



**Universidad  
Andrés Bello**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO  
FACULTAD DE REHABILITACIÓN  
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL  
MAGÍSTER EN TERAPIA OCUPACIONAL

**EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA  
PREVENCIÓN PRIMARIA DE OBESIDAD EN  
NIÑOS Y NIÑAS ENTRE SEIS MESES Y DOS AÑOS**

Tesis para optar al grado de Magíster en Terapia Ocupacional mención  
Salud Física

Autores:

Daniela Macarena de la Fuente González

Maximiliano Alberto Peralta Espinoza

Profesor guía: Roxana Muñoz González

Santiago de Chile, 2017

## **Agradecimientos**

Agradecemos a nuestras familias y amigos por el apoyo constante y comprensión; a nuestra guía de tesis que nos motivó y acompañó durante todo el proceso en estos años; y a todas las personas que colaboraron por su tiempo y disposición.

## **Resumen**

La presente investigación busca conocer el rol de la Terapia Ocupacional en la prevención primaria de obesidad en niños y niñas entre seis meses y dos años, por medio de una investigación cualitativa que permite obtener información desde la perspectiva de los Terapeutas Ocupacionales entrevistados. La relevancia de la investigación radica en que la obesidad infantil es un campo escasamente abordado por los Terapeutas Ocupacionales, tanto en su formación como en su ejercicio, a pesar de relacionarse con aspectos ocupacionales esenciales de la Terapia Ocupacional y donde ésta podría aportar estableciéndose los niños y niñas con obesidad como un campo de intervención de la profesión. La investigación revela el rol actual y el rol esperado de los y las Terapeutas Ocupacionales en relación al contexto, hábitos y desempeño ocupacional respecto de la obesidad infantil, que permite respaldar la idea propuesta sobre la pertinencia y necesidad de la participación de estos profesionales en equipos que aborden, desde la prevención y promoción, la obesidad infantil.

## Índice

I.	Introducción .....	5
II.	Problema de investigación .....	9
III.	Marco Teórico	
	3.1 Antecedentes de la obesidad infantil.....	10
	3.2 Prevención primaria como intervención social	
	3.2.1 Rol del Terapeuta Ocupacional en prevención primaria.....	26
	3.2.2 Vida cotidiana, familia y hábitos en obesidad infantil.....	33
IV.	Marco Metodológico	
	4.1 Diseño de investigación.....	43
	4.2 Diseño muestral.....	44
	4.3 Técnicas de producción de información.....	45
	4.4 Procedimientos de análisis.....	46
	4.5 Consideraciones éticas.....	48
V.	Análisis	
	5.1 Obesidad infantil.....	51
	5.2 Prevención y Terapia Ocupacional: rol actual.....	55
	5.3 Prevención y Terapia Ocupacional: rol esperado.....	63
VI.	Conclusiones.....	72
VII.	Referencias bibliográficas.....	79
VIII.	Anexos	
	8.1 Anexo 1: Pauta de entrevista.....	88
	8.2 Anexo 2: Consentimientos informados.....	89
	8.3 Anexo 3: Tabla de codificación.....	89
	8.4 Anexo 4: Entrevistas.....	90

## I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la obesidad ha ido en aumento en todo el mundo. Mönckeberg y Muzzo (2015) señalan que “fue a partir de la década de 1950, que se comenzó a notar en U.S.A. un incremento de la obesidad, que se aceleró en forma imprevista durante el período 1980-2008” (p.96). En particular, “la obesidad infantil se cuadruplicó entre los años 1985 y 2000” (Salas., Gattas, Ceballos y Burrows, 2010, p.1217). Esto, debido a cambios sociales importantes que han modificado los estilos de vida y la cotidianidad de las personas. Burrows (2000) en relación al aumento del peso corporal, indica que:

(...) está asociado a cambios en los hábitos de ingesta y de actividad física de la población. El gran desarrollo de la industria alimentaria, la mejoría del poder adquisitivo, los cambios socioeconómicos y los avances tecnológicos acaecidos en la última mitad del siglo que termina, han modificado la dieta y los estilos de vida de la sociedad occidental, alcanzando también estos cambios al mundo del oriente. (p.105)

En relación a nuestro país, Heynig (2008) señala:

A partir de 1930 Chile ha vivido un proceso progresivo de urbanización (...) con su correspondiente proceso de industrialización y proletarización, la alfabetización de la población, mejoras en las condiciones sanitarias y en la disponibilidad de agua potable. Por otro lado, el crecimiento económico y el consecuente aumento en el ingreso per cápita de una parte de la población, las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC's), el ingreso de Chile al mercado mundial y la importación de nuevos estilos de consumo, han

generado cambios importantes en las condiciones y estilos de vida de los chilenos. (p. 60)

Por lo tanto, el aumento de la obesidad infantil se ha debido a cambios sociales, culturales, políticos y económicos que han impactado y modificado la vida cotidiana de la población mundial.

Para efectos de esta investigación, se considera el rango de edad de los seis meses a los dos años. Esto debido al inicio de la alimentación complementaria (incorporación de otros alimentos adicionales a la leche materna) en donde “se desarrolla la diferenciación de texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencias de los alimentos (...) El principal objetivo de la alimentación complementaria es que niñas/os se vayan acostumbrando a los alimentos nuevos y a la alimentación de los adultos” (Chile Crece Contigo, s.f.). Además, “la elección de alimentos saludables para los lactantes y los niños pequeños es crucial por cuanto las preferencias de alimentación se establecen tempranamente en la vida” (OMS, 2016). El Ministerio de Salud (2015) señala la importancia de la alimentación en los primeros mil días de vida, desde la gestación hasta los dos años, así mismo señala que “constituye uno de los principales determinantes del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas (...) tienen un papel preponderante en el potencial de desarrollo físico, intelectual y emocional del niño” (p.7). Por lo tanto, el rango de edad establecido corresponde a una fracción de “los mil días”, ya que la alimentación deja de ser un momento íntimo con la madre (lactancia exclusiva) y se incorpora el contexto a la alimentación, aumentando radicalmente los factores externos que influyen en la demanda de ésta. Es por esto la relevancia de la prevención primaria en este período, ya que el rol de los padres y del contexto es crucial al enfrentarse el niño/a a sus primeras experiencias de alimentación.

Muchos factores contribuyen al desarrollo de la obesidad infantil, tanto internos como externos al niño/a. Las conductas de quienes lo rodean (familia, comunidad) pueden contribuir al desarrollo de la obesidad e interferir en la participación de los niños/as, tanto en su desempeño en los diferentes ambientes como en las actividades propias de su ciclo vital, con la probabilidad de extenderse a las siguientes etapas, como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) señalando que “sin intervención, los lactantes y los niños pequeños obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta”.

Por lo tanto en esta etapa es crucial el desarrollo de hábitos del niño/a, influenciado directamente por la familia y personas que lo rodean. Es así como la prevención primaria aparece como una estrategia clave en la visualización e intervención precoz de la obesidad infantil, tanto a nivel macro de nuestra cultura y sociedad, como en lo concreto que es la vida cotidiana de los niños, niñas y sus familias.

La Terapia Ocupacional centra su enfoque en la ocupación de las personas y su participación en las actividades diarias significativas. Por lo tanto, la obesidad infantil es un área en donde es posible cumplir una importante función desde la mirada ocupacional, visualizando la problemática de manera contextual y considerando las condiciones socio familiares que involucra. Es así como se considera que los Terapeutas Ocupacionales pueden desempeñar un rol fundamental en la prevención y promoción de la obesidad infantil, puesto que la vida cotidiana y los hábitos son materias que identifican a la profesión.

Esta relación entre obesidad infantil y Terapia Ocupacional, mirada desde la prevención primaria, es lo que motiva a desarrollar esta investigación para llegar a una conclusión

que pueda sustentar y fundamentar el rol y las competencias del Terapeuta Ocupacional en ésta área.



## II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se plantea la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cuál es el rol del Terapeuta Ocupacional en la prevención primaria de obesidad en niños y niñas entre seis meses y dos años?*

Con los siguientes objetivos:

Objetivo general:

*Conocer el rol del Terapeuta Ocupacional en la prevención primaria de obesidad en niños y niñas entre seis meses y dos años.*

Objetivos específicos:

- 1.- Describir el rol actual del Terapeuta Ocupacional en prevención primaria de obesidad infantil.*
- 2.- Analizar las prácticas y competencias del Terapeuta Ocupacional en relación a la prevención primaria de obesidad infantil.*
- 3.- Relacionar el rol del Terapeuta Ocupacional con la intervención social en obesidad infantil.*

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Antecedentes de la obesidad infantil**

A continuación se desarrollan los antecedentes de la obesidad infantil que permiten conocer en su globalidad como ha sido definida, algunos datos epidemiológicos, sus causas, consecuencias, tratamiento y lo que se ha realizado en prevención, principalmente primaria. A partir de esto, se pretende resaltar la problemática desde sus aspectos socio-ambientales, en contraste a la visión biomédica tradicional de la obesidad infantil. Cabe mencionar que algunos autores se refieren a las personas con obesidad como “el obeso”, lo que traduce una perspectiva cosificada de la persona y su situación de obesidad. Si bien esto no refleja la postura de los investigadores, las citas se han elegido por el aporte de su contenido.

La obesidad infantil se ha definido como un problema de salud pública (OMS, 2016), como un desafío nutricional (Moraga, et al., 2003), como epidemia (Mönckeberg y Muzzo, 2015), trastorno nutricional (Durá y Sánchez, 2005), pandemia (Achor, et al., 2007), enfermedad crónica (Moreno, 2012), entre otros. Como se ha mencionado, ha tomado gran relevancia durante los últimos años debido a su alarmante incremento, estableciéndose como “uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI” (OMS, 2016) y que está afectando a millones de niños y niñas de manera progresiva. Toda definición es preocupante. Se revisan algunas según autores que proponen distintos elementos en su construcción.

La OMS (2016) define la obesidad como la “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Alarcón (2012) la define como una enfermedad crónica caracterizada por “un incremento anormal del peso (...) como resultado de un desbalance entre el consumo y el gasto de energía” (párr.2). Estas son definiciones de lo que es en concreto la obesidad, desde los componentes fisiológicos, es decir, de lo que ocurre físicamente en una persona con obesidad desde una mirada más bien biomédica. Sin embargo hay más elementos que agregar a su definición, ya que si bien existen características y cambios a nivel fisiológico, las personas están inmersas en un ambiente que impacta en el desarrollo de ciertas conductas relacionadas a la obesidad. Morales (2010) ofrece una definición desde las causas que permite ampliar los factores que la describen:

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de una interacción compleja entre la dieta, actividad física, y el ambiente el cual abarca un rango de elementos físicos y sociales que estructuran el ambiente obesogénico en el que la tendencia del mundo moderno y la tecnología actual condicionan patrones de trabajo y de transporte más sedentarios. (p.75)

Esta definición incluye factores ambientales y sociales, más que los puramente biológicos, relevantes en el desarrollo de la obesidad infantil. La dieta y la actividad física forman parte del ambiente del niño y niña, ya que están influenciadas por el contexto físico y social que los rodea. No se puede separar al niño/a del mundo social en el que vive, ya que interactúa y se relaciona constantemente en diferentes contextos. Las condiciones externas tanto físicas, estructurales y relacionales (intersubjetividad), como también el contexto social, cultural, político y económico, juegan un papel esencial en la construcción de hábitos, aprendizajes y desarrollo del niño/a. Medina, Aguilar y Solé-

Sedeño (2014) ofrecen una definición que resume lo reflexionado anteriormente, diciendo que la obesidad es una “situación corporal que cabalga entre los límites de lo médico-nutricional, lo psicológico y lo socio-cultural” (p.67). Es complejo definir obesidad debido a los múltiples factores que involucra, tal como señalan Dias y Enríquez (2007):

(...) no existe una definición única sino múltiples definiciones, que la vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad (...) cuando intentamos definir esta enfermedad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. (p.23)

Por lo tanto, las causas por las que los niños/as presentan obesidad tienen que ver con diferentes aspectos, que se pueden diferenciar como internos (genéticos) y externos al niño/a (ambientales, sociales) que interaccionan entre sí (Tejero, 2008). Esto sin la intención de fragmentar, por el contrario, se pretende resaltar la mirada integral y biopsicosocial de los seres humanos.

La OMS (2016) indica que la causa fundamental de la obesidad infantil es “el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico” con factores como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el

cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización. (OMS, 2016)

Se comienza por las causas genéticas de la obesidad. Si bien no es relevante profundizar en esto, debido a que se pretende abordar el aspecto preventivo y socio-ambiental de la obesidad, se debe reconocer que también existen factores internos al niño/a que pueden predisponer a la obesidad. Lo fundamental es considerar que “la obesidad común y los fenotipos relacionados con ella tienen un componente genético significativo y existe amplia evidencia de la influencia de múltiples genes en el desarrollo de esta enfermedad” (Tejero, 2008, p.448). En cuanto a cómo actúa la genética, Achor, et al. (2007) señalan que

(...) los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. (p.35).

En relación a esto se considera que lo más relevante es tener en cuenta que “el predominio de obesidad en la familia sugiere una predisposición genética a ser gordo. Los niños y niñas obesos tienen generalmente antecedentes familiares de obesidad, especialmente de su madre” (Díaz y Enríquez, 2007, p.23).

Sin embargo, autores como Arteaga (1997) concuerdan con una etiología genético-ambiental, es decir, una combinación de ambos factores para la obesidad (Achor, et al, 2007). Si bien el niño/a puede tener una predisposición genética o metabólica al

sobrepeso, él/ella vive en un ambiente de constante interacción y se relaciona con él favoreciendo o no el desarrollo de la obesidad, “tener esa predisposición a la obesidad debe llevar a tomar las medidas necesarias para evitar que la herencia genética se manifieste” (Federación UNAE, s.f.).

Por lo tanto, existen causas sociales y ambientales que se consideran como las más relevantes en la determinación de la obesidad infantil, sobre todo las relacionadas a las conductas de los padres y cercanos al niño/a, que favorecen el desarrollo de la enfermedad.

La OMS reconoce la causa social de la obesidad infantil señalando que “no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, sino también, cada vez más con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación y procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos” (OMS, 2016).

En la introducción de este documento se señalan las causas del aumento de la obesidad en el mundo, las cuales son netamente sociales, ya que “los cambios económicos y laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida que han afectado las bases mismas de nuestra forma de vivir y de alimentarnos” (Medina, Aguilar, Solé-Sedeño, 2014, p.68). Se consigna entonces que las causas o procesos sociales que ocurren se reflejan, en relación a la obesidad infantil, en efectos ambientales (concretos, cotidianos) que conforman el escenario de su desarrollo.

En relación a esto, Douglas señala que:

(...) la selección de los alimentos es, sin duda, de entre todas las actividades humanas, aquella que se sitúa de manera más desconcertante a caballo entre la naturaleza y cultura. La elección de los alimentos está relacionada con las necesidades del cuerpo, pero también en gran medida con las de la sociedad. (citado en Medina, Aguilar y Selé-Sedeño, 2014, p.70)

Esto es fundamental considerando que, como se ha mencionado, la ingesta de alimentos es una de las causas principales de la obesidad infantil. Tanto la disposición de alimentos como la selección de ellos, tienen que ver con condiciones sociales, culturales, políticas y económicas que enmarcan las necesidades de alimentación de las personas y de producción de los alimentos. En el siguiente cuadro (tabla 1) se mencionan algunas de ellas, se señalan las causas de la obesidad infantil según correspondan a causas sociales o ambientales, con la intención de diferenciar los procesos sociales de los más relacionados a la cotidianidad, proponiendo que las conductas de la población en relación a la obesidad se enmarcan dentro de un contexto que ha permitido y fomentado su desarrollo. Por lo tanto se considera que no existe una sola causa de la obesidad infantil, sino que existe una interacción entre múltiples factores.

Tabla 1

*Causas sociales y ambientales de la obesidad infantil*

Causas Sociales	Causas Ambientales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbanización</li> <li>• Capitalismo</li> <li>• Cambios en los modos de transporte</li> <li>• Desarrollo social y económico</li> <li>• Políticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de vida, rutinas cotidianas, hábitos</li> <li>• Cambio dietético: aumento ingesta alimentos hipercalóricos y procesados</li> <li>• Sedentarismo: disminución actividad física y recreativa. Televisión.</li> </ul>

- 
- Modernización
  - Civilización
  - Industrialización
  - Globalización
  - Crisis socioeconómicas
  - Tecnología
  - Publicidad
  - Comidas fuera de casa, comida rápida
  - Reducción del tamaño familiar
  - Incorporación al mundo laboral de todos los miembros adultos de familia nuclear
  - Modificaciones jornada laboral y mayores desplazamientos
  - Menos tiempo para dedicar a tareas domésticas: cocina
  - Tradiciones familiares
- 

Se visualiza entonces que existen causas a nivel social que han significado cambios a gran escala de la población, procesos sociales que modifican la cotidianidad de las personas, de las familias y de los niños/as. En relación a esto, Federación UNAE (s.f.) señala que:

La televisión es hoy en día uno de los factores sociales que más contribuyen a la obesidad de los niños, especialmente entre quienes la tienen en su habitación, porque el tiempo que los niños pasan sentados delante del televisor no hacen ejercicio y es muy común que mientras coman golosinas. Los programas para niños incluyen muchos anuncios publicitarios de comida. Los niños que ven más anuncios de comida comen más esos alimentos que los que no los han visto. (s.p.)

Por lo tanto la obesidad infantil se visualiza desde lo más global a lo más concreto, por lo que en las causas ambientales es donde se pretende hacer hincapié, ya que es en la cotidianidad donde los Terapeutas Ocupacionales tienen las herramientas para intervenir



en la prevención de la obesidad infantil: estilos de vida, rutinas, hábitos, es decir, en el día a día del niño/a, familia y comunidad. Se desarrollan en profundidad los aspectos ambientales en el capítulo de familia, ya que para efectos de esta investigación, la familia contempla el contexto más inmediato y relevante para la prevención de la obesidad en el rango de edad que se considera.

También es importante conocer datos epidemiológicos relacionados a la obesidad infantil y factores asociados a ella.

A nivel mundial la OMS (2016) señala que “el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013” y agrega “si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025”.

Podemos observar este fenómeno a nivel local. Atalah (2012) señala que en la población atendida en el sistema público de salud en Chile, que representan al 65% de todos los niños/as menores de 6 años del país, “existe un 9,6% de niños con obesidad (relación peso-talla superior a 2 desviaciones estándar (DE) de la referencia OMS, a lo cual se agrega un 22,6% con sobrepeso (relación peso-talla entre 1 y 2 DE)” (p.119), según cifras de diciembre del 2010. Según cifras del 2015, “un 10,3% de los niños y niñas menores de 6 años son obesos y un 24% tienen sobrepeso, es decir, uno de cada tres niños menores de seis años tiene malnutrición por exceso” (Ministerio de Salud, 2015, p.6). Estas cifras alarmantes reflejan la necesidad de actuar de manera preventiva, temprana y efectiva. Buscar nuevas estrategias, repensar la obesidad y sus posibles intervenciones. Los factores externos aumentan a medida que el niño/a crece y se enfrenta a nuevos escenarios de socialización que pueden significar un factor de riesgo y

configurar la realidad del niño/a. Es por esto la relevancia de intervenir desde la prevención primaria, es decir, evitar la obesidad en los niños/as sanos o futuros niños/as, por esto el abordaje debe ser familiar y comunitario, para que el niño/a aprenda e incorpore estilos de vida y hábitos saludables desde el primer momento de alimentación, sobre todo en la etapa crucial de aprendizaje que se contempla.

Por otra parte, es fundamental considerar el estado nutricional de los adultos que rodean al niño/a, ya que como se ha mencionado, la obesidad o sobrepeso en los padres o cuidadores podría reflejar los hábitos de la familia, los que se transmiten y aprenden. Atalah (2012) señala que “2 de cada 3 adultos en Chile tiene un peso sobre lo normal” (p.119). Las cifras de mujeres embarazadas también son fundamentales. Atalah (2012) señala que “más del 50% de las embarazadas en control en el SNSS - Sistema Nacional de Servicios de Salud - presenta algún grado de sobrepeso u obesidad” (p.120). Y es fundamental ya que se asocia al estado nutricional del niño/a al nacer, “a un aumento de los niños de más de 4.000 gramos (macrosomía fetal), que actualmente superan el 10% de los recién nacidos, con mayores riesgos obstétricos y de obesidad en etapas posteriores de la vida” (Atalah, 2012, (p.120). Esto se resume en que “es bastante común que los niños gorditos tengan padres gorditos. En concreto, el peso de la madre durante el embarazo es un factor determinante para predecir si ese bebé tendrá tendencia a la obesidad durante su infancia” (Federación UNAE, s.f.).

Es fundamental mencionar que la obesidad infantil puede conllevar comorbilidades o patologías asociadas. Mönckeberg y Muzzo (2015) señalan que “si se llegara a erradicar la obesidad, se reduciría la diabetes en 60%, en 20% la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares y casi en 30% la hipertensión arterial” (p.97).

Es por esta razón que la prevención temprana aparece como una estrategia viable para impedir el desarrollo de la obesidad infantil, sobre todo en el abordaje de los padres, en el embarazo de la madre y cuidados posteriores, en el contexto físico y social del niño/a. La prevención tanto a nivel social como en cada familia y niño/a, permite disminuir los riesgos y probabilidades de la obesidad en el futuro.

Desde la mirada del abordaje preventivo de la obesidad infantil, es importante conocer sus consecuencias, las cuales se presentan tanto a corto como a largo plazo y en las diferentes áreas del desempeño ocupacional del niño/a y posterior adulto.

Como se ha mencionado, crecen las probabilidades de padecer otras enfermedades producto de la obesidad, como también la discapacidad y la muerte a más temprana edad. La OMS (2016) señala que las consecuencias más importantes de la obesidad infantil, y que por lo general se manifiestan en la edad adulta, son: enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales), diabetes, trastornos del aparato locomotor (artrosis) y algunos cánceres (endometrio, mama, colon). Podemos sumar a éstas las consecuencias sociales que le puede traer a un adulto la obesidad, que se pueden reflejar en el trabajo y en sus actividades de la vida diaria. Liria (2012), haciendo hincapié en las consecuencias a largo plazo, señala que “las enfermedades agudas y crónicas asociadas con el exceso de peso no solo afectan la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de la salud y baja productividad” (p.359).

Es por ello la importancia de las consecuencias, que pueden repercutir a lo largo de los posteriores ciclos vitales del niño/a, “la obesidad afecta al funcionamiento diario, el efecto es que las personas obesas, en muchas ocasiones, no pueden realizar

actividades que tienen valor para sus vidas, tales como el cuidado de sí mismo, actividades de ocio o de trabajo” (Matilla, 2013, párr. 22).

En el niño/a con obesidad también existen consecuencias a corto plazo, tanto físicas como psicológicas y sociales, es decir, la presentación de la obesidad en los niños y niñas durante su vida, lo cual afecta su participación y desempeño en el diario vivir.

Hay enfermedades asociadas a la obesidad que pueden aparecer en un niño/a, como la diabetes, asma o enfermedad del hígado (Achor, et al., 2007). Las consecuencias de la obesidad infantil se traducen en dificultades para participar en las ocupaciones y en la sociedad. Las alteraciones físicas le pueden impedir o dificultar el adecuado desarrollo psicomotor, la exploración del ambiente e interacción con otros, como también a medida que crecen, el desarrollar actividades propias de la edad como juegos con pares y deportes. En relación a esto suelen aparecer complicaciones psicológicas o emocionales. Debido a los estereotipos sociales existentes, es común y probable que el niño/a con obesidad sufra discriminación y exclusión por parte de sus pares, lo que puede afectar su autoestima y causar depresión o problemas más graves. En resumen, Liria (2012) refiere:

(...) algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este período con burlas, *bullying*, marginación y pobres resultados académicos (...) mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud. (p.359)

En cuanto al tratamiento de la obesidad infantil, autores concuerdan con que “es una enfermedad en la que ha sido difícil lograr enfoques terapéuticos eficaces y

resultados mantenidos” (Fernández, 2005, p.36). Es por esto la importancia de la prevención. “Los resultados del tratamiento de la obesidad una vez establecida son poco gratificantes. Por ello los esfuerzos deben dirigirse hacia la prevención” (Fernández, 2005, p.39). Se profundiza sobre prevención en el siguiente capítulo.

Se considera que el tratamiento de la obesidad infantil debe abordar todos los factores mencionados anteriormente de manera que sea integral. Vanini (2009) señala que “debe tener un enfoque multidisciplinario, ya que la obesidad lejos de ser un problema estético, es una patología que produce un aumento de la morbimortalidad y altera la calidad de vida de quien la padece” (p.57). Otro autor señala que “es recomendable que su tratamiento sea afrontado de forma interdisciplinar siendo el primer escalón la Atención Primaria (AP): por su facilidad de acceso, la confianza establecida entre la familia y el equipo de AP y la continuidad en la atención” (Fernández, 2005, p.11). Es fundamental el trabajo alineado y en equipo de los profesionales que aborden la obesidad infantil desde la prevención primaria y que además, sea posible desde las instituciones y dispositivos de trabajo, contar con la flexibilidad y tiempo necesario para cumplir los objetivos.

A modo global, la obesidad infantil ha sido descrita tradicionalmente desde enfoques biomédicos, por lo tanto el abordaje común va enfocado principalmente hacia lo nutricional, físico y psicológico, en niños/as que ya presentan obesidad. Por lo tanto los profesionales que integran mayoritariamente los equipos son formados en esas áreas. A modo de ejemplo, el Centro de Tratamiento de la Obesidad de la Red de Salud UC CHRISTUS, institución a nivel nacional en el tratamiento de esta enfermedad, conforma su equipo pediátrico-adolescente por médicos pediatras, nutricionistas, psicólogas y psicopedagogas. Desde la prevención primaria, se considera que el abordaje debiese ser en red con los dispositivos de atención

primaria, municipalidades y comunidades, entre otros, donde profesionales de variadas disciplinas podrían aportar al trabajo en conjunto.

Raimannt y Verdugo (2011) señalan que “el tratamiento es complejo y está enfocado en la dieta, la actividad física y en el cambio de hábitos de toda la familia” (p.218). Gómez, et al. (2008) en su documento sobre el tratamiento de la obesidad infantil, señalan varias acciones: el manejo dietético, la actividad física, el manejo psicológico, el tratamiento farmacológico, el tratamiento quirúrgico y la prevención. Los autores (Gómez, et al. 2008) hacen hincapié en la prevención primaria como una estrategia que debe ser prioritaria desde un enfoque de salud pública y donde deben realizarse acciones desde el gobierno, la sociedad, el sector empresarial y las familias:

La importancia de la prevención es cada vez más evidente, pero los datos sobre la efectividad de estos programas son aún limitados. Los resultados del tratamiento de la obesidad, una vez establecida, son poco gratificantes. Por ello los esfuerzos deben dirigirse hacia la prevención. (p.538)

Como se ha mencionado, la obesidad infantil se produce por causas principalmente ambientales que se traducen en hábitos no saludables, por lo tanto, es una situación que se puede prevenir. Si bien han existido experiencias exitosas, como el plan piloto en Casablanca (Muñoz, 2010), las políticas en Chile no han sido suficientes para combatir realmente la obesidad. Las acciones que se han realizado se han implementado temporalmente, debido a falta de recursos, cambios de gobierno, etc. Vio (2014) señala en torno a la obesidad que “no está considerado en las prioridades políticas, ni en la opinión pública, ni en los medios de comunicación masivos, sin que

exista una política pública para enfrentarlo”. Algunas de las políticas públicas que se han implementado en Chile para combatir la obesidad, son:

- VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud (1998-2005): Capacitación de directivos de salud del país en temas de promoción de salud, equipos municipales y líderes comunitarios en regiones. Pierde prioridad desde implementación plan Auge.
- EGO-Chile o Estrategia Global contra la Obesidad (2006-2010): Acciones promocionales y comunicacionales, mil EGO escuelas. Sin avances por falta de recursos. En este marco se desarrolla la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV) para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles con el objetivo de “fomentar la alimentación saludable y aumentar la actividad física a lo largo de todo el ciclo vital, con focalización inicial en su primera etapa en la mujer y sus hijos hasta los seis años de edad, a quienes los equipos de salud de la atención primaria les realizan controles de salud sistemáticos, otorgan consejería y acompañamiento, además, de mantener la vigilancia nutricional para generar nuevas iniciativas que permitan alcanzar el propósito” (Ministerio de salud, 2010, p.9)
- Elige Vivir Sano (2011-2013): Fuerte componente comunicacional para posicionar los temas de alimentación saludable y actividad física, recrearse en familia y vida al aire libre.
- Ley 20.670 (2013): Sistema Elige Vivir Sano. Objetivo de promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

- Ley 20.606 (2012) de composición de alimentos y su publicidad. Objetivo de regular alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, limitando su publicidad en menores de 14 años y promoviendo la alimentación saludable en establecimientos educacionales (Vio, 2014).

El 2016 entra en vigencia la Ley de Etiquetado que establece:

1.- Entregar información más clara y comprensible al consumidor por medio del sello de advertencia “ALTO EN”, que indica que ese alimento está adicionado sodio, grasas saturadas o azúcares, y que supera los límites establecidos por el MINSAL para esos nutrientes o calorías.

2.- Asegurar una oferta saludable de alimentos al interior de los establecimientos educacionales de prebásica, básica y media, por medio de la prohibición de la venta, promoción y entrega gratuita de aquellos alimentos cuya composición nutricional supera los límites establecidos por el MINSAL.

3.- Proteger a los menores de catorce años de la sobreexposición a la publicidad, prohibiendo la publicidad de los alimentos que superan los límites establecidos por el MINSAL (Ministerio de Salud, 2015).

Entre otras acciones se encuentran:

- Chile Crece Contigo (2006): Sistema de Protección Integral a la Infancia cuyo objetivo es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar (Chile Crece Contigo, s/f).



- Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para la Prevención de Enfermedades Crónicas en Niños, Niñas, Adolescentes y Adultos (PASAF) (2008): modelo no farmacológico de intervención, dirigido a modificar hábitos de alimentación y actividad física, en niños(as) y adolescentes con malnutrición por exceso y factores de riesgo cardiovascular, que permita establecer un programa de atenciones multidisciplinarias para el manejo de su patología (Ministerio de Salud, 2008).

Éstas son las principales acciones que se han realizado a nivel país. A nivel mundial la OMS ha propuesto la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” (2004), la cual ha sido el impulso para la implementación de políticas públicas en Chile sobre este tema y relacionados. Su meta es:

(...) promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. (Organización Mundial de la Salud, 2004, p.4)

Consideramos que las políticas públicas se enfocan desde la promoción y prevención primaria más bien a nivel general de la población, y la atención o tratamiento directo de niños y niñas con obesidad se realiza desde la prevención secundaria principalmente, es decir, en niños y niñas que ya presentan obesidad (por nutricionistas). Es por esto que se propone que, si bien los Terapeutas Ocupacionales pueden aportar en el desarrollo de políticas públicas, se debe realizar prevención primaria de manera más directa, es decir, los Terapeutas Ocupacionales dentro de un

equipo pueden participar desde la prevención primaria en la intervención directa con la familia y comunidad en riesgo.

### **3.2 Prevención primaria como intervención social**

Se ha establecido que por causas de procesos sociales la población ha sufrido modificaciones en los estilos de vida y otros aspectos ambientales, que han potenciado el desarrollo de la obesidad infantil especialmente influenciado desde el contexto familiar de la vida cotidiana, desarrollando y estableciendo estilos de vida y hábitos no saludables. Es así como la prevención adquiere suma importancia en el combate contra la obesidad infantil, especialmente en el rango de edad que se ha establecido, ya que es una etapa fundamental en el desarrollo del niño/a y posible obesidad. Por lo tanto se enfatiza en la prevención primaria, donde el foco está puesto en los grupos en riesgo y principalmente en la familia como contexto directo del niño/a.

#### **3.2.1 Rol del Terapeuta Ocupacional en prevención primaria**

Willard y Spackman (2005) definen la prevención como “la acción que reduce la probabilidad o la exacerbación de la enfermedad, el trastorno o la discapacidad. La prevención puede habilitar a las personas y estimular la autorresponsabilidad” (p. 945). Otro autor señala que la prevención “se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.” (Comunidad de Castilla y León, s.f.). Si bien ambas definiciones

apuntan a lo mismo, cabe destacar que la primera señala un punto importante en cuanto a la responsabilidad de las personas, ya que si bien se pueden realizar muchas acciones preventivas, finalmente la responsabilidad de acción y cambio depende únicamente de la persona, en este caso, de la familia. La Organización Mundial de la Salud (1998) señala en cuanto a la prevención que:

(...) abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (...) es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (p.13)

En relación a la Terapia Ocupacional y prevención, Chaparro et. al (2005) señalan que:

El Terapeuta Ocupacional, tiene un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ya que considera el concepto dinámico de la salud, es decir, como “el logro más alto de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en que viva inmersa la persona y la sociedad”. (párr. 32)

A partir de esta afirmación se contempla el rol del Terapeuta Ocupacional desde la comprensión holística de la persona como un ser biopsicosocial y de esta manera poder participar de la prevención y promoción entendiendo los factores sociales y contextuales

en el que está inmerso la persona. Esta mirada del Terapeuta Ocupacional se distingue y aporta al equipo que podría abordar la obesidad infantil.

Willard y Spackman (2005) señalan los principios de la prevención en tres niveles:

- Prevención primaria: actividades emprendidas antes del inicio de un problema para evitar la aparición de una disfunción o una discapacidad en una población en riesgo.
- Prevención secundaria: diagnóstico temprano, identificación y detección de poblaciones en riesgo para prevenir la disfunción o la discapacidad permanente.
- Prevención terciaria: rehabilitación y recuperación de una afección o enfermedad para evitar nuevos problemas, una pérdida o discapacidad. (p.945)

Como se ha mencionado, la presente investigación se enfoca en la prevención primaria, tomando en cuenta la población en riesgo de obesidad. Si bien se considera a todos los niños y niñas como población en riesgo debido al contexto social actual y sus características “pro obesidad”, el foco está puesto en los niños/as entre seis meses y dos años por lo determinante que es esa etapa en el desarrollo y por la relevancia de la prevención en la población sana. Por lo tanto las acciones debiesen enfocarse en promocionar estilos de vida saludables en las familias con o sin hijos (comunidad) y de esa manera prevenir la obesidad principalmente en la edad contemplada.

Para complementar la definición de Willard y Spackman sobre prevención primaria, Pellegrini (2004) señala que:

La prevención primaria se focaliza en reducir la incidencia de la enfermedad en la población a través de la modificación de los ambientes y del

fortalecimiento de los individuos (...) debe considerar el sistema social en el cual la persona vive y así dirigir sus acciones hacia los contextos sociales y los factores del ambiente que influyen la salud, los comportamientos y la incidencia de la enfermedad. (párr. 24)

Es decir, la prevención primaria es y requiere de intervención social.

Dentro del campo de acción de la Terapia Ocupacional se encuentra la prevención, por lo tanto cumple un rol en este ámbito. Debemos entender que la prevención de la enfermedad va de la mano con la promoción de la salud, sobre todo en prevención primaria. Pellegrini (2004) señala que la Terapia Ocupacional puede contribuir en las siguientes áreas de la promoción de la salud:

1. aumentando el acceso a los servicios de salud,
2. desarrollando un ambiente saludable,
3. fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios,
4. promocionando comportamientos saludables e incrementando los conocimientos acerca de la salud. (párr. 7)

Dentro de las dimensiones del rol del Terapeuta Ocupacional, está la prevención y promoción, tal como señala el Colegio de Terapeutas Ocupacionales:

Planificación, implementación y Evaluación de Acciones de Promoción y Prevención en Salud (...) En Promoción y Prevención, el Terapeuta Ocupacional fomenta el cuidado, mantención y mejoramiento de la salud y de la calidad de vida en la población general y en población vulnerable y/o en riesgo de disfunción ocupacional respectivamente (de Las Heras, et al., 2000, p.10).

En cuanto a los niveles de prevención mencionados anteriormente, Matilla (2013) señala que los Terapeutas Ocupacionales pueden intervenir en ellos en relación a la obesidad:

Nivel preventivo (prevención primaria) se centra en la prevención de la obesidad en los grupos de riesgo, como son las personas con discapacidades. Los terapeutas ocupacionales pueden diseñar y llevar a cabo programas de estilo de vida saludable que incluyan la actividad física y la nutrición. Estos programas comunitarios de promoción de la salud a través de cambio de vida, incluyendo el aprendizaje de nuevos hábitos y rutinas, programas de bienestar para niños, adolescentes y adultos, y el aumento de las oportunidades para el juego y la educación física en las escuelas. Son grupo de riesgo personas con discapacidad, bajo nivel educativo, con inestabilidad laboral o situación de pobreza.

La prevención secundaria se centra en aquellos que ya son obesos y tienen problemas de salud relacionados. Los terapeutas ocupacionales en los Estados Unidos han elaborado manuales específicos dirigidos a la obesidad infantil incluyendo a sus familiares para participar en las actividades de ocio más activas y elegir alimentos saludables. Estos manuales están diseñados para ser entregados en los municipios para promover el cambio de estilo de vida que incluyen, por ejemplo información sobre los parques públicos, clubes deportivos y recetas saludables para comer.

La prevención terciaria se dirige a aquellos que tienen un nivel avanzado de obesidad. Un equipo multidisciplinario puede ofrecer una gama de intervenciones como el ejercicio, las dietas restringidas en calorías, modificación

de conducta, medicamentos para la pérdida de peso y la cirugía en la obesidad grave. El papel de la terapia ocupacional en estos equipos se centrará en el apoyo a las actividades de la vida diaria con dificultades en su realización (vestirse y desvestirse, higiene en el inodoro, transferencia hacia y desde el baño o la ducha, lavar y secar el cuerpo, la movilidad en el hogar y en la comunidad, la gestión de la ropa, las tareas del hogar y preparar la comida). El terapeuta ocupacional tendrá el objetivo de aumentar la resistencia a la actividad. También puede enseñar técnicas de relajación, habilidades de comunicación, modificación en los patrones de actividad y los hábitos alimentarios. Asimismo será objetivo de tratamiento la modificación del hogar con dispositivos adaptados y seguros para promover la independencia en las actividades del enfermo obeso. (párra.24)

Si bien en los párrafos anteriores se señalan acciones de la Terapia Ocupacional en obesidad, en general son reflejo de una mirada funcionalista, responden a una perspectiva tradicional y biomédica de la prevención y promoción, que es lo que se ha realizado constantemente. Por lo tanto es determinante la “forma” en que se realicen las acciones de prevención y promoción, sobre todo en obesidad infantil donde las gestiones han sido poco eficaces. Se considera que el abordaje debe contemplar una mirada comunitaria para entender y visualizar la problemática en su contexto (el “fondo”) y desde ahí evaluar las estrategias de acción, construidas desde los actores protagonistas del problema (saberes populares).

Desde Terapia Ocupacional han surgido cambios paradigmáticos en temas relacionados a la prevención y promoción de salud y sobre el concepto de salud-enfermedad en sí. Como señalan Chaparro et. al (2005):

El paso a una visión positiva de la salud, ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos (...) el individuo busca no solamente no estar enfermo sino que, además se orienta a encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con la familia, la educación, la tranquilidad y en general todos aquellos aspectos que no necesariamente se refieren a bienestar físico. (párr.18)

Y este cambio de paradigma también se debe reflejar y aplicar en la práctica de los Terapeutas Ocupacionales en el nivel primario de atención en salud, desde el trabajo comunitario participativo. Por lo tanto es necesario que “varias disciplinas, se organicen en torno a los problemas, trabajen en equipo capacitando a los usuarios en estrategias de trabajo dentro de sus contextos naturales, de modo de solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida” (Chaparro et.al, 2005).

Existe una experiencia piloto relacionada al tema, la cual se realizó durante los años 2004 y 2005 en un Centro de Salud Familiar de la comuna El Bosque, dirigida a adultos con obesidad y pre diabetes desde un enfoque promocional y preventivo. Se realiza por un equipo multiprofesional de entre los cuales se encuentran Terapeutas Ocupacionales, los cuales intervienen desde un enfoque sistémico, comunicacional y de Educación Popular (Porrás, Cáceres, Garcés, Riveros y Seguel, 2006). Las autoras señalan:

Por lo tanto, al ser la Terapia Ocupacional la única disciplina que centra el abordaje de los problemas del individuo desde una mirada biopsicosocial sistémica, y que toma en cuenta todos los aspectos



involucrados en el Desempeño Ocupacional del ser humano, es decir, lo histórico, social, cultural, el ambiente físico y las habilidades y características particulares y únicas de cada individuo, es que ella no puede estar ausente en el abordaje integral del proceso de modificación de hábitos y otros aspectos que impliquen un cambio significativo para la persona, sobre todo si nuestra expectativa como equipo de salud, es que ese cambio sea sustentable en el tiempo y que favorezca en el individuo el lograr sentirse eficaz consigo mismo y su entorno familiar, social y comunitario. (Porras et. al, 2006, s.p)

Con esto se puede visualizar el éxito del abordaje de la prevención de la obesidad desde un enfoque comunitario y por lo tanto, de la necesidad de cambiar los modelos tradicionales para lograr intervenciones y resultados exitosos.

### 3.2.2 Vida cotidiana, familia y hábitos en obesidad infantil.

Para la presente investigación, se considera la vida cotidiana como la base que subyace a los aspectos familiares relacionados a la obesidad infantil, los cuales se pretenden enfatizar desde los hábitos como conductas concretas y construidas desde la intersubjetividad.

En relación a la vida cotidiana, Briones (1996) afirma que:

La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente (...) El mundo de la vida cotidiana no solo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento

subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por estos. (p 150)

Aquí se resalta el carácter subjetivo de la vida cotidiana, ya que cada sujeto interpreta y le otorga significado a la realidad. Por lo tanto, la vida cotidiana no es una realidad prescrita, externa o “dada” objetivamente, sino que es la interpretación subjetiva de cada persona que se construye en un mundo social, es decir, a partir de la intersubjetividad. Por su parte Giannini (1987) señala que la cotidianidad es “un modo -insustituible- de ser de un ser que, viviendo, se reitera silenciosamente y día a día ahonda en sí mismo” (p.27). Por su parte Lindón (2004) (sobre lo propuesto por Lefebvre) señala que:

(...) la vida cotidiana no consiste en la vida en el trabajo ni la vida familiar ni las distracciones y el ocio, es decir, no es ninguno de los retazos, que las ciencias sociales acostumbran fragmentar. Sin embargo, la cotidianidad es todo esto. Es la vida del ser humano que va del trabajo a la familia, al ocio y a otros ámbitos, es lo que se hace y se rehace en todos y en cada uno de estos ámbitos. La vida cotidiana no solo son las actividades especializadas de estos ámbitos (usualmente llamadas *prácticas*), sino también los deseos, las capacidades, y posibilidades del ser humano con referencia a todos esos ámbitos, sus relaciones con los bienes y con los otros, sus ritmos, su tiempo, y su espacio, sus conflictos. (p.44)

Por lo tanto la vida cotidiana no es la suma de actividades fragmentadas, tampoco sólo de las actividades, va mucho más allá de la acción en sí, es el conjunto de todo lo que se vive y cómo se vive, los pensamientos y sentimientos. Es la manera propia de

interpretar la realidad, donde se involucran todas las variables y están todas relacionadas.

En las intervenciones se suele fragmentar a la persona y a las actividades. Es necesario comprender a los sujetos de manera integral y holística, entendiendo las problemáticas no de manera aislada, sino desde los encadenamientos de las prácticas diarias (Lindón, 2004).

Por lo tanto se considera a la vida cotidiana como el escenario donde transcurren las actividades de las personas (y todo lo que conlleva el ser y hacer), donde los hábitos y las costumbres se expresan como vivencias subjetivas en un mundo social.

Ahora bien, interesa focalizarse en los aspectos familiares de la vida cotidiana. Si bien la cotidianidad son vivencias subjetivas, la vida cotidiana concurre con más personas de manera inevitable e intersubjetiva. Por lo tanto el contexto familiar en la obesidad infantil es sumamente relevante, ya que el niño/a se rodea de otras personas que actúan y toman decisiones influyentes en él y en su subjetividad. Los niños/as, sobre todo bebés, no tienen las capacidades para decidir y actuar de manera independiente, por eso es fundamental el comportamiento de los padres en el desarrollo de la subjetividad del niño/a. A medida que el niño/a crece en un ambiente condicionado por las decisiones de los padres, va conociendo el mundo de acuerdo a lo que vive, dentro de los límites que se le ha permitido conocer. Y de acuerdo a eso va aprendiendo a comportarse en cuanto a, por ejemplo, la alimentación (hábitos). Y en la obesidad infantil, como se ha mencionado anteriormente, el contexto familiar es fundamental y determinante. “La familia es el primero y más importante de los determinantes para el establecimiento de hábitos y costumbres para la vida futura” (Gómez, et al. 2008, p. 539).

Por lo tanto es importante mencionar que el actor central de esta investigación, quien es el propio “portador del problema”, no es como tal quien entrega la información ya que está supeditado a la familia o cuidador, por lo tanto el sujeto está definido en relación al entorno.

Como se ha comentado, el contexto del niño/a es relevante en el desarrollo de hábitos y conductas impulsoras de la obesidad. El medio familiar junto con el escolar, son los ámbitos educativos de mayor influencia (Durá y Sánchez, 2005). Para efectos de esta investigación y debido al rango de edad que se contempla, se desarrolla sólo el medio familiar en relación a la obesidad infantil. Es importante conocer que los hábitos son “maneras de comprender y comportarse (...) tendencias adquiridas para responder y desempeñarse de manera automática en determinadas formas sistemáticas en ambientes o situaciones familiares” (Kielhofner, 2004, p.154), por lo tanto se aprenden y repiten dentro de una rutina.

Existe una estrecha relación entre las conductas, hábitos, actividades y costumbres familiares con la obesidad infantil. “Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad” (Domínguez, Olivares y Santos, s.f., s.p.). Cada familia tiene su estilo de alimentación, horarios, lugares, modelos, entre otros, que se transmiten al niño/a desde su nacimiento. Como señala González y William (2013) “la obesidad, como producto del estilo de vida de los padres o de los miembros significativos de la familia, puede ser transmitido de generación en generación. influenciando así a los niños” (p.121). En los niños/as pequeños podemos decir que quienes más influyen son los adultos, generalmente los padres y cercanos (cuidadores). “Los hábitos y la conducta alimentaria de los padres llevan a sus hijos a desarrollar estrategias específicas de

alimentación, esto es, a la definición de conductas alimentarias propias, lo que tendrá su reflejo en los indicadores nutricionales del niño” (González, et al., 2012, p.177). Algunos autores, desde una mirada más tradicional, le otorgan a la madre un grado mayor de responsabilidad, tal como señala Domínguez, Olivares y Santos (s.f.): “la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación” (p.252). Sin embargo, se visualiza a la familia desde una mirada sistémica, pues las conductas y relaciones de cada uno de los miembros influyen en los demás. Por lo tanto, la familia es un conjunto de intersubjetividades, que en interacción influyen en la subjetividad de cada uno de sus miembros. Además, los cambios en los tipos de familia han llevado a que actualmente ambos padres salgan a trabajar y que ya no sea exclusivamente la madre la encargada principal de la crianza y cuidado del niño/a, como ocurría tradicionalmente.

Por lo tanto la familia está sujeta a las modificaciones y procesos sociales que la contienen, es un sistema inmerso en un contexto social y comunitario, por lo tanto está condicionada a los cambios de esa sociedad a la que pertenece.

Es así como es fundamental comprender a las personas como parte de un sistema y no solamente desde su historia personal. La transmisión de patrones culturales ocurre tanto vertical como horizontalmente en las familias, es decir, la transmisión desde los padres hacia los hijos como también entre las familias que comparten el entorno comunitario.

Por lo tanto todo lo anterior influye dentro del campo relacional de la familia y la construye a partir de la transmisión interna (intrafamiliar) y externa (otras familias, comunidad, medios de comunicación, entre otros). Es así como se transmiten patrones

de conducta (hábitos) y aprendizajes relacionados a un estilo de vida poco saludable, donde la familia tiene un rol fundamental en el desarrollo de la obesidad infantil.

Un aspecto relevante es el nivel educativo de los padres. González, et al. (2012) señala que existe una “relación significativa entre el bajo nivel cultural de los padres y un estado nutricional inadecuado de sus hijos” (p.178), y además agrega que el modelo alimentario común de los padres hacia los hijos es permisivo:

(...) en aspectos tales como el tipo, la calidad, la cantidad y los horarios en que se lleva a cabo. Esta circunstancia parece verse influida por la disponibilidad de alimentos de elevado contenido calórico en el hogar, por ciertas tradiciones familiares y por la publicidad en los medios de comunicación, que fomenta el consumo de alimentos poco saludables. Incluso, en no pocos casos, transmitiendo información y conceptos nutricionales erróneos. (p.178)

Como se ha mencionado anteriormente, la cotidianidad de las personas se ha modificado y adaptado a las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas. La incorporación al trabajo de todos los miembros de la familia, las extensas jornadas laborales, los mayores desplazamientos hacia el trabajo o lugar de cuidado de los hijos, los ingresos económicos de las familias, el tamaño de las viviendas, entre otros, favorecen el sedentarismo en los niños/as y la alimentación rápida y poco saludable.

También se debe considerar el nivel socioeconómico familiar, que podría o no estar ligado al nivel educacional. “Algunos expertos han puesto de manifiesto que las diferencias socioeconómicas, educacionales y de acceso a la información pueden limitar claramente la capacidad para elegir de manera adecuada” (Medina, Aguilar y Solé-Sedeño, 2014, p.9), en relación al tipo de alimentación escogida. Cabe considerar que

esta elección está condicionada por todos los factores antes mencionados, como los recursos, el acceso y el tiempo, entre otros. En cuanto al nivel socioeconómico existen diferentes apreciaciones. Figueroa (2009) señala que:

(...) los precios elevados de las frutas, vegetales frescos y de otros alimentos de alta calidad nutricional, los hacen inaccesibles para los grupos de ingresos más bajos. Por su parte, la industria alimenticia favorece ese comportamiento al segmentar la oferta y comercializar productos masivos de mayor contenido en grasas, azúcares y de baja calidad nutricional (deficientes en nutrientes esenciales). Además, estos alimentos se caracterizan por su alto poder de saciedad, sabor agradable y bajo costo. Todo esto hace con que estos alimentos sean socialmente aceptables y preferidos por los grupos más pobres. (p.109)

Además del factor económico, existen otros factores en la elección de los alimentos. “De todas formas, no siempre frutas, verduras, carnes y lácteos son de elección ya que son productos más onerosos y, a su vez, con mayores dificultades tanto para su preparación como para su conservación” (Gabin, 2010, p.3). Esto refleja el carácter de rapidez y simpleza de la alimentación, condicionado por los ritmos de vida.

A pesar de que exista una relación entre el nivel socioeconómico y la obesidad infantil, se cree que no se debe considerar como una causa directa, ya que como se ha mencionado, la obesidad es una enfermedad en donde convergen muchos factores que interaccionan entre sí. Tal como señala Figueroa (2009):

La obesidad y las enfermedades crónicas, eran relacionadas, principalmente, con el bienestar económico. Estas concepciones no tienen más vigencia en los días actuales, manifestándose una relación bastante compleja y multifactorial, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados y de diferentes maneras. (p.108)

Un estudio del año 2007 en Chile, entre sus conclusiones señala que “los escolares de menor NSE -nivel socioeconómico- tienen una tendencia a tener valores más bajos de estos índices y son más activos” (Adjemian, Bustos y Amigo, 2007, p.125) en relación a indicadores antropométricos e ingesta alimentaria.

Por lo tanto, el nivel educativo y socioeconómico de la familia puede influir en el desarrollo de la obesidad infantil siempre en interacción con otros factores, ya que como se ha mencionado, es una enfermedad multifactorial.

Los padres asumen diferentes estilos de crianza en relación a la alimentación. Domínguez, Olivares y Santos (s.f.) indican que “los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños/as en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos” (s.p.). Estos autores señalan puntos claves en relación a esto. Refieren además que:

La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del



reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. (s.p.)

La crianza del niño/a se construye bajo un estilo familiar particular y sus conductas se formarán de acuerdo a eso. Los autores resaltan que en la familia moderna actual, el modelo preponderante es el permisivo:

(...) las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación (...) esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa. (Domínguez, Olivares y Santos, s.p.)

Se puede deducir entonces que debido a las condiciones sociales actuales, que se han mencionado anteriormente, la familia pierde en cierto grado el control de las conductas del niño/a, quedando éste al cuidado de la abuela u otra persona (cuidador) que posiblemente sea más permisiva, a pesar del control que los padres quieran tener dentro del poco tiempo que le disponen a la crianza del hijo. Se considera que los modelos pueden ser transversales a todas las actividades del niño/a, no solo las alimentarias, sino también las relacionadas al sedentarismo.

Es fundamental mencionar la importancia del apego y la situación afectiva del niño/a con su madre (lactancia) y padre. Tognarelli (2012) señala que “la madre en la relación

de apego es sensible a los requerimientos del hijo, detecta sus necesidades y facilita su respuesta, lo que le permite al niño adaptarse e integrar su experiencia” (p.58). Se ha mencionado que desde la gestación, el rol y acciones de la madre y padre son fundamentales para el crecimiento saludable del niño/a. El Ministerio de Salud (2015) afirma:

(...) la alimentación y el desarrollo socio-emocional de los lactantes son dos procesos que se complementan, donde bajos niveles de seguridad en el apego del infante, así como cuidados inadecuados predicen una serie de dificultades presentes y futuras, de entre las que se encuentran los problemas de alimentación, a través del ciclo vital (...) la alimentación como un proceso que es esencialmente afectivo, relacional y familiar. (p.10)

Aún que la lactancia sea un proceso exclusivo de la madre, es fundamental la participación de los padres en el desarrollo del apego y cuidados del niño/a, considerando que la crianza es un proceso influenciado y construido por las relaciones que se generan en una familia.

Por lo tanto es posible concluir que la intervención-prevención debe ser directamente con los padres y no con el niño/a, especialmente dentro del rango de edad que se ha establecido como fundamental para la prevención de la obesidad infantil, pudiendo intervenir en la cotidianidad familiar y comunitaria. La familia no como un ente aislado, sino como parte de una comunidad que comparte tiempo y espacio y donde se transmiten costumbres e identidad. Es por esto que la prevención primaria de la obesidad infantil se debe realizar desde lo familiar y comunitario, cumpliendo un rol facilitador en la toma de decisiones de las familias que promuevan estilos de vida saludables.

## IV. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1 Diseño de investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, ya que permite acercarnos a una comprensión de la realidad que queremos conocer y de esta manera producir conocimiento construido a partir de la información que comparten, desde sus perspectivas, los Terapeutas Ocupacionales. Quintana (2006) en relación a los enfoques cualitativos afirma que:

(...) se centran en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (subjetiva). (p.48)

Por lo tanto la realidad se construye a partir de subjetividades e intersubjetividades producidas y desarrolladas en la vida cotidiana de las personas en el entramado social. Es así como este enfoque permite una aproximación a los significados y de esta manera producir conocimiento: “Es en estos planos sociocultural y personal-vivencial donde se construyen lo subjetivo y lo intersubjetivo, como objetos de conocimiento” (Quintana, 2006, p.50). Llevándolo a la presente investigación, se ha hablado sobre la problemática del aumento en los índices de obesidad infantil a nivel mundial y nacional y que se ha consignado como una enfermedad que afecta el desarrollo de los niños y niñas. Es por ello que surge, desde la perspectiva de los investigadores, la necesidad de comprender esta realidad desde la perspectiva de los Terapeutas Ocupacionales, ya que se propone que se deben contemplar las prácticas de Terapia Ocupacional en esta problemática.

Conociendo, desde su discurso, el nivel de asertividad y pertinencia que le otorgan a sus competencias en relación a la incorporación en planes preventivos y promocionales sobre la problemática.

El enfoque planteado responde a un paradigma de investigación interpretativo, el cual cree en las múltiples realidades construidas que se pueden estudiar de forma holística y donde es imposible la separación entre el sujeto que investiga y el objeto de investigación (Briones, 1996). Este paradigma permite reflexionar y analizar la presente investigación a partir de las subjetividades individuales dentro de un contexto y entorno social dinámico.

Es así como se considera la problemática de la obesidad infantil de acuerdo a factores contextuales, socioculturales, así como también a las distintas realidades de cada Terapeuta Ocupacional entrevistado.

#### **4.2 Diseño muestral**

La presente investigación tiene como actores principales a Terapeutas Ocupacionales con experiencia en el área infantil, que hayan abordado en su intervención profesional aspectos relacionados a la obesidad infantil.

La técnica corresponde a una muestra intencionada (Ruiz, 2012), debido a que lo que se necesita es que los actores entreguen información desde su rol, desde su perspectiva como Terapeutas Ocupacionales y desde sus experiencias en relación a la prevención primaria de la obesidad infantil. En este tipo de muestreo, como lo dice su nombre, se eligen a los sujetos de manera intencional. La modalidad del muestreo intencional para

la presente investigación es de tipo opinático, ya que se sigue el siguiente criterio estratégico: “los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar” (Ruiz, 2012, p.12).

### **4.3 Técnica de producción de información**

La relevancia de utilizar la entrevista en una investigación cualitativa radica en que, como menciona Patton (2003):

(...) la finalidad de la entrevista cualitativa es entender cómo ven [el mundo] los sujetos estudiados, comprender su terminología y su modo de juzgar, captar la complejidad de sus percepciones y experiencias individuales [...]. El objetivo prioritario de la entrevista cualitativa es proporcionar un marco dentro del cual los entrevistados puedan expresar su propio modo de sentir con sus propias palabras. (Citado en Corbetta, 2003, p.345)

La técnica utilizada es la entrevista semiestructurada, en la cual se utiliza un guión con preguntas abiertas que sirve como base para la conversación. Este tipo de entrevista permite flexibilidad en el orden y modo de hacer preguntas y así poder abordar los temas de acuerdo a cómo se da el encuentro. Las entrevistas se llevan a cabo de manera presencial e individual, siguiendo una guía de preguntas (anexo 1) de manera flexible y utilizando una grabadora para guardar la conversación y hacer el posterior análisis.

La importancia de esta técnica para la investigación radica en que lo que se busca conocer es la perspectiva de los entrevistados de acuerdo a sus experiencias en prevención de obesidad infantil y poder identificar y reflexionar sobre su rol en este

ámbito. La entrevista otorga un espacio de conversación pero sobre todo de escucha frente a la experiencia del otro, que permite conocer su opinión y postura sobre la problemática.

#### **4.4 Procedimiento de análisis**

El procedimiento de análisis se realiza en base a categorías (anexo 3), el cual permite organizar la información obtenida de las entrevistas de acuerdo a los temas principales de la investigación y de esa manera poder relacionar los pilares y sus componentes.

Este procedimiento es pertinente y suficiente para obtener el conocimiento necesario que se busca lograr de acuerdo a los objetivos de investigación, es decir, para lo que se quiere lograr, esta estrategia es útil y asertiva.

La información obtenida de las entrevistas se categoriza para luego relacionar y articular las categorías:

En la metodología cualitativa, los datos recogidos necesitan ser traducidos en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón o regularidad emergente (“La Investigación cualitativa”, s.f.)

La decisión de utilizar este procedimiento y no realizar un análisis “tradicional”, se respalda en el carácter emergente de la investigación cualitativa. Entre las características de este diseño, Márquez (2007) señala que: es flexible, no lineal; es contextualizado, idiográfico e histórico; tiene un carácter interpretativo y comprensivo; es holístico;

reivindica al actor social; posee un carácter reflexivo. Por lo tanto el proceso de investigación y las decisiones se toman durante el proceso y de acuerdo al contexto de la investigación, sin establecer un procedimiento de análisis a priori, sino que a partir del proceso y de los resultados que se fueron obteniendo, se decide quedar con un análisis por categorías, que cumple con las expectativas de resultados que se esperan y permite un análisis que cumpla con los objetivos.

La categorización se realiza posterior y en función de las entrevistas realizadas, es decir, surge a medida que se analiza la información recogida. Las categorías se definen de acuerdo a la información recopilada de las entrevistas y también en relación al marco teórico, dado que ahí se establecen las líneas principales de la investigación.

Las categorías principales se establecen de acuerdo al marco teórico y las subcategorías en relación a las entrevistas. La información obtenida de las entrevistas se clasifica según las categorías y se relacionan de acuerdo a las subcategorías para realizar el análisis. Por lo tanto, el análisis se desarrolla de acuerdo a la relación entre las categorías.

El paso a paso del análisis es el siguiente:

1. Se establecen dos categorías principales de acuerdo a las líneas principales de la investigación.
2. Las entrevistas se dividen de acuerdo a las categorías principales.
3. De la revisión de lo anterior, se establecen subcategorías.
4. Los extractos de las entrevistas se clasifican en las subcategorías, relacionándolas con las subcategorías de la otra categoría principal.

5. Los extractos de las entrevistas se codifican de acuerdo a la relación de las subcategorías.

6. Se juntan los extractos con el mismo código y se realiza el análisis.

#### **4.5 Consideraciones éticas**

El uso de la información obtenida en la presente investigación es para fines exclusivos de ella y se consigna en los consentimientos informados (anexo 2) firmados por los entrevistados. Ahí se señala que se ha explicado la investigación previamente y que el entrevistado ofrecerá la información solicitada por los investigadores, todo esto dentro del marco de la tesis de magíster de Terapia Ocupacional.

Previo a las entrevistas, se les explica a los participantes de manera verbal sobre el objetivo principal de la investigación y que todos los datos serán utilizados sólo con fines académicos. También se les menciona que su participación durante el período de investigación es optativa y que pueden tomar la decisión de continuar o retirarse de la investigación cuando lo estimen conveniente. Luego se les indica sobre el beneficio de participar en la investigación, el cual es poder tener la investigación y sus resultados, es decir, los investigadores enviarán la tesis a las personas que participaron.

En cuanto al resguardo de la identidad de los entrevistados, se reemplazan los nombres por números ya que la información obtenida fue codificada y articulada. Se resguarda la privacidad de las personas entrevistadas manteniendo la confidencialidad de la información otorgada por ellos. La transcripción de las entrevistas (anexo 4) y la codificación de ellas, se realizan con números de manera de resguardar los nombres de



las personas entrevistadas. De esta forma, las entrevistas quedan anexadas a este documento y a disposición de cualquier persona interesada en revisarlas.

Las grabaciones de las entrevistas quedan en manos exclusivamente de los investigadores de esta tesis y serán utilizadas sólo para fines acordes a la presente investigación.

## V. ANÁLISIS

El análisis de la presente investigación se realiza en base a dos categorías generales, cada una de estas, cuenta con componentes a partir de los cuales se profundizará. Estas categorías son: Obesidad Infantil - Prevención y Terapia Ocupacional. Ambos elementos se relacionan a la pregunta que da origen a la investigación y lo que se busca alcanzar a partir de ésta, pudiendo así, analizar la información desde los temas más transversales y relevantes de este trabajo.

Para un mejor análisis, se describen a continuación los componentes que construyen cada categoría respecto de los objetivos planteados al inicio de esta investigación:

### *Obesidad infantil*

- Desempeño Ocupacional: relacionado a las habilidades y desempeño de actividades u ocupaciones (áreas del desempeño ocupacional) resultantes de la interacción de la persona, contexto y actividad. Para efectos de esta investigación, las ocupaciones principales del niño/a están dirigidas a la exploración del ambiente por medio del juego sensorio-motor, explorativo y simbólico. Además se encuentran la alimentación y la participación social como fundamentales en el desarrollo del niño/a y la situación de obesidad.
- Contexto: en relación al espacio familiar y social de la problemática de la obesidad infantil. Estos espacios son principalmente el hogar, sala cuna, familia nuclear y extendida u otras personas que se relacionen diariamente con el niño/a.
- Hábitos: en relación a los comportamientos adquiridos y rutinas que se establecen y repiten favoreciendo la aparición de la obesidad infantil. Estos se relacionan a estilos de vida poco saludables en cuanto a alimentación y sedentarismo.

### ***Prevención y Terapia Ocupacional***

- Rol actual: cómo aborda o ha abordado, el entrevistado, la problemática de la obesidad infantil, o de su conocimiento sobre otros colegas, considerando el contexto institucional.
- Rol esperado: en relación a la perspectiva del entrevistado sobre pertinencia y competencias del Terapeuta Ocupacional para abordar la problemática.

El desarrollo del análisis se realiza de acuerdo a los componentes relacionados, es decir, la función es relacionar las categorías con los componentes de cada una de éstas.

#### **5.1 Obesidad infantil: hábitos, contexto y desempeño ocupacional**

A partir del análisis de las entrevistas, es posible identificar la relación entre los componentes de contexto y hábitos, puesto que en el proceso de entrevistas, los terapeutas vinculan de manera constante estos conceptos. Se puede visualizar a la sociedad y a la familia como los grandes contextos que influyen en la construcción de los hábitos. Como se ha mencionado, la sociedad encuadra el contexto de las familias, por lo tanto es imposible dividir los aspectos sociales de los familiares sin considerar su relación. Algunos entrevistados comparten la idea de que lo sociocultural es el factor primario y principal en relación a los hábitos en la obesidad infantil, dejando a lo familiar como secundario:

*Yo creo que primero desde la sociedad, la sociedad sería como la que lleva a la familia a ser la culpable, porque la sociedad genera demandas que hacen que también las familias necesiten trabajar más, las mamás y los papás trabajan los dos ahora en casi todas las familias, entonces cada vez tienen menos tiempo y al tener menos tiempo*

*también la calidad de las comidas no es la misma, porque la mayoría de las mamás o cocinan en la noche o comen en el jardín y también tratan algunas familias de como compensar sacando a los niños a comer y como que la comida fuera un premio, no hay tiempo para salir a hacer ejercicio, para salir a los parques, para salir a andar en bici, así que yo creo que la sociedad lleva a que la familia necesitan cubrir demandas en base al trabajo, a la plata y no les queda tiempo para generar buenos hábitos, eso creo.*

*(CTHBe2)*

Además se mencionan factores externos que influyen en la toma de decisiones de las familias configurando los hábitos. Entre estas están las directrices que condicionan estas decisiones, tanto por parte de los expertos como de la industria, y por otro lado la información proveniente de la publicidad, que por lo general promueve la incorporación de hábitos poco saludables. Además se resaltan las características tanto de inmediatez como de rapidez de la sociedad y que influyen en las conductas de las personas. A la vez, se menciona la falta de educación así como también la pasividad o poca motivación en informarse por parte de las familias y de su participación en instancias educativas.

También se identifica desde la información entregada por los entrevistados, que muchos de éstos resaltan el contexto económico. Concuerdan en la relevancia del costo de los alimentos saludables, el cual es mayor, por lo tanto los carbohidratos y la comida “chatarra” sería más accesible para las familias de nivel socio económico menor, por lo cual se hace costumbre y hábito el no comer de manera saludable. Por lo tanto esto llevado a la cotidianidad familiar, se traduce en la poca variedad de alimentos en el hogar y poco saludables de éstos.

Ligado a la situación socio económica, se menciona la falta de espacios urbanos donde el niño/a pueda desenvolverse, ya sea en cuanto a los espacios de la vivienda como la posibilidad de acceso a parques o lugares públicos de esparcimiento.

Además del aspecto económico que puede estar presente o no en las familias, los entrevistados mencionan el foco que tienen sobre la alimentación, el cual estaría reducido en cuanto a la planificación, selección y preparación, lo que tendría que ver con la situación social descrita anteriormente.

También se menciona el estilo parental que podría influir en la obesidad infantil, viéndose reflejado en la actitud permisiva de los padres hacia los hijos, pudiendo los niños/as tomar el control de su alimentación. Además concuerdan en el reforzamiento con dulces y comida poco saludable, muchas veces de manera sobreprotectora. Esto tiene que ver con la dinámica y rutina familiar, donde se transmiten los hábitos, las costumbres y por lo general son rutinas empobrecidas. También refieren que puede pasar que la alimentación complementaria sea precoz y de mala calidad, existiendo una responsabilidad de los padres desde edades muy tempranas de los niños/as.

El contexto y los hábitos van a determinar el desempeño ocupacional del niño/a y su participación en las actividades de la vida cotidiana de acuerdo a su edad. Los padres son los principales promotores de los hábitos poco saludables en los niños/as:

*(...) en el mundo está así como congelado, como que lo congelan claro con comida y con tecnología, y ahí está el niño como siendo víctima también de alguna forma como de abuso encuentro yo, como de violencia.*

*(CTDOe3)*

En relación a esto los entrevistados señalan que los padres no toman la alimentación como un tema importante o no tienen herramientas suficientes para abordarla, teniendo poco manejo de la situación. También comentan que por lo general son poco conectados con los hijos, poco participativos en la rutina y poco creativos en cuanto al juego con el niño/a. Esto se refleja en poca estimulación lo que puede llevar a un retraso en el desarrollo psicomotor, aún no teniendo una patología de base. En los niños/as esto se refleja en su desempeño y participación en las diferentes actividades y contextos, afectando la actividad física, movilidad, control y uso de su cuerpo y por lo tanto el aprendizaje:

*(...) tener una condición en tu peso que te limita del movimiento también limita tus aprendizajes, todos! No es solo que quizás desde lo motor tú te muevas más lento o eres más torpe, sino que en tu construcción de mundo vas generando una desorganización o vas limitando también las experiencias que puedes tener de aprendizaje y te afectan, ahora de que puedes lograr aprender o puedes lograr desempeñarte, si, pero a lo mejor no en todo el potencial que lograrías teniendo una condición un poco más saludable contigo mismo.*

*(RADOe7)*

En cuanto a la participación ocupacional, la obesidad se traduce en niños/as pasivos, con poco juego (o juegos pasivos), poca exploración y desenvolvimiento, donde se observa la incorporación a su rutina de hábitos como el exceso de televisión, tablet y celulares, formando parte de una rutina sedentaria.

También existen contextos con características establecidas socialmente que son parte de la cultura, como los cumpleaños y fiestas propias de la edad infantil (pascua, halloween,

entre otros) donde lo característico radica en torno a la comida no saludable y la desorganización y permisividad de los padres que otorga la situación.

Para concluir este apartado, podemos afirmar lo expuesto durante la investigación en cuanto a que la obesidad en un niño/a afecta su desempeño y participación en todo ámbito de su vida debido a múltiples factores que condicionan su realidad y aprendizajes:

*Igual constituye un poco de discapacidad también la obesidad.*

*(DOe3)*

Por lo tanto podemos observar que la obesidad infantil se da dentro de un contexto familiar y que a su vez está inmersa en un contexto social que condiciona el estilo y ritmo de vida de las familias. Es en este ambiente en el que el niño/a nace y va adquiriendo hábitos poco saludables que luego pueden interferir en su participación ocupacional.

## **5.2 Prevención y Terapia Ocupacional: rol actual**

A partir de las entrevistas, se puede visualizar que los Terapeutas Ocupacionales entrevistados, en general abordan la obesidad infantil dentro de un contexto institucional con ciertos límites en sus funciones, sobre todo en el sistema público. Además, como se ha mencionado durante la investigación, la obesidad infantil no se aborda directamente y como principal problemática por Terapeutas Ocupacionales, sino que se interviene más bien de manera secundaria a la problemática principal del niño/a y de acuerdo al criterio del profesional, es decir, no existe un rol establecido y claro del Terapeuta Ocupacional en ésta área. Por lo tanto, lo que nos aportan es de acuerdo a sus experiencias en el

abordaje de la prevención de la obesidad infantil y su mirada del rol esperado que podría o no, desarrollar la profesión.

Todos los entrevistados abordan de alguna manera y dentro de lo posible esta problemática, pero no como prioridad o conscientes de estar interviniendo la obesidad infantil, ya que algunos vincularon algunas experiencias relacionadas al tema cuando les expusimos nuestra investigación. Otros no se sorprendieron porque está indirectamente incorporado dentro de sus prácticas, sin embargo señalan que no fue parte de su formación y que tampoco han conocido Terapeutas Ocupacionales que se dediquen o trabajen en ésta área, ya que por lo general son los médicos y nutricionistas los encargados de abordarla. Además señalan que los roles están bastante definidos desde las instituciones donde trabajan y desde las políticas públicas, sumado a que los usuarios ingresan por diagnósticos o problemáticas puntuales que ponen los límites del actuar del profesional.

*Yo no había trabajado nunca antes en consultorio o en APS. Pero como que todos tienen su labor bien definida, entonces si no hay una política pública que incluya el Terapeuta Ocupacional, yo creo que es difícil que uno pueda trabajar en eso porque como que siempre está dirigida hacia el nutricionista o al médico.*

*(RACTe2)*

Se puede observar una diferencia entre el sistema público y privado en relación a la flexibilidad del rol del Terapeuta Ocupacional, debido a que en los centros privados se da la posibilidad de abordar otras problemáticas que se visualicen o que estén asociadas a la principal, y dentro de esas está la obesidad infantil en estos casos. Esto responde a las diferencias entre los sistema de salud, ya que un niño/a con obesidad hoy en día tiene más posibilidades de ser abordado por un Terapeuta Ocupacional en el sistema privado,



ya que el público es un sistema mucho más rígido en cuanto a indicaciones terapéuticas y derivaciones, y sumado a que en las políticas públicas no está considerado el rol del Terapeuta Ocupacional en obesidad infantil, menos en prevención de ella, por lo tanto es casi imposible que se aborde este tema desde nuestra profesión si no cambian las políticas públicas de salud.

Como mencionamos, la obesidad infantil para algunos entrevistados ha sido tema de conversación dentro de su equipo y práctica:

*Es algo que nosotros acá cotidianamente lo reflexionamos y que tiene que ver con que el fuerte de la pega no sucede acá, sucede afuera en las casas sobretodo, y para nosotros es una dificultad cotidiana el cómo hacer prevención o promoción.*

*(RACTe7)*

Aquí se refleja lo que se ha señalado durante la investigación en cuanto a que la promoción y prevención primaria de la obesidad infantil no se puede realizar desde una consulta de manera descontextualizada o limitada, ya que como señalan los entrevistados, los factores de riesgo de la problemática se encuentran “afuera”, en la casa, en la familia y comunidad.

Por lo tanto, no se puede decir que los entrevistados usen modelos de intervención o enfoques para abordar la obesidad infantil como tal, sino que dentro de lo que abordan, que puede relacionarse a la obesidad infantil, utilizan ciertas estrategias. Dentro de éstas nos señalan principalmente el modelo de Integración Sensorial en relación al desarrollo fisiológico y sensoriomotor. Además nombran el Modelo de Ocupación Humana para abordar rutina y hábitos, enfoque de Adaptación Ocupacional, enfoques desde la prevención, entre otros.

Dentro de las acciones más concretas en relación al rol del Terapeuta Ocupacional y el contexto de la obesidad infantil, los entrevistados señalan lo siguiente:

- Educación a la familia (talleres de estimulación temprana incorporando dentro de las pautas el manejo de la alimentación y la salud física; talleres para que las familias tomen decisiones informadas para favorecer un parto y una paternidad segura y saludable; talleres sobre lactancia, vínculo y situación de alimentar; taller sobre alimentación complementaria).
- Abordaje de rutina y hábitos en relación a los padres.
- Trabajo directo con la madre o cuidador significativo, intervención global.
- Conocer qué pasa en la casa, dónde vive, si se hacen las acciones de cuidados básicos.
- Reforzamiento de los controles al día.
- A través del vínculo con los padres lograr mayor adherencia al tratamiento.
- Terapeuta Ocupacional realiza un seguimiento más continuo a diferencia de otros profesionales, que permite empoderar a la familia.

Se observa que los entrevistados se refieren a la problemática de manera general, ya que como se ha mencionado, el rol actual de ellos en relación al tema es ambiguo, sobre todo en prevención primaria. Una de las entrevistadas otorga mayor información debido a que su especialidad (lactancia) está vinculada a la edad que se ha establecido para la investigación, proporcionando información relacionada a la importancia de los padres en este proceso.

Uno de los entrevistados expone su punto de vista en relación al integrar el tema de la alimentación o de la obesidad en familias que están pasando por un proceso de duelo y

aceptación de la condición de salud de su hijo, principalmente refiriéndose a los niños/as del espectro autista:

*(...) no es fácil, y sobre eso ir viendo cómo las prioridades cambian y de verdad que yo veo y ahí si hay un tema que a nosotros a lo mejor no le tomamos la relevancia que debiera, por ejemplo todos los días hay cabros que comen arroz con vienesa, pero porque también uno comprende o trata de comprender hasta dónde se puede, que hay otros procesos que a lo mejor son un poquito más complejos que el mero hecho de qué hay para comer y también hay dentro de estos procesos de duelo hay temas que se alcanzan a elaborar y temas que no se alcanzan a elaborar, y a lo mejor cómo le insistes o cómo le instalas a una familia: “oiga sabe que su hijo podría alimentarse mejor” pero resulta que el hijo no habla, no mira, no se contacta con esa mamá.*

*(RACTe7)*

Hoy en día el rol del Terapeuta Ocupacional está ligado a situaciones de discapacidad establecidas, que determinan prioridades en la intervención y la obesidad infantil no está establecida como una problemática por sí sola, por lo tanto no es prioridad y es difícil abordarla con todo lo que conlleva una discapacidad.

Los entrevistados también se refieren a su rol en relación a los hábitos. Como se menciona anteriormente, la obesidad infantil no es una problemática que se aborde en concreto por los Terapeutas Ocupacionales, en general mencionan que es un área donde profundizan poco desde lo alimentario, ya que como hemos dicho, las problemáticas principales son otras. En lo relacionado a la alimentación y hábitos, los entrevistados lo vinculan a niños/as con necesidades especiales y trastornos sensoriales, desde donde se puede desprender un trastorno de la alimentación pero no como tal, sino relacionado a la selectividad de ciertos alimentos, texturas e intereses restringidos.

*(...) aquí todos los terapeutas de acá estamos formados en integración sensorial, entonces hacemos todo un trabajo preventivo y nos llegan muchos casos de alteraciones de sensorialidad oral, de chicos que a través de la vida, sobre todos con los con autismo, van haciendo selectividades alimentarias, por ende con el tiempo si eso no se maneja a una edad temprana, antes de los 2 años, 3 años, va a hacer que el chico si se vuelva efectivamente muy selectivo y podría ser selectivo hacia alimentos no saludables.*

*(RAHBe4)*

Desde la problemática planteada esto es relevante porque los Terapeutas Ocupacionales se identifican con el abordaje de la totalidad de los factores que pueden interferir en un buen desarrollo para el niño/a, y si bien la mayoría de las veces hay problemáticas más complejas que atender, los Terapeutas Ocupacionales no han desarrollado propuestas de intervención en donde se incorporen conductas como las mencionadas en la cita anterior (selectividad alimentaria) como un factor de riesgo para la obesidad desde la mirada preventiva.

Dentro del rol actual que podemos identificar en los entrevistados en cuanto al abordaje de hábitos y rutinas, señalan que:

- Al ingreso se solicita la estructura del niño/a del día a día: horas de alimentación, horas de sueño, siesta, hora que se levanta, hora que se acuesta, qué hacen los padres, qué hacen los niños/as, en qué situación come y no come, sus actividades en relación al jardín, si come en el jardín, entre otros. Rutina del día.
- Si es una estructura pobre o desorganizada, se trata de organizar, se confecciona una pauta que se entrega a la madre con cuáles serían los horarios de alimentación adecuados y así generar estructura. Modificación o estructuración

de hábitos y rutinas, manejo hora por hora desde que se levantan hasta que se acuestan.

- En sesiones de terapia utilización de alimentos sanos como refuerzo.
- Taller de cocina para integrar nuevos alimentos.
- Hincapié en el tipo de alimentación.

En relación al rol actual, los entrevistados señalan algunas estrategias de intervención vinculadas a la problemática, sin estar éstas plasmadas en una propuesta concreta y establecida, sino que dentro de sus acciones ellos identifican las que se relacionan a la obesidad infantil. Por lo tanto es difícil encontrar acciones desde la prevención primaria en el rango de edad contemplada, menos aún si la obesidad infantil como tal no se ha establecido como campo de intervención de la Terapia Ocupacional.

Es inevitable referirse al rol del Terapeuta Ocupacional en cuanto a los hábitos sin incorporar a la familia, sobre todo debido a que es el contexto más próximo y relevante de los niños/as. En cuanto a esto los entrevistados señalan que:

- En entrevista indagar independencia y autonomía en los hábitos del niño/a para conocer el contexto del hogar.
- Modificación de hábitos familiares. Inculcar en los padres la modificación de hábitos y de estilos de vida para beneficio familiar.
- Pedir cuadernos para que describan las actividades que realizan en la casa, para luego dar indicaciones específicas.
- En informes dar sugerencias para modificar rutina (por ejemplo, en niños/as con TEA aprovechar instancias familiares para la interacción social como comer juntos, salir juntos, potenciar actividades).

- Abordaje de hábitos de manera directa debido a la confianza que se genera con la familia, familia se empodera.

De esto se visualiza que el rol del Terapeuta Ocupacional en relación a los hábitos, tiene que ver con estructurar la rutina del niño/a y de la familia, por lo que la preocupación se enfoca en los horarios, la organización y el equilibrio de la rutina. Sin embargo, no se indaga o explora el tipo, cantidad y calidad de alimentación que recibe el niño/a, ni se profundiza en la calidad de las actividades y en hábitos sedentarios.

El contexto y los hábitos forman parte del desempeño ocupacional del niño/a. A partir de esto se logra identificar el rol actual de los Terapeutas Ocupacional entrevistados en relación al desempeño ocupacional. Refieren que el sobrepeso juega como un factor negativo en mejorar el desempeño ocupacional del niño/a y que se ven todas las áreas del desempeño ocupacional afectadas. Se identifican las siguientes acciones:

- Juego simbólico a través de la comida (juego pero más realista). Por ejemplo en niños/as con dificultad en la motricidad fina, se puede cortar plátano y mencionar que es saludable al igual que otras frutas y verduras.
- En la intervención del bebé, ver habilidades específicas del desempeño en cuanto a lo motor, socioemocional, lenguaje.
- Intervención de las actividades de la vida diaria básicas.
- Intervención a través del juego.
- Estimulación temprana en relación a comer solos, mamadera, dejar el “chupete”.
- Adquisición de hitos del desarrollo que no estén alcanzados.
- Juego como ocupación principal.
- Estrategias de acuerdo a cada niño/a.

- Abordaje en todas sus dimensiones a pesar de que el motivo de consulta sea particular.
- Primera intervención es desde al área sensorio motora.
- Abordaje desde la motricidad.
- Intervención apunta a que el niño/a tenga experiencias nuevas como apoyo en el desarrollo.

En general las acciones no están dirigidas desde la prevención primaria, sino más bien se habla del niño/a cuando ya se encuentra en una situación de intervención. Desde los entrevistados, es posible recalcar la importancia de evaluar e intervenir todas las áreas del desempeño que involucre la obesidad infantil, principalmente la alimentación como una actividad de la vida diaria básica y las que tengan que ver con el sedentarismo del niño/a. El juego como principal ocupación en los niños/as y como principal herramienta de intervención.

### **5.3 Prevención y Terapia Ocupacional: rol esperado**

Los entrevistados logran identificar y comentar sobre las acciones que realizan actualmente en prevención de la obesidad infantil, lo que se denomina “rol actual”, pero como se ha mencionado no es un rol establecido ni claro.

Entonces se pudo identificar el “rol esperado” según los entrevistados, que tiene que ver con su perspectiva en cuanto a la pertinencia y competencias del rol que podría desarrollar el Terapeuta Ocupacional en la prevención primaria de la obesidad infantil.

Las competencias que señalan los entrevistados, tienen que ver con las capacidades y habilidades que tiene el Terapeuta Ocupacional que pueden utilizarse para abordar la prevención de la obesidad infantil y que aportarían a este “rol esperado”:

- Mirada centrada en la persona o cliente. Terapeuta Ocupacional valora el contexto o ambiente de la persona y es capaz de visualizarlo. Visualiza todas las dimensiones, toma todo en cuenta. Reflexiona, posiciona.
- Mirada del Terapeuta Ocupacional permite una exploración de las habilidades sin una sanción, sin caer en lo patológico, sino como todo un aprendizaje. Conjugan contextos, conjugan modelos de intervención.
- Formación integral.
- Visión holística del desempeño del niño/a.
- Terapeuta Ocupacional está formado para trabajar en equipo (muchos conocimientos pero no tantos en profundidad), “obligado” a saber desde otras disciplinas.
- Visión desde el desempeño ocupacional la tiene sólo el Terapeuta Ocupacional porque son quienes han estudiado paso a paso cada tarea, cada actividad y cada dimensión.

De acuerdo a esto, se logra identificar que el rol esperado en relación al contexto, tendría que ver con las siguientes acciones:

- Proponer, evidenciar y hacer promoción/ prevención.
- Acompañar al niño/a desde la experiencia, desde la vivencia más familiar.
- Primero trabajarlo desde las expectativas, trabajarlo desde los prejuicios, desde los anhelos que tienen las familias con este hijo.



- Desde la prevención de la alimentación y la vida saludable, pero no en una persona específica, sino que comunitario, a través de educación grupal o afiche, dirigido al grupo no a una persona.
- Tendría que nacer desde una política pública, sino es difícil poder hacerlo.

Podemos visualizar el rol que podría tener el Terapeuta Ocupacional en cuanto a la prevención primaria de obesidad en función de la edad establecida, desde lo más global que sería generar políticas públicas en relación al tema, luego desde lo comunitario para contextualizar la problemática y desde esta perspectiva trabajar junto a las familias desde su cotidianidad.

Uno de los entrevistados señala que la Terapia Ocupacional podría tener un rol en esta área, sin embargo no en este momento, ya que propone que deben haber cambios a nivel transversal en las profesiones del área de la salud:

*Podríamos ser un profesional que colabore en esta área, pero en este momento no lo veo así, no sé si pasa tanto por el terapeuta ocupacional en sí mismo, yo creo que tiene que ver más, me estoy saliendo un poco del centro, lo estoy mirando un poco mas desde las políticas públicas, desde la construcción que hay del desarrollo de los niños, yo creo que en ese sentido no pasa tanto porque sea el terapeuta o sea la nutricionista o el enfermero si no que tiene que ver más con la instrumentalización que hay en este momento de las evaluaciones de desarrollo (...) yo creo que tampoco el tema es tan distinto con la obesidad, o sea un chiquillo que a lo mejor, y a mí me ha pasado porque también eh trabajo en la atención pública, un niño de meses, de 8 meses 9 meses, que tiene una pequeña varianza en el peso y que está ya en sobrepeso, en obesidad, pero al ojo cotidiano es un bebe gordito, sano, entonces como te digo yo creo que el terapeuta podría estar puesto en eso pero primero tiene que haber una mayor conciencia en las políticas públicas del rol que se tiene de manera transversal, como profesional de la*

*salud, en la evaluación que se le hacen a los niños (...) hoy en día un niño en una institución pública va, si hace una torre de 3 bloques, 5 bloques y si dice dos palabras y camina está bien, y están dejando un montón de aristas, dentro de esas esta la alimentación pero hay muchas otras más (...) el desarrollo es un todo integral, integrado, complejo, que no son variables independientes pero a la hora de evaluar, a la hora de mirar a los niños seguimos mirando dos o tres variables.*

*(RECTe7)*

Esto es un reflejo de los cambios sociales que se han mencionado a lo largo de la investigación, que involucra al sistema de salud en general y a la visión biomédica imperante. Por lo tanto lo que el entrevistado sugiere es un cambio a nivel transversal de las prácticas de salud, un cambio de paradigma y de la manera en cómo se concibe al usuario. Si bien el Terapeuta Ocupacional tiene una mirada más holística del ser humano, es difícil que pueda desempeñarse a cabalidad si el sistema sigue funcionando de manera fragmentada, rápida y funcionalista.

En cuanto al rol esperado al que se refieren los entrevistados, muchos de ellos se refieren al rol en relación a los hábitos y rutinas tanto del niño/a como de la familia, señalando que el Terapeuta Ocupacional podría tener un rol fundamental y muy favorable para las personas. Entre ellos están:

- Consejería sobre hábitos y rutina.
- Estrategias desde el juego para modificar hábitos sedentarios, rutina activa.
- Crear hábitos sanos desde temprana edad.
- Revisar puntualmente el tema de la alimentación, desde el repertorio de la comida.
- Cuando se habla de rutina y hábitos, introducir la temática de la alimentación.

- Generar o potenciar estructuras de rutinas, hábitos en los niños/as.
- Incorporar actividad física en la rutina diaria.
- Desde la prevención o promoción, tendría que ser sobre los hábitos alimenticios para no llevar a la obesidad y desde manejar la estructura.

Y en relación a la familia y hábitos, señalan lo siguiente:

- Educación a padres para mejorar y modificar la rutina del niño/a, que fomenten su participación en ocupaciones.
- Mirada más sistémica con los cuidadores significativos y desde ahí abordar los hábitos, rutinas, tiempos.
- Trabajar con la familia en la organización de la dinámica familiar, como base para trabajar desde la mirada de la prevención.
- Abordar a los abuelos o cuidadores que suelen ser más permisivos.
- Apoyar/facilitar la toma de conciencia de la familia.
- Ir a la casa, proponer una organización y mostrarles el beneficio que implica.
- Conocer cómo es la dinámica familiar, cómo come la familia, si lo hacen todos juntos o cada uno come por su lado, si hay tele o no, qué comen los niños/as.
- Conocer la historia ocupacional de la persona y de la familia y poder interpretar ciertos estilos de vida que podrían no ser saludables para un niño/a o próximo niño/a.
- Evaluar, empezar a trabajar con los papás.

Se puede visualizar la importancia de la familia en la prevención primaria de la obesidad infantil, sobre todo desde la prevención del desarrollo de hábitos no saludables desde una mirada sistémica.

El Terapeuta Ocupacional se identifica por abordar rutina y hábitos en sus intervenciones, como propio de la profesión. Si bien los entrevistados señalan la importancia que tendría el abordar la prevención de la obesidad infantil desde estos, también es fundamental el profundizar en cada actividad del niño/a, evaluar la calidad de la comida y de los tiempos libres, y desde ahí también intervenir con el niño/a y la familia:

*Yo creo que a lo mejor no se hace tanto sino que uno como que se fija que estén los horarios como más establecidos, que el niño tenga una rutina más estable que como que sea predecible para él, pero no es cuanto, yo no les pregunto qué es lo que comen po, yo no me lo había ni siquiera cuestionado, entonces como que es lo que comen y quizás si po habría que empezar a preguntar y que es lo que está comiendo en la mañana, que es lo que come en la tarde.*

*(REHBe3)*

Por último, se rescata lo que señalan los entrevistados en cuanto al rol esperado relacionado al desempeño ocupacional de los niños y niñas. Como hemos mencionado, el contexto y los hábitos forman parte del desempeño ocupacional, sin embargo este tiene relación con las áreas del desempeño ocupacional y la participación del niño/a en éstas, es decir, con la interacción de la persona, el contexto y la actividad. Los entrevistados señalan la pertinencia del rol del Terapeuta Ocupacional en ésta área, atribuyéndolo a que la alimentación es una actividad de la vida diaria básica, lo cual constituye un aspecto de intervención esencial de la Terapia Ocupacional.

En relación a esto, los entrevistados señalan lo siguiente:

- Dentro de la evaluación integral debiera estar la mirada del Terapeuta Ocupacional, del contexto, de la rutina y de cómo son los patrones ocupacionales de la persona.
- Terapeuta Ocupacional debiese estar familiarizado con modelos ecológicos de la disciplina.
- Aportar o modificar desde la integración sensorial el abordaje de Actividades de la Vida Diaria Básicas.
- En prevención, enfoque integral de lo que es la ocupación. En el niño/a no solo fijarse en lo fisiológico y en lo puntual de los estilos de vida saludable, sino que además ver cómo eso previene alteraciones ocupacionales.
- Cuando exista sobrepeso u obesidad ver cómo afecta áreas ocupacionales o actividades de desempeño específicas.
- Terapeuta Ocupacional debería tener un rol fundamental en los screening que se hacen desde el desarrollo psicomotor, evaluando todos los controles preventivos y observando factores de riesgo y desde ahí derivar.
- Ver cómo afecta en el desempeño ocupacional que se espera en el niño/a a cada edad.
- Partir analizando desde las áreas del desempeño, abordarlo desde la alimentación y patrones de vida saludable y seguir con las otras áreas, cómo influye en los juegos, en la participación social.

La siguiente cita refleja las competencias y mirada que tiene el Terapeuta Ocupacional a diferencia de otros profesionales y que podría aportar en un equipo de abordaje de prevención primaria de obesidad infantil, proyectado al rol esperado en cuanto al desempeño ocupacional del niño/a:

*Pero de todas maneras en todo lo que es de prevención, nosotros en un trabajo del diplomado tuvimos que hacer una intervención y explicarle a un grupo medico lo que es el apego, y si bien todos saben lo que es el apego como de diccionario, explicarlo y como surge, y como esta acá, como se arma cerebralmente y todo, fue un impacto súper bonito porque me acuerdo que éramos un grupo, estaban una socióloga, dos sicólogas, una pediatra y yo, la terapeuta y cuando uno les explica que esto tiene que ver con todas las partes del día a día en que esa mama, por ejemplo, al vestir a su hijo, AVD, al vestirlo que le hable, que lo mire, que le diga lo que está haciendo, que lo anticipe, eso está fomentando un apego seguro versus una mama que no mira, que no anticipa, que cosifica al hijo, entonces y todas decían si po en realidad.. no solo es “juega con tu hijo”, “cuéntale un cuento”, no! es todo el día en donde tu armas y de hecho el apego se observa en momentos de estrés y la alimentación puede ser un momento estresante, entonces ahí el terapeuta tiene mucho como que aportar, más que la tecnicidad misma de si tomo la cuchara o no, es todo el contexto que evalúa, todo, no es solamente adaptar el mango de la cuchara.*

*(REDOe1)*

Aquí se refleja la real importancia del rol de los padres en la crianza del hijo/a, en la cotidianidad, sobre todo en las etapas tempranas de la vida, donde la familia es crucial en la promoción de estilos de vida seguros y saludables, utilizando estrategias relacionadas al apego que pueden ser fundamentales en el desarrollo del niño/a.

En el presente análisis se logra relacionar, primero, los componentes de obesidad infantil (contexto, hábitos y desempeño ocupacional) desde la perspectiva de los entrevistados, pudiendo enmarcar la obesidad infantil e identificar las problemáticas y necesidades existentes. A partir de esto se desprende el rol actual del Terapeuta Ocupacional en prevención de obesidad infantil, que se pudo articular con cada componente,

identificando lo que se hace hoy en día en relación al tema. A partir del rol actual los entrevistados reflexionaron desde su visión sobre el rol esperado, el cual también se articuló con cada componente, justificando de esta manera la participación que podría tener el Terapeuta Ocupacional en la prevención de obesidad infantil en niños/as de entre seis meses y dos años.

## VI. CONCLUSIONES

En la presente investigación se desarrollan aspectos relevantes que llevan a comprender cómo la obesidad se ha establecido como una problemática a nivel mundial donde se conjugan diversos factores, principalmente sociales y ambientales, impactando en el desempeño ocupacional y participación de la persona en forma transversal. En esta investigación el foco se ha centrado en la población infantil, ya que es donde la prevención primaria puede tener un papel fundamental en la prevención de la obesidad y en la promoción de estilos de vida saludables. La prevención primaria se enfoca en la población sana y en riesgo, por lo tanto para la prevención de la obesidad infantil el contexto social figura como el escenario más relevante de intervención, sobre todo la familia y comunidad. Al identificar, analizar y reflexionar sobre los factores y aspectos de la obesidad infantil, se considera que los Terapeutas Ocupacionales pueden realizar una labor clave en cuanto a su prevención, involucrando la problemática en sus intervenciones y adaptándolo a sus competencias. Han existido experiencias en algunas comunas de Santiago relacionadas a la problemática desde la atención primaria donde han participado Terapeutas Ocupacionales, que si bien es escasa su documentación, es fundamental considerar que existe una historia de la Terapia Ocupacional en este ámbito y que es necesario sistematizar y documentar para establecer un camino más concreto de antecedentes e intervención que permita configurar la problemática de manera más completa.

La investigación se enfoca desde una mirada social-ambiental de la obesidad infantil, lo cual se refleja en las entrevistas en relación a las causas y los factores que interaccionan para el desarrollo de la problemática. Se mencionan en las entrevistas las causas sociales



y los efectos ambientales-familiares que atribuyen los entrevistados a la obesidad, lo cual se propuso en un principio en esta investigación.

Lo anterior tiene relación con el contexto sociohistórico en que se ha generado la problemática de la obesidad infantil, que como se plantea en la investigación y se refleja en las entrevistas, tiene relación con procesos de modernización. La tecnología se ha hecho parte de la vida de los niños/as y hay que asumirla como una situación actual, presente en la cotidianidad de cada familia y niño/a. Por lo tanto es un desafío para el trabajo del Terapeuta Ocupacional, el cual debe adaptarse al contexto e intervenir la obesidad desde las problemáticas que la modernidad impone (alimentación poco saludable, sedentarismo, entre otros) como contingencia actual. Por lo tanto este contexto debe ser transferido al rol del Terapeuta Ocupacional.

A partir de la investigación se logran identificar las acciones que los Terapeutas Ocupacionales entrevistados realizan sobre obesidad infantil y particularmente sobre su prevención en el rango de edad en la que se ha enfocado, permitiendo a la vez que estos mismos identificaran durante la entrevista la intervención que consciente o inconscientemente hacen sobre la problemática. Así también se ha permitido en los entrevistados la reflexión y el análisis en cuanto al rol ideal o esperado que podría tener el Terapeuta Ocupacional sobre este tema y del cual tal vez nunca habían reflexionado. Se introduce el interés sobre el tema que les permite darse cuenta que de alguna u otra manera abordan la obesidad infantil sin ser algo establecido en sus funciones y, como comenta una de las entrevistadas, lo tendrán presente de aquí en adelante en sus intervenciones. Se considera que se deja una “huella” sobre las personas entrevistadas en cuanto a la reflexión de sus prácticas en relación a la obesidad infantil y su prevención. Se genera una visualización sobre una problemática que no se está abordando completamente a nivel general y tampoco por Terapeutas Ocupacionales.

A partir de las dificultades en la obtención de información concreta sobre obesidad infantil, se observa cierta ambigüedad en el discurso de los entrevistados en cuanto a las estrategias que utilizan en sus intervenciones. Esto debido a que la obesidad como tal no se está mirando desde la lógica de la intervención de la Terapia Ocupacional sino que todavía como un campo de abordaje principalmente médico, por lo tanto más difícil aún se hace visualizarlo desde la obesidad infantil. Además las escasas experiencias que existen sobre Terapia Ocupacional relacionadas a obesidad, no están documentadas dificultando su acceso.

Lo anterior tiene relación con que la prevención primaria no ha sido foco de la Terapia Ocupacional, sino más bien ha tenido protagonismo la prevención secundaria y terciaria, es decir, cuando existen indicios de alguna problemática o discapacidad, cuando las dificultades se hacen presentes. Por lo tanto la obesidad infantil y la prevención primaria, juntas, son un tema lejano a la Terapia Ocupacional, pero fundamental de abordar desde la profesión. Se considera que actualmente la prevención primaria se realiza de manera global con políticas públicas dirigidas a toda la población de manera generalizada, y que la prevención secundaria se realiza de forma más directa con las personas. Se propone que debe desarrollarse la prevención primaria de manera directa, con políticas públicas bajo estrategias comunitarias y así aumentar la eficacia de los procesos y resultados contra el desarrollo de la obesidad infantil.

Además, se ha identificado el rol actual del Terapeuta Ocupacional en prevención de la obesidad infantil por medio de las prácticas de los entrevistados, no desde un rol respaldado o establecido desde un referente formal. De todas maneras las acciones que se realizan son similares entre los entrevistados, tal como se presenta en el análisis de esta investigación. A partir de esto se reflexiona sobre un rol esperado el cual se intenta validar por medio del levantamiento de información, el conocimiento de experiencias y

perspectivas de Terapeutas Ocupacionales que se relacionan de alguna manera con el tema.

Se cree que para que el Terapeuta Ocupacional pueda tener un rol establecido en esta área (obesidad infantil), habría que partir incorporando el rol de éste en Atención Primaria en Salud (APS). No se puede hablar de lo que se podría hacer sin antes pensar el cómo introducir la problemática a las prácticas de Terapia Ocupacional. Por lo tanto debiera haber un trabajo de introducción desde las instituciones principales de salud y de Terapia Ocupacional, que pudieran apoyar y respaldar su incorporación, de manera que el Terapeuta Ocupacional sea uno de los profesionales que pueda abordar, desde el fundamento de la profesión, el área de la obesidad infantil y su prevención. Es por esto que sería necesario que se realizaran políticas públicas que integraran al Terapeuta Ocupacional en la prevención primaria de obesidad infantil y que ésta sea parte de la formación profesional y por lo tanto de la práctica.

A lo largo del escrito se pueden visualizar aspectos importantes vinculados a la resignificación del rol de los Terapeutas Ocupacionales entrevistados, validando y empoderando desde sus prácticas y en el quehacer cotidiano, otorgando un mayor sentido. Por consiguiente surge la reflexión sobre fomentar el fortalecimiento del rol del Terapeuta Ocupacional en cuestiones sobre políticas públicas en cuanto a tener una mayor participación en las evaluaciones que se les realizan a los lactantes y niños/as para desarrollar una pesquisa oportuna en problemáticas asociadas a la alimentación. Por lo tanto, dentro del rol esperado se propone la participación del Terapeuta Ocupacional en la evaluación y pesquisa de la obesidad infantil en los sistemas de salud. De esta forma surge la necesidad de conocer los aspectos socio-ambientales que rodean a las familias, para obtener así una lectura completa de la comunidad de los niños/as y familias que pueden estar insertos en una población de riesgo.

Como se ha mencionado en el análisis, en el sistema público es más complejo que se aborde esta problemática si no está establecido dentro de las funciones del Terapeuta Ocupacional, ya que es un sistema más protocolar y rígido. Esto tiene que ver con los aspectos biomédicos arraigados en los sistemas de salud, que como se ha descrito anteriormente, tienen características jerárquicas y segmentadas y por lo tanto establecen que los profesionales deben vincularse con los usuarios según su diagnóstico y no según sus necesidades. Sin embargo, la obesidad infantil se ha definido y construido bajo estas características del modelo biomédico, por lo que es necesario reconocerlas como parte de la problemática. Por lo tanto la búsqueda de información en la bibliografía actual se reduce a aspectos tradicionales (biológicos/médicos) de la obesidad infantil, que si bien se consideran para esta investigación, lo que se pretende es visualizar la problemática ampliando el enfoque a factores sociales esenciales.

Debido a lo anterior la importancia de que las políticas públicas integren al Terapeuta Ocupacional como parte del equipo en programas sobre prevención de obesidad infantil, y por qué no, sobre obesidad infantil en todas sus aristas. Las exitosas experiencias que se han realizado sobre la participación de Terapeutas Ocupacionales vinculadas a esta área, son un importante fundamento de la participación y aporte que podría tener este profesional.

Esta tesis pretende visualizar y reflexionar acerca de esta problemática y acercarse al tema desde la prevención, pero además busca ser un paso al desarrollo de otras aristas de la obesidad infantil desde la Terapia Ocupacional. Se cree que el fundamento para el desarrollo del rol en ésta área se ha nutrido con esta investigación y es evidente que existe una relación relevante entre Terapia Ocupacional y obesidad infantil. Con esto se busca impulsar el desarrollo de este campo de intervención y que en un futuro se puedan

tener propuestas más concretas de incorporación y práctica del rol del Terapeuta Ocupacional en prevención primaria de obesidad infantil.

Con esta investigación, desde la prevención, se ha comprobado que los Terapeutas Ocupacionales pueden aportar con su mirada. La prevención de la obesidad infantil ha sido poco efectiva durante mucho tiempo y se considera que el Terapeuta Ocupacional podría aportar desde su visión ocupacional, formando parte de un equipo. Si bien esta investigación pretende visibilizar la problemática más que buscar soluciones, se cree que la prevención primaria de la obesidad debiese realizarse desde lo comunitario. Si pensamos en niños/as sanos o futuros niños/as y sus familias, el Terapeuta Ocupacional podría cumplir un rol desde estrategias comunitarias y focalizadas, es decir, abordar a las familias y a la comunidad desde su sector, su barrio, con sus vecinos, de manera que el sentido de pertenencia e identidad sean factores favorables para el abordaje de la prevención de la obesidad infantil. Se cree que se debe abordar el tema según las circunstancias y condiciones de la familia y comunidad, considerar el lugar donde viven, el nivel socio económico, el contexto, entre otros. El Terapeuta Ocupacional cuenta con las herramientas para visualizar e intervenir en los distintos escenarios y contextos y de esa manera introducirse en la vida cotidiana de las personas para así lograr el desarrollo y/o modificación de hábitos en las familias y por ende, proyectar una vida saludable en los niños/as. Es por eso que las instituciones son fundamentales, el trabajo en red con la municipalidad, dispositivos de salud primaria, entre otros que forman parte de la comunidad y que aportan a la identidad y a la participación.

Por lo tanto se considera la importancia del trabajo en equipo, más aún si se propone la intervención desde lo comunitario, donde cada profesional puede aportar desde su mirada al objetivo común del equipo y de la comunidad y así poder abordar todas las aristas para que la prevención sea efectiva.

Por último se debe considerar un aspecto importante en cuanto a la necesidad de visualizar y educar tanto a los profesionales como a la familia/comunidad sobre el desarrollo de la obesidad de manera secundaria, ya que puede estar sujeta a otra enfermedad o trastorno de base traduciéndose, por ejemplo, en la selectividad que los niños/as pueden tener al momento de alimentarse, con el riesgo de que los alimentos sean poco saludables. Esto se menciona en las entrevistas como algo común en las intervenciones actuales de los Terapeutas Ocupacionales y donde la prevención de la obesidad se puede abordar. A esto se suma la dinámica familiar y actitud de los padres frente a la problemática, que se refleja en rutinas empobrecidas y desorganizadas con escasa participación parental, lo que tiene relación con lo que se ha mencionado sobre las familias modernas supeditadas al trabajo que delegan el cuidado de sus hijos a terceros.

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achor, A., Benitez, N., Brac, E. y Barslund, S. (2007). Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 168, 34-38. Recuperado de: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista168/6\\_168.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf)

Adjemian, D., Bustos, P. y Amigo, H. (2007). Nivel socioeconómico y estado nutricional. Un estudio en escolares. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 57 (2), 125-129. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v57n2/art04.pdf>

Alarcón, X. (2012). Obesidad infantil, una enfermedad de peso. *Revista de salud UC*. Recuperado de: [http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/GuiaPediatria/obesidad\\_infantil\\_u na\\_enfermedad\\_de\\_peso .act](http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/GuiaPediatria/obesidad_infantil_u na_enfermedad_de_peso .act)

Arteaga, A. (1997). Etiopatogenia de la obesidad. *Boletín de la escuela de medicina*, 26 (1). Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/EtiopatogeniaObesidad.html>

Atalah, E. (2012). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Revista de Medicina Clínica Las Condes*, 23 (2), 117-123. Recuperado de: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr\\_Atala-3.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Atala-3.pdf)

Briones, G. (1996). Epistemología de las ciencias sociales. Bogotá, Colombia.

Burrows A, Raquel. (2000). Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. *Revista*

*médica de Chile*, 128(1), 105-110. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000100015>

Chaparro, R., Fuentes, J., Moran, D. et al. (2005). La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 5. Recuperado de: <http://www.revistaestudiosarabes.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/168/148>

Chile Crece Contigo (s/f). Alimentación Complementaria. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/0-a-12-meses/alimentacion-complementaria/>

Chile Crece Contigo (s/f). *¿Qué es?* (mensaje de blog). Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

Comunidad de Castilla y León (s/f). Oposiciones de enfermería. *Tema 12, Prevención y promoción de la salud* (pp. 113-119). España: CTO. Recuperado de: [http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap\\_muestra/af\\_012\\_ope\\_bal.pdf](http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf)

Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. En Autor, *Entrevista cualitativa* (pp. 343-373). Recuperado de: [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3\\_corbetta\\_metodologia\\_y\\_tecnicas\\_3ra\\_parte\\_cap.10.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_corbetta_metodologia_y_tecnicas_3ra_parte_cap.10.pdf)

de Las Heras, C., Gómez, S. y Valdés, A. (2000). Posición del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile: Sobre la formación profesional. Comisión Educacional Colegio TTOO. Recuperado de: [http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2000\\_COLTO\\_2000.pdf](http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2000_COLTO_2000.pdf)



Días, D. y Enríquez, D. (2007). Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil*, 24 (1), 22-26. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>

Domínguez, P., Olivares, S. y Santos, J. (s/f). *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil*. Recuperado de: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez\\_p.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1)

Durá, T. y Sánchez, F. (2005). Obesidad infantil:¿un problema de educación individual, familiar o social?. *Nutrición Infantil*, 63, 204-207. Recuperado de: <https://gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/OBESIDAD.pdf>

Federación UNAE (s/f). Obesidad infantil. Manual práctico para el consumidor y usuario. Madrid, España: Autor. Recuperado de: [http://www.federacionunae.com/DBData/InformesFicheros/6\\_fi\\_Manual78.pdf](http://www.federacionunae.com/DBData/InformesFicheros/6_fi_Manual78.pdf)

Fernández, M. (2005). Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de atención primaria. *Revista pediatría atención primaria*, 7 (1), 35-47. Recuperado de: [https://www.aepap.org/sites/default/files/tratamiento\\_obesidad.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/tratamiento_obesidad.pdf)

Figueroa, D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Soc. São Paulo*, 18 (1), 103-117. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf>

Gabin, M. (2010). La obesidad en los diferentes niveles socio-económicos. *Revista electrónica de portales médicos*, 1-5. Recuperado de: <http://www.nutri-salud.com.ar/articulos/La%20obesidad%20en%20los%20diferentes%20niveles%20socio-economicos%20-%20portalesmedicos.pdf>

Giannini, H. (1987). *La reflexión cotidiana* (6). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Gómez, R., Rábago, R., Castillo, E., Vázquez, F., Barba, R., Castell, A., ... Wachter, N. (2008). Tratamiento del niño obeso. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 528-546. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a11.pdf>

González, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Álvarez, J., Padilla, A. y Ocete E. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27 (1), 177-184. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n1/21\\_original\\_10.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n1/21_original_10.pdf)

González C., William, J; (2013). Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, Enero-Marzo, 120-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/280/28026467016/>

Heynig , E. (2008). *El contexto social y los condicionantes de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación* (Tesis de pre grado). Recuperada de: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-heyntag\\_e/pdfAmont/cs-heyntag\\_e.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-heyntag_e/pdfAmont/cs-heyntag_e.pdf)

Kielhofner, K. (2004). Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional (3). (trad.) *Las Heras, C.* Montevideo, Uruguay: Editorial médica, panamericana

La Investigación cualitativa (sin fecha). Recuperado de: <http://www.lapaginadelprofe.cl/metodo/guiatesis/311categorizar.htm>

Lindón, A. (2004). Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. *Revista Veredas*, 39-60. Recuperado de: [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/estadistica.php?id\\_host=6&tipo=ARTICULO&id=4134&archivo=12-264-](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=4134&archivo=12-264-)

4134sbt.pdf&titulo=Las%20huellas%20de%20Lefebvre%20sobre%20la%20vida%20cotidiana

Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Perú Med Exp Salud Pública*, 29 (3), 357-360. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a10v29n3.pdf>

Matilla, R. (05/2013). *Obesidad y Terapia Ocupacional* (Artículo en sitio web). Recuperado de [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Obesidad tratamiento terapia ocupacional.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Obesidad%20tratamiento%20terapia%20ocupacional.shtml)

Medina, F., Aguilar, A. y Solé-Sedeño, J. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 34 (1), 67-71. Recuperado de: <http://revista.nutricion.org/PDF/ASPECTOS-SOCIALES.pdf>

Ministerio de salud (2008). *Programa de alimentación saludable y actividades físicas para la prevención de enfermedades crónicas en niños, niñas, adolescentes y adultos*. Santiago, Chile: Autor.

Ministerio de Salud (2015). *Ley de alimentos*. Santiago, Chile: Autor. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/reglamento-de-la-ley-de-etiquetado-de-alimentos-introduccion/>

Ministerio de Salud (2015). Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años (4). Santiago, Chile: Autor. Recuperado de: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/wp-content/uploads/2015/05/Gu%C3%ADa-alimentaci%C3%B3n-menor-de-2-a%C3%B1os-D.pdf>

Mönckeberg, F. y Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42 (1), 96-102. doi: 10.4067/S0717-75182015000100013

Moraga, F., Rebollo, M., Bórquez, V., Cáceres J. y Castillo, C. (2003). Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Revista chilena de pediatría*, 74 (4), 374-380. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000400004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000400004&script=sci_arttext&tlng=pt)

Morales, J. (2010) *Obesidad, un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: [http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro\\_de\\_obesidad.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf)

Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Medicina Clínica Las Condes*, 23 (2), 124-128. Recuperado de: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr\\_Moreno-4.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf)

Muñoz, S. (25/10/2010). *Nuevos materiales educativos en alimentación sana y actividad física para establecimientos educacionales* (noticia). Recuperado de: <http://www.uchile.cl/noticias/66581/inta-exitoso-programa-de-intervencion-escolar-contra-la-obesidad>

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud, glosario*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial, sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Santiago, Chile: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2016). ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad? Recuperado de: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/)

Organización Mundial de la Salud (2016). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Sobrepeso y obesidad infantiles. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Recuperado de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Cuáles son las causas? Causas por las que los niños y adolescentes se vuelven obesos* (artículo en blog). Recuperado de: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_why/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/)

Pellegrini, M. (12/2004). *Terapia ocupacional en el trabajo de salud comunitaria* (artículo). Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>

Porras A., X., Cáceres N., M., Garcés M., A., Riveros G., M., & Seguel V., A. (2006). Intervención de terapia ocupacional en prevención y tratamiento de obesidad y Diabetes Mellitus Tipo II: “nunca pensamos que era algo más que una dieta”. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 0 (6), Pág. 55 - 68. doi:10.5354/0717-5346.2006.112

Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Recuperado de: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>

Raimannt, X. y Verdugo, F. (2011). Actividad física en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. *Revista médica Clínica las Condes*, 23 (3), 218-225. Recuperado de: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/3%20mayo/2\\_Dra\\_Rainmann-4.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/3%20mayo/2_Dra_Rainmann-4.pdf)

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5). Argentina: Deusto.

Salas, M., Gattas, V., Ceballos, X. y Burrows, R. (2010). Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. *Revista médica de Chile*, 138 (1), 1217-1225. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2002.pdf>

Tejero, M. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín Clínico Hospital Infantil*, 65 (6), 441-450. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005)

Tognarelli, A. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Revista Summa Psicológica UST*, 9 (2), 57-67. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v9n2/a05.pdf>

Vanini, G. (2009). Tratamiento multidisciplinario de la obesidad. *Tendencias en Medicina*, 1-6. Recuperado de: <http://nutrimed.com.uy/uploads/otros/Tratamiento.multidisciplinario.de.la.obesidad.pdf>

Vio, F. (24/08/2014). Ausencia de políticas públicas para enfrentar la obesidad infantil en Chile (noticia). Recuperado de: <http://nutricionyvida.cl/ausencia-de-politicas-publicas-para-enfrentar-la-obesidad-infantil-en-chile/>

Willard & Spackman, (2005), *Terapia Ocupacional*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

## V. ANEXOS

### 5.1 Anexo 1: Pauta de entrevista

1. ¿Qué factores influyen mayormente en este proceso que configura la obesidad, tanto en su desarrollo como o su prevención?
2. ¿Cuáles corresponderían al contexto familiar y cuáles al contexto social? (respecto de como influyen los hábitos a estas directrices)
3. ¿De qué forma puede interferir en el desarrollo y desempeño de un niño/a?
4. Refiérase a las acciones de prevención que hayas utilizado en tu trabajo, ¿en qué nivel de prevención?, ¿qué estrategias consideras mas asertivas?
5. Refiérase a las estrategias o acciones de prevención que estén vinculadas a las a obesidad infantil ¿y desde la prevención primaria? ¿cómo fueron estos resultados?
6. Refiérase a cómo abor das los hábitos alimenticios, sedentarismo o algún tema relacionado que contribuya a la obesidad ¿de qué forma?
7. ¿Qué propuesta de intervención podrías realizar para la obesidad infantil, desde el contexto actual considerando el desarrollo de los niños/as durante la primera infancia?
8. ¿Cuáles son los aportes de un Terapeuta Ocupacional en la prevención de la obesidad infantil, específicamente en niños/as entre 6 meses y dos años de edad? ¿y cómo es su participación desde la prevención primaria?
9. Refiérase a las competencias del Terapeuta Ocupacional para intervenir en la prevención de la obesidad infantil.
10. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y/o metodológicos de tu intervención profesional?
11. ¿Desde qué punto de vista adjudicarías la problemática? Respecto a la familia y/o sociedad.



## 5.2 Anexo 2: Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para colaborar en la investigación que se me ha explicado previamente y ofrecer la información que sea solicitada por los investigadores Daniela de la Fuente y Maximiliano Peralta, Terapeutas Ocupacionales, en relación a su tesis de Magíster de Terapia Ocupacional. La información proporcionada será para uso exclusivo de la investigación.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## 5.3 Anexo 3: Tabla de codificación

<b>Categorías</b>			
<b>Obesidad infantil</b>		<b>Prevención y Terapia Ocupacional</b>	
Hábitos	HB	Rol actual	RA
Contexto	CT	Rol esperado	RE
Desempeño Ocupacional	DO		
<b>Entrevista</b>	<b>eN°</b>		

## **5.4 Anexo 4: Entrevistas**

### **Entrevista 1**

1: Trabajo en un colegio especial, como terapeuta del colegio, trabajo ahí 30 horas, pero paralelamente hace como unos 5 o 6 años empecé a estudiar como forma paralela mucho del apego, de cómo se arman los vínculos y automáticamente surge el tema de la alimentación, aun que uno no lo crea, en todo lo que tiene que ver con lo vincular. Entonces después cuando leí un poco el tema del que ustedes quieren investigar y si hay terapeutas que se dediquen un poco a esto de la alimentación, de la prevención de la obesidad, no se la verdad si los hay así como tan específicos, pero por lo menos yo creo que en lo que yo he empezado a hacer “súper hormiguita”, o sea no podría decir que me dedico a eso, pero si toco mucho el tema de la alimentación cuando trabajo con los papas hago talleres de educación prenatal y me certifique con una organización americana estadounidense que se llama “Lamas”. No tienes que ser terapeuta para certificarte, por supuesto, pero si profesional del área de la salud ayuda mucho, a que tengas esa base como para poder certificarte. Y eso parte importante, uno de los pilares de lo que uno conversa con los papas es el tema de la lactancia. Y ahí un poco uno siempre toca después cómo pasai a la alimentación de sólidos con el bebé, cuando el niño ya puede comer, y hay muchos estudios que hablan desde la parte vincular porque, dar la alimentación e incluso dar el pecho y todo para algunas mamás es súper estresante (...), pero es una demanda de apego súper importante y uno no lo sabe hasta que lo vive como mamá y además después, me llevó esto a estudiar mucho este tema, porque me gusta también, entonces como que fui encontrando este nexo entre lo vincular y muy relacionado con el inicio de la alimentación, y obviamente después la lactancia esta ultra comprobada, lactancia materna de leche materna, está súper comprobado que es un el pilar número uno en la prevención de la obesidad y la lactancia prolongada o “a

término” que algunos le llaman, que la OMS te indica que sea ojalá de los dos años o más inclusive, en algunos países es hasta los cinco años y los índices de obesidad son súper bajos. Acá en Chile la lactancia recién está volviendo, porque está muy enfocado en la alimentación artificial con leche maternizada pero que tienen directa relación con la obesidad. Entonces por eso se me ocurrió que les podría ayudar en algo que sea...

RACTe1

Maximiliano: Si de todas formas... según tu ¿cuáles podrían ser los factores que influirían en la obesidad? tanto como en su desarrollo como en su prevención ¿qué factores podrían influir?

I: mira yo no soy experta en obesidad, pero creo que un factor importante es la educación, el no conocer como uno lo que come y lo que le está dando también al hijo influye abismantemente, para lo que yo he visto también y lo que he leído, porque me ha tocado como revisar estudios, siempre desde la lactancia porque ese es el foco que yo hago con los papas, uno de los temas son talleres que yo hago de seis sesiones y una de las sesiones está dedicada al tema de la alimentación infan..., bueno de la lactancia sobre todo, pero igual después salen temas importantes, como el inicio de la alimentación y todo, y por ejemplo uno se da cuenta que no sabe leer una etiqueta de nutrición que sale en las comidas, o sí, porque de que sale sale en las etiquetas pero uno no entiende lo que está leyendo, no sabe lo que está leyendo, entonces estas campañas que apuntan un poco a buscar esa educación, igual queda mucho por hacer pero por lo menos son ciertas acciones un poco más sólidas que antes que no había nada, pero yo creo que la educación es un pilar fundamental como...

Daniela: desde lo familiar más que nada...

1: claro, o sea como del núcleo familiar que a veces en realidad... me toco, tuve la suerte de hacer un diplomado de apego en la católica y ahí bueno, Amanda Céspedes que todo el mundo la conoce, que ve todo el tema de neurociencias te explica, o sea explica súper bien, no solo ella sino que en general los que han estudiado este tema cómo, por ejemplo, el bajo consumo de agua o el alto consumo de colorantes, influye por supuesto como en los hábitos alimenticios y también, bueno en todas estas enfermedades entre comillas de moda, como el famoso “déficit atencional” que ya está sobre diagnosticado y que en realidad es más una intoxicación a veces de lo que uno come que en realidad una hiperactividad así como purita. Entonces hay mucha información afuera, pero claro como salpicada. Pero yo creo que, como volviendo a la pregunta, entre los factores principales es el tema de la desinformación, o sea por lo menos yo con el lineamiento que yo hago en el curso que imparto, que tienen estas bases, bueno los gringos son súper organizados en muchas cosas y eso es lo bueno de que esté certificado y todo, porque la información que uno entrega, como para explicarles un poco, que cuando uno entrega información tiene que ser información súper fidedigna, entonces todos los estudios que yo aplico a los papas, son estudios que están aprobados que son estudios que están bien hechos, o sea no es así en internet apareció esto de no sé dónde, de x universidad, no, son estudios que están súper certificados y dentro de este pilar que es la parte de lactancia, esta mucha información actualizada en torno al tema de la comida, todos los mitos que están relacionados con la lactancia y todo, entonces también los papás parte de los objetivos principales, es que tomen decisiones informadas; cuando yo armo este taller con los papás, busco eso finalmente, o sea al final ellos tienen la decisión pero que la decisión sea informada, como de “consentimiento informado” y al final uno lo termina aplicando en todo orden de cosas, desde lo que va a comer hasta de donde proviene la comida que uno está comprando. Ahora, uno se encuentra con que vienen de cosas que de repente qué miedo pero eso es otra cosa... pero por lo menos ese es el objetivo y

como te digo, y a veces muchas decisiones que tomamos día a día, sobre todo en la alimentación, no son con una información acabada que todos entendamos como esto de las etiquetas por ejemplo, por poner un ejemplo es eso, pero los patrones que uno usa de como se alimenta viene de cómo fue tu familia, de cómo tu familia te mostró el modelo de alimentarte, eso también es mucho de costumbre, cosas que en este país se comen y que en otros países no se comen o que en otros países si se comen y que acá serían na que ver comerlos no sé, eso tiene mucho que ver con la costumbre. Y también el modelo que uno está mirando como país, Chile se asemeja mucho al modelo gringo, que tiene sus ventajas pero también tiene grandes desventajas, o sea toda la comida chatarra. La educación al final tiene que ver con la toma de decisiones informada...

Maximiliano: que deberían ser mas asertivas.

CTHBe1

Daniela: Los talleres que haces ¿son mas desde lo preventivo? ¿Cómo son?

1: Mira el taller desde “lomas” lo que buscamos es que las familias tomen decisiones informadas para favorecer un parto seguro y una paternidad segura y saludable, sobre todo saludable; entonces en grandes rasgos, desde cuáles son las intervenciones que se acostumbran hacer en el trabajo de parto por ejemplo y cómo estas pueden repercutir en el desarrollo de ese trabajo de parto y en cómo resulta ese trabajo de parto. Entonces hoy en día esta súper comprobado que la gran mayoría de las intervenciones médicas son súper rutinarias y no tienen que ver con las necesidades de la persona si no que son de rutina, es un protocolo que se le aplica a todos por igual y no siempre el que se le aplica a una es necesario para la otra y bueno eso mismo empieza, o sea no empieza, ya esta súper arraigado, es como una especie de enredadera nociva en todos los ámbitos de la crianza se podría decir o de la llegada al mundo de esa guagüita, entonces también

después un pediatra que es una persona certificada se supone en toda la parte de las enfermedades que podría tener una guagua, pero no es un experto en crianza, entonces uno, en cierta forma como este modelo medico como uno como que enfoca que todas las respuesta las tiene el doctor y todo entonces, “¿doctor cuando le empiezo a dar la comida?”, “bueno es que a los seis meses hay que empezar a dar la comida molida” entonces es un patrón súper establecido y no todas la guagüitas necesitan, les hace bien ese patrón incluso, hay guaguas que a los seis meses tienen todos los dientes y es súper importante que empiecen a mascar y a sentir las texturas, otras guaguas que tienen la fuerza suficiente con las encías para poder hacer un movimiento, o sea un montón de cosas, si hablai con un fono por ejemplo, ellos te pueden explicar pero súper bien esa parte, pero resulta que técnicamente que pasa: a los seis meses baja la cantidad de fierro que es la reserva con la que nace la guagüita, porque además le cortaron tempranamente el cordón que fue una intervención no necesaria, entonces esa guagüita quedo con menos reservas de fierro de la que naturalmente en un parto natural sin interrupciones, podría haber alcanzado. Incluso en países se ha adelantado el inicio de la alimentación a los cuatro meses con un estomago súper inmaduro, con una flora bacteriana todavía que se está formando gracias a la leche materna, o sea hay muchas cosas que se están como trastocando y que creo que eso obviamente tiene repercusión en lo que va a ser después la alimentación de ese niño y después de ese adulto; bueno es como un ciclo, circuito que no para.

RACTe1

Daniela: ¿Y en un niño? porque nosotros nos estamos enfocando en niños de entre seis meses y dos años, porque sentíamos que la lactancia era un tema totalmente, como para tratarlo en otra tesis, y claro porque a los seis meses empieza todo el tema de la alimentación complementaria...

I: o sea debiera empezar, pero por ejemplo, hay mamas o pediatras incluso, que su expertos está en lo patológico, no en lo evolutivo; hay pediatras que si se dedican a estudiar lo evolutivo y son mucho más asertivos en las recomendaciones para esas mamas, nada que decir con eso; pero en general, las directrices, además que todas las directrices de las grandes industrias, las grandes industrias también... búscate un comer sano de Nestlé y vas a ver cómo dice que le des el colado en la mañana y después otro colado en la tarde, y ese colado es una pero una bomba, o sea súper distinto.. Si bien esta hecho al vapor y toda la cuestión, pero igual no es... es la textura, el sabor, todo lo que trae la comida entera por ejemplo, es súper distinto a un colado, el sabor es súper distinto. Que te salvan en algunas ocasiones y eso nada que decir, pero así como las directrices es que tienes que comer tres colados al día, o sea eso no es real, no debiera ser la norma y es la norma hoy en día.

CTHBe1

Daniela: ¿y en cuanto como al rol del terapeuta?, o sea no hemos conocido ningún caso que vea directamente obesidad infantil como un campo, como en prevención de esto...

I: o sea yo la verdad es que no... O sea conozco un par de terapeutas que hemos estado como en esta línea pero así como que se dedique... yo de verdad no me dedico, o sea me dedico como a esta parte, pero así como de la obesidad y todo... pero por ejemplo dentro de esto automáticamente van saliendo temas y salió una metodología que se llama ” baby led weaning” que significa el destete natural del bebe, weaning es destete, entonces me puse a leer de esto porque además tengo una hija, después nació mi segunda hija y yo dije no voy a cometer los mismos errores que cometí con la primera, la primera es pésima para comer y pasándola mal en la alimentación, y dije no puede ser tan estresante, no puede ser que yo diga son las seis de la tarde y le tengo que dar de comer y quiero correr, no puede ser eso, no es correcto, no es sano ni para ella, ni para mi, ni

para nadie en la casa, entonces me puse a estudiar, dije tiene que haber otra forma. Y en eso de estudiar está esta metodología, y realmente es otra metodología, que tampoco es muy conocida ni por los nutricionistas ni tampoco por un fonoaudiólogo, que es esta posibilidad de que coman entero desde chico, hay corrientes... pero hay gente que la ha estudiado y que la implementa y la verdad es que tiene todo el sentido del mundo, o sea cuando un cavernícola, por decirlo así, o la niña del amazona o de no sé donde, la mamá de la tribu x en no sé donde, no tenía un minipimer para andar moliendo la comida y a los tres años los niños comían de todo incluso carne cruda, entonces al final la tecnología no la estamos usando en beneficio de nosotros sino como al contrario..

Maximiliano: interrumpiendo aquellos procesos que deberían pasar...

1:Entonces claro como que ahí un poco, en termino a lo que yo eh hecho dentro de estos talleres que hago, como que incluyo el tema de la alimentación complementaria, como un pilar también dentro, además de lo que hablamos mucho de lactancia, siempre desde como armai el vinculo, la situación de alimentar puede ser muy estresante para una mamá, o sea come, que no abre la boca, que la hecha, que la escupe, pero es que el doctor dice que yo tengo que darle una tasa de esta comida todos los días, que debe comer no sé cuantos gramos de carne a la semana, y todo.. Entonces eso de verdad genera arto estrés en la mamá, estoy muy presionada, versus... como la mamá de ese hijo, oye pero si la leche sigue siendo lo más importante, ya. Se supone que ojala dar papa hasta los dos años, entonces tú dices como vamos a empezar, entonces a los seis meses, y papas que cortan completamente la leche porque le toca comer, siendo que la leche espero diez mil veces más potente, bueno no sé si diez mil veces, se los puedo buscar, pero tiene muchas más propiedades que ese pedazo de manzana, que pucha que ojala menos mal que es una manzana y no una papa frita la que le están dando al niño, pero aun así la leche materna es mucho mejor;



entonces está súper ligado al tema de la lactancia y como terapeuta, la formación de uno como es tan integral, cachai que hacemos de todo un poco, como que yo dijo yo siento que el TO tiene mucho que ofrecer en esta área, porque por ejemplo es un AVD, comer es un avd. En el trabajo tengo una colega que trabajó harto tiempo en hogares y también bueno, las AVD son como una fabrica... en los hogares no hay como un espacio como que el lavado de dientes, sobre todo la alimentación, la alimentación es algo súper social también, me acuerdo que lo comentaba con ella... entonces yo siento que el terapeuta puede ofrecer mucho porque es un campo súper trabajado, o sea no tanto en Chile pero en otros países el terapeuta lo que hace es AVD, entonces también hacía mucho sentido que fuera como metiéndome. De hecho en Estados Unidos, como esto es gringo, yo me mando correos con la gente de allá que también son educadores prenatales, y hay muchos que son terapeutas, acá o sea no conozco mucho... o sea de hecho el curso que vino hacer acá Lamas era yo la única terapeuta, y después en otro curso que fue de Duola, que es como acompañante de parto, había otra terapeuta así como bah y tu... pero así el resto la mayoría psicólogos o de cualquier otra carrera pero no.. no sé si ubican a Carmen Gloria de las Heras, que es como experta en el modelo de ocupación humana y todo, y yo le decía pucha que es importante por ejemplo el tema del rol por ejemplo de la madre cuando tiene que enfrentarse al tema de la comida, de hecho lo conversamos una vez me acuerdo, porque por ejemplo esa es una característica que te empodera, como que de cierta forma ser buena como dando papa o ser buena madre es como ser buena alimentando cachai, como que está súper unido sobre todo en la cultura chilena, entonces si no eres buena para cocinar o si no eres buena para hacer la comida, eres como mala madre, entonces esta súper unido, está súper unido.

Maximiliano: y hablando como de esas competencias ¿cuales se pudiesen acoplar? Como bien decías tú, el terapeuta ofrece mucho para poder intervenirlo, por que como bien decías es una AVD la alimentación... y ¿qué más podría ofrecer?

1: yo creo que el TO podría ofrecer, bueno de partida esta mirada centrada en la persona más que en otras cosas, esto de que realmente uno se centra en el cliente, en el contexto. Porque tu a veces miras otras disciplinas como desde la sicología y todo, y como que siempre están muy enfocados en que si algo no anda mal es como patológico; de hecho me acuerdo de haber leído un paper que decía que la mujer cuando es madre, porque esto tiene mucho que ver con la maternidad chiquillos, cuando es madre aflora su personalidad narcisista, y yo así what?! ¡Así como no! Si, puede ser, si lo analizai desde esas teorías y esa corrientes así como de las teorías de las personalidades y los tipos de personali... si puede ser... pero o sea, yo soy muy del modelo de ocupación humana entonces como de verdad es un proceso que estas explorando, estás explorando tus competencias, te caí, o sea como que ojala no tener esta mirada del terapeuta que permite realmente como una exploración de tus habilidades sin una sanción, creo yo que ese es el plus del terapeuta, que te puede dar esa mirada sin caer en lo patológico, sino como todo un aprendizaje, yo creo que en ese sentido..

Maximiliano: ¿cómo conjugando contextos?

1: claro, conjugar contextos, conjugar modelos de intervención...

Maximiliano: ¿la misma estructura de la cotidianidad?

1: también, porque además el terapeuta valora mucho dónde se mueve esa persona, su ambiente, que no todos entienden, por ejemplo no sé, una clínica de lactancia, por ponerte un ejemplo específico con la alimentación, que es una clínica de lactancia? son estas clínicas que están en las clínicas donde te enseñan a dar papa y todo. Ya, puede

funcionar, pero el terapeuta yo siento que ve ¿donde vive esa mama? ¿Cómo es su casa? ¿Con que implementos cuenta? ¿Cuales es su rutina? Tomai todo en cuenta, entonces, pucha quizás le resulta y la matrona está feliz porque en la clínica la mama llegó, le enchufó la guagua y le resulto, “¿ve que su guagua toma bien? pero ¿ve? si lo está haciendo bien”, resulta que llega a la casa con cuatro hijos mas, con no se que, con aquí con allá, con el marido que no pesca, cachai y todo, y no po, no es así el contexto, entonces la guagua no quiere mamar en la casa , entonces después el problema es de la guagua, el problema es que la guagua, na que ver.. Hay todo un contexto un ambiente, entonces yo creo que eso el terapeuta es súper capaz de visualizar, los distintos contextos, las distintas dimensiones, reflexiona mucho mas, posiciona en realidad, está centrado en el cliente, ¿se entiende?

RECTe1

Daniela: y eso llevado...nosotros nos estamos enfocando mucho en la prevención primaria, como el rol del terapeuta en la prevención primaria, sobre todo en esta edad, en el fondo más que en el niño obeso en sí, en cómo prevenir que llegue a serlo, como en las competencias en prevención.

1: Mira yo siento que se puede actuar mucho, porque, el terapeuta, yo cuando hice el diplomado me di cuenta, decía se llegó a esto porque no se hicieron tantas otras cosas, bueno el terapeuta yo siento que está hecho para trabajar en equipo, debe ser una de las pocas profesiones que sabe que está obligado a trabajar en equipo porque si no... O sea como sabemos mucho, o sea no sé si mucho, pero sabemos de muchas cosas, pero tampoco sabemos en profundidad tantas cosas, entonces estás como obligado a saber un poco mas desde sicología, desde nutrición, desde el fono, desde aquí, de acá. Entonces por ejemplo, en un consultorio, parte de una evaluación integral debiera estar la mirada por ejemplo del terapeuta, del contexto, de la rutina, de cómo son los patrones

ocupacionales de esa persona en general. Obviamente tiene que ser un terapeuta que también este como familiarizado con los modelos más ecológicos de la disciplina de terapia ocupacional, que sea alguien que esta netamente como centrado en lo biomecánico no po, cachay no va a servir mucho. Pero de todas maneras en todo lo que es de prevención, nosotros en un trabajo del diplomado tuvimos que hacer una intervención y explicarle a un grupo medico lo que es el apego, y si bien todos saben lo que es el apego como de diccionario, explicarlo y como surge, y como esta acá, como se arma cerebralmente y todo, fue un impacto súper bonito porque me acuerdo que éramos un grupo, estaban una socióloga, dos sicólogas, una pediatra y yo, la terapeuta y cuando uno les explica que esto tiene que ver con todas las partes del día a día en que esa mama, por ejemplo, al vestir a su hijo, AVD, al vestirlo que le hable, que lo mire, que le diga lo que está haciendo, que lo anticipe, eso está fomentando un apego seguro versus una mama que no mira, que no anticipa, que cosifica al hijo, entonces y todas decían si po en realidad.. No solo es “juega con tu hijo”, “cuéntale un cuento”, ¡no! es todo el día en donde tu armas y de hecho el apego se observa en momentos de estrés y la alimentación puede ser un momento estresante, entonces ahí el terapeuta tiene mucho como que aportar, más que la tecnicidad misma de si tomo la cuchara o no, es todo el contexto que evalúa, todo, no es solamente adaptar el mango de la cuchara.

REDOe1

Maximiliano: como la problemática principal ¿a quién se la adjudicarías? ¿A la familia, a la sociedad, ambos, alguien tiene mayores responsabilidades, compartidas?

1: está difícil la pregunta, no no se si alguien en específico... o sea yo creo que como familia, en general, en chile por lo menos, somos muy pasivos en buscar el por qué de las cosas, somos muy pasivos. Yo lo viví en carne propia, yo también era así, bueno quizás también sigo así en muchas cosas, pero por ejemplo el ser papá te transforma y te

transforma para, en algunos casos, como que te obliga a salirte de ti y a buscar lo mejor, porque al final tu vez a un hijo como una mejor versión tuya, quizás como va por ahí, entonces estamos muy acostumbrados a lo que nos digan es y no cuestionamos, no preguntamos, no... “oye ¿sabes qué? mira tú guagua viene muy grande, va a tener que ser cesárea”; de la 38 semana pueden pasar todavía dos semanas súper seguras para que nazca esta guagua, pero no sabí que, “está creciendo muy rápido, sabí que te la vamos a sacar, vamos a tener que hacer cesárea no más”, entonces esas cosas tú dices: “ah ya, bueno ya”, y una cesárea una tremenda intervención, tiene muchos riesgos, es necesaria cuando es necesaria y salva vidas cuando es necesaria hacerla, pero que sea una intervención de rutina eso no tiene que seguir pasando. Entonces ese tipo de cosas tú dices chuta y ¿por qué no pregunte más? ¿O no me informe más? y yo creo que lo mismo pasa con la obesidad, yo he visto esos programas en la televisión que igual no están tan mal armados, están bien armados y en general estos reportajes de estas familia con estos niñitos de 10 años, como este niñito mexicano que le dio un ataque al corazón en pleno patio y que los papás de verdad no sabían cómo, y eran papás súper... nadie duda el cariño que le tenían a su hijo, pero estaban súper perdidos, perdidos pero así.. Y porque no había información, los hábitos estaban muy arraigados, ahí el terapeuta por ejemplo, quien mas experto en habituación que el terapeuta, por ejemplo, entonces el rol es súper importante. Pero así como ¿culpa? yo creo que es verdad, la principal culpa la tenemos las familias porque además ¿cómo nos protegemos del bombardeo mediático?, ¿del bombardeo de alimentos tóxicos que hay? O sea a mí de verdad me picó el bichito y tengo una huerta ahora en mi casa, una huerta súper humilde pero tengo tomates, he sacado ají, todo tipo de hierbas así como para sazonar la comida

Maximiliano: como que modificaste tu estilo de vida

1: si, dije ya, ratón de experimento yo misma, porque si no en realidad... y hay acceso a información, si el tema es que uno no busca, es que es mucho más fácil quedarse pasivamente pero después vienen todos los problemas, todas las repercusiones en la salud.

D: muchas gracias, te queremos agradecer.

CTHBe1

## **Entrevista 2**

Daniela: entonces primero, bueno saber a qué te dedicas

2: acá yo soy la terapeuta de la sala de estimulación del chile crece contigo y trabajamos con niños que vengan derivados del control sano, que salgan con riesgo, rezago o retraso en el desarrollo psicomotor y con niños con otras vulnerabilidades, ya sea patologías o vulnerabilidades sociales o alguna patología de base, que no son diagnosticadas o que no son, que no salen a causa del tercio del EEDP, que sean patologías pero que todavía no estén diagnosticadas, porque los que están diagnosticados se atienden en el hospital San Borja, Esos son los niños que ingresan acá con nosotros. Yo trabajo con los niños que ingresan por trastorno de la coordinación, trastorno motor y los que tienen patología de base, y los riesgos sociales y problemas conductuales, esos.

Daniela: Perfecto. Alguna como, bueno estamos enfocados en obesidad infantil, qué cercanía...

Maximiliano: como es la vinculación...

2: acá hay un programa que se llama Vida Sana ya, que está en los consultorios, no sé si en todos la verdad, pero el programa vida sana acá funciona y aborda todos los niños y

todos los adultos que tengan problemas de alimentación, de obesidad. A la sala no llegan derivados niños como por obesos, o sea secundariamente sí, pero no directamente porque tengan obesidad, porque tengan algún sobrepeso. Llegan porque no adquieren la marcha o porque son torpes motrizmente, pero no básicamente porque sean obesos. Nosotros lo trabajamos igual, yo trabajo con la kinesióloga, ella tiene 10 horas y yo tengo 33, por lo tanto igual yo abordo mas desde la motricidad que ella por las pocas horas que tiene, pero igual lo abordamos el sobrepeso. Pero no llegan, como les digo, como niños directamente por sobrepeso. El programa vida sana atiende a los niños desde los 3 años, entonces los que están entre los 0 y 3 años no están siendo atendidos por nadie, solo los que la enfermera detecta como que tienen problemas del desarrollo psicomotor se derivan acá, pero no porque sean obesos básicamente.

RADOe2

Daniela: ¿y cómo lo abordas tú?

2: bueno más que nada es como adquirir el hito que no esté alcanzado. Tampoco se hace como desde prevenir la alimentación, si lo aconsejamos un poco, se trabaja en conjunto con la nutricionista para ver si están con alguna dieta. Se refuerza como solo en educación más que nada y tratar de adquirir los hitos, que son por lo que ingresan con nosotros.

RADOe2

Daniela: perfecto... ahora mas como en lo que tú crees o en el fondo... ¿crees que es como pertinente o cuáles son como las competencias del terapeuta para, en el fondo, que formara parte de un equipo que interviniera en obesidad infantil?

Maximiliano: como desde la prevención

2: O sea yo creo que si po, desde la prevención si porque bueno va a afectar en todo el ámbito de vida de un niño, me dijiste ¿desde qué edades están enfocándose ustedes?

Daniela: de los seis meses a los dos años

2: aah chiquititos chiquititos, si. Ahora yo igual, bueno acá nosotros siempre como que fomentamos la lactancia materna exclusiva, entonces de hecho justo ayer estábamos hablando en una reunión, de a qué se debiese la obesidad en los niños tan pequeños, porque de los 0 a los 6 se supone que es lactancia materna libre, sin un horario, por lo tanto de los 0 a los 2, claro y a los 6 se incluye la comida, pero igual hay niños que son obesos que solo tienen lactancia materna, entonces no solo, lo que conversábamos ayer, que no solo sabemos si es solo la alimentación o si es algo genético también, por lo tanto ahí es difícil igual realizar una intervención si no fuera solo de hábitos alimenticios. Hablábamos sobre un caso que llegó un chiquitito, chiquitito como 9 o 8 meses, obeso súper obeso, ni siquiera adquiriría el sedente todavía, solo por la obesidad. Pero no era por que tenía malos hábitos alimenticios, si no que era porque tenía un problema genético. Entonces igual ahí es como difícil encontrar desde donde lo abordamos, porque si es solo desde la prevención tendría que ser, o de la promoción, sobre los hábitos alimenticios para no llevar a la obesidad.

Maximiliano: como trabajar desde ahí

2: claro, pero con los niños que son obesos por otras causas, o sea me refiero, se los digo así porque las mamás o los niños que toman solo leche, solo lactancia materna, igual son obesos, no sé si realmente será porque son hábitos alimenticios cuando son tan chiquititos. Entonces si es de hábitos alimenticios sí creo que es un rol súper fundamental también participar en la prevención de la obesidad,

REHBe2



Pero realmente acá no lo hacen y yo tampoco en la universidad ni en ningún lado he visto que un terapeuta ocupacional trabaje como desde prevención de la obesidad.

Maximiliano: como que lo intervenga directamente, claro porque muchas veces se puede intervenir colateralmente haciendo algo complementario

2: si, pero es poco, de hecho el programa Vida Sana tampoco trabaja tanto en prevención, en promoción. Trabaja en, bueno recién justo terminó el taller que hace un profesor de educación física que es como de actividad física, pero los otros programas son directamente en los jardines o en los colegios que van para niños y se enfocan en la alimentación saludable, en no comer comida chatarra y en eso, pero igual es como básico el programa en general encuentro yo de como desde gobierno de intervención en vida sana. Pero si considero que claramente sería fundamental si es que si existiera la herramienta de hacerlo. Ahora igual yo llevo ya casi un año trabajando acá y los roles también están súper definidos, o sea si yo vengo a trabajar a la sala de estimulación yo tengo que trabajar en la sala de estimulación y con estos niños y los niños que ingresan por estas pautas. Entonces igual es difícil como meterme hacia el programa de vida sana y hacer prevención en obesidad porque, y todos yo creo que todos, no sé si será acá no mas, yo no había trabajado nunca antes en consultorio o en APS. Pero como que todos tienen su labor bien definida, entonces si no hay una política pública que incluya al terapeuta ocupacional, yo creo que es difícil que uno pueda trabajar en eso porque como que siempre está dirigida hacia el nutricionista o al médico.

RACTe2

Maximiliano: y según tú, ¿se podrían acoplar las competencias del terapeuta versus en este nuevo rol de la prevención de la obesidad? ¿Se podrían acoplar?

2: eeehhh, o sea

Maximiliano: ¿como que tiene competencias suficientes para poder intervenir en esto?

2: yo creo que las competencias existen, no sé si las herramientas serán adecuadas o desde que punto lo enfocaríamos, porque si lo vamos a hablar de prevención de la obesidad solo desde el punto de vista de la alimentación, de no consumir alimentos no saludables o si vamos a enfocarlo desde mantener una estructura, una rutina diaria de alimento, una rutina de ejercicios, que sea una rutina mas enriquecedora en pro a una vida saludable. Yo creo que desde ahí si se podría hacer, pero la verdad es que no sé, no lo veo como, o puede ser que también en mi formación nunca haya estado involucrado tanto como la obesidad, no se creo que no, no sé si las competencias no están, yo creo que la formación no nos lleva hacia allá, por lo general.

REHBe2

Daniela: igual tiene que ver con los factores que producen o desarrollan un poco a... como, eso te quería preguntar, igual como tu intervención como del día a día, como desde que enfoque más o menos, porque claro hay terapeutas que son como súper más de lo social o de lo familiar, acá se aborda lo familiar por ejemplo, como tu mirada...

2: si, mira bueno nosotros trabajamos directamente con la mama o el cuidador significativo que venga con el niño, por lo tanto siempre es una intervención global.

RACTe2

Siempre desde nuestra primera, desde el ingreso a la sala, se hace la estructura, se pide como es la estructura del día a día del niño, las horas de alimentación, el horario de sueño, siesta, la hora que se levanta, la hora que se acuesta, toda la estructura la rutina del día. Y si es una estructura pobre o desorganizada nosotros tratamos de organizar, hacemos una pauta, le entregamos una pauta a la mama como cuáles serían los horarios

adecuados, los horarios de alimentación adecuados, y como que vamos generando un poquito de estructura, desde ahí. No sé si respondo tu pregunta. Si pero si trabajamos en familia, sobre todo acá son súper chiquititos, acá trabajamos de 0 a 5 años, entonces ya los más grandes, 3 o 4, a veces ingresan solos pero casi todos vienen y entra la mamá a la intervención.

RAHBe2

Daniela: claro, porque de repente, no sé qué crees tú como la obesidad relacionada, o sea la prevención desde en el fondo, desde un contexto más familiar, sobre todo en niños tan...

2: ¿Pero tú me hablas de prevención en cuanto a la alimentación, a lo que consumen de alimentación?

Daniela: lo que tú crees en realidad...

2: no yo creo que no hay nada de prevención hacia la obesidad, mira igual nosotros tenemos una población súper difícil, porque acá la mayoría de nuestra población son migrantes, nosotros acá en la sala tenemos al 64% de nuestra población son migrantes. De esos la mayoría son peruanos, bolivianos, ecuatorianos, colombianos, haitianos. Entonces tenemos harta población. Entonces ellos vienen a Chile a trabajar y dejan a sus hijos en el jardín de 8 a 6 y después los van a buscar a la casa, o sea al jardín y los llevan a la casa, y no hay una estructura más allá, o sea no hay una rutina muy enriquecida, tampoco hay plata para hacer comida distinta. Entonces por lo menos acá la realidad de este consultorio yo creo que igual es bien distinta a la mayoría de los consultorios de Chile, porque nosotros somos el consultorio 5 y el consultorio 1 son los consultorios que tienen más migrantes acá en Santiago, entonces es súper difícil que las mamás de este consultorio hagan eso, tengan una rutina de vida saludable o incluyan la prevención de la

obesidad. La verdad es que la mayoría de los niños que vienen acá no son obesos, pero yo creo que igual es porque económicamente tampoco tienen como mucha plata como para llevar a los niños a comer comida chatarra o comprarles tantas cosas, ellos la mayoría se alimentan en los jardines. Y bueno y también las comidas de ellos son distintas, porque siguen con su cultura, entonces su comida es bien distinta y la mayoría también retira acá las leches y las comidas que le dan en el consultorio.

CTHBe2

Maximiliano: y desde tu punto de vista, a quien le adjudicarías la problemática de esta obesidad, independiente de los chicos que tienen problemas genéticos. ¿A quién le adjudicarías la problemática, a la familia o a la sociedad, que crees tú?

2: yo creo que primero desde la sociedad, la sociedad sería como la que lleva a la familia a ser la culpable, porque la sociedad genera demandas que hacen que también las familias necesiten trabajar más, las mamás y los papás trabajan los dos ahora en casi todas las familias, entonces cada vez tienen menos tiempo y al tener menos tiempo también la calidad de las comidas no es la misma, porque la mayoría de las mamás o cocinan en la noche o comen en el jardín y también tratan algunas familias de como compensar sacando a los niños a comer y como que la comida fuera un premio, no hay tiempo para salir a hacer ejercicio, para salir a los parques, para salir a andar en bici, así que yo creo que la sociedad lleva a que la familia necesitan cubrir demandas en base al trabajo, a la plata y no les queda tiempo para generar buenos hábitos, eso creo.

CTHBe2

Daniela: yo creo que para cerrar, como dejando fuera lo que haces aquí en tu trabajo sino que como terapeuta, como qué opinas del tema general, porque nosotros la duda que tuvimos desde un comienzo era como que en el fondo la obesidad es un tema súper

ocupacional, o sea que deberíamos abordar los terapeutas ocupacionales porque es un tema como cotidiano, como de la vida cotidiana

Maximiliano: que igual la alimentación es una AVD, entonces es algo interesante

2: si po, entiendo desde donde lo apuntan y claro si, por eso yo les hablaba de generar estructuras de rutinas en los niños que igual es súper importante, entonces yo creo que si es fundamental que existiera como mas intervención de un terapeuta ocupacional en la obesidad, desde la prevención, desde manejar estructura, incorporar actividad física en la rutina diaria y sería algo súper favorable para las personas si es que lográramos intervenirlo.

REHBe2

Pero ahora desde donde lo apuntamos, desde la prevención, porque para que una persona llegue a trabajar con nosotros y nosotros le estructuramos su rutina sin ser obeso, tendría que estar en alguna intervención. Por lo tanto tendría que ser como desde la prevención quizás desde de la alimentación y la vida saludable, pero como no es una persona específica

Daniela: ¿como más comunitario dices tú?

2: como claro, como comunitario, como quizás educación grupal o afiche, algo que no vaya dirigido a una persona sino que al grupo de personas y que desde ahí se aborde, porque si lo fuéramos a trabajar como desde una persona individual esa persona ya tiene que estar con obesidad, entonces ya llegamos quizás no a la prevención sino que ya al tratamiento, eso pienso yo. Pero sí, creo que como tú lo planteas sí, es súper desde la terapia la obesidad po si...

RECTe2

Maximiliano: ver el tema de los hábitos...

2: claro, hábito, rutina. O sea yo creo que la mayoría de las personas que son obesas, es porque deben tener una rutina súper pobre y hábitos súper pobres también po

HBe2

Maximiliano: claro que también pueden estar vinculados al nivel de educación, al no tener acceso a la información, también pueden haber unas problemáticas

2: si, claro y al nivel económico también po, si la gente que tiene recursos más bajos finalmente come comidas mas malas, porque tienen que comer casi puros carbohidratos, las verduras también a veces es más caras entonces no les alcanzan o no tienen tiempo para preparar una buena comida como les decía que es lo que pasa también acá, o sea yo se que la población de acá es no es lo común de nuestro país porque es población migrante, pero bueno cada vez menos también antes se pensaba que los gorditos eran sanos, entonces como que ya no es tan así, pero ahora los obesos ya no son obesos porque son sanos, sino que ahora son obesos porque no hay tiempo para hacer otras cosas, pero yo creo que si seria súper significativo que pudiéramos intervenir en eso desde una prevención

CTHBe2

Maximiliano: que haya un espacio dentro de un APS

Daniela: o de un equipo

2: pero eso tendría que nacer como desde una política pública, porque puede que a lo mejor algún terapeuta en algún momento logre tener un espacio en algún consultorio, pero eso va a ser como que si el director le da el espacio, pero no va a ser como país, si

es que no es política pública, porque como les digo acá no se da el espacio como para que yo intervenga en o ir a las consultorías en los jardines o ir a, no o sea... yo voy al jardín porque voy a ver a un niño, pero no es como que yo pueda hacer el trabajo por el que no me contrataron, entonces si no es política pública yo creo que es difícil que podamos hacerlo.

Maximiliano: muchas gracias

RECTe2

### **Entrevista 3**

Daniela: nuestra tesis es sobre el rol del terapeuta ocupacional en prevención primaria de obesidad entre niños de 6 meses y 2 años. Sabemos que no hay terapeutas, o sea difícil como que se dediquen exclusivamente a eso, de hecho ni en la universidad lo tocamos el tema, solamente asociado a ciertas discapacidades. Así que por eso el tema nos intereso mucho en el fondo porque creemos que la obesidad es un tema muy ocupacional, entonces como que el terapeuta en el fondo podría hacer un tremendo rol en...

3: en la obesidad

Maximiliano: entendiendo la alimentación como una de las AVD básicas, que es como algo que está dentro también del desempeño ocupacional de un niño, entonces igual era coherente como en las competencias versus las demandas de la enfermedad y como..

Daniela: bueno eso es lo que nosotros creemos

Maximiliano: claro, eso es lo que nosotros creemos

3: igual constituye un poco de discapacidad también la obesidad

DOe3

Daniela: ¿qué opinas tú?

3: ay, cuando me dijeron yo dije ay no sirvo para esto, pobrecitos. Pero ya haciendo como un poco memoria, en realidad a mí no me ha tocado mucho niño con obesidad o que yo vea que lo están alimentando tan mal, pero sí trabajo con niños con autismo donde el consumo de azúcar sí afecta bastante su comportamiento y me tocó ir específicamente a la casa de un, porque yo trabajo en un domicilio, de un niño que tenía autismo. Los papas eran obesos y el niño tenía 3 o 4 años no me acuerdo y él ya era obeso también, y cada vez que yo llegaba a la casa el niño estaba comiendo queque, fideos o sopaipillas o dulces o cualquier cosa, pero siempre estaba comiendo.

CTHBe3

Y a mí me interesaba mucho más que el niño estuviese jugando, pero era la única forma que los papas tenían como para calmarlo o para relacionarse con él en realidad, no estuve mucho tiempo con ese niño. Claro y dándole vueltas también al tema, si creo que, como que primero dije no sé si es tan... podrían haber tomado cualquier otro tema, pero si efectivamente los papás últimamente como que no toman como un tema importante lo de la alimentación, hay caleta de bebidas en las casas, es mucho más fácil entregarle un paquete de galletas, es que es como que funciona un poco como la tablet, como ya toma aquí teni y como cállate y como que todas las situaciones van afectando a un niño pasivo, con poco juego y con poca exploración, que en el mundo está así como congelado, como que lo congelan claro con comida y con tecnología, y ahí está el niño como siendo víctima también de alguna forma como de abuso encuentro yo, como de violencia.



Maximiliano: como vulneración de derecho

3: claro como desde no sab... igual tiene que ver con los sentimientos de los papas no se de cómo manejar esta situación de discapacidad que pueda estar teniendo el niño, pero que ellos probablemente no tengan muchas herramientas.

CTDOe3

Pero considero que si po, que es importante, desde un establecimiento de las rutinas, desde los patrones del desempeño, pero no le había dado mucha vuelta antes de que ustedes me nombraran la temática de la tesis, si solamente por ejemplo con ese niño como tratar de decirle a la mama que parara con tanto azúcar y masa, pero era terrible, no me pescaron mucho.

REHBe3

Maximiliano: La responsabilidad a quien se la adjudicarías: a la familia, a la sociedad, 50 y 50?

3: es que la sociedad igual tiene harta culpa po, somos todos parte de esto y todos estamos acostumbrados a consumir lo inmediato, ya sea en tecnología o en alimentación es más rápido ir a comprarte una galleta que a lo mejor prepararte algo tu más saludable, y si yo tengo un mal plan de hábitos por supuesto que se lo voy a pasar a mis hijos, no puedo pensar que yo, Paulina, con sobrepeso, porque además tengo sobrepeso, obesidad, yo tuviera un hijo y yo dijera no a él no le van a dar nada de azúcar y yo me estoy comiendo el chocolate, es como no tiene correlación po, yo tengo que partir con la modificación de mis hábitos personales para poder entregárselos a los niños, pero también viene como con un tema de conciencia que la sociedad de alguna forma está

tratando de cambiar pero no se ve mucho cambio, mucho efecto, es que es como va y viene, es bidireccional para todos lados

CTHBe3

Daniela: y en cuanto como a la prevención, como más ligado como al rol del terapeuta en prevención

3: yo creo que habría que partir con, claro, uno va, evalúa no se po, empezai a trabajar con los papas, con los niños y meterse a lo mejor mas como con el rol del nutricionista pudiese ser, o no, pero si esta cuando nosotros hablamos de rutina y hablamos de los hábitos, si meter harto el tema de la alimentación. Yo creo que a lo mejor no se hace tanto sino que uno como que se fija que estén los horarios como mas establecidos, que el niño tenga una rutina más estable que como que sea predecible para él, pero no en cuanto, yo no les pregunto qué es lo que comen po, yo no me lo había ni siquiera cuestionado, entonces como que es lo que comen y quizás sipo habría que empezar a preguntar y que es lo que está comiendo en la mañana, que es lo que come en la tarde.

REHBe3

El otro día también estaba con otro niño y la señora, la cuidadora, porque él quería comer galletas. Le trajo todo el paquete de galletas, sipo y la mama, Gran Cereal, viene ahí la hoja de trigo afuera y es como el simbolismo de que es light la cuestión pero tiene más azúcar que, tiene la misma cantidad de azúcar a lo mejor que una galleta Tritón. Y él se comió el paquete entero casi, porque él quería comer. Entonces claro que está comiendo po, o sea nosotros no todos sabemos que los productos light efectivamente no son light, que hay algunos que dicen sin azúcar, tienen azúcar y de esa manera las mamas compran como desde la inocencia también po, desde no querer dañar

Maximiliano: o sea falta como educación ahí en la población

3: yo creo que sí, falta de educación y falta de... y que en realidad ahora la etiqueta ahora cuando dice alto en azúcar, alto en todo, yo lo encontré bacán, porque finalmente es como un signo pare y como fíjate lo que estai comiendo, si la otra etiqueta no se notaba, no lo veiai, teniai que... si tu estabai con una nutricionista al lado podiai saber que....

CTHBe3

#### **Entrevista 4**

Daniela: ya entonces primero como a modo general, qué opinas tú del tema, en relación en el fondo como a las competencias del terapeuta ocupacional en este tema

4: bueno cuando trabajamos con niños es inevitable abordar a los chicos aunque vengan con un motivo de consulta bien particular en todas sus dimensiones, así es que cuando vemos desde la fisiología que hay algunas alteraciones, obviamente que tomamos ya sea, la primera acción que uno toma es la derivación o también el foco de prevención. Igual puntualmente yo trabajo con niños con trastornos más bien severos desde el desarrollo, de la comunicación. Mas del 80% de mi consulta puntualmente en mi caso, son chicos con trastornos del espectro autista y algunos con biodieta, con distintas cosas, entonces igual estamos ligados de alguna forma al tema nutricional y al tema de la actividad física. Entonces bueno en el grupo de edad que ustedes están estudiando que estamos hablando de 6 meses a 2 años, igual ahora que hay tanto diagnostico precoz cada vez nos están llegando chicos mas pequeñitos y además asociados a trastornos del desarrollo con severas hipotonías, hiperlaxitud, en donde el sobrepeso juega como un factor negativo en el mejorar el desempeño ocupacional del niño, en el proceso y todo. Entonces la

primera acción que uno toma es derivar en este caso a los especialistas, el pediatra, nutriólogo, etc. y hacer un trabajo coordinado, kinesiología y bueno y la primera intervención que uno hace también es bien desde el área sensorio motora, entonces directa o indirectamente igual estamos influyendo sobre el tema

RADOe4

Maximiliano: desde las competencias del terapeuta ocupacional, ¿cuáles podrían ser las más asertivas en términos de una intervención? cómo podríamos vincular esa...

4: para que se entienda bien que es desde terapia ocupacional , bueno hay que partir analizándolo desde las mismas áreas del desempeño, o sea nosotros nuestra intervención más básica tiene que ver con las AVD y abordarlo desde la alimentación y hablando desde ahí es todo lo que son los patrones de vida saludable y no solo para el terapeuta ocupacional, si no que manejarnos como en este trabajo interdisciplinario, con la salud primaria, ser parte como de ese equipo de trabajo donde todos tenemos como la misma visión sobre que hacer tanto desde el manejo preventivo como desde abordar el caso cuando ya evidentemente hay una situación de sobrepeso o obesidad infantil, partiendo por ahí. Y bueno y de ahí nos vamos como a las otras áreas también, como eso influye en los juegos en el caso de los pequeñitos, como influye en la participación social en el caso de los que están más cercanos a los dos años en función de cuando ya van al jardín infantil, cuando se instalan en un parque y las habilidades motoras se estancan un poco por el hecho de estar con sobrepeso y no pueden, no sé, ni subirse ni a un columpio ni a un resbalín y por ende van retrasando el entrenar habilidades que serian..

Maximiliano: se verían en desmedro

4: exactamente, entonces ocupacionalmente podemos justificar que igual estamos interviniendo con la mirada ese concepto

REDOe4

Daniela: ¿y a que factores atribuyes tu, como los más influyentes en la obesidad infantil?  
De repente dejando un poco de lado ciertas discapacidades u otras problemáticas

4: o sea uno de los primeros factores, si po porque obviamente si consideramos la discapacidad en lo que veo yo claramente hay factores genéticos que influyen directamente en algunos casos como los chicos con más hipotonía, síndrome de Down, Prader Willi, etcétera. pero hay un tema de base que tiene que ver con cultura, no somos norteamericanos pero estamos de a poco adoptando esa cultura y la mal nutrición a pesar de todas las campañas que se hacen sobre la lactancia materna igual se altera ese proceso natural, igual al niño se le den otro tipo de alimento que ni siquiera a veces son naturales a edades tempranas y (...) claro si que pruebe mermelada, que tome un poquito de bebida y eso se va naturalizando en esta cultura y sobre todo en las poblaciones de situaciones de estrato socioeconómico más bien bajo, o sea me ha tocado trabajar en esas áreas también, en ambiente escolar he estado inserta en cosas más comunitarias y es algo que se ve todos los días, entonces desde ahí.. Se me olvido cual era la pregunta

Daniela: los factores influyentes

4: entonces está eso, el de la cultura por un lado

CTHBe4

Maximiliano: el de la educación, como bien decía de los padres de estrato socioeconómico

4: exactamente que eso también tiene que ver con (...) mismo nivel cultural o la posibilidad que tienen, el acceso digamos, la situación de vulnerabilidad en estos casos, de estos chicos o a veces ya no le queda otra o a veces naturalmente a veces hay mamá

que por mucho que quieran dar lactancia materna exclusiva tienen problemas fisiológicos no pueden seguir lactando, no pueden acceder a los mejores suplementos alimenticios, a veces tienen el recurso del consultorio dependiendo del lugar donde se ubiquen, porque yo también me ha tocado trabajar en zonas más extremas y a veces no tengo el consultorio a la mano y le doy la leche de vaca y le doy el alimento que tenga en casa porque el niño tiene que alimentarse igual, entonces ahí hay otros factores que influyen desde la cultura, desde el acceso y también bueno que tiene que ver con los estilos de vida saludables también, donde la actividad física, sobre todo los que vivimos en ciudad en donde el sistema está creciendo más bien hacia arriba, las construcciones, todos empiezan a vivir en edificio, baja la movilidad de los niños y también asociándolo también a lo sociocultural y a lo socioeconómico, la falta de hacer espacios urbanos donde el niño pueda moverse y estar encerrado no se po en estos departamentos de viviendas sociales en donde no tiene mucho acceso a movimiento con suerte un pedazo de patio, o sea hay factores muy desde ya por eso digo que la cultura de ahí para adelante parte en la problemática

CTDOe4

Daniela: y mas como llevándolo a la prevención primaria y ojala centrándonos en la edad que te contamos, que crees que podría hacer un terapeuta en esa área, desde ahí

4: o sea pero en realidad en la atención primaria igual es bien diverso quien pueda tomar los controles sanos, pero igual desde el punto de vista, que es una discusión que siempre tenemos nosotros, desde el punto de vista por ejemplo de los screening que se hacen desde el desarrollo psicomotor, nosotros debiéramos tener un rol fundamental. Creo que somos el profesional más idóneo que tenemos como la visión más holística respecto al desempeño del niño, sin desmerecer la labor de una educadora, de una enfermera, que generalmente tienen esa misión en los controles sanos. Yo creo que es un terapeuta

ocupacional el que debiese estar ahí evaluando todos esos controles preventivos y observando factores de riesgo y desde ahí partir como el centro y la derivación, porque no se va a quedar solamente en los factores fisiológicos, no se va a quedar solamente en el aspecto sociocultural, sino que también va a ver como eso va a afectar el desempeño de la ocupación que se espera en el niño a cada edad y en ese sentido y ahí hacer un enganche inmediato con educación a la familia o a los cuidadores, tanto desde la prevención como desde ya abordar la problemática si ya está instalada

REDOe4

Maximiliano: ¿a quién le adjudicarías tú la problemática, al contexto social o al contexto familiar o a ambos?

4: no ambas cosas, como les decía, ha sido bien exponencial esto de la obesidad y es una obesidad distinta en realidad al sobrepeso, la obesidad en general en nuestro país. Antiguamente como que o sea yo también en un momento fui muy gordita de chiquitita, bebe rellenita, pero entre comillas nos decían los gorditos sanos porque en realidad los nutrientes que consumíamos eran más bien sanos pero venían de fuentes naturales. Actualmente la industria nos impone muchos suplementos, mucho químico y es lo que está más a mano, es lo que esta mas rápido, ya no existen los huertos en el patio de la casa, entonces claro cuando los niños pensamos que a los 6 meses ya aparte de la lactancia ya empiezan a alimentarse por boca y empiezan naturalmente a consumir otros alimentos y es la etapa más crítica, es la etapa en donde vamos a saber si sus adipositos crecen en forma normal o se explotan y después aunque bajen de peso vuelven porque ya genéticamente quedaron más expuestos al exceso de grasa, al exceso de tóxicos. Entonces parte desde ahí la base y obviamente los factores familiares también pero más secundarios, para mi primariamente viene del contexto sociocultural, sociopolítico

Daniela: y acá hacen... como ¿qué acciones de prevención hacen? porque de repente claro, hay ciertos lugares que la prevención está en manos de repente de otras partes, de otras instituciones

4: acá si bien el promedio de niños que recibimos van más bien entre los 2 y los 5 años, como les digo por un tema de diagnóstico precoz ya nos están llegando niños más pequeñitos, tenemos bebés, hay bebés que han llegado a los 15 días, un mes, nos están llegando derivaciones principalmente por retraso del desarrollo psicomotor y claro coincide en algunos casos que hay indicadores como de riesgo desde la nutrición que se ven con sobrepeso o bajo peso también, se ven como los dos extremos. Entonces que hacemos nosotros, más bien un rol preventivo y de colaboración. Igual la población que recibimos nosotros si bien somos un centro particular, es una población de una situación socioeconómica más bien medio baja, entonces a veces acceden por convenios, por beca y otras cosas para poder venir a atenderse aquí y bueno y cuentan también con el apoyo de la red primaria, de los consultorios, de los jardines Junji integra, que se yo, que tenemos alguna red de trabajo en común dentro de la comuna, pero ahí se hace hincapié, o sea uno está constantemente reforzando si tiene sus controles al día, o sea al final igual le estamos, aunque seamos una atención particular, estamos inmersos y preocupados en lo que debiera pasar

Maximiliano: como un ente fiscalizador

4: exactamente, no los descuidamos, vemos que está pasando en la casa, dónde vive, si se están haciendo las acciones desde los cuidados básicos porque igual nos ah tocado ver situaciones de vulneración de derechos, desde inclusive dentro de esas edades, entonces también mucho trabajo de educación y no solo también (...) terapeuta ocupacional sino



que en realidad con los años de experiencias uno también tiene hijos y ya tiene otra visión sobre cómo manejar a los niños y desde ahí los papás también, desde el vínculo que hacemos con ellos también, desde el vínculo inicial que tú haces con ellos, la adherencia al tratamiento hacen que confíen de tal forma en ti en tu rol de terapeuta que van haciendo adherencia y van haciendo

RACTe4

Maximiliano: una vinculación con el proceso

4: claro y te toman en serio y realmente van haciendo caso a las sugerencias y si tu le das la pauta específica que hacer que no hacer van desde ahí, en la intervención del bebé claramente vemos habilidades específicas de desempeño en cuanto a lo motor, en cuanto a lo socioemocional, lenguaje, etcétera. Pero también trabajamos mucho a través del juego y a través de ahí y obviamente las AVD de base y en esa edad lo mas que entrenamos que estimulación temprana, cuando tienen que comer solitos, la mamadera, dejar el chupete y desde ahí... bueno y también obviamente haciendo siempre hincapié en el tipo de alimentación porque nos toca ver aquí a veces en la sala de espera unas guaguas tomando coca cola en la mamadera

RADOe4

Daniela: y ahí como específicamente ¿cómo lo abordan el tema de los hábitos?

4: ah ahí es súper directo, porque en realidad como ya te has ganado la confianza de la familia, por un lado está el rol de nosotros y también como son gente que viene por mucho tiempo a veces a terapia, entre ellos mismo se van empoderando, yo creo que a algunos les llega a dar vergüenza darles un dulce a un niño acá al frente. De hecho también por ejemplo aquí la secretaria ella como por opción propia se pone a vender

algunos productos, en algún momento como todos los kioscos vende algunas cochinadas, pero por ejemplo si tiene algo que no es apto para los niños, como aquí vienen niños, los tiene no se po en su escritorio y si alguien se los pide se los vende, ella tiene cosas sanas, tiene cereal, tiene yogurt, tiene fruta, tiene... entonces cosas desde aquí generar el habito. Entonces un papá viene y si no se viene apurado y no le dio colación que se yo al niño sabe que puede acceder a un alimento sano y no a una papa frita. Bueno y a veces nos toca como trabajar también nosotros dentro de las terapias a veces se ocupan algunos refuerzos para algunos chicos que son más complejos y ahí tratamos de propiciar que los refuerzos no sean obviamente, como los refuerzos primarios siempre son los alimentos, que sean los alimentos más sanos para el niño. Ya y uno no se los inculca solamente desde el habito básico que tienen que ver con la nutricionista y la vida saludable, sino que también desde otras técnicas, por ejemplo aquí todos los terapeutas de acá estamos formados en integración sensorial, entonces hacemos todo un trabajo preventivo y nos llegan muchos casos de alteraciones de sensorialidad oral, de chicos que a través de la vida, sobre todos con los con autismo, van haciendo selectividades alimentarias, por ende con el tiempo si eso no se maneja a una edad temprana, antes de los 2 años, 3 años, va a hacer que el chico si se vuelva efectivamente muy selectivo y podría ser selectivo hacia alimentos no saludables. Entonces desde esta otra perspectiva no solamente de estilo de vida saludable sino que también desde la sensorialidad también vamos dando como algún apoyo de decirle sabes que al chico hay que darle ahora a ciertas edades a probar de todo un poco, si rechaza a ver de qué manera hacemos para que vuelva a probar alimentos que son fundamentales para su vida, para su salud, por los nutrientes que le aportan y desde ahí también tenemos otro dominio técnico que otros profesionales no tienen, de hecho como los especialistas en esa área somos los terapeutas ocupacionales y algunos fonoaudiólogos que se han formado y no otros

RAHBe4

Daniela: ¿y ahí trabajan con la familia también?

4: si, siempre se trabaja con la familia. Bueno generalmente las atenciones son uno a uno acá, a veces en grupo, se hacen talleres de estimulación temprana, que los mantenemos harto estudiante en práctica acá entonces le pedimos a los chicos que se hagan cargo de los talleres, los vamos supervisando y dentro de esas pautas también se maneja el tema de alimentación y actividad física

RACTe4

Maximiliano: desde bueno, nos hablaba desde la integración sensorial para abordar algunas afecciones sensoriales, ¿que más del fundamento teórico metodológico utilizas para la intervención?

4: ¿Acotado al tema o en general?

Maximiliano: acotado al tema

4: en realidad el enfoque tiene que ver con la prevención... o sea propio de la terapia ocupacional...

Daniela: o en general

Maximiliano: o sea se utilizan estrategias de cierta... y uno va modulando la intervención

4: como de otro modelo, o sea lo que más nos valida es un poco eso, porque es como lo más cercano desde el desarrollo fisiológico, desde el desarrollo sensorio motor que es la etapa que están vivenciando estos chicos en este grupo de edad que ustedes están estudiando, es una de las teorías que mas valida como la actuación, el actuar, así que yo

creo que es como la más potente. Y lo otro serían como enfoques más bien como de que tienen que ver más con la adaptación ocupacional, hay chicos que efectivamente no se po, que nos toca ver también desde bebe niños con trastorno gastrointestinal, trastornos alimentarios, chicos no se con disfagia, trastorno... distintos tipos entonces, o no se celiacos, entonces también hay que tener como profesional un dominio técnico aunque no vayamos a hacer intervención directa sobre eso para hacer educación en la familia sobre el tema, porque nosotros generalmente un niño viene por lo menos una vez a la semana, a veces dos y tres, somos quienes más los vemos a través del tiempo en procesos terapéuticos, el control con la nutricionista será una vez al mes, cada dos meses, va a hacer su trabajo de educación pero nosotros podemos empoderar mucho más a la familia (...) seguimiento mas continuo

RADOe4

Daniela: yo creo que para cerrar, así como bueno o sea se refleja un poco en lo que nos has dicho, pero crees que es pertinente en el fondo que un terapeuta participara en un equipo...

Maximiliano: multidisciplinario para abordar el tema de la prevención en la obesidad

Daniela: como en el fondo aportando algo distinto al resto

4: de todas maneras, porque como les dije, o sea partimos de la prevención con este enfoque más integral de lo que es la ocupación en el niño, porque no solo vamos a fijarnos como les dije al inicio en lo fisiológico y en lo puntual de los estilos de vida saludable sino que además vamos a ver como eso previene alteraciones ocupacionales o como eso como ya está estando instalada el sobrepeso o la obesidad afecta áreas ocupacionales o habilidades de desempeño específicas. Y esa visión la tenemos solo nosotros porque somos los que hemos estudiado paso a paso cada tarea, cada actividad,

cada dimensión y desde ahí claro, podemos tener otro tipo de (...) y obviamente inmerso dentro del equipo, porque hay cosas que tampoco por dominio técnico no las vamos a saber o otra persona va a tener el mejor dominio y vamos en conjunto...

REDOe4

### **Entrevista 5**

Daniela: bueno tenemos algunas preguntas, pero que son más que nada de guía así que ¿te toca el tema de obesidad infantil en tu trabajo?

5: mira en general no, hay algunos casos puntuales no más relacionados con niños que tengan un sobrepeso u obesidad, ya pero ahí claro, tienen derivaciones medicas entonces nunca como que los hemos tratado acá, son más que nada como conversar un poco desde como están, desde los controles médicos, se le hablo un poco del sobrepeso por ejemplo, si está creciendo bien, que está pasando con respecto a la alimentación, cosas así más generales uno va consultando, porque también hay papas que si tu les dices: “está un poco gordito el niño”, se molestan también, es como bien delicado ese sistema, o que el aumento de peso es secundario a tal de medicamentos, entonces ya no se lo quiero dar porque está ansioso entonces, también ahí los mismos papas tratan de explicarse estas cosas entre ellos mismos a través de todo el término clínico.

Daniela: y cuando te toca ¿cómo lo abordas? o ¿qué estrategia de repente?

5: yo le he preguntado a algunas mamas después de la vuelta de vacaciones: “ay parece que está un poco mas gordito, está comiendo mucho, esta mas ansioso, ha subido de peso, ¿qué opina usted?” “no yo lo encuentro igual”, y ahí empiezo como a indagar un

poco más: “¿está comiendo mas golosinas? ¿Está comiendo mas papas fritas? ¿Esta mas ansioso?, y como investigar un poco de la alimentación, ya, pero cosas así bien...

Daniela: ¿y como acciones más..? Claro, como que preguntas, pero ¿y una acción más concreta?

Bueno, desde lo más concreto en el fondo es como también invitar a los papas y si al niño hay que comprarle un juguito todos los días, que probemos con otras marcas, ya, no se po, yo la que conozco mas o en el que más confío en el fondo es como entre los jugos *vivo* y los *regimel*, entonces también como que les doy algunos un consejo de esa línea. “¿Ah ya pero puede comerse un snack a lo mejor que es de tal marca? o los cereales que son de esta otra o buscar alimentos que son sin azúcar, ya.

Daniela: ya perfecto.

5: o estrategias que otros papas han tenido; el año pasado yo tenía un chico que también estaba muy ansioso y la mama tenía un mueble con golosina, y el niño lo identificaba y sabia donde las podía sacar y todo, entonces ahí la acción más concreta en ese caso fue de que ella no tuviera más esas cosas ahí, que tuviera por ejemplo las golosinas que ella a lo mejor en algunos casos necesitaba porque los niños estaban demasiado alterando todo, entonces los papas les daban comida para que se calmen, sobre todo los que son como un poco más, que son del aspecto autista; entonces, ya, eliminar ese mueble, por ultimo tener algo en una bolsa y tenerlo donde el niño no sepa donde esta, y a ella se le ocurrió la estrategia de congelarle una botella con agua, entonces el niño como que la chupaba y con eso saciaba la ansiedad que tenia y fue así como un cambio importante de peso.

RAHBe5

Daniela: mmmm... y ¿cómo has observado tu que afecta un poco en el desempeño o cuando vienen a terapias un niño con obesidad?

5: a ver, bueno, el caso como más puntual que tenemos acá, bueno, niños que en el fondo no tienen un desarrollo sicomotor adecuado, porque prefieren juegos más sedentarios, les cuesta más el control motor, el uso de su cuerpo, se cansan más rápidos, entonces prefieren otro tipo de juego que son más pasivos.

DOe5

Daniela: perfecto, y ¿a qué factores tú crees que son los más influyentes en el desarrollo de la obesidad?, como ya desde tu perspectiva

5: desde perspectiva, desde experiencia, son los hábitos y los estilos de vida

Daniela: y ¿desde lo social de repente o desde lo familiar?

5: bueno por eso te digo, el estilo de vida de la familia, si en una familia no se puede la mamá que no se dedica tanto a cocinar, que hace como comidas más a la rápida, no se dedica a la planificación de esto, entonces, tenemos claro, niños que comen arroz y fideo a cada rato, que comen vienesas a cada rato también, comen pan, entonces no hay como una dieta equilibrada es más fácil mandar un pan o un no se puede una hallulla con algo, que picar una manzana, ya, entonces los niños crecen en el fondo también como comiendo más pan, más dulces y menos frutas o verduras. Ahora en el caso más puntual de nosotros acá en el centro es el tema netamente desde, bueno hay muchas alergias alimentaria y desde lo sensorial, niños muy selectivos, ya, entonces que no comen verduras, que no comen cosas que hay en su plato que tengan cierto color, que tengan cierto aspecto, entonces también...

Daniela: también se combinan

5: se combinan varios factores.

HBCTe5

Daniela: y ¿Como cuáles crees que son los aportes que en el fondo puede hacer un terapeuta ocupacional de repente a diferencia de otros profesionales? ¿Cómo cuales son las competencias del terapeuta?

5: Mira, a mi bueno, pensando así como más en profundidad nuestro rol siempre es desde la consejería que eso en realidad lo hacen todos los profesionales de la salud, como hábitos y estilo de vida saludable, ahora desde la terapia, mas de los hábitos y la rutina, y ahí integrar como algunos otros elementos para poder no se por calmar la ansiedad de repente de los niños, pueden utilizar otras estrategias desde el juego en vez de dejarlos viendo tele tanto rato que eso te da hambre en el fondo, esos espacios están sin hacer nada que se puede cambiar por una rutina más activas, ya, que los papas vayan también aumentando o manteniendo al niño un poco más ocupado, de hecho hoy día también hablaba con una mama que le empezó a preguntar de las actividades de la vida diaria de un niño, y me decía: “ no, lo que pasa es que yo no lo dejo usar cuchillo porque como come viendo tele, corta y se puede cortar un dedo”, ya, yo le digo a ver: uno no come o no almuerza viendo tele, porque uno come no mas y ni siquiera mira el plato entonces, ahí ya no tienes la conciencia de lo que comiste y no hay como el observar o detenerse en el fondo a comer entonces, usted se sienta con él en la mesa y de repente la mama me dice: “el se va a la cama” y yo: “¿el se va a la cama? ¿y viendo tele?”, no le dije yo, no, eso no puede ser, ya, ahí usted lo que va hacer ahora es mejorar la rutina y modificar la rutina del niño, entonces el llega del colegio y usted le dice desde ahora en adelante vamos a comer en la mesa y sin la televisión, y una vez después de comer usted



le da unos minutos para ver la tele ,ya, y usted ¿almuerza con él?, “no, porque yo almuerzo antes y el llega después y el otro hermano no se qué, y etc.”, a ya, entonces usted se va a sentar con él en la mesa y van a conversar del día a día, y después si quiere pueden ver televisión acostado, pero no mezclar las tres cosas, ya, porque claro, no hay conciencia de nada.

REHBe5

Daniela: y bueno estamos enfocándonos desde la prevención primaria, entonces claro, cuando el niño no es obeso aun, también se utilizan otras estrategias ¿Cuales crees tú que podría estar el foco de repente del terapeuta ocupacional en esos niños? Que es difícil, porque claro, no...

5: no, yo creo que son Las prevenciones que nosotros tenemos que hacer también tienen que ver por esa línea desde la rutina, desde crear hábitos en los niños ,ya, y como te decía antes desde la consejería, siempre ir conociendo un poco mas como es la dinámica familiar, ya, no se po` como lo hacen, come la familia, si lo hacen todos juntos, si cada uno lo hace por su lado también, si hay tele o no, que comen los niños, y ahí como hacer también antes..Siempre tener como la historia ocupacional tanto de la persona que tú vas a atender o a nivel familiar entonces, ahí tú también puedes identificar ciertos estilos de vida que a lo mejor no va a ser saludables para un niño chico o próximo niño que pueda venir de esa familia.

REHBe5

Daniela: ya perfecto, claro desde la familia.

5: claro desde la familia

Daniela: súper, un poco para saber cómo con que modelos o enfoques trabajas acá tu en la terapia

5: Bueno nosotros, usamos, bueno más que nada estrategias, no nos basamos como en uno en específico, ya, porque cada niño es distinto entonces la variedad para nosotros es como lo más importante, ya, pero claro, yo tengo no se por`, mas capacitaciones en integración sensorial por lo tanto uso estrategias de integración sensorial para poder trabajar con los chicos, algunos como de “floortime”, algunas cosas también de “aba”, pero siempre como dependiendo de el niño buscamos lo que se acomoda mejor a él ya y todos en base al juego, siempre, siempre el juego como la ocupación principal para poder ir trabajando todas las otras cosas que necesita reforzar.

RADOe5

Daniela: y a modo general ¿cómo abordan? o tu en particular, ¿el tema de los hábitos?

5: Eso es súper difícil porque, uno hace la entrevista en el fondo, indagas un poco desde como la independencia y autonomía del niño, ya, y ahí desde la información que te cuentan los papas ya te vas dando cuenta como que hay cosas no se medias extrañas en el casa, entonces ahí ya uno empieza ya como a tratar en el fondo que como familia tenga ciertos hábitos o vaya modificando ciertas cosas, ya, mira nunca lo habíamos hecho así como tan concreto, por lo menos acá, pero en otras experiencias de trabajo con gente más adulta hemos hecho que hagan como un patrón semanal de todas las actividades que hacen, que escriban en el fondo y ahí también podemos ir dándonos cuenta de que es lo que estoy haciendo mal, que es lo que estoy haciendo menos, en el fondo, para ejemplificar un poco, ahora acá nosotros de repente pedimos cuadernos y que nos vayan describiendo las actividades que hacen en la casa y también uno después como ir apuntando ahí para dar como indicaciones específicas y, los informes

dependiendo también de la edad del niño y todo, nosotros vamos dando algunos tips, por ejemplo si el niño es del espectro autista entonces aprovechar instancias familiares como específicas para la interacción social, o sea comer todos juntos, salir al parque todos juntos, y potenciar distintas actividades y ahí como tú vas modificando a veces cierta rutina en los niños.

RAHBe5

Daniela: perfecto, ¿hacen arto trabajo con la familia?

5: si porque lo principal es la familia, porque nosotros vemos a los niños 45 minutos y una vez a la semana, con suerte algunos dos veces a la semana pero nosotros no entregamos nada, somos un apoyo y lo que hay que modificar es la familia, pero ahí también tu vez papas que están estresados, papas que están pasando un proceso de duelo, que llegan de la pega y que tienen este niño que de repente les hace un escándalo, una pataleta, entonces seden y seden mucho en eso, entonces con que seden, con el juguete, con la papa frita, con el juguito, con la galleta, por ejemplo una mama llegaba hasta acá también con la bolsa con dos papas en tarro, dos jugos, dos chocolates y le entrega la caja al niño entonces, nosotros, ya, perfecto, va dele pepitas pero ¿porque le da toda la caja? dele dos, dele tres o pásele las tres y se las muele por ultimo para que el niño vaya sacando de pedacitos y se lo hecha a la boca.

Daniela: y ¿niños chiquititos igual vez?, como de la edad de los 6 meses y los 2 años

5: si

Daniela: ya y ¿Igual es distintos o no cuando son muy chiquititos?

5: si, lo que más se da en esos rangos de edad, es el tema de la selectividad para comer; no se po un caso es que un niño en el jardín come picados y en la casa molido, ya, pero

ahí también tiene que ver como con la mama sede ante el capricho del niño, ya y ahí bueno, “es porque no quiere comer nada”, “¿qué hago? Ya, muélale, pero muélale de todo fruta, verduras, intégrele un pedazo de carne pero que el niño vaya comiendo más cosas, “a no es que me separa las cosas verdes de no sé, de las amarillas”; ah entonces, dele molido y ahí podemos como meter más, otros alimentos.

Daniela: Claro, bueno y eso igual es prevención

5: o mesclar, echarle (aunque no es lo mejor) así como, no se po así échale, que a lo mejor no es la mejor po`, pero le decí ya una frutita y le echas unos chocolates entre medio y así para que el niño coma otras cosas, que pase así como desapercibida en el fondo.

CTHBe5

Daniela: bueno nosotros nos centramos en esa edad porque leímos harto también y como una edad súper crucial hasta los 2 años, como de las preferencias, donde empiezan también a participar más en la alimentación, entonces por eso bueno elegimos ese rango de edad y también la prevención primaria, en el fondo como es una edad buena para abordar pero que no se hace hoy en día demasiado y menos los terapeutas ocupacionales que directamente no, en obesidad infantil así como tal, sin ninguna otra problemática no lo abordan; y claro, nosotros creemos que es súper pertinente, que es un tema muy de ocupación.

5: si po`, si tiene que ver con hábitos, rutinas, preferencias, hartas cosas que tu puedes relacionar en el fondo, como generar hábitos en los niños también, si estás trabajando en el fondo con actividades de la vida básicas, entonces ahí hay hartas cosas que aportar o modificar desde integración sensorial también.

Daniela: y ahora como para cerrar, en el fondo ¿cómo hacerlo?, porque como en una población que no es obesa pero que podría llegar a ser, en las edades que nosotros establecimos ¿como un terapeuta podría... es como difícil de imaginar?

5: si, o sea, como en el fondo es que las cosas como que hay que instaurarlas en el fondo, entonces ahora que ustedes vienen hacernos esta entrevista a nosotros como que igual vamos a estar como mas con el “bichito de esto” y yo creo que desde ahí mismo desde nuestra intervención y como teniendo más presente el tema de la comida, ahora yo igual sobre todo con los niños que son del espectro autista yo también les comento mucho a los papas de que los niños tienden a ser muy ansiosos y comer mucho, entonces que desde ya hay que tener un control con respecto a la comida y a como calmar esas pataletas; yo creo como una, desde nuestra área ver lo que te decía yo, como potenciar hábitos y rutinas a los niños.

REHBe5

Daniela: como saludables, súper, con eso estamos.

## **Entrevista 6**

Daniela: ¿Cual es el rol del Terapeuta Ocupacional en prevención primaria de obesidad, en niños entre seis meses y dos años?

6: perfecto.

Daniela: no se si acá, o sea acá, algunos casos.

6: mira más que desde la prevención, trabajamos justamente como la alimentación y que sea como una, tengan como variada desde la alimentación y que sobre todo en esas edades que son como generalmente los refuerzos son dulces, no tenemos en términos como mas de realización como familia, o sea que se empezara a integrar como cosas y lo otro que vemos dentro del día, niños que también como desde el tipo de población que vemos acá, dentro de lo normativo y los niños con necesidades especiales que tengan como por ejemplo que son como muy selectivos, entonces comen solamente alguna cosas y que eso claramente pueden conllevar a un sobrepeso entonces, desde ahí nosotros lo que trabajamos y lo trabajamos no solo desde la terapia ocupacional sino que también con el área de sicología porque ahí trabajan como la parte más conductual, desde el seleccionar; yo trabajo a veces mucho lo que es la selección como de alimento y desde ahí como que lo trabajamos con los niños como desde, yo creo que he trabajado con los niños acá entre el año y medio y dos, de lo que es la alimentación, como desde ahí.

RAHBe6

Daniela: ¿cuáles son los factores como que influyen mayormente en el proceso de la obesidad?

6: yo creo que papas muy permisivo, los estilos parentales de los papas que sean muy permisivos, que de alguna forma desde la sobreprotección para evitar como un poco el llanto y para así como hacer que coma algo y que solo coma eso, un poco como desde ahí y de ser muy permisivos y de premiar todo obviamente con golosinas que hace que sean mucho más propensos a eso, entonces que les cueste como ver el proceso desde en realidad, pueden tener mayor selección o una variedad de alimentos que sean nutritivos y que también pueden ser ricos, porque eso también va un poco de como tú le das el formato del mismo alimento, de que pueda hacer más variedad, entonces un poco como

por ahí yo creo que, por lo menos es lo que hemos visto acá que se da mucho desde el estilo parental que incide en que en realidad o no le damos la variedad y pa que, por que quiere eso y lo otro que son los hábitos de alimentación de edad, como que cuando quiere comer ya que no quiere pero quiere comer así como sentado jugando o con la tablet o viendo tele y estando ahí, lo que quiere comer, entonces si son papas fritas, puras paras fritas, porque es lo único que come entonces yo creo que por ahí va un poco como el factor, más que desde el propio niño, por lo menos lo que hemos visto acá, entonces eso.

CTHBe6

Maximiliano: ¿cómo impactaría esto como en el desempeño del niño?

6: en términos de la alimentación, pensando en que un niño en que una, desde la rigidez en términos conductuales y lo otro que también obviamente físico, o sea todo lo que implica desde motricidad, todo lo que es el desenvolvimiento, inclusive la cosa más desde los hábitos de cuando se tienen que enfrentar a un contexto social por ejemplo, el impacto cuando tienen que variar y llegan que tienen minuta en los jardines por ejemplo, e ingresan en esas edades o están en la sala cuna que ya no son solo las leches, que son como, y eso también le dan muchas “papas”, entonces como no come le dan muchas papas y eso también provoca una desnutrición que, increíblemente uno ve niños que son mucho más gorditos solo porque toman millones de leches todo el día entonces y claro se ve desde ahí como justamente afectado desde la motricidad en términos también como de lo que conversábamos de lo contextual, y cuando ya tienen minuta claramente no quieren, entonces se vuelve también un tema como desde, desde el otro, porque la novedad del alimento, siento yo como un poco mas desde ahí, hace que no quieran comer solo eso, cosas ricas entonces inclusive también se ven afectados, porque como son mas pequeñitos en términos de aprendizajes, por ejemplo los de 2 años quieren

comer solo lo que es no se po` las papas fritas, los suflitos estas cosas como mas como, y desde ahí en los cumpleaños el contexto social solo le quitan a todo, porque piden otra cosa y no, le quitan a todo, entonces eso también impacta desde lo social que se permita eso porque es solo eso, entonces por eso yo digo que un poco la causa de la pregunta anterior tenía que ver con esto de que lo papas permitan un poco eso.

DOe6

Daniela: ¿cuáles son los aportes? o si ¿es pertinente como que un terapeuta aborde esta temática como a diferencia de repente de otros profesionales?

6: o sea yo creo sí, porque tiene que ver justamente con eso con guiar, lo que yo te decía, igual trabajamos en complemento con el área psicológica pero desde la terapia ocupacional tiene que ver un poco como con el habito desde la comida, desde encantar al niño también con que hay una variedad de elemento y lo otro mucho como desde pensando en que son muy pequeñitos entre los 6 meses y 2 años, que es como el estudio de ustedes ¿cierto? ¿Va por ahí?

Daniela: si, seis meses

6: seis meses a los dos años, como de empezar a crear justamente hábitos sanos desde temprana edad, porque eso es, desde la mirada que nosotros como centro que es como desde lo preventivo pero, eso es súper importante trabajar desde una mirada más sistémica, o sea con los cuidados significativos, que armen desde ahí los hábitos como, claro, que tengan las rutinas, los tiempos, desde que si el niño ya está caminando y que está persiguiendo, está corriendo y corriendo y yo voy detrás de la mama dándole la comida, que eso también tiene que ver justamente con un habito vicioso y que claro le permite como desde la organización de la conducta hace que todo se vea interferido con un hábito que es básico que es la alimentación entonces, yo creo que desde ahí tiene un



rol importante el terapeuta justamente desde revisarlo puntualmente, desde el repertorio de la comida y desde trabajar con la familia justamente en la organización de la dinámica familiar, entonces como ahí, siento que es la base para, un poco, como desde trabajar desde la mirada de la prevención, de qué significa eso, muchos de estos papas que dejan al cuidado de los abuelos y los abuelos por ser abuelos también son mucho más, “no démosle noma”, “pero no puede tomar la sopa”, “pero es que démosle noma” y le hacen cosas un poco como que ahí los papas que a veces toman conciencia, más temprano y ahí hay que abordar a los abuelitos no a los papas no mas; depende mucho de eso o si están a cargo de una cuidadora la cuidadora tiene que venir y tú con ella tienes que trabajar como dese ahí, entonces, o ir a la casa y decir: sabes que mira esto, esto y esto y como ordenarlos un poco y mostrarle el beneficio que implica eso, desde la alimentación, como eso.

REHBe6

Maximiliano: ¿a quién le adjudicarías tú esta problemática?, ¿a los papas? ¿A la sociedad? ¿50 y 50? ¿Responsabilidades compartidas?

6: no, yo creo que hay mucha información de, si, antes por ejemplo, que es lo que se ve ahora, que salió hace poco, por el premio, por esta cosa llamativa que son las cajitas felices por ejemplo, que te dan por el premio cualquier cosa o sea da lo mismo lo que era porque el niño en realidad lo que está viendo es el juguetito, entonces esa información es una cosa externa, yo creo que hay mucha información de comer cosas así como muy llamativas y ya es una cosa social estamos como, y si un papa, es cómo, si un papa tiene esa costumbre también, tiene que ver como que si, o sea el fin de semana vamos al mal a comer, comemos ahí o sea, es como es parte de lo que hay y porque es fin de semana, porque también eso es “ya es viernes” como desde que el que el fin de semana es como mucho mas permitido eso, de comer y yo creo que todos, por eso yo creo que es como

social, “esto no más” entonces si eso es cotidiano en realidad que no tiene como una cultura, yo creo que de a poco se ha ido dando una cultura de comer más sano o de alimento que no sean como muy alterados con muchos aditivos, esto yo creo que es una de las cosas que también está pasando el tema del azúcar, disminuir también los niveles de leche que tampoco es como tan saludable porque los niveles de leche en términos como biológicos aumenta la insulina sobre todo en la noche, entonces ya, y por otro lado tiene que ver con toda esta cosa dental, o sea ahí un poco mas de cultura pero hay más información de comer cosas o que son poco saludables, que lo que vale, diferenciarse por eso, y además también creo que las cosas más saludables tienen un costo más alto, de todas maneras entonces eso hace que tampoco tu tengas como ganas de comer como, no se po, la papa la podi` hacer así, papas fritas le va a gusta pero el arroz, pero si tu quieres comer no se po`, una carne que sea distinta o no sé, variedades de mucho mas vegetales, y cosas así o distintos quesos por ejemplo, eso implica un costo más alto, o sea querámoslo o no es así entonces, y es todas las familias pienso entonces en eso también yo creo que se da; entonces yo creo que es multifactorial, ya, es una cosa como que socialmente no estamos tan acostumbrados a comer muy sanos y también son muy permisivos estos papas y por otro lado, claro, tiene que ver con un costo económico también, entonces desde ahí yo siento.

CTHBe6

Maximiliano: hablando como desde esta estrategia que utiliza el terapeuta ocupacional para abordar esta problemática ¿desde donde fundamentarías como esta actitud?

6: ¿el trabajo? ¿Desde la familia? ¿Desde un taller así como...?

Maximiliano: o sea desde el nivel preventivo

6: si,

Maximiliano: ¿o no?

6: no, desde la anticipación a lo que podría ser y eso implicaría como justamente lo que nosotros trabajamos como eso, como de entender de detectar tempranamente entonces eso hace que y cualquier necesidad, hablamos de necesidades como mucho más complejas a esto desde una cosa como de habito entonces, si, desde la atención temprana, como desde prevenir antes de, yo creo que es como la mirada desde el formato que trabajamos acá.

Maximiliano: ya.

Daniela: y ¿cómo sería? Como en el fondo nosotros nos estamos centrando en los niños con obesidad sin ninguna otra problemática asociada, que es lo que, claro, los terapeutas que hemos entrevistado lo ven pero como secundario de repente a la problemática principal y lo que nosotros, claro, proponemos en cierto sentido es que un niño solo con obesidad, el terapeuta podría ser muy clave como en la intervención.

6: si, claro, no claramente yo creo que no es como solamente secundario, yo creo que es como una problemática que no se toma a conciencia de lo que lleva y que en la medida que el niño va creciendo, por ejemplo si vemos, ustedes están en un rango mucho más pequeño pero los niños más grandes, o sea de 3 años en un jardín infantil, generalmente lo que yo les mencionaba, el impacto que puede generar desde lo motriz, que eso más adelante y más grande le viene esta cosa del autoestima, desde la relación con los otros, o sea, yo no lo veo como secundario a..., creo que es una cosa más, que tiene que estar ahí como una problemática única y además que lo que implica esto de la alimentación, que son muchas enfermedades asociadas, no se po`, la diabetes infantil tenemos una población de diabetes infantil impresionante, o sea, en Chile esta así el cáncer y la diabetes, así el nivel de la población chilena entonces, es harto, es harto, entonces creo

que se ya ha sido detectado ahora, en muchos niños en mucho más pequeños, entonces eso yo creo que sí, ahí es fundamental trabajar mucho desde la prevención y como con la importancia que conlleva, así como no es solo un niño mañoso y que quiere comer solo esto, o que come mucho y démosle noma, porque es el único medio la comida como para premiar; también hay componente psicológicos en términos de la comida, piensen que las mamás así como que te hacen una comida y lo que espera como de vuelta es “que rica es tu comida”, si tú no te la comes toda te dice: “¿no te gusto?”, entonces hay todo un tema emocional, por eso lo que yo les comentaba que trabajarlo desde no solo de nosotros que trabajamos hábito, rutina, pero trabajarlo como desde la conciencia, que implica eso, por eso estamos como trabajando, como que si ok, desde lo significativo que es la comida, de sentarse comer, como, por eso le digo, como una cosa cultural pero que tiene que ser con la mirada que realmente tiene o sea así, con la importancia que pueda tener eso.

REDOe6

Daniela: y ¿cómo podría ser como, en el fondo en los niños que no son obesos pero que están en riesgo?

6: claro, ¿cómo ser vulnerables? O sea, yo creo que es lo mismo del contexto, o sea yo creo que una, los colegios también es una de las cosas, como los jardines infantiles, yo creo que ahí, yo creo que se está dando mucho más que en los colegios, porque tiene lo que yo les comentaba de las minutas, entonces se da como esta cosa como de lo sano, un poco como más desde ahí, desde el compartir también, como desde las cosas que se dan más en el nivel más que el ámbito escolar, en el ámbito más bien primario de la

educación pre escolar, pero eso, yo creo que trabajarlo y lo otro es trabajar mucho desde la información, de cómo para todo, porque si dices: “ya, ok todos son vulnerables a...”, entonces como comer sano, porque yo creo que eso, como que te permite comer sano, más allá que no solo, si puede ser que una de las consecuencias más importantes que puede ser obeso, pero la obesidad también conlleva a otras cosas por eso les decía que yo lo veía más primario que secundario entonces como que ser obeso implica otras cosas que vienen como consecuencia de eso, entonces como desde ahí.

REDOe6

Daniela: ¿los fundamentos como los modelos y fundamentos que utiliza acá en el trabajo?

6: bueno todo lo que es el sistémico familiar que es lo que les comentaba, trabaja en el modelo de integración sensorial, desde la selección ponte tu avocando lo que es la alimentación, desde trabajar la selectividad de los alimentos, trabajamos con el sicomotor desde la terapia, algunos aspectos de los modelos de ocupación humana pero en menos rango y conductual, cognitivo conductual, si los abordamos, pero principalmente son mucho más sistémicos y esto de trabajar con equipos y complementarse muchos con los modelos, bueno yo también trabajo con el neurosicológico que eso trabaja otros, entonces, pero eso como modelo y trabajamos con equipos multidisciplinarios súper complementarios, eso

RADOe6

Daniela: Muchas gracias

Maximiliano: Muchas gracias

6: no, feliz chiquillos.

## Entrevista 7

Maximiliano: ¿bueno si quieres me puedes comentar más o menos de que consta tu rol acá en la institución?, como para conocer un poco

7:ya, bueno yo trabajo acá en el CEDER hace un año y un mes y lo que trabajamos acá principalmente tiene que ver con estimulación al desarrollo, ya, en un segmento de la población infantil que tiene un perfil de, yo lo clasificaría de alta complejidad en términos conductuales, yo creo que la población mayor que atendemos son chicos con trastornos del espectro autista y desde ahí algunos trastornos más genéticos por ejemplo *Down*, hay un par de chicos con enfermedades genéticas que son raras y también una tasa un poquito menor de chicos con diagnósticos conductuales, déficit atencional, trastornos, oposición desafiante pero como te digo el fuerte tiene que ver con el trastorno de espectro autista.

Maximiliano: ¿te ha tocado ver algún tipo de usuario que esté vinculado como a este tema de la alimentación?

7: mira lo más habitual acá, que tiene que ver con los trastornos sensoriales y desde ahí trastornos de la alimentación, pero más relacionados a que la textura le molesta o que ciertos tipos de alimentos no los ingiere porque les desagrada, porque no les motiva explorar cosas nuevas también, no necesariamente porque desde lo sensorial no puedan, sino que también desde los intereses más restringidos, comen algunas unas cosas y otras no; trastornos netamente alimenticios hasta aquí a mi no me ha tocado.

RAHBe7

Maximiliano: y en el caso de que te tengas que enfrentar a esto, ¿cómo lo abordarías desde la prevención? ¿Cómo sería ahí, como el trabajo?

7: mira, es algo que nosotros acá cotidianamente lo reflexionamos y que tiene que ver con que el fuerte de la pega no sucede acá, sucede afuera en las casa sobre todo, y para nosotros es una dificultad cotidiana el cómo, no solamente, hacer prevención o promoción de salud por el motivo de consulta que entre paréntesis también los chiquillos vienen por un motivo de consulta muy puntual y van surgiendo siempre aristas nuevas o van surgiendo siempre temas nuevos que uno también con delicadeza, con sutileza va tratando de instalar, como te decía antes igual este es un centro que es de especialización, que es de alta complejidad y desde ahí todos los procesos psicosociales que tiene que ver con el duelo, con la aceptación por parte de la familia hacia los hijos o hacia el niño que está siendo cuidado, de que tiene una condición que no es la más habitual, es compleja! entonces por ejemplo a veces a nosotros nos toca por ejemplo instalar temas de, a lo mejor, postergar objetivos escolares por decirte algo, en pos de que hay que trabajar temas sensoriales o temas de estimulación o temas cognitivos, que están a la base y el requerimiento, incluso la derivación es trabajar grafo motricidad; me doy un poco esta vuelta como para llevarlo al tema de la alimentación, como en esa misma línea porque acá nosotros no somos un centro que pesquise, somos un centro o si se está haciendo pesquisaje ocurre netamente entorno al TEA (trastornos del espectro autista), entonces nos llegan los chiquillos ya derivados, ya con la indicación terapéutica la verdad, entonces, ya ocurrió un primer proceso dentro de la familia debe decir a: “esto es “por lo tanto “a esto traigo a mi hijo al terapeuta”, y aquí sucede que uno todos los días o constantemente está abriendo áreas nuevas de intervención en la vida de esas personas y en la vida de esas familias (RACTe7), entonces desde ahí las estrategias llevándolo al tema de la alimentación no serian tan distintas a las de proponer o evidenciar o hacer promoción y prevención en nuestras áreas que tiene que ver primero

con acompañarlo desde la experiencias, desde la vivencia más familiar porque además son chicos que todavía están creciendo, están aprendiendo, están teniendo primeras experiencias en distintos temas no sé, pasa principalmente por la familia, por los cuidadores, el cómo se van enfrentando estos temas entonces en resumen yo creo que tiene que ver primero con trabajarlo desde las expectativas, trabajarlo desde los prejuicios, desde los anhelos que tienen las familias con este hijo, con esta hija, porque yo creo que es como “un caballo de carrera” esta cuestión, o sea a las familias les dan un diagnostico y giran y se gastan y se motivan en torno a ese diagnostico y empezar a mostrarles otras cosas también a ellos los descoloca mucho, los desgasta, e incluso a pasado acá que han dejado abandonado los tratamientos, porque ven que es algo más grande de lo que ellos habían imaginado en un primer momento.

Maximiliano: claro, se entiende también que este tipo de intervenciones en términos de la obesidad a veces son indirectas, quizás muchas veces y como bien dices tú no era el motivo de consulta sin embargo en medio del proceso uno va observando otras problemáticas y claro a veces son intervenirle y otras veces no, siguiendo en este caso ¿tu considerarías que el terapeuta ocupacional tiene competencias suficientes para poder abordar estas problemáticas?

7: ¿pero en torno a la alimentación dices tú?

Maximiliano: claro, en torno a este rol preventivo de la obesidad

7: yo creo que podríamos ser un profesional que colabore en esta área, pero en este momento no lo veo así, no sé si pasa tanto por el terapeuta ocupacional en sí mismo, yo creo que tiene que ver más, me estoy saliendo un poco del centro, lo estoy mirando un poco mas desde las políticas públicas, desde la construcción que hay del desarrollo de los niños, yo creo que en ese sentido no pasa tanto porque sea el terapeuta o sea la



nutricionista o el enfermero si no que tiene que ver más con la instrumentalización que hay en este momento de las evaluaciones de desarrollo, y aquí otra vez me voy a meter en el tema del autismo porque nos pasa mucho que los chiquillos van por problemas conductuales y la respuesta del médico, del pediatra, de la enfermera, es que es un chiquillo malcriado y pasa el tiempo, tiempo valioso de intervención y 5 años después o 6 años después ya en el colegio se percatan que hay problemas que no solo son conductuales y desde ahí yo creo que tampoco el tema es tan distinto con la obesidad, o sea un chiquillo que a lo mejor, y a mí me ha pasado porque también eh trabajo en la atención pública, un niño de meses, de 8 meses 9 meses, que tiene una pequeña varianza en el peso y que está ya en sobrepeso, en obesidad, pero al ojo cotidiano es un bebe gordito, sano, entonces como te digo yo creo que el terapeuta podría estar puesto en eso pero primero tiene que haber una mayor conciencia en las políticas públicas del rol que se tiene de manera transversal, como profesional de la salud, en la evaluación que se le hacen a los niños.

Maximiliano: como en el paradigma

7: si quizás más tenga que ver con el paradigma, pero como tomarle el peso, porque como te digo hoy en día un niño en una institución pública va, se hace una torre de 3 bloques, 5 bloques y si dice dos palabras y camina está bien, y están dejando un montón de aristas, dentro de esas esta la alimentación pero hay muchas otras más por ejemplo, hoy en día los aspecto socioemocionales no son considerados como un elemento relevante a la hora de hablar, y si uno mira las miradas actuales desde la neurociencia, desde la educación o de cualquiera otra, de la filosofía incluso, están todos súper de acuerdo de que el desarrollo es un todo integral, integrado, complejo, que no son variable independiente pero a la hora de evaluar, a la hora de mirar a los niños seguimos mirando dos o tres variables y todo lo otro queda fuera y ahí yo creo que hay un tema

que es transversal, que está instalado en todo Chile, me gustaría creer, pensar, que el terapeuta puede aportar más en eso y ojalá pueda ser pero, en este momento por un tema de discusión epistémica, de lo que somos, de donde vamos, de nuestra identidad, de que somos, que la inclusión, que la ocupación y entre tanto conceptualización también perdemos de vista lo concreto y lo puntual de que hay personas que requieren apoyo, intervención, más allá de tener nosotros la claridad de que es la terapia ocupacional; si hubiera más claridad de que es un servicio hacia a un otro, que tiene un tiempo limitado sobre la tierra, yo creo que serían distintas las políticas pero yo creo que estamos muy metidos todavía, mirándonos el ombligo nosotros.

RECTe7

Maximiliano: puede ser. Bueno, situándonos en este panorama del terapeuta ¿puede como no puede?, si bien la alimentación es parte de la AVD y terapia ocupacional ve prácticamente AVD ¿Tú podrías complementar este rol que tiene que ver con las AVD, con esto de la prevención en la alimentación?

7: si, o sea yo creo que como mirándolo de otro punto de vista

Maximiliano: como del punto de vista más práctico

7: Claro, desde nuestro que hacer. Evidentemente o sea es una relación directa y estrecha, tampoco es, y con respeto no creo que ustedes hayan inventado la rueda, yo creo que solamente la están mirando de manera distinta, y claro porque que nos pasa a en el cotidiano a nosotros, “ya que ocupo las manos, que coordina, que piensa ya, y punto, que se vistió solo, ya esta ok, que guardo las cosas en la mochila, salta, esta ok ya vamos”, y yo creo que tiene que ver con una doble ética o sea, una ética hacia lo otro y una ética hacia uno mismo como en su ser profesional, de estar atento con estas cosas que no son menores, el alimentarse es un acto de los más cotidianos que puede haber y

yo creo que si lo miramos a grosso modo, es de los menos intervenidos, desde la mirada del acto mismo de alimentarse, cierto, de la nutrición, del como estoy aportándole a mi cuerpo con eso y a lo mejor nos quedamos como en tantas otras cosas de la terapia ocupacional, nos quedamos en lo más funcional no más.

Maximiliano: como un acto más mecánico

7: Es mas mecánico, y yo creo que en eso es interesante poder mirarlo también porque yo creo que habitualmente uno está uno está siempre como poniendo en cuestión lo que le emerge mas cotidianamente, en el caso mío tiene que ver quizás más con entender como estos actos motores o estos actos conductuales están pero estrechamente relacionados con las emociones, que también siento que es un área que al terapeuta le queda hasta la motivación y ahí quedo, siendo que todo acto, toda acción esta direccionada de lo que tu sentí, luego de lo que pensaste, entonces como hasta que punto nosotros complejizamos lo que estamos analizando, lo que estamos interviniendo pero eso también trae una responsabilidad creo yo que un poco explica el porqué no lo hacemos, siempre cuando yo estaba en el pregrado como era lo que reflexionaba, de esto, no de estos estudios más ocupacionales sino del abordaje situacional, que ustedes en la UNAB lo ven hartos, que es un tema complejo que trata de tomar todas las arista, ya bien, bonito, tiene sentido, es coherente, pero en el espacio concreto de tiempo y de recursos, de intervenir todo eso que fuiste capaz de evaluar también hay una incoherencia, porque es muy pretencioso querer abordarlo todo y ahí por eso esta idea de que a lo mejor, el terapeuta puede ser la persona más idónea o que puede aportar en esta área, si puede ser, pero ¿a costa de qué?, porque yo siempre pienso que uno hace algo pero deja de hacer otra cosa, lo quieras o no, siempre hay algo que falta, entonces claro por ponerle más atención a la alimentación, pero a lo mejor estas dejando de ver otra cosa que en lo cotidiano también es relevante, entonces yo creo que también la...

Maximiliano: bueno siempre la mesa nos va quedar media coja

7: siempre queda coja entonces ahí también la idea de la complejidad, o sea los problemas complejos soluciones complejas.

RACTe7

Maximiliano: mira siguiendo en este punto ¿tú a quien le adjudicarías esta responsabilidad, a la sociedad, a la familia, 50 y 50?

7: o sea yo creo que culturalmente hay que hacer un cambio

Maximiliano: ¿50 y 50?

7: no o sea, de a quien, yo creo que a todos, todos somos partícipes, tampoco soy tan amigo de esta idea mas esquivo si se quiere decir: “oye hay una realidad y yo estoy fuera de esa realidad”, no po, si estamos todos metidos y todos somos personas y todos nos alimentamos, de hecho ahora mismo estamos tomándonos un café entonces tampoco puedo hacer como la desconocida de decir: “oye ya pero, ellos que ven la alimentación y nosotros no”, pero en la justa medida, o sea volviendo, aterrizándolo acá en el centro, yo me muevo desde el motivo de consulta, no por una cuestión clínica, más bien como reacio o cuestionador de los diagnosticos pero también trato de ser súper comprensivo desde el proceso en que esta la familia entonces, claro, ellos están en un proceso de duelo, de aceptación, de decir “oye esta cuestión que le está pasando a mi hijo no es una enfermedad es una condición”, lo voy a tener que querer y respetar toda la vida así y no es fácil, y sobre eso ir viendo como las prioridades cambian y de verdad que yo veo y ahí si hay un tema que nosotros a lo mejor no le tomamos la relevancia que debiera, por ejemplo todos los días hay cabros que comen arroz con vienasas, arroz con vienasas, arroz con vienasas, pero porque también uno comprende o trata de comprender hasta

donde se puede, de que hay otros procesos que a lo mejor son un poquito más complejos que el mero hecho de que hay pa comer y de que también hay dentro de estos procesos de duelos hay temas que se alcanzan a elaborar y temas que no se alcanzan a elaborar, y claro a lo mejor como le insistes o como le instalas a una familia: “oiga sabe que su hijo podría alimentarse mejor pero resulta que el hijo todavía no habla, no lo mira, no se contacta con esa mama”, entonces ahí yo trato de ser como un poco más cuidadoso, un poco mas acompañante de ese proceso en la familia y también hacer un mea culpa, eso mismo a uno lo lleva a otro terreno de intervención pero que deja cosas de lado, si o si.

RACTe7

Maximiliano: claro, bueno, pongamos en el contexto de este niño gordito, ¿qué áreas del desempeño se podrían ver afectadas siguiendo como esta línea?

7: todas, todas, también para mi es premisa que uno aprenda el movimiento, no aprendes sentado, podi` aprender leyendo pero los griegos no estaban tan errados, uno tiene que cultivar mente y cuerpo, y efectivamente tener una condición en tu peso que te limita del movimiento también limita tus aprendizajes, todos! no es solo que quizás desde lo motor tú te muevas más lento o eres más torpe, si no que en tu construcción de mundo vas generando una desorganización o vas limitando también las experiencias que puedes tener de aprendizaje y te afectan, ahora de que puedes lograr aprender o puedes lograr desempeñarte, si, pero a lo mejor no en todo el potencial que lograrías teniendo una condición un poco más saludable contigo mismo, sí, eso yo creo que lo veo y pal otro lado también, o sea los chiquillos que presentan más desnutrición o esta cosa también mas de selectividad con los alimentos también es complejo, es increíble cuando un chiquillo que nunca ha comido fruta, ya le pusiste un taller de cocina y que mire y que huela, que explore con otros sentidos y en algún momento se hecho un pedazo de manzana a la boca y le cambia la corporalidad, la vista. Ese proceso lo eh visto varias

veces y como te digo no, de hecho ahora sobre la misma eh estado reflexionando algunos temas porque para mí es como más relevante a lo mejor incorporar algo nuevo ya porque disminuye los intereses restringidos, porque para mí es un indicador de que hay más flexibilidad, pero también desde esa percepción de que oye está pasando acá, pero al mismo tiempo, no se po`, son vitaminas, son texturas que después llegan al estomago y también para el estomago son sensaciones nuevas, es un tema eso

Maximiliano: como que la intencionalidad cambia

7: Si, es que aquí por ejemplo mírame estoy dando otra vuelta, es que a lo mejor no trabajamos el tema de la alimentación como un foco primario de integración pero la verdad y de hecho yo soy uno de los que más trabaja con talleres de cocina, y ahí hay un tema que incluso es bonito de ver el proceso de como los chicos va integrando nuevos alimentos, como después la mama te dice:“ oye ya ahora ya come tomate, antes no comía ningún tipo de fruta”, pero también nos faltan como otros indicadores u otras reflexiones de poder entender quizás más desde la espera de salud, el que implica eso, pero te vuelvo a repetir para nosotros como la intervención apunta mas para otro lado, apunta mas para tener experiencias nuevas, para mirarlo como un apoyo en el desarrollo y si este chico o niña sigue estando en desnutrición o en obesidad o en sobrepeso, no es como un cuestionamiento mayor, siempre va a tener como la jerarquía que hizo algo nuevo, eso.

RADOe7

Maximiliano: estamos ok con las preguntas, si que te quería dar las gracias por el tiempo, por todo en realidad

## Entrevista 8

8: como te contaba, nosotros dentro del programa “Chile crece contigo” trabajamos con un equipo multidisciplinario: esta la nutricionista, están los matrones, porque abarca desde el pequeñito desde su gestación prácticamente entonces abarca todo lo que son las matronas, los nutricionistas para la mamás, después para los pequeñitos cuando ya nacen, están dentro del “control del niño sano” también los controles con nutricionista y son ellos los que más ven este tema de la obesidad infantil, dentro de la infancia primaria en este caso, pero nosotros como terapeutas lo que más vemos, por lo menos yo, apoyamos en este ámbito es el tema de lo que conversábamos lo de la rutina, porque muchas veces el problema de la obesidad en los niños no solamente es de los niños sino también de los papas y tengo dos casos súper particulares en donde las verduras no están dentro del ámbito alimenticio dentro de la mamá dentro de la familia digo, intente averiguar si a lo mejor podría ser algo sensorial porque los niños muchas veces no se po`, por los colores de las frutas o colores de las verduras no comen, pero es un tema ya a núcleo de papas que a la mamá no le gusta la verdura entonces como a la mamá no le gusta no se lo da picado, entonces el niño no comía nada picado, no comía entero pero si, galletas! entonces pasaba todo el día con galletas, estaba produciéndose un problema de nutrición que el niño claro estaba flaquito pero

Maximiliano: mal nutrido

8: si, entonces eran como los dos extremos, por obesidad o por exceso o por falta.

RACTie8

Daniela: ya y ahí ¿cómo lo abordas tu o te ah tocado abordarlo desde la terapia como a diferencia de los otros profesionales?

8: bueno la verdad que lo que yo hago prácticamente es una modificación de los hábitos y de la rutina más que nada como el manejo desde que se levantan hasta que se acuestan, el hora por hora ir viendo que es lo que hacen los papas, que es lo que hace el niño, en qué situación come o en qué situación no come, en qué situación realiza sus actividades por ejemplo si va al jardín, no va al jardín, si come en el jardín que come, mas en ese ámbito como que aplico mi trabajo como terapeuta en ese sentido, porque mas no me ah tocado ver como en el tema netamente de la obesidad, como que mas eso prácticamente el tema de la rutina, los hábitos en los pequeños, inculcar en los papas el tema del cambio de hábito, de estilo de vida en sí, y no solamente por un beneficio de los pequeños sino también un beneficio para ellos como familia.

RAHBe8

Daniela: ¿y qué factores crees tú que son los más influyentes, como en el desarrollo de la obesidad?

8: mira por lo que yo eh visto el tema económico es súper importante, pero en la población en donde yo trabajo, hay muy bajos recursos y lo más barato es la comida chatarra o los carbohidratos, entonces se come mucho mas de manera poco saludables en este sentido, para que andamos con cosas, la comida saludable económicamente es poco accesible en comparación con la comida chatarra, por ejemplo. Yo trabajo en todos los consultorios de La Pintana entonces en cada consultorio hay mínimo tres carritos de sopaipillas, en las afueras de los colegios también dos tres carritos y se puede pillar un carrito de completo y los locales de dos por uno; dos completos por \$700 por ejemplo, es muy accesible la comida chatarra

Maximiliano: y satisfactoria también



8: claro, satisface por un rato, es como en ese sentido. Pero es uno de los factores más influyentes es el tema de la economía dentro de, por lo que yo he visto en la realidad que me toca vivir día a día.

CTHBe8

Maximiliano: como uno de los factores importantes. ¿Qué otras competencias podría tener el TO para actuar en este ámbito o en este campo, o sea muy bien nos dijiste que el tema de los hábitos y la rutina que eso es algo fundamental y algo propio de nosotros, que otras cosas podrían complementar esa intervención, que sea propio como de los terapeutas?

Daniela: o si ¿consideras como pertinente el trabajo del terapeuta ocupacional en esta área poco abordada en el fondo, tu nos puedes decir no o si o no sé, desde tu percepción?

8: la verdad que no, como es un área que me he tocado abordar súper poquito, tengo dos casos no mas, entonces hasta por el momento lo único que he trabajado con ellos el tema de los hábitos y la rutinas, y por lo menos me ha funcionado súper bien, los papas han sido súper, como que se llama, súper responsable en este sentido, a lo mejor sino hubiesen hecho caso o si no hubiesen seguido las estrategias, hubiese buscado otras estrategias más acordes, pero como me ha funcionado.

RAHBe8

Daniela: crees de repente que eso, como que de repente otro profesional no lo habría abordado como lo abordaste tú una terapeuta ocupacional en este caso ¿cómo que hace la diferencia un poco?

8: le verdad, en lo que he por ejemplo, lo conversado con el nutricionista él lo único que, su labor dentro de esto son las pautas nutricionales tú tienes que darle esto y esto y esto,

por ejemplo la educadora ve las habilidades parentales dentro esta forma de que el papa son los papas y ellos mandan y al niño hay que obligarlo a comer ciertos tipos de cosas, entonces yo como terapeuta dentro de este equipo como que me destaque harto en el tema de la “rutina” y que sea estructurada dentro del día y no solamente las horas de comer sino desde que el niño se levanta hasta que el niño se acuesta, por ejemplo que no todos los ven o no todos lo hacen porque lo toman por alto, por ejemplo.

RAHBe8

Maximiliano: ¿a quién le adjudicarías la problemática, a la familia a la sociedad 50 y 50, quien puede ser ahí el ente importante que puede generar estas problemáticas?

8: yo creo que igual es 50 y 50, porque si la alimentación saludable fuera mucho más asequible a la familia no tendríamos que culpar a la parte económica por ejemplo, pero también la familia tiene que cambiar su foco de visión dentro del tema de la alimentación porque hay muchas familias que no saben cómo preparar, lo único que hacen son ensaladas por ejemplo, en el tema de alimentación saludable o la fruta, o los tutti fruti y seria, entonces no saben a lo mejor preparar un rico almuerzo de puras verduras, algo que sea saludable y que sea divertido para los niños también entonces yo creo que igual es 50 y 50

CTHBe8

Maximiliano: ¿la sociedad en que aportaría en este caso?

8: en el tema más de educación yo creo, el tema educativo para la familia, por ejemplo yo intento educarme por mi misma el tema de la alimentación saludable, buscar por internet o viendo la tele, el cable todo eso, pero no son buenos para que andamos con cosas. El internet y el cable esta accesible para todos, pero no así como el imponer el

tema de sociedad a la familia “oiga sabe que, mire venga para acá le vamos a enseñar los talleres”, porque los talleres del chile crece se hacen!, pero la participación es súper baja, muy baja, de hecho nosotros hemos estado haciendo malabares para que las personas vayan y eso es un tema de sociedad.

Maximiliano: como de motivación intrínseca

7: claro, porque no se po el tema de la “comida saludable” no va nadie, pero si va a un taller recreativo que se hacen en los consultorios ahí va toda la gente.

Maximiliano: al de tejidos

7: claro, entonces eso es como pucha que estamos haciendo mal que no estamos instruyendo

Daniela: y eso es prevención finalmente

7: claro, que es lo que hace la APS, la prevención y promoción.

CTe8

Daniela: y llevándolo a prevención primaria que es nuestro foco y de la edad de los niños que estamos estableciendo, también llevándolo un poco al rol del terapeuta, ¿cómo podría aportar un terapeuta en niños pequeños hasta los dos años desde la prevención?, bueno igual nos comentaste lo de la rutina

8: bueno lo que yo he hecho con los pequeñitos pero no tan pequeño por lo general a mi me llegan después de los dos años son súper pocos los que yo veo más chiquititos por que los ve el kine, cuando son mas pequeñitos, el tema del juego simbólico pero a través de la misma comida, como un juego pero juego más realista

Maximiliano: como haciendo un rol playing

7: claro, como el de cocinar la fruta, como a nosotros nos llega la fruta del consultorio para trabajar este tipo de actividades, entonces un pequeño que tiene problemas de motricidad fina trabajamos el tema de cortar plátano y decir que la fruta siempre es saludable y que deberíamos consumir cierto tipo de frutas las verduras igual con la mamá conversarle de este tema, pero como más vinculado a otro foco, como que el objetivo dentro de esto, es otro, pero también se abarca la prevención y promoción, como que eso se hace más o por lo menos lo que hacemos nosotros acá

Maximiliano: es como una intervención indirecta

7: Claro, como que trabajamos igual, el objetivo es uno pero de a poquito vamos metiendo otras cosas.

RADOe8

Maximiliano: lo que va solucionando otras problemáticas que estén adosadas a esta principal

Daniela: ¿y desde que modelo o enfoque trabajas tu, o sea en general en estos casos particulares también pero como el tema de los hábitos ese tipo de cosas?

8: Los modelos que nosotros utilizamos dentro del equipo más bien vinculado a la integración sensorial es lo que más se ocupa con los pequeñitos, pero basándome dentro de la rutina igual intento con MOHO (Modelo de Ocupación Humana) por aquí o por allá, intento vincular otro tipo de modelo indirectamente, como directamente con los pequeños se trabaja más con la integración sensorial o por lo menos intento hacerlo, pero hay muchos chicos igual que me han llegado que tienen problemas con lo que yo te comentaba, el tema de las verduras y las frutas, que la mamá le da de probar recién a los

tres años, no se por “mi hijo no come plátano lo vota” “ y cuando lo probó” “ayer” entonces el niño tiene tres años, yo le digo “y porque no le dio antes”, “es que no sé”, entonces en los talleres se está inculcando que a los niños les están saliendo los primeros dientes vamos metiéndoles comida por menos picada tener cuidado porque hay muchas mamas igual que están dando de comer hasta tres cuatros años procesada la comida y eso es un tema sensorial, después llegan así “no mi hijo tiene problemas no quiere comer nada” y toda la vida comió procesado.

RACIe8

Daniela: claro, bueno es una de las razones igual de porque establecimos hasta los dos años porque leímos mucho que era como el periodo en que se internalizaban de alguna manera como las preferencias los gustos como todo un tema con la comida súper importante

Maximiliano: hay un tema de desarrollo que igual es clave, que parte también cuando comienza alimentación complementaria que es después de los seis meses, entonces ahí el niño empieza a cambiar como su perspectiva desde la participación

8: sabes lo que me ah tocado ver arto igual, son pequeños con alergia alimentaria hartoo hartoo, que era algo que yo no lo conocía soy del sur y en el sur yo creo que serian pocas las personas contadas con una mano que tienen alergia alimentaria, y acá yo podría decir que son dos por consultorio y eso para mí es hartoo

DOe8

Daniela: otra terapeuta también no comento que había visto casos

Maximiliano: si el tema del gluten, el tema de los celíacos

8: y porque, bueno conversando con otros profesionales el tema de que hay mamás que empiezan a dar alimentación complementaria antes de los seis meses

Maximiliano: se entorpece ese proceso

7: claro, se supone que el sistema digestivo está recién maduro a los seis meses en adelante, a una niña una mamá estaba afuera de mi box dándole bebida a una bebé de tres meses, bebida!, pucha yo que digo intervengo o no intervengo, y al tiro le pregunte disculpe ¿cuánto tiene su bebé? tres meses ¿y porque le está dando bebida? y ahí empieza toda una charla ni siquiera en el box sino que es algo que vi en pasillo, esas son cosas que igual uno interviene y como hay que hacerlo, porque le está dando bebida a una bebé, entonces imagínate cómo podemos ver las alergias alimentarias si ya le estamos dando a los pequeñitos cosas que no deberían.

HBCTe8

Daniela: y con los niños que te tocó ver, como afectaba en su desempeño diario el tema de la obesidad, ¿qué edad tenían más o menos los chiquititos?

8: tenían dos y medio y tres, el de tres años es todo un caso conductual porque el fonoaudiólogo y la nutricionista dijeron que era un niño con rasgos TEA y yo al verlo y comentando con la educadora y claro, como que tenía rasgos TEA pero es un niño que conductualmente el niño chispeaba los dedos y los papas corrían, el niño comía papas fritas todo el día lo único que comía eran papas fritas, dulces, era un niño que hacía muchas pataletas cuando no le entregaban lo que él quería entonces es un niño que igual se conectaba, pero como que ligado todo esto entorno a la comida, entonces los papas decían que su hijo era medio raro, nosotros estuvimos comentando esto de la rutina y de los hábitos haber si cambiaba su forma de ser el pequeño y efectivamente empezó a conectarse mucho más, el tema de las pataletas entendió que no podía conseguir lo que

quería con llanto con gritos como que los rasgos que supuestamente eran TEA no eran TEA, eran solamente problemas conductuales que estaban regidos dentro de este tipo de comidas.

Daniela: como de dinámica familiar

7: claro, el tema de la dinámica familiar y de hecho los papas eran muy gorditos los dos y tenían 25 años y se veían mucho más mayores, entonces igual el tema del cambio de rutina familiar fue súper importante en este en esta familia por ejemplo, y el otro pequeñito creo que igual fue casi lo mismo de hecho los dos casos fueron muy parecidos así como que no nos costó tanto el trabajo con los dos.

HBCTe8

Daniela: no se si nos queda alguna pregunta, bueno el tema como del sedentarismo también que igual nos hablaste

8: si po, si de hecho era un niño que no podía saltar de dos pies y dentro del TEPSI salió con retraso o riesgo creo no me acuerdo muy bien del diagnostico de él por este tema de saltar en un pies o posicionarse en un pie saltar con los dos porque era un niño que le costaba mucho desplegarse del suelo, entonces la educadora me decía no sé si es porque es gordito o porque no puede, claro ahí trabajando en un circuito psicomotor es porque no puede si con suerte subió la escalera por ejemplo, entonces es un niño que esta todo el día viendo televisión son niños muy secos con la Tablet con el celular, yo digo donde quedaron los niños que jugaban con cajas con tierra y yo recuerdo cuando era chica, son niños que ya no están que ya no existen, entonces yo digo a los papas la Tablet fuera, por lo tanto esta rutina adiós!, la tele verla una hora al día bueno una o dos y no seguidas tampoco, entonces igual son papas que son poco conectados con sus hijos porque dejan que sus hijos hagan lo que quieran y eso se ve hartito dentro de los diagnósticos el

desarrollo psicomotor, que son niños poco estimulados por los papas, son papas muy poco participativos dentro de la rutina de los pequeños tanto la mamá como el papá, como que lo dejan ser solamente, ahí estamos de nuevo “juegue con el niño”, “ haga este juego” “haga esta rutina” “haga este trabajo” no se po hay papas que me dicen no es que yo no tengo lo que este tiene acá, no se po la escalera el túnel, y les digo “hágalo con las sillas del comedor de su casa ahí tiene un túnel”

Maximiliano: le ponen una toalla y listo

8: claro una sabana, y ahí tiene una carpa por ejemplo, y hay muchos papas que no tienen imaginación para realizar juegos con sus hijos

Maximiliano: como que necesitan el objeto en concreto

8: claro, si yo le digo, no se po`, hagan una caja que sea la televisión actúele con títere que se yo, o sea imaginación

CTDOe8

Daniela: además tiempo, por tiempo.

8: si po, pero hay hartas mamas que no trabajan, o sea que son dueñas de casa porque si trabajan, pero son hartas las mamas que dicen “no yo preferí quedarme en la casa para cuidar a mi hijo” que son niños con retraso en el desarrollo sicomotor y sin ninguna patología de base, entonces que quiere decir eso, que falta poca estimulación entonces trabajemos con el po si usted decidió quedarse en la casa por su hijo trabajemos.

CTDOe8

Daniela: Súper



Maximiliano: Súper

Daniela: ¿No sé si nos habrá faltado algo Maximiliano?

Maximiliano: yo creo que estamos bien

Daniela: bueno, eso es todo, te queremos dar la gracias