden como sujetos fragmentados entre las obligaciones, los roles, sus ideales y sus intereses.

En la realidad humana se conjugan todas aquellos factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, etc.) que constituyen al individuo, muchas de las situaciones que enfrenta y actividades que lleva a cabo están impulsadas por sus decisiones y proyectos, por lo tanto todo lo que transcurra en esa realidad tienen un sentido y un significado que trasciende lo objetivo.

La realidad personal requiere de una mirada holística respaldada por un saber científico que ampare y dé fundamento a la misma. La medicina Ayurveda actúa en la vida del individuo realizando cambios desde su hacer, mientras que Terapia Ocupacional utiliza el *hacer* para llegar a un cambio y lograr la máxima independencia posible en el desempeño ocupacional de un sujeto, para que este pueda sentirse satisfecho con su hacer y verse reflejado en el mismo. El terapeuta ocupacional como agente de salud debe actuar como facilitador para que las personas desarrollen habilidades que promuevan estilos de vida saludables.

Terapia Ocupacional realiza una mirada biopsicosocial sobre el proceso de salud-enfermedad que atraviesa cualquier sujeto en su ciclo vital, esto demuestra que esta íntimamente relacionada con la mirada que realiza el enfoque médico oriental y que también es compatible y necesaria para realizar un abordaje holístico del paciente con obesidad, ya que su realidad es la resultante de la interacción de múltiples factores, a su vez la mirada holística que realiza Terapia Ocupacional permite al profesional

“empatizar con los sentimientos del paciente y apreciar los valores personales que guían el desempeño ocupacional del mismo”⁶⁸.

Terapia Ocupacional y la medicina Ayurveda realizan una mirada integral sobre una misma situación que se acompañan del avance científico. Ambas se nutren y complementan mutuamente, en tanto que la medicina Ayurveda profundiza la práctica de profesionales de la salud por medio de la aplicación de técnicas que integran mente, cuerpo y alma, y Terapia Ocupacional requiere de un hombre integrado para facilitar un cambio radical en la vida del sujeto ya que el hacer se enriquece cuando está sostenido por la filosofía que cada persona elige como válida para llevar a cabo su propia vida, porque sin la misma el sujeto no estará conectado con su esencia, y en consecuencia no se identificaría con su hacer.

Terapia Ocupacional refuerza sus fundamentos teóricos sin desplazar los logros que se consiguen con la medicina convencional, encontrando en la medicina Ayurveda la manera de intervenir directamente en la dimensión subjetiva de cada paciente con obesidad y de esta manera lograr acercarse a la vida real del mismo. Esta aproximación permite que las intervenciones que se realicen desde la profesión trasciendan el cuerpo y alcancen realmente a la persona en su totalidad. Permite conocer cuál es la apreciación que tiene el sujeto con obesidad sobre su calidad de vida, sobre su enfermedad y conocer qué factores determinan el bienestar o el malestar general del paciente para tomar decisiones en consecuencia.

A su vez, la medicina oriental realiza investigaciones sobre diversas enfermedades como la obesidad, la artritis reumatoidea, el asma bronquial, la diabetes entre otras. Esto demuestra que muchas patologías que son sólo tratadas desde la medicina convencional pueden encontrar un complemento con este enfoque médico y dado que Terapia Ocupacional es una disciplina científica que está en constante enriquecimiento también

debe contemplar las investigaciones científicas y la terapéutica que se implementan dentro de la medicina Ayurveda.

La intervención de Terapia Ocupacional en un equipo profesional especializado en obesidad se basa en la educación del paciente para que, por medio del cambio, este se convierta en el responsable del cuidado de su salud, y pueda reencontrar el equilibrio en los mundos internos y externos que constituyen su existencia. Dicha intervención se caracteriza por prevenir la pérdida de capacidades funcionales y lograr el mantenimiento de las mismas. A su vez, la educación para la salud permite aumentar el conocimiento del paciente en lo que se refiere a su enfermedad; así se produce un mejor entendimiento de la patología que padece y aprende con fundamentos el por qué de la necesidad de adoptar nuevas conductas y nuevos hábitos que obren a favor de su salud integral⁶⁹.

Dado que es una disciplina que se caracteriza por tener en cuenta todos los factores que se encuentran involucrados en el desempeño ocupacional de un sujeto, creemos que debe formar parte de un equipo interdisciplinario especializado en obesidad para contribuir a un abordaje integral que tenga como fin mejorar la calidad de vida del sujeto y promover cambios que se mantengan a lo largo del tiempo. Dicha inclusión de Terapia Ocupacional enriquecería a la profesión y a las demás disciplinas con el intercambio de saberes y miradas diferentes que generan nuevas y complejas ideas, situación que finalmente obra en beneficio de la salud los pacientes.

8. Propuesta.

8) Propuesta

La propuesta que se sugiere para que esta línea de investigación continúe enriqueciéndose y aporte nuevos fundamentos a la práctica de Terapia Ocupacional en un equipo profesional multidisciplinario que aborde la obesidad, son las siguientes:

- *Desarrollar instrumentos de evaluación propios de Terapia Ocupacional que contemplen determinados aspectos que constituyen la realidad del paciente con obesidad.*
- *Profundizar sobre las repercusiones que tienen en el desempeño ocupacional los diferentes tipos de obesidades para asentar las bases de acciones que actúen puntualmente en la prevención de la discapacidad.*
- *Desarrollar proyectos de acción en obesidad desde Terapia Ocupacional.*
- *Divulgar los aportes que se realizan desde la profesión para promover una mayor inclusión de terapeutas ocupacionales en equipos interdisciplinarios que aborden esta patología.*
- *Afianzar el rol educativo que tiene el terapeuta ocupacional en el cuidado de la salud del paciente con obesidad.*
- *Integrar a la mirada holística que realiza Terapia Ocupacional sobre la obesidad los fundamentos teóricos y prácticos del enfoque médico oriental.*

9. Anexos.

9.1) Anexo N° I

Guión de Entrevista en profundidad para profesionales que asisten a personas que padecen obesidad

Esta entrevista será para cada área del equipo, constará de diez a quince preguntas que apuntarán a la recolección de datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de investigación. Las mismas estarán organizadas según cinco criterios (*Rol del profesional, Objetivo del área, Modalidad de abordaje, Actitud del paciente, Conocimiento de Terapia Ocupacional*). Tal vez la cantidad de preguntas se verá ampliada por el tipo de instrumento que se seleccionó.

Entrevista N° 1 para el área Nutrición

Rol del Nutricionista:

1) ¿Qué función cumple el nutricionista dentro del equipo?

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos se persiguen desde el área nutrición en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

Modalidad de abordaje:

3) ¿Cómo se evalúa a un paciente que viene a la consulta?

4) Una vez que el paciente está en tratamiento ¿qué seguimiento se hace, con qué frecuencia, qué objetivos se persiguen con las evaluaciones posteriores?

5) ¿Se tienen en cuenta los objetivos del paciente, se le preguntan sus expectativas?

Actitud del paciente:

6) En cuanto al desempeño en diferentes áreas ¿presentan problemas o limitaciones? (ejemplo, recreación, productividad, etc.).

7) ¿Con qué expectativas acuden los pacientes al tratamiento, qué idea tienen del área nutrición?

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

8) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece interesante que se sume Terapia Ocupacional al tratamiento interdisciplinario de estos pacientes?

Entrevista N° 2 para el área Educación Física

Rol del profesor de actividad física:

1) ¿Cuál es el rol que tiene el profesor con los pacientes?

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos desde lo profesional se persiguen con la implementación de educación física?

Modalidad de abordaje:

3) ¿Qué tipo de actividad física se realiza?

4) ¿Se realiza algún tipo de evaluación al paciente antes de que comience a realizar actividad física?

5) ¿Es obligatorio dentro del tratamiento participar de estas actividades?

6) ¿Con qué frecuencia se realiza?

7) ¿Todos los pacientes realizan los mismos ejercicios?

8) ¿Hay ejercicios específicos que se realicen? (adopción de posturas, ejercicios para el control de la respiración, etc).

9) ¿Se les explica a los pacientes el sentido que tiene la realización de actividad física?

Actitud del paciente:

10) ¿Cuál es el grado de participación de los pacientes en estas actividades? ¿Les interesa a los pacientes realizar actividad física, cómo se los motiva?

11) ¿Qué significado le otorgan a la actividad física?

12) ¿Qué objetivos, expectativas tienen los pacientes que realizan actividad física? (fines estéticos, saludables).

13) ¿Hay problemáticas físicas específicas en estos pacientes, o dificultades físicas que ellos manifiesten? (dolores articulares, acortamientos musculares, atrofas, etc.).

14) ¿Las limitaciones físicas repercuten en el quehacer cotidiano de los pacientes, de qué manera, qué expresan ellos? (movilidad, transferencias, higiene corporal, hacer tareas de la casa, trabajo, realización de otras actividades).

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

15) ¿Usted cree que hace falta incluir algo más en el tratamiento? ¿Conoce lo que los terapistas ocupacionales hacen desde su profesión?

Entrevista N° 3 para el área de psicología

Rol de profesional:

1) ¿Cuál es la función del psicólogo dentro del equipo?

Objetivos del área:

2) ¿Cuál es el objetivo que desde este espacio se persigue dentro del equipo interdisciplinario?

Modalidad de abordaje:

3) ¿En qué consiste la intervención desde esta área?

4) ¿Qué recurso se utiliza desde esta área para mantener el grado de motivación de los pacientes durante el tratamiento?

5) ¿Qué pasa con la imagen corporal-mental de los pacientes cuando empiezan a perder peso? ¿Cómo es la relación de ellos con su propio cuerpo, aceptan esas modificaciones o se ve alguna resistencia, por ejemplo en cuanto al vestido; en el continuar vistiéndose con ropas grandes, talles mayores a los que necesitarían o al revés, utilizando ropa más chica?

6) ¿Qué tipo de contención se les ofrece a los pacientes si estos presentan alguna “recaída” en cuanto al cumplimiento del tratamiento, en cuanto a su situación emocional-personal?

7) ¿Cuál es el rol de la familia dentro de este proceso?

Actitud del paciente:

8) ¿Qué nivel de conciencia tienen los pacientes de que la obesidad es una enfermedad? ¿La aceptan como tal?

9) ¿Cuáles son las limitaciones psicosociales, que los pacientes manifiestan o las que usted percibe, que alteren o dificulten su desempeño funcional? (alteraciones vinculares, aspectos expresivos, etc.),

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

10) ¿Usted cree que hace falta algo más en el tratamiento, algún aspecto que aún no esté siendo abordado en esta población? ¿Conoce lo que los terapeutas ocupacionales hacen desde su profesión?

Entrevista N° 4 para el área de Psiquiatría

Rol del psiquiatra:

1) ¿Cuál es la función del psiquiatra dentro del equipo?

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos se persiguen desde psiquiatría en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

Modalidad de abordaje:

3) ¿Cómo se trabajan (si surgen) los síntomas que pueden aparecer durante el tratamiento?

Actitud del paciente:

4) ¿Cómo influye la medicación que puede darse desde el área médica en la personalidad de los pacientes?

5) ¿Cómo responden estos al tener que consumir medicación, si es que lo necesitan, para poder adelgazar?

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

6) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece que sería beneficioso para los pacientes y el equipo que se incluya a terapia ocupacional dentro del tratamiento interdisciplinario?

Entrevista N° 5 para el área de Medicina Clínica

Rol del Médico Clínico

1) ¿Cuál es la función del médico dentro del equipo?

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos se persiguen desde esta área en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

Modalidad de abordaje:

3) ¿Cómo se trabajan con los factores de riesgo y las comorbilidades que puede presentar un paciente?

4) ¿Se utilizan estrategias educativas para realizar una concientización del paciente respecto a esta enfermedad? ¿Cuáles?

Actitud del paciente:

5) ¿Cómo influye la medicación que puede darse desde el área médica en la personalidad de los pacientes?

6) ¿Cómo responden estos al tener que consumir medicación, si es que lo necesitan, para poder adelgazar?

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

7) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece que sería beneficioso para los pacientes que se incluya a terapia ocupacional dentro del tratamiento interdisciplinario?

9.2) Anexo N° II

Entrevistas “en bruto”

Entrevista del área Nutrición

Fecha: 15/07/10

N° de entrevista: 1

Rol del Nutricionista:

1) ¿Qué función cumple el nutricionista dentro del equipo?

“Nosotras somos dos nutricionistas, lo que hacemos es tratar específicamente la parte alimenticia, además de que coordinamos una vez por semana los grupos. Tenemos reuniones también individuales con los pacientes y realizamos evaluaciones en cuanto a los planes alimentarios que les damos, si lo han podido cumplir, si no fue así por qué, etc.”.

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos se persiguen desde el área nutrición en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

“Principalmente buscamos que los pacientes aprendan a comer de manera saludable. Que no se focalicen tanto en la pérdida de peso a cualquier costo, sino que aprendan a comer, a hacer su propio plan alimentario. Nosotras acá lo que hacemos es dar las herramientas para que luego del tratamiento los resultados sean mantenidos. Pero básicamente queremos que aprendan ellos mismos a hacerse sus planes alimentarios y sepan cómo combinar comidas, qué es lo mejor y lo peor para ellos, etc.”.

Modalidad de abordaje:

3) ¿Cómo se evalúa a un paciente que viene a la consulta?.

“Evaluamos a los pacientes tomando medidas antropométricas, las cuales van siendo luego, cada semana comparada con las reevaluaciones (peso, estatura, circunferencia

de cintura), además de que se complementa con una evaluación médica y un diagnóstico psicológico. Todas las semanas los pacientes antes de entrar y comenzar las reuniones deben pesarse, esto lo hacemos para llevar un control. Además preguntamos acerca de las comidas que ingiere, las cantidades y cada consulta vamos repreguntándolo para ver si ha habido modificaciones respecto de lo que pasaba al principio. Luego de la entrevista inicial se da ingreso al tratamiento, que puede ser grupal o individual. Es un Programa Intensivo de Adelgazamiento (PIA) que tiene tres etapas, las mismas duran cada una tres meses con dos reuniones cada semana, pasados varios encuentros se intenta lograr que el paciente arme su propio plan alimentario. Trabajamos con planes alimentarios no con dietas, les aclaramos también la diferencia entre estos dos conceptos; como parte del proceso de modificación de hábitos deben aprender a hacerse su propio plan, siempre contando con nuestra ayuda” **¿Se tienen en cuenta los objetivos del paciente, se le preguntan sus expectativas?** “Si, en la primer entrevista al paciente se le pregunta qué espera, qué desea lograr y anotamos el peso deseable y le indicamos luego cuál es, según su biotipo (características propias) el peso saludable”. **¿Difieren mucho estos dos pesos?** “Generalmente si, los pacientes pretenden tener pesos muy por debajo de lo que realmente es saludable para cada uno. Las expectativas en general son muy buenas, pero la fuerza con la que inician a veces se va cayendo. Además hay mucha frustración en gran cantidad de pacientes porque las primeras semanas no hay una disminución del peso como la que esperaban, o al revés, luego de una gran disminución de peso comienzan a estancarse y eso aumenta su ansiedad y repercute en su autoestima. Por eso es que insistimos en que es un proceso, que lo importante es la salud y no el número de la balanza, que eso se va a ir acomodando en tanto se vayan modificando los hábitos y aprendiendo a comer saludablemente, a la vez que realizando actividad física”. **Una vez que el paciente está**

en tratamiento ¿qué seguimiento se hace, con qué frecuencia, que objetivos se persiguen con las evaluaciones posteriores? *“Una vez por semana se pesan y cada tres meses se hace una reevaluación completa comparando los resultados con los del principio. El tratamiento tiene tres momentos, que duran tres meses cada uno. Luego de haber pasado por esas etapas, se sugiere un seguimiento cada dos o tres meses al principio y luego más espaciado, para continuar con el acompañamiento y para realizar controles y orientar al paciente si lo necesita”.*

Actitud del paciente:

4) ¿En cuanto al desempeño en diferentes áreas, presentan problemas o limitaciones? (ejemplo, recreación, productividad, etc.).

-“Generalmente son pacientes con una vida social poco desarrollada o que la han detenido producto de su enfermedad. Como un círculo vicioso, cada vez menos actividad, mayor permanencia en los hogares, mayor consumo de calorías, aumento de peso y disminución de actividad física, actividades sociales, etc”.

5) ¿Cómo influye en general en los pacientes la restricción alimentaria?

-“Al principio creen que deben dejar de comer, buscan recetas mágicas, con resultados rápidos. Pero luego van aprendiendo que deben esperar, que es un proceso a través del cual van a verse los resultados a largo plazo. El restringir la cantidad de alimentos o sustituirlos por algunos de mejor calidad puede desencadenar reacciones de angustia, muchas frustraciones porque no siguen al pie de la letra las indicaciones, o porque se han salido del plan por acudir a algún evento social, etc. Por eso es que trabajamos también de manera grupal, para que puedan verbalizar aquello que les pasa, para que otros cuenten sus experiencias, etc. Además hay un espacio con la psicóloga quien trata todos estos temas”.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

6) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece interesante que se sume Terapia Ocupacional al tratamiento interdisciplinario de estos pacientes?

–“Si, conozco la carrera, no en profundidad pero me parece muy interesante lo que se que realizan. Creo que cualquier aporte, desde diferentes disciplinas resultaría satisfactorio para el tratamiento de los pacientes con obesidad”.

Entrevista del área Educación Física

Fecha: 19/07/10

Nº de entrevista: 2

Rol del profesor de actividad física:

1) ¿Cuál es el rol que tiene el profesor con los pacientes?

-“Lo que se trata de lograr en estos pacientes desde educación física es que ellos entiendan y aprendan que es necesario para mantener la salud el mantenerse activos, hacer ejercicio, mover el cuerpo, respetando siempre las posibilidades que cada uno tiene. Además de tener en cuenta que sea gradualmente el cambio que realizan desde el sedentarismo hacia la actividad, muchos pacientes empiezan con mucha energía y de no hacer nada pasan a hacer en una semana todos los días gimnasia, luego dejan”.

Objetivo del área:

2) ¿Qué objetivos desde lo profesional, se persiguen con la implementación de educación física?

-“Que el paciente comience a modificar sus hábitos, que logre esto y sobre todo que pueda mantenerlo en el tiempo. Esto es lo que más cuesta, que se incluya dentro de su rutina. Que aprenda cómo realizar ejercicios y cuáles son los que mejor sirven para él. Además se genera algo muy lindo entre los pacientes empiezan a socializarse entre ellos, se dan entusiasmo unos a otros, los que asisten lo cuentan en la reuniones y promueven que los que no asisten empiecen a hacer”. **¿Entonces otro objetivo sería el promover la integración desde esta área?** “Si, eso pasa, además es un espacio en dónde una vez que van tomando confianza, desinhibiéndose se genera otro tipo de trato entre ellos mismos, empiezan a conocerse. Además se da la comunicación y la interrelación entre diferentes edades, que eso también es muy bueno, van jóvenes, adultos, adultos mayores, todos juntos y lo que se genera es lindo”.

Modalidad de abordaje:

3) ¿Qué tipo de actividad física se realiza?

-“Se realiza gimnasia aeróbica, (caminar, trotar), un poco de gimnasia localizada, (abdominales, ejercicios para los brazos, se trabajan las piernas, caderas, etc.). Y también dentro de lo aeróbico se realizan actividades dentro de un salón con música y de a poco se van soltando los pacientes y bailan un poco, comienzan a mover el cuerpo, esto genera placer, se ríen entre ellos, de ellos mismo, se genera un ambiente muy lindo, luego de esos ejercicios se hacen relajaciones con música también. Lo hacemos dos veces por semana, una vamos a la plaza y otro día para hacer gimnasia con música vamos a un salón”.

4) ¿Se realiza algún tipo de evaluación al paciente antes de que comience a realizar actividad física?

-“Las evaluaciones que se realizan son las médicas y con el médico se habla de las posibilidades de cada paciente. A su vez se le pregunta al paciente qué tipo de gimnasia ha realizado, si es que lo hizo, si tiene dolores, cuáles, etc.”. ¿Hay alguna evaluación propia de educación física? “No, me manejo con los datos del médico y lo que observo de los pacientes”.

5) ¿Es obligatorio dentro del tratamiento participar de estas actividades?

-“No, no es obligatorio, se sugiere y se hace demasiado hincapié en esto. Se les explica a los pacientes que además de las modificaciones en la dieta deben realizar un cambio de hábitos también en sus actividades, deben ser más activos”.

6) ¿Todos los pacientes realizan los mismos ejercicios?

-“No, si bien el tipo de ejercicios si, aeróbico, localizado y relajaciones, se adaptan las frecuencias y las exigencias para cada uno en particular. El que puede corre, el que puede trota y sino camina. Lo localizado también, si alguien tiene artrosis de tobillo, o

dolor en las rodillas, en vez de trabajar miembros inferiores se trabaja el tren superior, eso se va modificando según las posibilidades de cada paciente”.

7) ¿Hay ejercicios específicos que se realicen? (adopción de posturas, ejercicios para el control de la respiración, etc.)

-“No, si se les marca cuando la postura es incorrecta o se les explica el tipo de postura que deben tratar de mantener, pero se trabaja todo en conjunto. Si bien se explica durante la realización de actividades que es importante la respiración, que no dejen de respirar cuando hacen fuerza, etc. no se realizan puntualmente ejercicios de respiración como una cosa separada de todo lo demás”.

8) ¿Se les explica a los pacientes el sentido que tiene la realización de actividad física?

-“Si, y no sólo desde esta área, sino en las reuniones grupales que tiene dos veces por semana con la nutricionista o la psicóloga, se los invita a que participen. Además como les había dicho, los mismos pacientes se convencen entre ellos de lo bien que se sienten realizando actividad física y esto motiva a quienes no participan a hacerlo. Yo les explico para qué hacen cada actividad, les explico que no es solamente lo importante bajar de peso sino estar saludables y que una de las herramientas para lograrlo es el hacer actividad física, no solo durante los meses del tratamiento, sino siempre, ser activos, hacer deporte”.

Actitud del paciente:

9) ¿Cuál es el grado de participación de los pacientes en estas actividades? ¿Les interesa a los pacientes realizar actividad física, cómo se los motiva?

-“Los pacientes primero presentan resistencia, cuesta que vayan a realizar gimnasia. Se escudan en las limitaciones que pueden llegar a tener. En los dolores de rodilla, de columna etc. En cuanto a la motivación es a través de la invitación, de la sugerencia

desde las otras áreas y desde la experiencia y los testimonios de sus compañeros que asisten, creo yo que esa es la motivación más fuerte, más importante, porque pueden ver cómo influye el participar en el estado de salud de sus compañeros”.

10) ¿Qué significado le otorgan a la actividad física?

“Y muchas veces creen que “matarse” siendo gimnasia les va a dar la llave para adelgazar, pero se dan cuenta que no es así. Se les advierte, pero muchos de ellos deben probarlo. Fracasan y abandonan y vuelven a empezar y entonces ahí se realiza el clic y comienzan gradualmente, respetando sus limitaciones, sus necesidades. Al principio también sucede que lo único importante es el plan alimentario, a la gimnasia no le dan importancia, pero luego cuando se adentran en el proceso se dan cuenta y lo manifiestan que es importante. De todas maneras es difícil y cuesta vencer las resistencias, pero bueno, en muchos casos se logra”.

11) ¿Qué objetivos, expectativas tienen los pacientes que realizan actividad física? (fines estéticos, saludables).

“Empiezan todos, o casi todos, haciendo gimnasia queriendo lograr beneficios estéticos. Una vez que lo experimentan y se sienten mejor se dan cuenta que es algo saludable. Los objetivos que tienen ellos son muy variados, empiezan generalmente de dos maneras muy marcadas y muy opuestas, o con nada de ganas pero lo hacen porque sienten que deben hacerlo, o con mucha energía. En cualquiera de los dos casos, y sobre todo en el último, hay un primer período en el que las expectativas son un poco “mágicas”, hasta que van de a poco dándose cuenta que es un proceso y lleva tiempo y no sirve de nada hacer toda la actividad junta como no hacer nada”.

12) ¿Hay problemáticas físicas específicas en estos pacientes, o dificultades físicas que ellos manifiesten? (dolores articulares, acortamientos musculares, atrofas, etc.)

-“Si, presentan sobre todo dolores lumbares, o en los miembros inferiores, rodillas, tobillos. Pero de todas formas, aunque esos dolores estén presente, yo los incentivo a que igual vayan y realicen otros ejercicios, que pueden hacerse sentados por ejemplo. Además muchas veces esto lo usan como excusa, como les dije antes, y es por eso que uno trata de insistir para que la persona igual vaya”.

13) ¿Las limitaciones físicas repercuten en el quehacer cotidiano de los pacientes, de qué manera, qué expresan ellos? (movilidad, transferencias, higiene corporal, hacer tareas de la casa, trabajo, realización de otras actividades).

-“No, más que nada lo que se ve es que dejan de hacer cosas, o actividades más que por su limitación física por una limitación más de tipo social. Les da vergüenza a muchos hacer gimnasia en lugares públicos, al aire libre, en gimnasios para todo público etc. porque se ven y se sienten diferentes a los demás que asisten a estos lugares, y por vergüenza se quedan adentro de su casa o en lugares donde no los vean”.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

14) ¿Usted cree que hace falta algo más en el tratamiento, algún aspecto que aun no este siendo abordado en esta población? ¿Conoce lo que los terapistas ocupacionales hacen desde su profesión?

-“Lo que conozco de tratamiento para obesidad es esto que se hace acá, en la institución, pero creo que es bastante completo, que no le falta nada. Conozco qué es terapia ocupacional, me parece bueno, pero no sé cómo podría insertarse en este tratamiento”.

Entrevista del área de Psicología

Fecha: 22/07/10

Nº de entrevista: 3

Rol de profesional:

1) ¿Cuál es la función del psicólogo dentro del equipo?

-“Desde psicología lo que hacemos es tratar de educar al paciente para que modifique sus hábitos, tanto de alimentación como de vida en general, nuestro rol es psico-educativo. Son pacientes muy sedentarios, sin vidas sociales muy desarrolladas, muchas veces se ven familias enteras de personas con obesidad y bueno, ahí educamos desde nuestro rol en el cambio de hábitos para que las personas, por ejemplo, una mamá sepa cómo cocinar sano para su familia, sepa de la importancia de promover hábitos saludables entre sus hijos, etc. Además de ser un espacio de contención para los pacientes que sufren esta enfermedad”.

Objetivos del área:

2) ¿Cuál es el objetivo que desde este espacio se persigue dentro del equipo interdisciplinario?

-“Puntualmente el objetivo del área es educar, porque no queremos solamente que el paciente baje de peso, sino que modifique sus hábitos y tenga una mejor calidad de vida, eligiéndola él mismo. El objetivo también es que el paciente cuente con espacios en donde pueda desahogarse, sacarse dudas, compartir con gente que sufre lo mismo que él, etc. Y ese espacio lo coordino una vez por semana en una de las reuniones semanales”.

Modalidad de abordaje:

3) ¿En qué consiste la intervención desde esta área?

-“Se realiza en primera instancia una presentación del área a los pacientes cuando estos acuden a las primeras reuniones semanales. Psicología coordina junto con

nutrición en días separados. Se realizan actividades en base a cuestiones que van surgiendo dentro del grupo, para verbalizar posibles sentimientos, frustraciones, etc. A la vez que se van bajando también informaciones que se elaboran conjuntamente con el área de nutrición y que en reuniones grupales se trabajan de otra manera, desde la palabra. También, en caso de que así lo solicite o se le sugiera, los pacientes pueden tener sesiones individuales dentro de la institución, en donde se realiza un seguimiento más personalizado del paciente. Quizás estas sesiones no sean permanentes, sino que a veces, según las etapas por las que se transcurre durante el procesos del tratamiento, algunos pacientes necesitan mayor contención psicológica que otros, ya que es una enfermedad que también tiene fuertes características repercusiones psicológicas”.

4) ¿Qué pasa con la imagen corporal-mental de los pacientes cuando empiezan a perder peso? ¿Cómo es la relación de ellos con su propio cuerpo, aceptan esas modificaciones o se ve alguna resistencia, por ejemplo en cuanto al vestido; en el continuar vistiéndose con ropas grandes, talles mayores a los que necesitarían o al revés, utilizando ropa más chica?

–“Sucede muchas veces que ellos mismos no se reconocen, cuando comienzan a ver los efectos del tratamiento, aparecen ciertas alteraciones o repercusiones desde lo psicológico en donde se ponen en juego alteraciones vinculares, discusiones familiares, con amigos, pacientes que presentan cambios de carácter, angustias, frustraciones, etc. También pasa muchas veces que el paciente no se adapta a su nueva imagen corporal, sino que permanece con la imagen mental de su cuerpo como anteriormente era y si, continúa vistiéndose con ropas grandes o desaliñadas, etc. Cuesta mucho también aceptar ese “nuevo cuerpo” que aparece en la actualidad, que si bien era el esperado a su vez quita las propiedades del anterior. Y esta pérdida de la imagen anterior debe

trabajarse y llevar a la persona a que realice una actualización de la imagen corporal ajustada al presente”.

5) ¿Cuál es el rol de la familia dentro de este proceso?

–“Es muy importante la familia. A veces la familia ayuda, y muchas veces la familia convence al paciente a que comience el tratamiento. Pero asimismo muchas veces también es la familia que promovió el comienzo del tratamiento, quien boicotea al mismo, no de manera intenciona generalmente, pero se pierde el empeño de un principio y no acompañan al paciente, por ejemplo, en las modificaciones alimentarias, en los nuevos hábitos de ejercicio, etc. El rol de la familia es un punto fundamental, porque el paciente debe sentirse contenido y acompañado por su núcleo familiar y su entorno de amigo”.

Actitud del paciente:

6)¿Qué nivel de conciencia tienen los pacientes de que la obesidad es una enfermedad? ¿La aceptan como tal?.

-“Muchos pacientes, la mayoría dado que son adultos y adultos mayores presentan esta contradicción entre el cuerpo ideal que sería el que tuvieron desde hace 20 o 30 años con el cuerpo actual, muchos pretenden llegar a tener la silueta que presentaban al momento del casamiento, esta es la mayor limitación porque implica que realicen varios duelos para poder aceptarse y verse tal cual son ahora y cambiar ese imagen de cuerpo ideal que tienen por una imagen de cuerpo saludable.”

7)¿Cuáles son las limitaciones psicosociales, que los pacientes manifiestan o las que usted percibe, que alteren o dificulten su desempeño funcional? (alteraciones vinculares, aspectos expresivos, etc.).

-“Siempre que hay un avance en el tratamiento de estos pacientes, como que descendan de peso o puedan planificar una comida saludable en su casa aparecen

alteraciones vinculares, porque todos los roles y los vínculos que el paciente tienen se modifican frente al cambio del mismo y esto tienen que ver mucho con la dinámica familiar y el papel que el paciente juega dentro del grupo familiar.”

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

8) ¿Usted cree que hace falta algo más en el tratamiento, algún aspecto que aún no esté siendo abordado en esta población? ¿Conoce lo que los terapeutas ocupacionales hacen desde su profesión?

-“A mi particularmente me interesa saber que se puede ofrecer desde Terapia Ocupacional, estoy abierta a leer lo que resulte de esta investigación y creo que al centro también le interesaría conocer si se puede sumar alguna profesión al abordaje del paciente con esta enfermedad”.

Entrevista del área de Psiquiatría

Fecha: 28/07/10

Nº de entrevista: 4

Rol del psiquiatra:

1) ¿Cuál es la función del psiquiatra dentro del equipo?

-“Desde psiquiatría yo realizo evaluaciones a los pacientes cuando así me lo piden los demás integrantes del equipo. Si se detecta que algún paciente tiene que recurrir a la consulta psiquiátrica por diferentes características que se observan (mucha ansiedad, rasgos de depresión, etc., yo lo evalúo y recomiendo seguir tratamiento en esta área, o aquí en la institución conmigo o con algún psiquiatra fuera del equipo. También muchos pacientes vienen ya con tratamiento psiquiátrico, entonces acá se les da también un apoyo y se realiza un seguimiento desde esta área”.

Objetivos del área:

2) ¿Qué objetivos se persiguen desde psiquiatría en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

-“Principalmente detectar comorbilidad psiquiátrica en los pacientes y en caso de que esta exista derivar a un psiquiatra fuera de la institución, o en caso de que la persona lo desee brindar tratamiento acá mismo”.

Modalidad de Abordaje:

3) ¿Cómo se trabajan (si surgen) los síntomas que pueden aparecer durante el tratamiento?

-“Generalmente se tratan primero con la psicóloga, en caso de que lo requiera se hace una interconsulta conmigo. Y conjuntamente con la psicóloga vamos trabajándolo. Se utiliza para estos síntomas medicación según la afección del paciente, antidepresivos, ansiolíticos, y otras drogas según sea necesario. Es importante acompañar al paciente

y explicarle que el uso de los medicamentos es temporal, hasta tanto estos síntomas se resuelvan”.

Actitud del paciente:

4) ¿Cómo influye la medicación que puede darse desde el área médica en la personalidad de los pacientes? ¿Cómo responden estos al tener que consumir medicación, si es que lo necesitan, para poder adelgazar?

-“Los pacientes se muestran reticentes generalmente a la toma de medicación que indica el psiquiatra, las drogas o medicación que ofrece el médico son mejor miradas o toleradas porque los pacientes creen que son mágicas, son “para adelgazar”, en cambio la medicación psiquiátrica hace suponer una enfermedad, pero esa resistencia tratamos de trabajarla junto con el área de psicología a fin de que el paciente comprenda que es lo mejor para él”.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

5) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece que sería beneficioso para los pacientes y el equipo que se incluya a terapia ocupacional dentro del tratamiento interdisciplinario?

-“Conozco qué es terapia ocupacional, creo que sería muy bueno que se haga algo conjuntamente con terapia ocupacional, ya que el estar ocupados a los pacientes les haría muy bien también”.

Entrevista del área de Medicina Clínica

Fecha: 03/08/10

Nº de entrevista: 5

Rol del médico clínico:

1) ¿Cuál es la función del médico dentro del equipo?

-“La función del médico clínico es central dentro del equipo porque de él depende el diagnóstico de la enfermedad y a partir del mismo se va a programar el tratamiento desde las diferentes profesiones. Básicamente realizo un examen físico del paciente (presión arterial, pulsos, etc) el diagnóstico sobre causas secundarias de obesidad y examino la presencia de comorbilidades, generalmente los pacientes tienden a ser hipertensos, detecto mediante la anamnesis si hay factores de riesgo producidos por la obesidad y realizo el tratamiento de los mismos”.

Objetivos del área:

2) Qué objetivos se persiguen desde esta área en el tratamiento de los pacientes con obesidad?

- “Llevar un control médico sobre los pacientes, que incluye el control de la medicación, también se trata de concientizarlos sobre la cronicidad de la enfermedad porque son pacientes que tienen una larga data de evolución de la misma y educar al paciente para que sea responsable de su salud por eso también damos charlas para la familia y el paciente y tocamos temas que les provocan dudas”

Modalidad de abordaje:

3) Cómo se trabajan con los factores de riesgo y las comorbilidades que puede presentar un paciente?

-“Se les informa a los pacientes y al familiar que acompañe en la consulta sobre la enfermedad y sobre cuáles son los factores negativos para su salud. Siempre se hace un

trabajo en equipo por eso lo que hable el paciente conmigo en la consulta también va a ser tratado en otros espacios, en las charlas de grupo o con la psicóloga”.

Actitud del paciente:

4) ¿Cómo influye la medicación que puede darse desde el área médica en la personalidad de los pacientes?

-“ Los pacientes quieren que se los mediquen porque sienten que si van a lograr un cambio pero el centro no se caracteriza por eso, de dar la pildora mágica, porque no hay, al paciente se le advierte de esto, de todos modos muchos de ellos antes de llegar acá ya saben la modalidad del centro. Cuando requieren medicación en general es positiva la actitud de ellos frente a la misma porque les explico con que fundamento se las doy y cual es el fin que se intenta perseguir”.

Conocimiento de Terapia Ocupacional:

5) ¿Conoce qué es Terapia Ocupacional? ¿Le parece que sería beneficioso para los pacientes que se incluya a terapia ocupacional dentro del tratamiento interdisciplinario?

-“Conozco algunas terapistas ocupacionales que se especializan en el área de traumatología, y además actualmente los médicos están derivando más a terapia ocupacional para cuestiones de rehabilitación de miembro superior. Me parece que la obesidad es una enfermedad que debe ser tratada multidisciplinariamente, me interesa saber los aportes que se pueden hacer desde esta profesión”.

9.3) Anexo N° 3

Breve reseña sobre la Terapia Holística y los Ejes Corporales.⁷⁰

Desde la *Terapia Holística* se intenta promover una integración del ser humano en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales, ambientales y espirituales. Este modelo terapéutico se sustenta en la filosofía holística; el holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo más que como partes individuales. La mirada holística de la salud intenta promover en las personas el reequilibrio de las dimensiones emocionales, sociales, físicas, y espirituales. Entiende al abordaje terapéutico como un estímulo al propio proceso de curación, resaltando la importancia del registro personal para el logro del propio bienestar y la salud. La aplicación de sus técnicas tiene como fin producir modificaciones en todos los ejes que constituyen al ser humano. Es propulsora del desarrollo y del autoconocimiento de una persona para que ésta pueda mejorar su relación consigo mismo, con su entorno vincular y con su ambiente.

Esta concepción sostiene que el ser humano está constituido por los siguientes ejes:

1) Eje corporal: encargado de incrementar la percepción que tiene la persona con respecto a la alimentación, la sexualidad y la actividad corporal, el tiempo de descanso, el cuidado personal, los mensajes corporales, el tiempo libre y las tensiones de la vida cotidiana.

Los temas de relación con este eje son:

- La dieta: cuidados en la nutrición, hábitos alimentarios, la relación de la alimentación con la cantidad de actividad física realizada, cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren.

- Actividad corporal: al realizar actividad física se elevan las defensas del organismo y se lo ayuda a este a eliminar toxinas.

- Sexualidad: el ejercicio de una sexualidad plena eleva la autoestima, favorece la circulación y la descarga energética, y promueve las relaciones de pareja.

- Tiempo de descanso: muchos síntomas pueden estar relacionados con la obstaculización en el darse tiempos de descanso.

- Cuidado personal: adicciones a sustancias o tabaco, falta de cuidado del ambiente en el que se vive (desorden, falta de higiene, ruidos, etc.)

- Decodificación de los mensajes del cuerpo: tomar contacto con los mensajes que envía el cuerpo a través de diversos síntomas y sensaciones estimula la capacidad de escucharse y atender a las propias necesidades.

- Tiempo de esparcimiento: cómo y cuánto hace cada uno de aquello que le gusta hacer, lo que lo entretiene, lo que le proporciona placer.

- Tensiones o presiones de la vida cotidiana: al identificar hechos, ambientes, o personas que inciden negativamente en el estado de ánimo, brinda la posibilidad de cambiar lo que sea posible de esa situación.

2) Eje mental: se encarga de incrementar el registro de la persona con respecto a sus creencias y al modo en que éstas se insertan en su vida constituyendo o no un obstáculo. Es decir, poder reconocer si existe la consonancia entre lo que se piensa se siente y se hace

3) Eje afectivo: se plantea aumentar el registro de la persona en cuanto al estado de ánimo, las emociones y sentimientos.

• Estado de ánimo: llamado también estado afectivo, oscila entre el buen humor y el mal humor y por lo tanto es positivo, neutro o negativo. Cada persona cuenta con una tendencia habitual, más o menos marcada hacia uno u otro sentido. El afecto influye en las sensaciones corporales, en las percepciones de uno mismo y del entorno, y en la toma de decisiones.

• Emociones y sentimientos: las emociones implican tendencias a la acción, surgen como reacción a evaluaciones automáticas que los sujetos hacen con relación a las situaciones que se les presentan. Las emociones son adaptativas, ya que están al servicio de la supervivencia de la especie, son ellas las que gobiernan los objetivos prioritarios de las personas y comunican intenciones entre ellas. La expresión de la emoción es fundamentalmente comunicativa y sirve para regular la interacción social.

Las emociones integran cuatro componentes principales, estos son:

- Experiencia corporal.
- Estado cognitivo.
- Motivación.
- Conductas expresivas.

4) Eje espiritual: es el encargado de incrementar la percepción de la persona con respecto al significado y sentido que le da a su vida, la conexión con su esencia creativa y cómo la escala de valores concuerdan con su ser.

5) Eje relacional: se plantea incrementar el registro de la persona con respecto a la funcionalidad de sus vínculos, la relaciones laborales y su desempeño en los roles que asume.

6) Eje evolutivo: se encarga de incrementar el registro de la persona en cuanto al momento evolutivo que está atravesando y las características esperables para los mismos. Este eje a su vez actúa como una variable que atraviesa a todos los anteriores, porque cada momento evolutivo de la persona es único, y es único también lo que sucede a través de cada eje en diferentes momentos de la propia historia de cada sujeto..

Para el análisis de las entrevistas se tuvieron en cuenta estos ejes, con el objetivo de determinar qué eje se intenta modificar con las intervenciones de cada profesión, y cuáles son los ejes sobre los que se podría trabajar desde Terapia Ocupacional. Esta concepción holística demuestra que cada eje se comporta como una dimensión que abarca muchos temas relacionados entre sí o subdimensiones (por ejemplo: eje corporal incluye la sexualidad y el cuidado personal, entre otros) que lo constituyen.

10. Referencias bibliográficas

¹ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “Epidemiología de la obesidad” En: Fuchs A. *Obesidad: Causas, Consecuencias y Tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 41-83).

² **Braguinsky, J.**, “Pandemia de Obesidad. Hacia un Programa Nacional para enfrentar la Pandemia”. *Obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios*. 2008, vol. 19. Pág. 23.

³ **Braguinsky, J.** y et al. “Una visión general de la etiopatogenia de la obesidad”. En: Braguinsky, J. y Aguirre Ackerman, M. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 63 – 72.

⁴ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “Historia de la Obesidad. Obesidad: una visión histórica y antropológica” En: Montero J. *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial: El emporio ediciones/ CORPUS. 2007. Págs. 21-36.

⁵ **Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)**, “Transición de la nutrición y obesidad”; <<http://www.fao.org/FOCUS/S/OBESITY/obes2.htm>> consultado 29 Abril de 2010.

⁶ **Braguinsky J.** y et al. “Concepto, definición y diagnóstico”. En: Braguinsky, J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES 2007 Págs. 3 -26.

⁷ **Braguinsky, J.** y et al. “Conceptos generales de la clínica de la Obesidad”. En: Braguinsky, J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 255 - 273.

⁸ **Braguinsky, J.** y et al. “Epidemiología de la obesidad”. En: Braguinsky, J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 27 – 43.

⁹ **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”. Serie de informes técnicos; N° 916. <<http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>>. Consultado: 15/ 03/10.

¹⁰ **Natural Centers for Health Statistics**. “Nacional Health and Nutrition examination Surrey”. <www.cdc.gov/nhanes/espanol.historia.htm> Consultado: 27/09/08

¹¹ **Brito, Clacheo** y et al. “Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?”. Centro de estudios sobre nutrición infantil (CESNI). 2004. Primera Sección

¹² Idem cit. 11

¹³ **Burgos Díez, P.** y et al. “Estudio de obesidad en el medio sanitario”. <<http://scielo.isciii.es/scielo.php>> Consultado 21/09/09.

¹⁴ Idem cit. 11

-
- ¹⁵ Idem cit.11
- ¹⁶ Idem cit. 11
- ¹⁷ Idem cit.11
- ¹⁸ **Vincenti, M.** “Obesidad, el desafío de la industria”. **Obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios**, 2008, vol 19, nº 3, pág 19.
- ¹⁹ **Szymula, C.** y et al. 2008. “Prevalencia de sobrepeso en Corrientes y Resistencia” (resúmen). **Obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios**. Vol. 19. Pág. 52.
- ²⁰ Idem cit. 11
- ²¹ Idem cit. 1
- ²² Idem cit. 3
- ²³ **Braguinsky, J.** y et al. “Una visión epidemiológica de la pandemia de obesidad” En: Braguinsky, J. **Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad**. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 45 – 57.
- ²⁴ **Braguinsky, J.** y et al. “Prevención de la obesidad: una tarea de la salud pública” En: Ferradas, N. **Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad**. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 739 – 756.
- ²⁵ **Politi, P.** “Obesidad y cáncer”. **Obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios**. 2008, vol. 19, nº 3, p. 5 – 11.
- ²⁶ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al “Obesidad e hipertensión arterial” En: Vergottini J. C. **Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento**. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 271-291.
- ²⁷ Idem cit. 24.
- ²⁸ **Braguinsky, J.** y et al. “Farmacoterapia de la obesidad. El presente”. En: Braguinsky, J. y Bauzá, C. **Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento**. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 673 – 696.
- ²⁹ **Bauzá, C., Céliz, O.** y et al “Farmacología de las obesidades” En: Bauza, C. **Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento**. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 701-742.

-
- ³⁰ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “Tratamiento dietoterápico de la obesidad”. En: Chiavassa, E. *Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 636 a 638.
- ³¹ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “Obesidad en situaciones especiales: obesidad mórbida”. En: Ghione Pleñayo, S. y Ghione Pleñayo, A. “Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento”. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 525 A 527
- ³² **Braguinsky, J.** y et al. “Aspectos psicológicos del tratamiento”. En: Tamburini, S. *Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 663-670.
- ³³ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “La actividad física y la obesidad”. En: Céliz, O. *Obesidad: Causas, Consecuencias y Tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs. 669 - 695.
- ³⁴ **Braguinsky, J.** y et al. “Actividad Física y ejercicioterapia”. En: Braguinsky, J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Pág. 656.
- ³⁵ **Braguinsky, J.** y et al. “Prescripción de actividad física”. En: Saavedra, C. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires. Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Pág. 659 – 662.
- ³⁶ **Podio, L. y Lauría, A.** “Historia del ayurveda”. En: “Alimentación Ayurveda, para una vida sana, plena y feliz”. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Lea, 2008. Págs. 13 – 16.
- ³⁷ **Berra, J. L.** ¿Cuál es el origen de la Ayurveda? ¿Cuáles son su fundamento y aportes en el mundo? En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 19 - 25.
- ³⁸ Idem cit. 37.
- ³⁹ **Harit Ayurveda Spa.** “Nutrición ayurvédica” <<http://www.ayurvedasalud.com>> Consultado: 8/06/10.
- ⁴⁰ **Chopra, D.** “Un lugar llamado salud perfecta”. En: *La perfecta salud*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Vergara, 2009. Págs. 20 – 143.
- ⁴¹ **Berra, J. L.** ¿Cuáles son los principios generales de alimentación y las recomendaciones generales desde el Ayurveda? En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu*. Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós, 2009. Págs. 75 - 96.
- ⁴² **Berra, J. L.** ¿Cuál es su constitución mental y corporal? ¿Siente o tiene algún desequilibrio corporal. En: *Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 64 - 70.

-
- ⁴³ **Chopra, D.** “Reestablecimiento del equilibrio”. En: La perfecta salud”. Buenos Aires, Argentina. Editorial Vergara., 2009. Págs. 143 - 173.
- ⁴⁴ **Podio, L. y Lauría, A.** “El alimento es medicamento”. En: Alimentación Ayurveda, para una vida sana, plena y feliz. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Lea, 2008. Págs. 17 - 28.
- ⁴⁵ Ídem cit. 41.
- ⁴⁶ **Berra, J. L.** “El vegetarianismo: Sobrepeso y Obesidad”. En: Ayurveda, una medicina milenaria al servicio del cuerpo, la mente y el espíritu. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 2009. Págs. 185 - 189.
- ⁴⁷ **Crepeau, E. y et al.** “Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento Ocupacional: Generalidades sobre el comportamiento ocupacional” En: Barret L, Kielhofner G. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional 10ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Págs. 209-212.
- ⁴⁸ **Crepeau, E. y et al.** “Modelo de Ocupación Humana” En: Kielhofner G. y cols. Willard/ Spackman Terapia Ocupacional 10ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Págs.212- 214.
- ⁴⁹ **Crepeau, E. y et al.** “Ecología del desempeño humano” En: Dunn W.y cols. Willard/ Spackman Terapia Ocupacional 10ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Págs.223- 226.
- ⁵⁰ **Braguinsky, J. y et al.** “Obesidad en el adulto mayor”. En: Braguinsky, J. y Asaduroglu, A. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 445 – 481.
- ⁵¹ **Braguinsky, J. y et al.** “El hígado en la obesidad”. En: Aranda, M. M. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 537 – 555.
- ⁵² **Braguinsky, J. y et al.** “Obesidad de la mujer”. En: Cappalatti, A. M. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 445 – 481.
- ⁵³ Idem cit. 50.
- ⁵⁴ **Crepeau, E. y et al.** “Evaluación de las áreas de ocupación” En: Rogers, J. y Holm, M. B. Willard/ Spackman Terapia Ocupacional 10ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Págs.315 - 339.
- ⁵⁵ **Braguinsky, J. y et al.** “Conclusiones sobre la clínica de la obesidad”. En: Braguinsky, J. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 483 – 484.
- ⁵⁶ Idem cit. 50

⁵⁷ Idem cit. 7.

⁵⁸ Idem cit. 54.

⁵⁹ **Stepke Lolas F.** “Consideraciones sobre vulnerabilidad social” Quirón, Revista de medicina y Bioética. Volumen 35 N° 1/3. 2004 Buenos Aires. Págs.45 - 51.

⁶⁰ **Braguinsky, J.** y et al. “Introducción a la terapéutica de la obesidad. Sus objetivos, programas de tratamiento”. En: Braguinsky, J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial ACINDES, 2007. Págs. 587 – 596.

⁶¹ Idem cit. 24.

⁶² Idem cit. 50.

⁶³ **Schwartzmann, L.** “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”. <<http://www.scielo.cl/scielo.php>> Consultado:17/06/10.

⁶⁴ Idem cit. 50.

⁶⁵ **Bauza, C., Céliz, O.** y et al. “Aspectos psicológicos en Obesidad”. En: Lofrano V. *Obesidad: Causas, Consecuencias y Tratamiento*. Buenos Aires. Argentina. Editorial El Emporio Ediciones/ Corpus, 2007. Págs.529-542.

⁶⁶ **Crepeau, E.** y et al “Evaluación en terapia ocupacional: Evaluación contextual del desempeño”. En: Spencer, J.C. Willard/ Spackman *Terapia Ocupacional 10ª edición*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Unidad Siete. Cap: 26. Págs. 441-444.

⁶⁷ **Paolini E.** “Consideraciones sobre lo normal y lo patológico en la concepción dialéctica vincular. El grupo como agente generador y corrector”. Artículo inédito.

⁶⁸ **Crepeau, E.** y et al. “Relación terapéutica: manifestaciones y desafíos en la terapia ocupacional”. En: Peloquin S.M. Willard/ Spackman *Terapia Ocupacional 10ª edición*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2005. Unidad Cuatro. Cap: 14. Págs. 157- 168.

⁶⁹ **Graff Miriam.** “Conocimiento y aplicación de principios de protección articular durante la ducha personal en artrosis”. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2009.

⁷⁰ **López Blanco A.** “El cuerpo integrado”. En López Blanco A. *El cuerpo tiene la palabra*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Robin Books, 2004. Págs. 31-40.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

.....
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223-4752442.

Jurado:

- ✓ lic. Poma Sacha
- ✓ lic. Dillateguerra M. Sosana
- ✓ lic. Simonetti Virginia

Fecha de Defensa: 22/10/10

Nota: 9 (nueve)