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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2014

Estilo de vida de los trabajadores del hospital de Gaiman (Chubut) : desde la perspectiva de terapia ocupacional

Rivarola, María Florencia

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

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/262

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO de la CARRERA de LICENCIATURA en TERAPIA OCUPACIONAL

"Estilo de vida de los trabajadores del Hospital de Gaiman (Chubut), desde la perspectiva de Terapia Ocupacional"

RIVAROLA, María Florencia

Mar del Plata, Noviembre de 2014

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

DIRECCIÓN:

GARCÍA CEIN, Emma

Lic. en Terapia Ocupacional

Especialista en Bioética

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:

FERNÁNDEZ, Verónica Anahí

Lic. en Terapia Ocupacional

Especialista en Docencia Universitaria

ASESORAMIENTO ESTADÍSTICO:

ESQUIROZ, Daniel

Lic. en Sociología

Especialista en Criminología

TESISTA:

RIVAROLA, María Florencia

Matrícula Universitaria N° 3315/95

"Cuando comienzas a actuar
para lograr tus metas y tus sueños,
debes darte cuenta
de que no todas tus acciones
serán perfectas…
Cometer errores
y experimentar con lo que sucede
son partes del proceso de, finalmente, hacer lo correcto."

Jack Canfield

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma me acompañaron en este camino, por su paciencia y sobre todo por su confianza en mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....6

Bibliografía.....10

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN 12

Bibliografía.....20

MARCO TEÓRICO

DETERMINANTES SOCIALES de la SALUD 22

UBICACIÓN HISTÓRICA.....22

CONCEPTO.....23

GRADIENTE SOCIAL.....24

Perspectivas para su estudio.....25

Principios de acción.....27

Bibliografía.....28

TERAPIA OCUPACIONAL.....29

TERAPIA OCUPACIONAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....31

TERAPIA OCUPACIONAL CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA.....32

Bibliografía.....34

COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL.....35

Bibliografía.....37

MARCO de TRABAJO para la PRÁCTICA de TERAPIA OCUPACIONAL.....38

Áreas ocupacionales.....38

Bibliografía.....41

ESTILO DE VIDA.....42

ESTILO DE VIDA Y SALUD.....42

Perspectiva poblacional.....43

Evolución Conceptual.....45

Uso del tiempo.....47

Terapia Ocupacional y Temporalidad.....48

Bibliografía.....50

POBLACIÓN 52

MUNICIPIO DE GAIMAN.....52

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....52

Datos poblacionales.....52

Características habitacionales.....53

Pobreza.....54

Características educativas.....54

Indicadores de salud.....55

Indicadores del mercado de trabajo.....55

HOSPITAL JOHN EVANS.....57

TRABAJADORES DEL HOSPITAL.....57

Bibliografía.....60

ASPECTOS METODOLÓGICOS.....63

PROBLEMA.....63

OBJETIVOS.....63

VARIABLE DE ESTUDIO.....64

VARIABLES INTERVINIENTES.....64

POBLACIÓN DE ESTUDIO.....65

DISEÑO DE MUESTREO Y MUESTRA DE TRABAJO.....66

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....66

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE DE ESTUDIO / OPERACIONALIZACIÓN.....67

Estilo de vida.....67

Áreas de ocupación.....68

Uso o empleo del tiempo……71

VARIABLES INTERVINIENTES / DIMENSIONAMIENTO……71

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS……73

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS……75

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS……79

Bibliografía……80

RESULTADOS……81

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS……81

ANÁLISIS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO……94

Prevalencias……114

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS……116

Bibliografía……126

CONCLUSIONES……128

Bibliografía……136

BIBLIOGRAFÍA GENERAL……137

ANEXO I: CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA……143

ANEXO II: NOTA A LA DIRECTORA DEL HOSPITAL J. EVANS ……154

INTRODUCCIÓN

Durante la experiencia de práctica clínica realizada en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) de la ciudad de Mar del Plata, tomé contacto con la población de pacientes con secuela de ACV y/o con diagnóstico de cardiopatía; enfermedades cardiovasculares consideradas ambas, según su etiopatogenia, como *crónicas no transmisibles* (ECNT). Este concepto encierra la idea de que en el proceso del enfermar intervienen, entre otros, factores no biológicos como por ejemplo factores psicosociales, económicos y culturales que pueden influir en el comportamiento humano y en su forma o estilo de vida, afectando su estado de salud. Esta relación conceptual, se pudo vislumbrar durante el trato terapéutico con esta población que, a través de relatos personales contextualizados en la realización de entrevistas de evaluación y seguimiento de los pacientes, daban cuenta de circunstancias psicosociales, generalmente desfavorables y situaciones de stress.

En los primeros acercamientos a la bibliografía acerca del estilo de vida, el término era identificado como elemento causal interviniente en el desarrollo de procesos de enfermedad, formando parte de los denominados factores de riesgo o productores de enfermedad. Pero este concepto se ha ido clarificando y evolucionando conceptualmente. Actualmente y, en sintonía con el enfoque positivo en salud, que rescata la perspectiva de promoción de la salud y la estrategia de atención primaria como el abordaje más seguro en orden a alcanzar las metas en salud, el término estilo de vida se consolida con un fuerte respaldo desde las teorías sociales y en su análisis se lo describe vinculado tanto al contexto macrosocial como

a nivel grupal e individual, introduciéndose en los modos, condiciones de vida y hasta la cotidianeidad y comportamiento de las personas.

En la década de los '80 el científico canadiense de la OMS Marc Lalonde, tras un estudio en profundidad encargado por el organismo de salud, identifica al estilo de vida como uno de los cuatro componentes determinantes clave en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades. Surge en ese contexto, el enfoque de los Determinantes sociales de la salud (DSS) desarrollado por la OMS, el cual ofrece un sólido marco conceptual para estudiar esta relación (Vargas Oreamuno, 2011).

Esta iniciativa teórica (DSS) fue puesta en marcha por la OMS con el objetivo de reunir información relativa a la inequidad en salud y describir los mecanismos que subyacen al origen de las enfermedades y su distribución desigual en los diferentes estratos sociales. El marco de referencia de los determinantes en salud, centra su atención en las "causas de las causas", es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Desde esta perspectiva de estudio, los hábitos o el estilo de vida se han identificado como uno de los factores intermediarios a través de los cuales el contexto social y económico ejerce su influencia en el estado de salud de las personas (OMS, 2008; Álvarez Castaño, 2009).

Se considera que las decisiones de un país en materia política y económica afectan de diferente manera el estado de salud de la población al generar

distribución desigual de ingresos, recursos y poder, y circunstancias y estilos de vida disímiles.

El presente trabajo de investigación persigue el objetivo de conocer el estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital Rural John Evans de Gaiman (Chubut), a través del análisis del empleo diario del tiempo, es decir, de todas las actividades -ocupaciones- que se realizan durante el día y el tiempo relativo destinado a cada una. Se trata de una población "empleada", y que representa someramente los diferentes estratos sociales.

La influencia del contexto sociocultural y del mercado laboral tiene su repercusión en la distribución y uso de tiempo que hacen las personas, y en las diferentes ocupaciones que realizan. Este fenómeno resulta relevante para la terapia ocupacional en la medida en que pueden verse comprometidas la participación ocupacional y la calidad de vida de la persona. Las políticas económicas y sociales originan desigualdad de circunstancias, oportunidades y recursos, restringiendo la libertad de las personas para realizar las actividades que le importan.

Tanto el interés del terapista ocupacional en que las personas puedan participar tan plenamente como sea posible en la sociedad y realizar sus metas individuales, en mejorar la salud y la calidad de vida a través de la participación en ocupaciones importantes y valoradas, y el estudio de las ocupaciones, entendidas como todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus vidas, fundamentan el sentido de este proyecto (Crepeau, Cohn, & Schell, 2005).

La temática que se aborda incumbe al profesional de terapia ocupacional que desempeña su rol desde el área de promoción de la salud, proporcionando a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, y contribuye también al desarrollo de la terapia ocupacional en salud poblacional como un ámbito propicio y pertinente para el desempeño de la profesión, atendiendo las necesidades de la población general e interviniendo en la formulación e implementación de políticas de salud pública. "(...) es necesario que los profesionales de terapia ocupacional sean persuasivos desde el punto de vista político para lograr ambientes y sistemas justos desde el punto de vista ocupacional, que busquen oportunidades para informar a todas las personas acerca de la relación entre ocupación y salud, y que desarrollen programas fuera de los sistemas asistenciales de la salud" (Crepeau et al., 2005, p.31).

Bibliografía

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79. Recuperado el 18 de junio de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-17/estudios-2.pdf

AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) (Traducción). *American Journal of Occupational Therapy*(62), 625-683.

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS, Vol.10*(4). Recuperado el 17 de agosto de 2010, de http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf

Crepeau, E. B., Cohn, E. S. & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3a. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos XVI:46*(87/Col), 37-67. Recuperado el 23 de mayo de 2012, de http://biblioteca.colmex.mx/revistas/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=86)

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

Pracilio, H. O. (2005). *La salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad.* Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Cs. Médicas. UNLP.

Vargas Oreamuno, S. (2011). *Los estilos de vida en la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2012, de http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Para el desarrollo del Estado Actual fue necesario contextualizar teóricamente la problemática que se investiga, cuyo propósito es conocer el estilo de vida de trabajadores de un Hospital de la zona a través del estudio del empleo del tiempo en las diferentes actividades del día.

La temática del problema planteado se sitúa en la línea teórica de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (en adelante DSS, OMS) y también, de acuerdo con esta mirada, se ubica dentro del marco de la salud colectiva o poblacional, que pretende analizar en profundidad el origen y mecanismos que subyacen a las enfermedades prevalentes de los grupos poblacionales en los diferentes momentos de la historia. Cabe aclarar que si bien la población de estudio está conformada por trabajadores, no se trata de un estudio del ámbito de la salud ocupacional o del trabajo, sino que el criterio empleado se orienta a la condición de estar empleado, trabajando e "incluido" en el mercado. Así, el interrogante que se estudia se asienta sobre un trasfondo social, que lo sitúa en un encuadre teórico complejo.

El reconocido epidemiólogo de la OPS, Pedro Luis Castellanos identifica tres dimensiones para explicar los problemas de salud: el espacio de lo general, el espacio de lo particular y el espacio de lo singular. Modo de vida, condiciones de vida y estilo de vida conforman en cada espacio respectivo, las manifestaciones de lo cotidiano que operan determinando y condicionando la situación de salud. Se reconoce así la influencia de las conductas individuales, de la forma o estilo de vida de los individuos o de los pequeños grupos a los cuales pertenece, como proceso

determinante de los problemas de salud de un grupo determinado de población, en un momento dado (Castellanos, 1990).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (en adelante CDSS), creada en 2005, surge conjuntamente con una abundante producción de documentos que desarrollan el enfoque analizando teóricamente las diversas causas productoras de inequidad en materia de salud. Este Modelo Explicativo de los Determinantes Sociales en salud surge con posterioridad a los desarrollos canadienses en torno al campo de la salud en los que se reconoce al estilo de vida como uno de los cuatro componentes clave en el que se concentra una buena parte del análisis de las causas y factores relacionados con los problemas de salud de la población.

El encuadre conceptual que desarrolla la Comisión identifica de manera particular a las circunstancias o condiciones de vida. De hecho, la propuesta de acción de la Comisión se formula en tres principios de acción; el primero de ellos reza: Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que son producto de factores estructurales más profundos como la economía, las políticas sociales y la gestión política (OMS, 2008).

En este marco se orienta el reporte titulado "Asociación de la posición socioeconómica de los trabajadores y trabajadoras con las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y la equidad en salud" (Solar Hornazabal, Bernales Baksai, Gonzáles Rodríguez, Ibañez Gericke, & Vidal, 2011), que consiste en un Análisis Epidemiológico para la Encuesta Nacional de Empleo, Salud, Trabajo y Calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile (ENETS 2009-2010).

“(…) el eje central del análisis de esta encuesta es la inequidad en salud, que permite visualizar cómo los problemas de salud de los trabajadores y trabajadoras dependen de las relaciones de poder desiguales en términos de nivel de ingresos, status ocupacional, nivel educacional, género y clase social, tal como fue señalado en el reporte Mundial sobre determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud en 2008” (Gobierno de Chile, 2011, p.3). El trabajo busca, de manera exploratoria, explicitar los mecanismos de la generación de inequidades en la salud de los trabajadores. En esta línea destaca la importancia de las bases conceptuales y teóricas que conducen las investigaciones y estudios orientados a la vigilancia de problemas de salud y/o la evaluación de intervenciones y su efectividad. Es por ello que repara de manera particular en los indicadores empleados para monitorizar y evaluar inequidad en salud, ya que los resultados serán diferentes según el estratificador que se utilice, en detrimento de un mayor entendimiento de los comportamiento y mecanismo que se esconden. El trabajo identifica, analiza, elabora y fundamenta cinco indicadores de posición socioeconómica (PSE) en vez de utilizar el tradicional método integrado; y prioriza sólo tres para el análisis e interpretación posteriores (ingreso, condiciones materiales y nivel educativo). “Si bien las condiciones materiales son un tema central, este tiene su fundamento en que sustenta la distribución de poder en las sociedades, tanto en recursos, autonomía, participación política, entre otros” (Gobierno de Chile, 2011, p.9). El estudio incluye los indicadores de condiciones de empleo y de trabajo como intermediarios entre la posición socioeconómica y los resultados de salud.

Chile y Costa Rica, y en segundo lugar, Colombia, como representantes de América Latina, adoptan una postura sanitarista activa, partidaria de un abordaje

socio comunitario de los problemas de salud de la población, y en concordancia con ello, ofrecen una importante cantidad de artículos y textos actualizados en materia de salud pública. Chile y México, ambos, presentan la característica de ser sede representante de organismos internacionales como la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe –ONU-) y UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer), y a partir de esta condición, producen buena parte de la información para el análisis socio demográfico, económico, de los asuntos de género y del comportamiento de los grupos poblacionales. De la misma manera lo hacen otros países, como Chile y Uruguay, a través de los Institutos Nacionales de Mujeres.

En este conjunto de trabajos de investigación, el empleo del tiempo aparece predominantemente vinculado al análisis de las desigualdades de género y al tema de la pobreza. El trabajo *Pobreza, género y uso del* tiempo, investigación del Instituto Nacional de las Mujeres de México se propuso indagar si la carga global de trabajo se incrementa entre los más pobres y si, entre los más pobres, las mujeres llevan a cuestas la mayor parte de esa carga (INMUJERES, 2005). Se destaca en este estudio el empleo del Método de Medición Integral de la Pobreza, el cual identifica las carencias asociadas a seis fuentes del bienestar, entre ellas: el tiempo disponible para la educación, recreación, descanso y tareas domésticas.

El uso del tiempo también es estudiado desde las dificultades de conciliación familia-trabajo; la dificultad en la medición de actividades simultáneas que habitualmente se desarrollan en el hogar; la inaplicabilidad supuesta de las categorías de trabajo y descanso en el caso de las mujeres trabajadoras. Se plantea

también que la organización de los tiempos laborales, domésticos, familiares y personales se ha estado modificando en América Latina, en perjuicio del tiempo de permanencia con la familia y el tiempo dedicado a sí mismos (Arriagada, 2005).

En un interesante estudio mexicano se presenta al *tiempo* como recurso económico, y se postula la falta de tiempo, como un indicador de Pobreza. "(...) los recursos de tiempo y dinero están íntimamente relacionados debido a que el ingreso de los hogares aumenta a costa del recurso tiempo" (Bryant. Citado por Damián, 2005, p.838). Este trabajo hace referencia también a que la posibilidad de participar en el estilo de vida dominante pasa también por la disponibilidad de tiempo, y no sólo de ingreso, para dedicarlo a diversas actividades o relaciones humanas (Damián, 2005).

El documento titulado *Las Encuestas de Uso del Tiempo en América Latina*, reúne y compara la vasta información correspondiente a la VII Reunión Internacional de Expertas y Expertos en Encuestas sobre Uso del Tiempo, llevada a cabo en la Ciudad de México en agosto de 2009. Las encuestas allí estudiadas responden a los lineamientos esgrimidos por las Conferencias Mundial (Beijing, 1995) y Regional (Quito, 2007) de la Mujer. Por lo tanto, la gran mayoría fueron diseñadas con el objetivo de estudiar la carga global de trabajo (remunerado y no remunerado), desglosado por sexo. La encuesta de Chile, en cambio, se realizó con el objeto de probar un instrumento, sistema clasificador de actividades, metodología de recolección de información, procesamiento y presentación de la información para la posterior realización de una encuesta con representatividad nacional. Chile y Argentina van un poco más allá al proponerse estimar además, el tiempo empleado en actividades de cuidado de la salud, descanso, estudio, desplazamiento, entre

otras. También Chile y Argentina optaron por emplear la Clasificación Internacional de Actividades de Uso del Tiempo de las Naciones Unidas (ICATUS), debiendo realizar ajustes y adaptaciones de acuerdo a los quehaceres y lenguaje de cada idiosincrasia (Milosavljevic, 2009).

El compendio identifica dos métodos de entrevista: Diario de actividades o Cuestionarios con actividades precodificadas. En el primer caso "se trata de un diario (o agenda) de actividades de tiempo, en el cual se anotan la secuencia y duración de todas las actividades realizadas por una persona a lo largo de un período específico -generalmente 24 horas-, durante el cual se registran en orden cronológico sus actividades diarias tales como trabajos -profesionales o en el hogar-, educación, tiempo libre,... y para un número determinado de días, utilizándose el tiempo como unidad de medida" (Milosavljevic, 2009, p.9). En los Cuestionarios con actividades precodificadas, "el encuestador pregunta por la participación y el tiempo invertido en determinadas actividades, durante el período de referencia (día o semana), en este caso no se conoce la secuencia de actividades a través del día" (Milosavljevic, 2009, p.9).

Al tratarse de un estudio comparativo y exhaustivo, el documento elaborado tras realizarse la Reunión de Expertos en Encuestas de Uso del tiempo, se constituye en un valioso aporte al momento de elaborar instrumentos de recolección de datos que desglosan las actividades del día y valoran la distribución del tiempo, esto es, el tiempo relativo empleado para cada tarea.

El presente trabajo busca explorar en la población de trabajadores del Hospital de Gaiman (Provincia de Chubut), el uso del tiempo y su distribución en las

diferentes actividades cotidianas. Se estima que la condición de ser trabajador permite la posibilidad de valorar el tiempo dedicado al trabajo y el empleo del tiempo en otras actividades como actividades de cuidado personal, cuidado a otros, recreación y descanso, de personas de ambos sexos que sostienen una rutina de laboral a cambio de un ingreso.

Se considera la definición de Estilo de vida elaborada por la OMS en tanto contempla la complejidad del constructo; a saber: "El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales" (OMS, 1998, p.27).

Lo cotidiano representa el espacio donde se articulan estilo de vida y uso del tiempo. La distribución que se haga del tiempo en las diferentes actividades de todo orden se consituye en una forma de vida, un estilo de vida particular, que probablemente tenga que ver o no, con las expectativas para la propia vida y/o las creencias en torno a lo que se considera bueno, sano o necesario para sentirse bien y satisfecho con su forma de vida.

En la actualidad la Terapia Ocupacional se introduce gradualmente en el Paradigma vigente de la Complejidad, bajo el cual se desarrollan las Ciencias de la Ocupación. La ocupación vuelve a posicionarse como eje de la práctica y se discute sobre la naturaleza ocupacional de los seres humanos, la pertinencia cultural de las intervenciones, el rol político-social de la disciplina, entre otros aspectos. " Es más, recientemente se trabaja sobre la idea de la emergencia de un nuevo paradigma de la ocupación: el social. Este cambio epistemológico, supondría dejar de ver el

fenómeno de la ocupación como algo individual, para comprenderlo“en una dimensión sistémica, compleja, que incluye lo económico, lo político, sanitario, cultural, social, en coherencia con la justicia y el bienestar de comunidades” (Morrison,Olivares, Vidal. Citado por Muñoz Muñoz, 2014, p.78).

Bibliografía

Aguirre, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social.* Uruguay: UNIFEM. Recuperado el 23 de mayo de 2011, de http://www.ine.gub.uy/biblioteca/libro%20las%20bases%20invisibles.pdf

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79. Recuperado el 18 de junio de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-17/estudios-2.pdf

Arriagada, I. (2005). *Los límites del uso del tiempo: dificultades para las políticas de conciliación familia y trabajo*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Irma_Arriagada_final.pdf

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS, Vol.10*(4). Recuperado el 17 de agosto de 2010, de http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf

Chavez Jiménez, R., & Cascante Loría, A. (2006). *Sistematización de los aspectos teóricos y metodológicos utilizados en el diseño y aplicación del módulo uso del tiempo en Costa Rica, Julio 2004.* San José: INAMU. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de http://virtual.inamu.go.cr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=52&limit=5&limitstart=5&order=hits&dir=DESC&Itemid=765

Damián, A. (2005). La pobreza de tiempo. El caso de México. *Estudios Sociológicos, XXIII*(003), 807-843.

Gershuny, J. (1986). Estilo de vida, estructura económica y uso del tiempo. (CIS, Ed.) *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 38 / 87*, 163-191. Recuperado el 20 de febrero de 2013, de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_038_09.pdf

INMUJERES. (2005). *Pobreza, género y uso del tiempo*. Recuperado el 11 de abril de 2011, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100719.pdf

Milosavljevic, V. (2009). *Las Encuestas de Uso del tiempo en América Latina.* CEPAL. México: CEPAL. Recuperado el 18 de junio de 2013, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100996.pdf

Muñoz Muñoz, C. G. (2014). La labor de la Terpia Ocupacional en el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 14*(1), 73-80.

OMS. (1998). *Glosario Promoción de la salud.* Recuperado el 17 de noviembre de 2009, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

Solar Hornazabal, O., Bernales Baksai, P., Gonzáles Rodríguez, M. J., Ibañez Gericke, C. & Vidal, C. (2011). Asociación de la posición socioeconómica de los trabajadores y trabajadoras con las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y la equidad en salud. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado el 12 de abril de 2011, de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/EQUIDAD_BAJA.pdf

Vargas Oreamuno, S. (2011). *Los estilos de vida en la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2012, de http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf

MARCO TEÓRICO

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

UBICACIÓN HISTÓRICA DEL ENFOQUE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El reconocimiento de la influencia de las condiciones de vida en el estado de salud de los individuos, los grupos y las naciones, se remonta a comienzos del siglo XIX. A pesar de ello en esos momentos se instauró, en Europa y Estados Unidos, el modelo higienista, con acento en los determinantes biológicos de las enfermedades, interviniendo también en la forma de prevenirlas y tratarlas. Este modelo fue eficaz en el control de las enfermedades infecciosas de la época y el desarrollo de vacunas.

Más tarde, los organismos de salud se verían en la necesidad de explicar las enfermedades crónicas de origen multicausal sobresalientes en la estadística epidemiológica. Paralelamente el modelo neoliberal de salud se desarrollaba persiguiendo motivos económicos y descuidando las directrices de la OMS promulgadas en Alma Ata; por el contrario, en países de todos los continentes se instauraron sistemas de salud que beneficiaban a la clase rica con acceso a costosos servicios prepagos de salud, y promocionaban la asistencia por encima de la prevención y promoción de la salud. Esto resultó en el aumento de las desigualdades en salud (Álvarez Castaño, 2009).

En el año 2004, y en un contexto de crisis del ensayo neoliberal, la OMS lanza la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales de salud. “Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; igualmente, es un intento

de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. La perspectiva de los determinantes se deslinda claramente de las reformas neoliberales y al mismo tiempo denuncia su estrepitosos fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos" (Álvarez Castaño, 2009, p.72).

CONCEPTO

"Se entienden por determinantes sociales de la salud (DSS) las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas." (OMS, 2008)

Centra su interés en la inequidad en salud, es decir, en la diferencia en los problemas de salud o factores protectores de la salud entre países y dentro de un mismo país; las diferencias en la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad infantil suelen ilustrar este punto. El movimiento de los DSS busca identificar los aspectos más estructurales de la sociedad que condicionan la posición más o menos desfavorable que las personas alcanzan en la sociedad.

El enfoque sostiene que la distribución desigual de los bienes sociales, a saber: riqueza, empleo estable, hábitos de vida, acceso a los servicios de salud, calidad de la alimentación, ingreso, educación, recreación, entre otros, genera diferencias en el estado de salud de los grupos sociales (Álvarez Castaño, 2009).

El acento de las diferencias entre grupos es crucial para la perspectiva de los determinantes. “En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos.” (Álvarez Castaño, 2009, p.73).

GRADIENTE SOCIAL

“Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud.” (OMS, 2008). “Se trata de la constatación de que las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud: la inequidad nos afecta a todos.” (Álvarez Castaño, 2009, p.73).

La expresión: “la inequidad nos afecta a todos” implica que no solo las personas en situación más desfavorable interesan particularmente al enfoque, sino que estas desigualdades se repiten incluso en cada uno de los diferentes estratos sociales, en relación a diferentes variables de análisis.

Perspectivas para su estudio

En torno al gradiente de salud se formulan dos interrogantes: ¿Qué origina la inequidad en salud? y, ¿A través de qué vías, es decir, cómo el contexto socioeconómico se traduce en enfermedad?

Para responder a la pregunta sobre el *origen* se identifican tres perspectivas teóricas:

- *La teoría psico-social,* plantea que habitar en sociedades altamente desiguales afecta la autopercepción de la persona, generando sentimientos de minusvalía y autodesprecio, y respuestas crónicas de stress. Esta situación coloca a los individuos en situación de vulnerabilidad para las enfermedades.

-*La teoría de la producción social de la enfermedad*, fundada en el materialismo-estructuralista; sostiene que los recursos para mantener la salud serían directamente proporcionales a la condición económica de la persona. También afirma que las prioridades del capitalismo se consiguen a costa de los más desaventajados de la sociedad.

-*La perspectiva eco-social*, construye para el análisis de la inequidad una plataforma teórica multinivel, "(...) donde cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud." (Álvarez Castaño, 2009, p.74). Esta perspectiva analiza cómo los individuos "encarnan", es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan (Álvarez Castaño, 2009).

En relación a la segunda pregunta acerca de los mecanismos a través de los cuales los individuos "encarnan" las desigualdades de la sociedad que habitan, los investigadores acuerdan en establecer que habría *factores intermediarios* a través de los cuales se produce la distribución desigual de las enfermedades.

-Desde la *perspectiva teórica psico-social,* el problema se origina en la distribución desigual de los factores psicosociales, en particular de la falta de redes de apoyo y los eventos traumáticos en la vida.

-La *perspectiva material-estructuralista,* plantea que las personas con mejores condiciones materiales disponen también de mayores recursos cognitivos y mejor manejo de la información para enfrentar las enfermedades.

"Otros sostienen que lo que realmente se distribuye de manera desigual en la sociedad son los hábitos de vida que atentan contra la salud, y que éstos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico. Esta teoría está respaldada con un volumen considerable de evidencia que muestra cómo en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que las de estratos superiores." (Álvarez Castaño, 2009, p.75).

-La *teoría del curso de la vida*, que destaca la importancia de considerar el factor tiempo para comprender las causas de las enfermedades. Considera tanto el tiempo transcurrido entre la exposición a un riesgo (pobreza, desnutrición) y la ocurrencia de la enfermedad, ya sea en la vida de una persona, a través de varias generaciones o en tendencias de las enfermedades (Álvarez Castaño, 2009).

Principios de acción

El análisis llevado a cabo por la Comisión de los determinantes de salud de la OMS, derivó en la formulación de tres principios de acción:

1. *"Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población, nace, crece, vive, trabaja y envejece.*
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida.*
3. *Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones."* (OMS, 2008, p.2)

Bibliografía

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79. Recuperado el 18 de junio de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-17/estudios-2.pdf

OMS. (2008). *Determinantes Sociales de la salud. Conceptos Clave.* Recuperado el 4 de julio de 2010, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

TERAPIA OCUPACIONAL

"La terapia ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas. La *ocupación* en terapia ocupacional proviene del uso más antiguo de la palabra, y significa de qué modo las personas emplean u "ocupan" su tiempo. Como tal, la terapia ocupacional se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus vidas (AOTA citado por Crepeau, Cohn, & Schell, 2005, p.28). La ocupación abarca las actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad. La participación ocupacional es importante porque tiene la capacidad de contribuir a la salud y al bienestar" (Clarke y col.; Glass; Mendes de Leon; Marottoli y Berkman; Law; Seinwender y Leclair citados por Crepeau et al., 2005, p.28). "(...) los profesionales de terapia ocupacional brindan intervenciones individuales y servicios de consulta que estimulan la participación comunitaria, la prevención y el bienestar de los grupos en una amplia gama de ambientes" (Crepeau et al., 2005, p.28).

Esta definición engloba concepciones relativas a la ocupación y a la función del terapista ocupacional, que resumen de alguna manera los lineamientos que orientaron la realización del presente trabajo.

En la historia de la terapia ocupacional, la práctica ha ido asumiendo diferentes formas en relación con el paradigma vigente de ejercicio profesional. Actualmente presenciamos una vuelta al paradigma de la "ocupación", pero esta vez, enriquecido por los avances desde diferentes disciplinas científicas. Específicamente

la profesión de terapia ocupacional se ve favorecida por el desarrollo de la ciencia ocupacional que promete nutrir el bagaje de información disponible para una práctica basada en la evidencia. “La ocupación es tanto el foco central del ejercicio de la práctica de la terapia ocupacional como la unidad de análisis considerada en la ciencia ocupacional” (Crepeau et al., 2005, p.15). La ciencia ocupacional se centra específicamente en la forma, función y significado de la ocupación humana. La forma de la ocupación se refiere a los aspectos de las ocupaciones que son directamente observables. La función de la ocupación se refiere a las formas en que la ocupación influye en el desarrollo, la adaptación, la salud y la calidad de vida. Por último, el significado de la ocupación se refiere a la experiencia subjetiva de la participación en ocupaciones (Crepeau et al., 2005).

Buscar conocer cuál es el uso que hacen las personas del tiempo, analizando qué actividades realizan, desde el enfoque teórico de los determinantes en salud, tal como se propone este trabajo, significa abordar la ocupación desde los aspectos de forma y función, según la perspectiva de análisis que brinda la ciencia ocupacional. Específicamente el estudio se focaliza en el carácter “funcional” de la ocupación en la medida en que nuestro comportamiento diario en relación al tipo y cantidad de actividades que realizamos (forma) podría estar comprometiendo nuestra salud y bienestar. En la conformación de nuestros hábitos en el uso y distribución del tiempo intervienen aspectos macro, tales como las decisiones políticas en materia social y económica, quizás con una influencia tal que sobrepasa nuestra capacidad de cambio y adaptación. Cualquier intento de la persona de dar curso o modificar su estilo de vida de acuerdo a sus intereses y valores (significado), se vería condicionado por características de la estructura social y de la dinámica de mercado.

El desarrollo y la práctica de la profesión no deben perder de vista la influencia del contexto, como bien lo describen varios modelos teóricos en terapia ocupacional, para el estudio de las ocupaciones. Una práctica centrada en la participación ocupacional implica comprender a la persona dentro de su contexto particular, que consiste en la familia y los amigos, el nivel económico, la cultura, etc., para poder ayudarla a realizar las actividades que valora.

TERAPIA OCUPACIONAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El compromiso de enfocar a la persona como "agente activo" que busca realizar actividades diarias importantes, tal como reza uno de los principios que guían la práctica contemporánea en terapia ocupacional (Crepeau et al., 2005), está en consonancia con la concepción de la Carta de Ottawa acerca de la promoción de la salud.

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OPS/OMS, 1986).

Este documento menciona condiciones y prerrequisitos para la salud, a saber: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; cuestiones todas que resultan de la implementación de programas políticos de todos los sectores, no solamente del sector sanitario. En este contexto, a los profesionales de la salud les compete la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses a favor y en contra de la salud (OPS/OMS, 1986).

El desarrollo histórico de la profesión y la filosofía que fundamenta el quehacer del terapista ocupacional está marcado por una corriente humanista; esto significa que posicionarse desde la perspectiva de promoción de la salud en pro de una sociedad equitativa donde los individuos protagonizan la construcción de ecosistemas más justos y saludables, debería ser una tarea sencilla para el profesional de terapia ocupacional.

TERAPIA OCUPACIONAL CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA

La salud pública se presenta como un nuevo campo de acción para la terapia ocupacional. Esto significaría reorientar y ampliar las posibilidades de intervención desde lo individual hacia lo poblacional.

La concepción salud pública predominante en la actualidad, pone énfasis en la promoción de la salud y el desarrollo humano, con la activa participación de la comunidad, y considera a la salud como producto social, resultante del accionar del conjunto de la sociedad (Pracilio, 2005). "La idea de que la salud pública debe ser un ámbito de acción interdisciplinaria e intersectorial es un concepto relativamente reciente, y en la práctica no ha podido salir aún del espacio sectorial" (Pracilio, 2005, p.1).

En el seno de la acción intersectorial y en colaboración con muchas disciplinas diversas, "los profesionales de la terapia ocupacional podrían instituir programas dirigidos a la reorganización del manejo social, económico y sanitario a través de iniciativas que destaquen las necesidades ocupacionales de la población para su salud y bienestar" (Crepeau et al., 2005, p.32).

“Para que las autoridades de salud pública acepten que los profesionales de la terapia ocupacional tiene algo útil para ofrecer, es necesario ser claros acerca de la dirección que adoptaría una salud pública centrada en la ocupación. Esto requiere aceptar nuevamente dentro de la profesión que la ocupación tiene una influencia poderosa en la salud y que todos –los individuos enfermos o sanos, las comunidades y las poblaciones- deben formar parte del dominio de interés de la profesión. También requiere la aceptación de que la intervención basada en la ocupación en los niveles político y social es tan importante para la terapia ocupacional como tratar a un paciente para aliviar los síntomas o permitir su adaptación” (Crepeau et al., 2005, p.31).

Bibliografía

Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

OPS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.

Pracilio, H. O. (2005). *La salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad.* Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Cs. Médicas. UNLP.

COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL

Durante las décadas de 1960 y 1970, Mary Reilly, desarrolló una tradición teórica en la University of Southern California, denominado **comportamiento ocupacional,** cuyo propósito fue expresar una teoría general de la terapia ocupacional que explicara por qué la ocupación era el medio y el método de la especialidad.

"El comportamiento ocupacional consiste en aquellas actividades que llenan el tiempo de una persona, significan logro y se dirigen a las actividades económicas de la vida. El comportamiento ocupacional es longitudinal en el sentido de que constituye la continuidad completa del desarrollo desde el juego infantil hasta el trabajo adulto (Black; Moorhead; Reilly; Shannon citados por Crepeau, Cohn & Schell, 2005, p.210). El comportamiento ocupacional involucra la rutina diaria de trabajo, juego y descanso en un ambiente físico, temporal y social (Matsutsuyu; Shannon citados por Crepeau et al., 2005). Además, implica la interacción con los ambientes complejos en los cuales actúan las personas" (Dunning; Gray; Parent; Reilly citados Crepeau et al., 2005, p.210).

Especial mención merece dentro de este marco de referencia el concepto de adaptación temporal, como la forma principal en que las personas ocupan su tiempo. "El tema de la temporalidad puede rastrearse hasta los fundadores de la profesión, que destacaron que la salud podría medirse por la eficacia con la que las personas ocupaban su tiempo con actividad (Kielhofner; Shannon citados por Crepeau et al., 2005). Dos ideas importantes que surgieron de este interés en la temporalidad fueron equilibrio y hábitos" (Crepeau et al., 2005, p.211)

La importancia de mencionar la tradición del comportamiento ocupacional reside en la influencia global que ha tenido en la terapia ocupacional generando nuevos modelos teóricos, entre ellos, el Modelo de Ocupación Humana (MOHO); Adaptación ocupacional; Ecología del Desempeño Humano y Modelo persona-ambiente-ocupación. Además sentó las bases para el origen del movimiento de la ciencia ocupacional y ha sido el responsable de generar el paradigma actual de la terapia ocupacional centrada en la ocupación (Crepeau et al., 2005).

Bibliografía

Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, segunda edición, es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional que guía la práctica profesional de la terapia ocupacional. Fue desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación; no es una taxonomía, una teoría, o un modelo de terapia ocupacional.

El documento sostiene además las creencias centrales de la profesión en una relación positiva entre la ocupación y la salud, y su visión de las personas como seres ocupacionales (AOTA, 2008).

Áreas ocupacionales

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional organiza y describe la gran cantidad de actividades u ocupaciones agrupándolas en ocho áreas: AVD, AIVD, DESCANSO Y SUEÑO, EDUCACIÓN, TRABAJO, JUEGO y PARTICIPACIÓN SOCIAL, OCIO o TIEMPO LIBRE (AOTA, 2008). En el estudio se excluye la categoría Juego, y las actividades descriptas en la categoría Ocio se agrupan bajo la denominación de Actividades Recreativas y/o Área RECREACIÓN; se amplía la descripción en el capítulo de Aspectos Metodológicos.

Actividades de la vida diaria (AVD): “Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994, págs. 181-202). AVD También se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida (APVD)” (AOTA, 2008, p.10).

Actividades instrumentales de la vida diaria: “Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD” (AOTA, 2008, p.10).

Descanso y sueño: “Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación” (AOTA, 2008, p.11). Se refiere a las actividades de dormir, descansar y/o relajarse.

Educación: “Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente” (AOTA, 2008, p.12). Se refiere a actividades de estudio y participación en programas o cursos de formación sobre alguna temática o habilidad de interés personal.

Trabajo: “Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado” (Mosey, citado en AOTA, 2008, p.12).

Ocio o Tiempo Libre (Área RECREACIÓN y/o Actividades Recreativas): “Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir” (Parham y Fazio citado en AOTA, 2008, p.12).

Participación social: “Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (Mosey citado en AOTA, 2008, p.12). Comprende participación en la comunidad, en la familia y con compañeros o amigos.

Bibliografía

AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) (Traducción). *American Journal of Occupational Therapy*(62), 625-683.

ESTILO DE VIDA

ESTILO DE VIDA Y SALUD

Según la OMS, "el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales" (OMS, 1998, p.27).

Estos modelos de comportamiento no son fijos, sino que están sujetos a cambio; en distintas situaciones sociales son continuamente sometidos a interpretación y a prueba. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si bien la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, es importante reconocer que las *condiciones sociales de vida* interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento; la acción, por lo tanto, no solamente debe ir dirigida al individuo (OMS, 1998).

"(…) no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida" (OMS, 1998, p.27).

La OMS define las condiciones de vida como "el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo

cual puede ejercer impacto en la *salud,* estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo" (OMS, 1998, p.27).

La promoción de la salud mediante la creación de ambientes favorables, según postula la Carta de Ottawa, se refiere en buena medida a la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud (OPS/OMS, 1986; OMS, 1998).

Perspectiva poblacional

La situación de salud de la población de cada sociedad, en general, está estrechamente relacionada con su modo de vida; de manera que los perfiles de los problemas de salud son bastante diferentes si comparamos a la situación de una misma región en el siglo XV y en la actualidad. También los modos de vida serán significativamente distintos si comparamos, por ejemplo, el modo de vida de la España del siglo XV y el de la América precolombina coexistentes en el mismo período histórico. "Cada sociedad, en cada momento histórico, tiene **un modo de vida correspondiente**" (Castellanos, 1998, p.6).

Este modo de vida general adquiere particularidades en la vida cotidiana de cada grupo social, vinculadas al medio natural donde se asienta, el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, su organización económica y política, su forma de relacionarse con el medio ambiente, su cultura, su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social. El espacio de la vida cotidiana de las poblaciones, donde se expresan todos estos procesos generales, es lo que se ha llamado el **modo de vida** de cada sociedad (Castellanos, 1998).

"El **modo de vida** de una sociedad es una unidad conformada por las diversas **condiciones de vida** de los diferentes sectores de población que la integran y por

las relaciones que se establecen entre ellos; por su forma particular de inserción en el funcionamiento general de la sociedad" (Castellanos, 1998, p.6). Así como la situación de salud de cada grupo de población, en particular, se articula estrechamente con sus condiciones de vida y con los procesos que las reproducen o transforman, también la situación individual de salud está relacionada con el estilo de vida de cada individuo o pequeño grupo de ellos (como puede ser la familia), y con los procesos que lo producen o transforman. Este estilo de vida está relacionado con sus propias características biológicas, su medio residencial y laboral, sus hábitos, sus normas y valores, así como su nivel educativo y conciencia, y su participación en la producción y distribución de bienes y servicios (Castellanos, Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales, 1998).

Al analizar la situación de salud de un determinado grupo de población, encontramos entremezclados, en un momento dado, los efectos de múltiples procesos determinantes y condicionantes: aquellos más generales inherentes al *modo de vida* de la sociedad como un todo, procesos más particulares inherentes a las *condiciones de vida* del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos, y procesos más singulares inherentes al *estilo de vida* personal o de los pequeños grupos a los cuales pertenece (Castellanos, Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales, 1998).

"La situación de salud de individuos, grupos de población y formaciones sociales denota sus formas de vida cotidiana en sus dimensiones **general** (modo de vida), **particular** (condiciones de vida) y **singular** (estilo de vida)" (Castellanos, 1998, p.7). Esta cotidianeidad constituye el espacio donde se manifiestan las articulaciones entre los procesos biológicos y sociales que determinan la situación de salud, y por lo tanto es también el espacio privilegiado de intervención de la salud pública. Lejos de

ser transparentes y simples, la descripción y explicación de estas articulaciones corresponde al que hacer científico (Castellanos, 1998).

Evolución conceptual

Las investigaciones sociológicas en torno al estilo de vida, preceden a los estudios acerca del estilo de vida iniciados desde el ámbito de la salud, y marcan la evolución conceptual y los alcances actuales del término. Desde la esfera de la salud, los canadienses toman la iniciativa de analizar y estudiar los factores intervinientes en los procesos de salud-enfermedad, que subyacen a las variaciones en estadística epidemiológica. Surge entonces la idea de que el campo de la salud debe desagregarse en cuatro componentes, los que según Marc Lalonde, corresponden a la biología humana, el medio ambiente, la organización de la atención a la salud y el estilo de vida (Vargas Oreamuno, 2011).

A partir de esta propuesta se desarrolla el modelo conocido posteriormente como enfoque de los Determinantes Sociales y Económicos de la Salud, el cual redimensiona la relación entre las condiciones de vida y el estado de salud de las personas, establecida ya en Europa, desde comienzos del siglo XIX. "Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, están configuradas por un conjunto .más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas" (OMS, 2008, p.1). Esta perspectiva reconoce de manera particular el estilo de vida, el cual "representa

el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto grado de control" (Lalonde citado por Vargas Oreamuno, 2011, p.111).

La reflexión y discusión en torno a los estilos de vida tiene su mayor auge en la década de los '80. Así, por ejemplo, en el año 1982, se realiza una reunión de expertos de la OMS sobre "Estilos de vida, condiciones de vida y su impacto en la salud" donde se examinaron diferentes aspectos sociológicos y psicológicos, concernientes a la epidemiología social, condiciones de vida, comportamientos de riesgo en salud y evaluación de la relevancia del concepto en las políticas de salud y educación para la salud (Vargas Oreamuno, 2011).

"Producto de esta reflexión se señaló que el punto de partida para lograr el cambio en el abordaje de la salud, requiere reconocer que el comportamiento humano asume estructuras complejas, el cual se desarrolla y manifiesta en condiciones sociales, económicas, ecológicas y culturales específicas, y en el proceso de socialización de los individuos emergen experiencias de su historia de vida que inciden en su comportamiento y desde luego en su situación de salud" (Vargas Oreamuno, 2011, p.212).

Finalizando el siglo XX la OMS publica una definición acabada del término que consigue reunir las diferentes perspectivas que fue adoptando la temática de los estilos de vida, desde el siglo XIX y, en cuya evolución conceptual figuran las ciencias sociales, la epidemiología y el estudio del comportamiento humano. "El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características

personales" (Nutbeam, citado por Vargas Oreamuno, 2011, p.120). Resulta entonces que el concepto de estilo de vida comprende dos grandes aristas: por un lado, las implicancias del contexto sociocultural y, por otro, las pautas conductuales. Las particularidades en la historia de la evolución del concepto hacen de la temática un área de estudio muy abarcativa que bien puede ser abordada y representada desde diversas disciplinas, tal como se observa al buscar antecedentes en el tema (Vargas Oreamuno, 2011).

Uso del tiempo

Las acciones investigativas que vinculan el estilo de vida y la utilización del tiempo pueden remontarse hasta la década del '60, e incluso antes, en diferentes países de Europa. Procedentes desde la ciencia social, estas aproximaciones se orientan hacia una serie de fenómenos sociales como el estudio de mercado, el desempleo y los hábitos en la distribución del tiempo. Ya desde entonces se vislumbra la complejidad de la temática, al identificar diversos factores intervinientes, como las peculiaridades de cada género, la consideración del trabajo doméstico no remunerado, la posición social, la introducción de la tecnología, entre otros (Gershuny, 1986; INMUJERES, 2005) .

En estos casos, la recopilación de información se realizaba a través de diarios de actividad en donde las unidades de análisis realizaban anotaciones describiendo las acciones cotidianas. La lectura exploratoria de los datos relativos al uso del tiempo se reveló como una materia de abordaje difícil donde se hace necesario delimitar las relaciones específicas que se van a considerar en el estudio en

cuestión. En su artículo “Estilo de vida, estructura económica y uso del tiempo”, ya Gershuny, reúne considerable documentación comparativa, en cuyo trabajo “estilo de vida” significa “hábitos de adjudicación de tiempo a diversas actividades dentro de un período determinado en el seno de una familia” (de modo que “estilo de vida de una sociedad” se usa para indicar la combinación de hábitos de utilización del tiempo adoptados por distintas familias que componen esa sociedad) (Gershuny, 1986, P.183).

Terapia Ocupacional y temporalidad

Desde Terapia Ocupacional el uso y/o empleo del tiempo es considerado en algunas definiciones conceptuales que buscan expresar la materia central de la disciplina, identificando la ocupación como el modo en que las personas emplean u “ocupan” su tiempo, de acuerdo al uso más antiguo de la palabra (Crepeau, Cohn & Schell, 2005).

El *comportamiento ocupacional*, tradición teórica desarrollada por Mary Reilly reconoce el aspecto temporal del ambiente en el desarrollo de las actividades; postula el concepto de adaptación temporal, y la asociación del estado de salud con la medida en que el tiempo es ocupado de manera eficaz. En ese marco interesado en el tema de la temporalidad surgieron las ideas de equilibrio y hábitos (Kielhofner; Shannon citados por Crepeau et al., 2005).

La población adolescente y universitaria es mayormente elegida por los investigadores del estilo de vida (Fonseca Villamarin, Maldonado Hernández, Pardo Olguín & Soto Ospina, 2007; García Laguna, García Salamanca, Tapiero Paipa &

Ramos C., 2012), en parte porque se considera que se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y, al igual que la tercera edad, se constituyen en ámbitos poblacionales propicios de intervención desde la promoción de la salud y los estilos de vida saludables. Este último enfoque relativo a la promoción de hábitos saludables es el mayormente elegido por los terapeutas ocupacionales que eligen trabajar desde una perspectiva positiva de la salud, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida, la participación individual y el control de la propia salud.

Bibliografía

Castellanos, P. L. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales.* Madrid: Mc Graw Hill. Recuperado el 20 de agosto de 2010, de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/422/42210503.pdf

Chavez Jiménez, R. & Cascante Loría, A. (2006). *Sistematización de los aspectos teóricos y metodológicos utilizados en el diseño y aplicación del módulo uso del tiempo en Costa Rica, Julio 2004.* San José: INAMU. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de http://virtual.inamu.go.cr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=52&limit=5&limitstart=5&order=hits&dir=DESC&Itemid=765

Elizondo Armendáriz, J. J., Guillén Grima, F. & Aguinaga Ontoso, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables socidemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública, Vol. 79*(Nro. 5), 559-567.

Fonseca Villamarin, M. E., Maldonado Hernández, A., Pardo Olguín, L. & Soto Ospina, M. F. (2007). Adolescencia, Estilos de vida y Promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. *Umbral Cientıfico. Fundación Universitaria Manuela Beltrán*(Nro. 011), 44-57. Recuperado el 27 de marzo de 2011, de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30401105.pdf

García Laguna, D. G., García Salamanca, G. P., Tapiero Paipa, Y. T. & Ramos C., D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de los jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud, vol. 17*(Nro. 2), 169-185.

Gershuny, J. (1986). Estilo de vida, estructura económica y uso del tiempo. (CIS, Ed.) *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 38 / 87*, 163-191. Recuperado el 20 de febrero de 2013, de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_038_09.pdf

INMUJERES. (2005). *Pobreza, género y uso del tiempo*. Recuperado el 11 de abril de 2011, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100719.pdf

OMS. (1998). *Glosario Promoción de la salud.* Ginebra: OMS. Recuperado el 17 de noviembre de 2009, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS. (2008). *Determinantes Sociales de la salud. Conceptos Clave.* Recuperado el 4 de julio de 2010, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

OPS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.

Pracilio, H. O. (2005). *La salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad.* Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Cs. Médicas. UNLP.

Vargas Oreamuno, S. (2011). *Los estilos de vida en la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2012, de http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf

POBLACIÓN

MUNICIPIO DE GAIMAN

El municipio de Gaiman se encuentra ubicado al nordeste chubutense, en el departamento del mismo nombre, en la margen izquierda del valle inferior del río Chubut (VIRCH); distante 17 km de Trelew, una de las principales ciudades provinciales, y a 34 km de la capital provincial, la ciudad de Rawson. Forma parte de la Comarca VIRCH-Valdés (zona este).

Sus orígenes se remotan al año 1875, aunque es recién diez años después cuando se produce la primera elección de autoridades, convirtiéndose en la primera municipalidad del territorio de Chubut.

Fue netamente agropecuaria, hasta que en el año 1967 se sumó una original actividad industrial al inaugurarse una planta algológica.

Actualmente tiene un importante movimiento turístico- cultural dado con la feria anual del libro, las tradicionales casas del té galés, los certámenes Eisteddfod de la Juventud, el Museo Histórico que funciona en la desactivada estación del ferrocarril, el Túnel del ex Ferrocarril Patagónico (1914), la Capilla Vieja (1884) y la Capilla Bethel (1914) y el Parque Paleontológico Bryn Gwyn.

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Datos poblacionales

Según el Censo Nacional 2010, cuenta con una población estable de 6627 habitantes (Varón: 3337; Mujer: 3290). La localidad de Gaiman concentra el 59,48 %

de la población total del Departamento (INDEC, 2010). De acuerdo a los censos poblacionales y estimaciones estadísticas de la población (INDEC-CELADE, 2010), la tasa bruta de crecimiento vegetativo correspondiente al Departamento de Gaiman fue del 13,00% en el período anual 2010 y del 8,3% en el año 2012.

Características habitacionales

Las condiciones habitacionales se presentan en relación a los siguientes indicadores censales: Calidad de materiales de la vivienda (CALMAT); Hacinamiento; régimen de tenencia de la vivienda; tipo de desagüe y procedencia del agua utilizada para beber y cocinar.

Teniendo en cuenta que la calidad de los materiales de la vivienda (CALMAT) decrece de I a IV, el 73,1 % de de las viviendas presentan CALMAT I; 16,5 % CALMAT II; 7,7 % CALMAT III y, 2,7 % CALMAT IV (INDEC, 2010) (INDEC, 2012).[1]

Se registran 82 hogares donde sus integrantes viven en condición de hacinamiento. Estos hogares representan el 3,9 % del total de hogares.

En relación al régimen de tenencia de la vivienda y sobre un total de 2079 hogares, 1345 son propietarios de la vivienda y del terreno y 308 son inquilinos, el resto está representado por otras situaciones (INDEC, 2010).

[1] CALMAT I: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros (pisos, paredes o techos) e incorpora **todos** los elementos de aislación y terminación. / CALMAT II: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en **todos** los parámetros pero le faltan elementos de aislación o terminación **al menos en uno** de sus componentes (paredes, pisos, techo). / CALMAT III: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en **todos** los parámetros pero le faltan elementos de aislación o terminación en **todos** sus componentes; o bien, presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otros sin cielorraso, o paredes de chapa de metal o fibrocemento. / CALMAT IV: la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho **al menos en uno** de los parámetros.

La mayoría de las viviendas (70,32%) presenta desagüe a Cámara Séptica y Pozo ciego, en tanto que el 25, 06% tiene desagüe a Pozo ciego. El 2,63% tiene Inodoro con descarga de agua y desagüe a Red pública, y el 1,99% desagüe a Hoyo o excavación a tierra (INDEC, 2010).

El agua para beber y cocinar procede de la Red pública en el 92% de los casos, que corresponden a 1916 hogares, sobre un total de 2079 (INDEC, 2010).

Pobreza

El Censo del año 2010 determinó que el 8,2% de los hogares y el 10,93 % de las personas de la localidad de Gaiman tienen necesidades básicas insatisfechas (El indicador NBI mide fundamentalmente la pobreza estructural, considerando aspectos referidos a la vivienda).

Son 170 (total: 2079) los hogares de la localidad que no cuentan, en forma relativamente estable, con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros (Los datos relevados para las mediciones NBI corresponden solo a la parte urbana del municipio, es decir la localidad) (INDEC, 2012).

Características educativas

Cerca de la mitad de la población de la localidad (44,58%) ha alcanzado el nivel de educación primario, y alrededor de una cuarta parte alcanzó el nivel secundario de educación. El 6,73% del total corresponde al nivel universitario. (Estos valores se estiman sobre un total de 6058 habitantes, y según nivel educativo que cursa o cursó) (INDEC, 2010; INDEC, 2012).

La tasa de analfabetismo es de 2,5% considerando la población a partir de los 10 años y en adelante (INDEC, 2010).

Indicadores de salud

El servicio de Salud en la localidad corresponde al Área Programática Trelew; el Hospital John Evans de Gaiman (Chubut) es el único establecimiento de salud pública de la localidad, categorizado como de Nivel III, con internación, y cuenta con un Centro de Atención Periférica de Salud (CAPS "San Cayetano") (DEIS, 2010).

Las enfermedades de mayor prevalencia en la provincia corresponden a Diarreas en menores de cinco años de edad, y a Influenza y Neumonía, considerando el total de la Provincia. Para el caso de las diarreas, el número de casos aumenta año a año; actualmente las cifras indican que la frecuencia es alrededor de cuatro veces mayor al año 2001 (DEIS, 2013).

El 44,34% del total de la población del municipio no tiene Cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual.

Indicadores del mercado de trabajo

La información disponible en los censos nacionales, facilitada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), es relevada de los dos principales aglomerados de la provincia, en este caso, Comodoro Rivadavia - Rada Tilly y Trelew - Rawson. En consecuencia, no se cuenta con información correspondiente a la localidad de Gaiman propiamente (INDEC-DPE, 2010). Se hará referencia a los datos correspondientes al aglomerado Trelew – Rawson, cercano al municipio de Gaiman.

El concepto Condición de Actividad Económica define la situación en que se encuentran las personas de 14 años o más con respecto a su participación o no en la actividad económica. Distingue básicamente dos situaciones: actividad (PEA) e inactividad económica (PNEA). La población económicamente activa comprende a ocupados y desocupados que se encuentran buscando empleo.

En el caso del aglomerado Rawson – Trelew la Tasa de Actividad, que representa la proporción de la población económicamente activa en la población total, es 44,3 %, y la Tasa de Empleo, que es igual a la proporción de la población ocupada dentro de la población total, es 42,0% para el primer trimestre del año 2013.

Por otra parte la Tasa de Desocupación, que representa la proporción de la población económicamente activa que está desocupada en Rawson-Trelew, es un 5,2 % de la P.E.A. (INDEC-DPE, 2010).

Según el Censo Nacional Económico 2004.2005, aproximadamente la mitad (49%) de los locales ocupados y de las personas ocupadas se encuentran en la Comarca VIRCH-Valdés. La principal rama de actividad económica en áreas urbanas, en cuanto a locales ocupados en la Comarca VIRCH-Valdés es el Comercio (42%), en tanto que la Rama Administración Pública es la más importante considerando la cantidad de personas ocupadas, donde se encuentran empleados el 22% de los ocupados de la Comarca, y la segunda rama en cantidad de personal es el Comercio, donde se encuentran ocupados el 15% del total.

La Industria Manufacturera y la Enseñanza son las otras dos Ramas de actividad que más aportan en puestos de trabajo con 14% y 13% respectivamente, de los ocupados (S.E.P., 2006).

HOSPITAL JOHN EVANS

El Hospital John Evans se encuentra emplazado en la calle Belgrano 678 de la localidad de Gaiman. Lleva el nombre de la persona que donó las tierras para la construcción del primer edificio del Hospital en la década de 1910. Las encargadas del establecimiento al momento de su inauguración eran mujeres con conocimientos en el área de la salud que se turnaban para atender el lugar. Este espacio de asistencia era de gran importancia para los pobladores debido a que las distancias eran muy largas en relación a los medios de transporte precarios de aquella época.

TRABAJADORES DEL HOSPITAL

El Hospital no cuenta con un Organigrama que ilustre las relaciones entre los diferentes puestos de trabajo.

Para describir la población de trabajadores del Hospital se consideró fundamentalmente la información recogida a través de una entrevista semiestructurada a la Directora del establecimiento.

En el Hospital John Evans trabajan un total de 104 personas. La mayor parte del personal son empleados estatales provinciales incorporados a la Planta permanente y/o Planta Transitoria; cuatro (4) son empleados becados por el Municipio de Gaiman; dos (2) son adscriptos al Ministerio de Familia y Promoción Social de la provincia. Una pequeña proporción de los empleados estatales son "mensualizados por guardia", esta categoría constituye un tipo de relación y/o condición laboral intermedia al momento de considerar seguridad laboral y beneficios sociales.

La Directora del establecimiento, que integra además el equipo de médicos, está a cargo del Jefe de Servicios Generales, del Administrador, del Jefe de enfermeros, Área Médica y Área Externa.

- El Administrador (1) está a cargo del personal que se desempeña en funciones administrativas (13); comprende: Mesa de Entrada; Estadística, Arancelamiento y Ayudante de Farmacia.
- El Jefe de Servicios Generales (1) está a cargo de los sectores de Mucamas (15), Choferes (5), Mantenimiento (4), Peones (2), Lavadero (2), Cocina (5), Depósito (1), Conmutador (2), y otros servicios (2). Las mucamas desempeñan funciones rotativas en el servicio de cocina, depósito y mucamas propiamente dicho.
- El Jefe de enfermeros (1) está a cargo del personal de Enfermería (17)
- El Área Médica está conformada por (20) profesionales de la salud: Médicos (8) -incluye a la directora-; Lic. en Psicología (1); Lic. en Trabajo Social (1); Bioquímicos (2); Farmacéutico (1), Odontólogos (2); Nutricionista (1); Fonoaudióloga (1); Kinesióloga (1) y Radiólogos (3).
- EL Área Externa comprende a las Trabajadoras Comunitarias de Salud en Terreno y la Coordinación de las TCST (6).

Por otro lado están los Operadores (4) y los Adscriptos al Ministerio de Familia y Promoción Social (2).

Los médicos trabajan 36 horas semanales, realizando turnos de 12 horas, en el turno mañana o tarde; además realizan guardias de 24 horas los fines de semana y feriados. Mucamas y Enfermeros tiene una jornada laboral de 8 horas. Los

choferes realizan guardias de 24 horas. Las Trabajadoras Comunitarias y el personal administrativo trabajan 6 horas.

En el salario de los trabajadores del Hospital se computa la antigüedad en el cargo y las vacaciones se otorgan de acuerdo a la cantidad de años trabajados. Recientemente se comenzó a implementar una nueva legislación que regula la liquidación de salarios considerando particularmente la calificación del trabajador de acuerdo a su nivel de instrucción / formación, además del cálculo de antigüedad laboral y otros factores.

Bibliografía

DEIS. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 15 de septiembre de 2013, de Establecimientos Públicos de Salud según Departamento y Nivel: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=224

DEIS. (2013). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 21 de enero de 2014, de Principales enfermedades epidemiológicas notificadas: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=294&Itemid=223

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Condición de alfabetismo por área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=344

INDEC. (2010). *Direccción General de Estadística y Censos.* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Hogares por Servicio sanitario, según municipios, comunas, total rural. Provincia de Chubut. Año 2010: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Hogares por procedencia de agua según municipios, comunas, total rural : http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Hogares por régimen de tenencia de la vivienda según área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Nivel de instrucción alcanzado según área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=344

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Población por Sexo según área de Gobierno Local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/Censo2010/poblacion/datos_oficiales_2010.pdf

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Censo 2010. Viviendas particulares según CALMAT por municipio, comunas rurales: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2012). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Sistema Estadístico Provincial: Información de municipios: Gaiman (Chubut): http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=146

INDEC-CELADE. (2010). *Dirección General de Estadistica y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Tasa bruta de crecimiento vegetativo x 1000 nacidos vivos por períodos anuales por Departamento: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=310&Itemid=242

INDEC-DPE. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 13 de septiembre de 2013, de Mercado Laboral.Tasas de Actividad, Empleo, Desempleo: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=326&Itemid=255

S.E.P. (2006). *Dirección General de Estadística y Censos (CH).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Censo Nacional Económico 2004-2005: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/informes_tematicos/primeros-result-comarcas.pdf

SIEMPRO-SISFAM. (2012). *SISCOM*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Sistema de Información de Comunas y Municipios: http://www.chubut.gov.ar/siscom/localidades.php?localidad=22

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA

¿Cómo es el estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital Rural "John Evans" de la localidad de Gaiman (Chubut) entre los meses de noviembre de 2013 y febrero de 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el Estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital Rural "John Evans" de la localidad de Gaiman (Chubut) entre 2013-2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1° Identificar los hábitos y/o patrones de conducta en el empleo del tiempo, de las personas que trabajan en el Hospital.

2° Identificar las áreas ocupacionales en que emplean el tiempo las personas que trabajan en el Hospital y la distribución del tiempo relativo empleado en ellas.

3° Examinar la relación entre los hábitos en el empleo del tiempo y las características sociodemográficas de las personas que trabajan en el hospital.

4° Caracterizar al personal del Hospital según variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, cargo, educación, número de hijos, estado civil, vivienda, medio de transporte al lugar de trabajo, hábitos vacacionales y lugar de residencia).

VARIABLE DE ESTUDIO:

- Estilo de vida

DEFINICIÓN CIENTÍFICA DE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA

"El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales" (OMS, 1998, p. 27).

"Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y carácterísticas personales" (Nutbeam, citado por Vargas Oreamuno, 2011, p. 120).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE ESTILO DE VIDA

Conjunto de actividades que se realizan en forma habitual, con una frecuencia diaria o semanal, clasificadas según área ocupacional y, considerando especialmente la cantidad de tiempo relativo destinado a cada una (uso o empleo del tiempo).

VARIABLES INTERVINIENTES

- *Edad:* tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.
- *Sexo*: condición de ser femenino o masculino.
- *Estado Civil*: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

- *Profesión/Ocupación*: naturaleza del empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.

- *Cargo en el Hospital (Escalafón)*: puesto que ocupa la persona en la institución, de acuerdo a la responsabilidad y la función que desempeña.

- *Educación*: nivel de formación que ha alcanzado la persona en el ámbito de la educación formal.

- *Número de hijos*: cantidad de hijos.

- *Lugar de residencia*: localidad en donde habita la persona.

- *Vivienda*: condición de propietario, inquilino, u otra situación que represente el régimen de tenencia de la propiedad en donde habita la persona.

- *Medio de transporte al lugar de trabajo*: tipo de vehículo utilizado para llegar hasta el lugar de trabajo (Hospital).

- *Vacaciones*: período de descanso estructurado en el tiempo en el cual se suspenden temporalmente las obligaciones, y en el que se dispone de tiempo libre para la realización de actividades de disfrute. En general, se otorga al trabajador luego de un período de actividad laboral, estipulado por la legislación provincial en relación con la antigüedad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo está conformado por el conjunto de las personas, incluidos directivos, profesionales, técnicos en el área de salud, administrativos, personal de maestranza y choferes, que trabajan en el Hospital Rural "John Evans" de Gaiman entre 2013-2014.

La población total de trabajadores del Hospital Rural "John Evans" de Gaiman está conformada por 104 personas; 98 personas son empleados estatales provinciales; 4 son empleados becados por el Municipio de Gaiman; 2 son Adscriptos al Ministerio de la Familia y Promoción Social de la provincia. Según la función que desempeña cada uno se pueden agrupar de la siguiente manera: Administrativos (14); Agentes Sanitarios (T.C.S.T.) (6); Cocina ¨[Servicios Generales, en adelante SG] (5); Conmutador [SG] (2); Choferes [SG] (5); Depósito [SG](1); Lavadero [SG] (2); Mantenimiento [SG] (4) Peones [SG] (2); Mucamas [SG] (15); otros Servicios Generales (2); Enfermeros (17); Médicos (8) – incluye a la Directora del establecimiento - Psicóloga (1); Kinesióloga (2); Trabajadora Social (1); Nutricionista (1); Fonoaudióloga (1); Radiólogos (3); Laboratorio (3); Odontólogos (3); Operadores Terapéuticos (4); Ministerio de Familia (2).

DISEÑO DE MUESTREO Y MUESTRA DE TRABAJO

El procedimiento elegido para seleccionar la muestra fue el método de muestreo no probabilístico accidental o por conveniencia. La muestra quedó conformada por 58 trabajadores del Hospital.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Desde un enfoque cuantitativo el estudio es descriptivo, con un diseño no experimental transversal para conocer el comportamiento de la variable de estudio Estilo de vida en un único momento.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE DE ESTUDIO Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Para poder responder al problema acerca de cómo es el estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital Rural "John Evans" de Gaiman, utilizando el constructo de la OMS sobre los Determinantes sociales de la salud (DSS), como marco teórico de referencia, fue necesario, en primer lugar, definir el concepto de Estilo de vida para este trabajo y arribar a un elemento observable directamente en la realidad que refleje esta variable. Así, el estilo de vida, según la definición operacional, está representado por el conjunto de actividades que se realizan en forma habitual, con una frecuencia diaria o semanal, clasificadas según área ocupacional y, considerando especialmente la cantidad de tiempo relativo destinado a cada una (uso o empleo del tiempo).

Estilo de vida. El concepto de *Estilo de vida* contempla por un lado el contexto, esto es las *condiciones de vida* y, por otro, las *pautas o patrones individuales de conducta* (Vargas Oreamuno, 2011), que en este trabajo se consideran desde una perspectiva de empleo y distribución del tiempo en las diferentes actividades diarias y clasificadas según áreas de ocupación.

Estilo de vida

- Contexto / *Condiciones de vida*
- Patrones de conducta / *Empleo relativo del tiempo en las diferentes actividades diarias clasificadas por área ocupacional*

Estilo de vida. ***Interacción de aspectos conceptuales***

Fuente: Elaboración propia.

Áreas de Ocupación. Las *áreas ocupacionales* se consideran según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional que ordena la gran cantidad de actividades u ocupaciones en ocho categorías, a saber, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (AOTA, 2008). En el estudio se excluye la categoría Juego, y las actividades de ocio o tiempo libre se consideran bajo la denominación de Actividades Recreativas o RECREACIÓN.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

"Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994, págs. 181-202). AVD También se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida (APVD)." (AOTA, 2008, p.10)

A los fines del estudio se consideraron solo algunas actividades comprendidas en esta área: *actividades de higiene* como bañarse, ducharse, uso del inodoro, afeitarse, depilarse, cepillarse los dientes, cuidado del pelo, piel y uñas; *vestirse, desvestirse* y *alimentarse.*

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

"Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD." (AOTA, 2008, p.10)

En el presente estudio comprende actividades como proveer cuidado a otros; proveer atención a mascotas; atender las necesidades de desarrollo en la crianza de niños; emplear dispositivos de comunicación (computadora, teléfono celular); utilizar transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, utilizar taxi, colectivo u otros sistemas de transporte; mantener el entorno del hogar, por ejemplo, domicilio, patio, jardín, vehículos; preparación de la comida y limpieza de los alimentos y utensilios después de las comidas; participar en la religión; realizar compras de comestibles y otros.

DESCANSO Y SUEÑO

"Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación" (AOTA, 2008, p.11). Se refiere a las actividades de dormir, descansar y/o relajarse.

EDUCACIÓN

"Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente" (AOTA, 2008, p.12). Se refiere a actividades de estudio y participación en programas o cursos de formación sobre alguna temática o habilidad de interés personal.

TRABAJO

"Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado." (Mosey, citado en AOTA, 2008, p.12). Se refiere a actividades laborales que implican la prestación de un servicio que es remunerado económicamente y que se realiza bajo un convenio y o encuadre específico de carga horaria, obligaciones, derechos y beneficios. En el estudio comprende también otras actividades laborales desempeñadas por fuera del ámbito del Hospital.

OCIO o TIEMPO LIBRE

"Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir". (Parham y Fazio citado en AOTA, 2008, p.12).

Se refiere a participar en *actividades de esparcimiento y/o recreación* como hacer ejercicio, practicar un deporte, hobbies u otras.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

"Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social". (Mosey citado en AOTA, 2008, p.12)

Comprende la vida familiar y tiempo compartido en familia; actividades con compañeros o amigos, y participación en organizaciones barriales, comisiones vecinales o laborales, ONG o grupos de cooperación y ayuda comunitarios.

Uso o empleo del tiempo. Tiempo relativo destinado a cada una de las diferentes actividades que se realizan durante el día, esto es, la cantidad de tiempo empleado diariamente en AVD; cantidad de tiempo empleado diariamente en IAVD; cantidad de tiempo empleado diariamente en actividades de DESCANSO Y SUEÑO, RECREATIVAS, SOCIALES, EDUCATIVAS, etc. El tiempo se mide en cantidad de horas por día o cantidad de horas por semana; también se discrimina la frecuencia en diaria y semanal.

VARIABLES INTERVINIENTES / DIMENSIONAMIENTO:

Se consideraron las variables siguientes variables intervinientes: edad, sexo, número de hijos, estado civil, lugar de residencia, educación, ocupación, escalafón, medio de transporte al lugar de trabajo, vivienda y vacaciones. Éstas fueron seleccionadas con

el objeto de poder contar con información para caracterizar la muestra en sus aspectos sociodemográficos, y posibilitar el establecimiento de relaciones en la fase de análisis de los datos.

Cabe destacar que algunas intervinientes como *educación, ocupación, cargo, vivienda* y *medio de transporte al lugar de trabajo,* permitirán ampliar la información correspondiente a la variable de estudio (Estilo de vida). Se considera que las variables mencionadas representan una parte de las circunstancias en que viven y trabajan los participantes del estudio, esto es, las *condiciones de vida*. (Ver definición científica de la Variable de estudio)

Para la variable *Estado Civil* se diferencian las siguientes categorías: casado, unido de hecho, divorciado, viudo y soltero.

Sexo: se discriminan las categorías de Masculino y Femenino.

Lugar de Residencia: representado por las localidades de Gaiman, Trelew, Rawson, Dolavon, 28 de Julio y la opción Otra localidad.

Educación: representada por los niveles educativos primario, secundario, terciario y universitario.

La variable Ocupación / Profesión de los trabajadores del Hospital fue codificada a posteriori de la administración del cuestionario asumiendo luego del análisis las siguientes categorías: Profesionales médicos; Profesionales no médicos; Servicios Técnico profesionales; Enfermería; Administrativos; Servicios Generales; Área Externa y No clasificados.

La variable interviniente *Escalafón* o *Cargo* que ocupa el trabajador en el establecimiento esta diferenciada en las categorías de: Jerárquico, Administrativo, Prestador de Servicios de Salud, Mantenimiento/Limpieza y Otro cargo.

Vivienda (régimen de tenencia): representada por las categorías Propia, Alquilada, Prestada y Otra situación.

Medio de transporte al lugar de trabajo: se presentan las categorías Automóvil Propio, Taxi/Remis, Colectivo, Bicicleta, Motocicleta y Caminando.

Para la variable *Lugar de vacaciones* se presentan las categorías: En la Localidad, En la Zona, En el País y En el Exterior.

Las variables *Edad*, *Nro.de Hijos* y *Cantidad de días de Vacaciones* se expresarán en números arábigos.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se elaboró un Cuestionario sobre Estilo de vida (Ver Anexo).

Se trata de un instrumento auto administrado en el que pueden identificarse:

- Introducción e Instrucciones: el encuestado es informado brevemente acerca de la finalidad del estudio, carácter anónimo de la información que se recoge y lineamientos para completarlo (Ver Anexo);

- Primera parte: en esta sección se obtiene información sociodemográfica del encuestado acerca de su edad, sexo, número de hijos, estado civil, lugar de

residencia, vivienda, educación, ocupación, escalafón, medio de transporte al lugar de trabajo y hábitos vacacionales (Ver Anexo);

- Segunda parte: consiste en veintiuna (21) afirmaciones referidas a diferentes áreas de ocupación y/o actividades representativas de un área. Cada afirmación presenta entre dos y cinco categorías de respuesta preestablecidas de las cuales el encuestado deberá seleccionar sólo una, aquella que mejor represente su situación particular (Ver Anexo).

Asimismo, cada una de las afirmaciones del cuestionario representa en sí misma un área de ocupación o actividades representativas del área; así, por ejemplo, para recoger información acerca del empleo del tiempo en AVD fue necesario formular tres afirmaciones referidas a las subáreas de higiene, vestido y alimentación.

Las Áreas de Ocupación se conciben según el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008). Dado que la descripción de actividades y ocupaciones, es muy diversa y numerosa, para el diseño del instrumento, se seleccionaron sólo algunas actividades representativas de las diferentes áreas de ocupación.

En el diseño del Cuestionario se considera especialmente el orden de presentación de las afirmaciones, de manera de facilitar al encuestado el recuerdo y la asociación de las diferentes actividades que realiza en el transcurso del día. De esta manera se presentan en primer lugar las afirmaciones referidas al tiempo empleado en DESCANSO y SUEÑO, actividades de *higiene, vestido* y *alimentación* (AVD), primeras actividades en las que se ocupa una persona al comenzar su jornada, y que se vinculan en el tiempo. También se agrupan las actividades

vinculadas a la preparación de los alimentos y limpieza posterior; las actividades vinculadas a brindar cuidado a otros; tareas en el hogar, y actividades de orden más social que implican salir del hogar y/o interactuar con otros.

El encuestado no necesita entrenamiento previo para completar el Cuestionario.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

En primer lugar y, en relación al acceso a la población y muestra, se dirigió una nota a la Directora del Hospital solicitando autorización para realizar el estudio en dicho establecimiento comentando brevemente la finalidad y motivos del trabajo de investigación. Luego, se realizó una entrevista semiestructurada, a través de la cual se obtuvo información preliminar para poder caracterizar y describir someramente la población de estudio y delinear aspectos prácticos para la confección del Cuestionario. Por otro lado se acordó un período de tiempo estimativo para la realización de la prueba piloto, durante el mes de febrero del año 2012, a fin de organizar la recogida de datos, evitar inconvenientes prácticos o interferir en la dinámica de la institución.

Para la realización de la prueba piloto, se entregaron 6 (seis) Cuestionarios de Estilo de vida a la Directora del Hospital, quien a su vez los entregó en mano a personal de la institución, según lo acordado previamente.

Como resultado de la implementación de la prueba piloto se esperaba evaluar tiempo empleado para completar y devolver los cuestionarios dada su extensión y

forma de entrega en la que no intervenía el investigador (tesista) y sí la autoridad del hospital (dirección).

De acuerdo al tiempo que se estimaba con anterioridad a la toma, los encuestados demoraron en promedio 3 (tres) días en entregar los cuestionarios completados; esto se correspondió favorablemente con los tiempos esperados.

En relación al formato del primer cuestionario, los encuestados parecieron comprender fácilmente la manera en que se esperaba que completen el cuestionario, de acuerdo al modelo anexado al final del instrumento. Por otro lado, en ocasiones, algunas actividades se vieron representadas por más de un área ocupacional, conduciendo a efectuar decisiones al respecto a los fines de categorizar los datos, afectando la confiabilidad del instrumento. Se consideró que la división horaria de cada día en 24 hs. resultó muy estructurada ya que la realización de las actividades cotidianas no presentaría límites tan claros y la persona en cuestión no sería tan consciente del tiempo empleado en cada una; por otro lado esto permitió visualizar la gran cantidad de actividades que es posible realizar al mismo tiempo y en cortos períodos de tiempo. Se encontró repetidas veces la descripción de la realización de varias actividades en el transcurso de solamente una hora de tiempo; para poder procesar estos datos se formuló un esquema para asignar el tiempo estimativo empleado en cada actividad cuando se trataba dos o tres actividades; sin embargo en ocasiones, se pudieron identificar aún más de seis actividades realizadas en el transcurso de una hora. Esta situación complejizó la decodificación de los datos, y el esquema de asignación arbitraria del tiempo empleado en cada actividad resultó insuficiente y poco objetivo.

Si bien el Cuestionario resultó productivo en cantidad de datos recogidos, la extensa información, si bien ofrece una visión pormenorizada de la diversidad y cantidad de actividades que realizamos cotidianamente, dificultó el procesamiento de los datos y análisis posterior. Se observó a su vez un alto grado de subjetividad en la forma en que el encuestado mencionó las diferentes actividades que realiza durante el día, empleando expresiones que, si bien describen una actividad, no se corresponden claramente con ninguna de las categorías de área ocupacional descriptas en el dimensionamiento de la variable salvo la categoría "OTRAS" que entonces termina reuniendo gran cantidad de información valiosa para graficar el empleo del tiempo, según los objetivos del trabajo.

El instrumento elaborado, si bien recababa información relevante relativa al estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital Rural de Gaiman, reunía demasiada información singular difícil de categorizar al momento de procesar y analizar los datos. Los datos recogidos relativos a la variable principal se caracterizaron por un alto grado de subjetividad y las categorías escogidas para el dimensionamiento de la variable principal resultaron insuficientes para representar información tan diversa interfiriendo con la claridad y precisión propias de un tipo de estudio cuantitativo.

Con posterioridad a la realización de la prueba piloto del cuestionario y, considerando la revisión del mismo, se elaboró un nuevo instrumento de recolección de datos definitivo.

Se distribuyeron 104 (ciento cuatro) Cuestionarios de Estilo de vida (Ver Anexo), los cuales fueron entregados y recogidos entre los meses de noviembre de 2013 a febrero de 2014. Conjuntamente con la Directora del Hospital, se entregaron

en principio 50 (cincuenta) cuestionarios en mano a los encargados de cada Área: por ejemplo el encargado del Área Enfermería debía repartir 17 cuestionarios. El resto de los formularios quedaron en manos de la dirección de la institución que oportunamente se encargó de entregar en los días subsiguientes por razones de horario de los trabajadores del Hospital: horarios de trabajo nocturno; horario rotativo de algunos empleados y también la situación de otros trabajadores que concurren solo algunos días al Hospital.

El período de toma coincidió con el inicio del receso de verano, lo cual repercutió en el tiempo que conllevó reunir nuevamente los Cuestionarios ya completados. Gran parte del personal del nosocomio toma sus vacaciones en el período estival de corta duración de acuerdo a la ubicación geográfica de la localidad, y disminuye el ritmo de trabajo en el establecimiento. El tiempo transcurrido entre la entrega y la devolución del Cuestionario respondido fue variable oscilando entre una semana a tres semanas, considerando que la distribución de los mismos fue irregular en cuanto a la fecha de entrega para cada trabajador según sus horarios (diurno, nocturno) y/o días de trabajo.

En este punto cabe aclarar algunas circunstancias que caracterizaron el contexto y momento en que tuvo lugar la toma. La dirección del Hospital correspondía a una nueva gestión directiva a cargo de una persona diferente a la que estaba al comenzar el estudio y realizar la prueba piloto. Por consejo de la Dirección, se resolvió que el instrumento sería más valorado y tendría mejor aceptación por parte de los trabajadores y, por ende sería probablemente mayor el número de Cuestionarios completados que compondrían la muestra, si el mismo procedía desde la dirección del Hospital y/o los encargados de cada área, y no de una persona ajena al establecimiento (tesista). La comunicación con la Directora del

Hospital, usualmente ocupada, en varias oportunidades se desarrolló a través intermediarios. En general transcurría un breve tiempo para poder llevar a cabo cada contacto, mientras duró la recolección. Esta situación probablemente influyó en poder transmitir adecuadamente la importancia que revestía el procedimiento de recolección de datos, por ejemplo, que los Cuestionarios fueran entregados a la totalidad de los trabajadores. También cabe mencionar aquí que al momento de la toma se vivía una situación de disconformidad por una parte del personal que debía adaptarse a nuevas normativas de regulación de salarios, al incorporar, entre otras cosas, la carrera sanitaria. Con esta situación algunos trabajadores se vieron beneficiados por los cambios en las sumas mensuales percibidas, pero en otros casos, la situación representó una reducción del sueldo en alrededor del 20 % o más y un cambio de categoría hacia un escalafón de menor rango. Hubo reticencia y/o indiferencia por parte de un grupo de trabajadores para completar el instrumento.

Finalmente se obtuvo una muestra de 58 (cincuenta y ocho) trabajadores.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos recogidos se analizaron y procesaron utilizando un sistema gestor de bases de datos denominado Eqz.exe 3.0 bajo DOS, autoría de Daniel Esquiroz, Licenciado en Sociología. Se empleó el programa Harvard Graphics 2.3 (también bajo DOS) para la realización de los gráficos.

Bibliografía

AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) (Traducción). *American Journal of Occupational Therapy*(62), 625-683.

OMS. (1998). *Glosario Promoción de la salud.* Ginebra: OMS. Recuperado el 17 de noviembre de 2009, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* México: Interamericana McGraw-Hill.

Vargas Oreamuno, S. (2011). *Los estilos de vida en la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2012, de http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf

RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS DATOS

De acuerdo al enfoque –cuantitativo- y tipo de estudio –descriptivo- seleccionados para la realización del trabajo, los datos recogidos se examinaron en forma numérica, utilizando procedimientos estadísticos descriptivos: tablas, gráficos, distribución de frecuencias; análisis uni y multivariado.

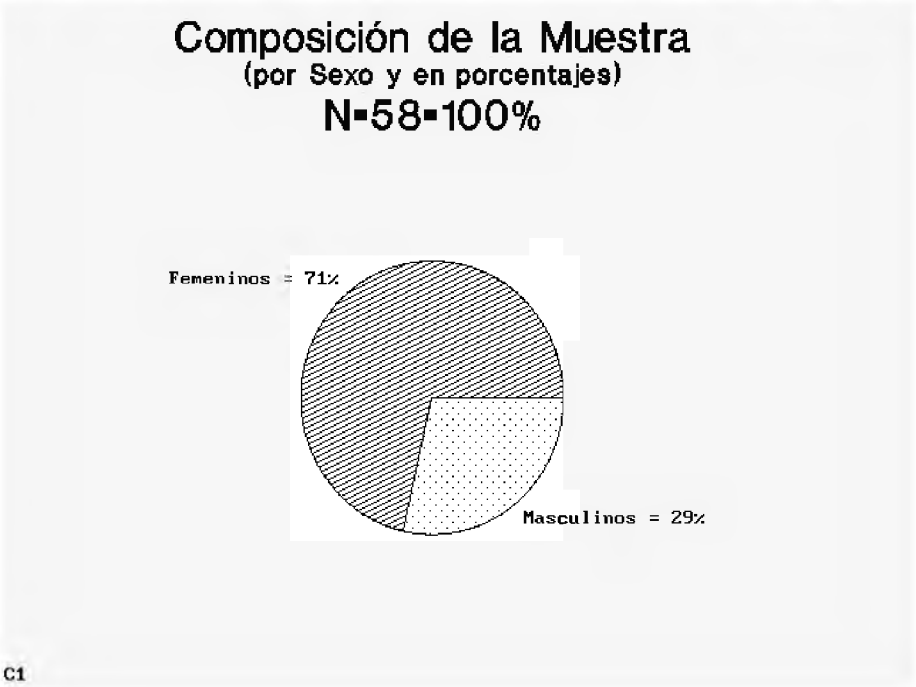
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Como resultado de la aplicación del instrumento de recolección de datos, la muestra quedó conformada por 58 (cincuenta y ocho) personas, trabajadores del Hospital Rural John Evans de la localidad de Gaiman (Chubut) entre 2013 – 2014.

Sexo. La proporción de la muestra que corresponde a Sexo femenino (en adelante Mujeres) (71 %) al menos duplica a la proporción de trabajadores de Sexo masculino (en adelante Varones) (29 %) (Ver Gráfico N°1. Composición de la muestra).

GRÁFICO N° 1.

Sexo de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



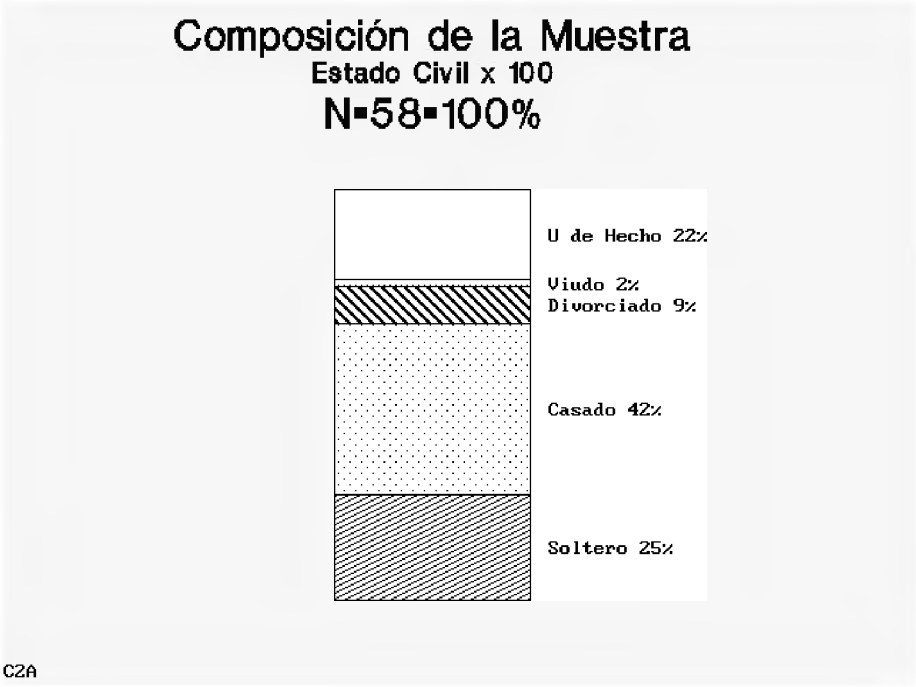
Fuente: Elaboración propia.

Edad. La población femenina (71 %) tiene una edad promedio de 40 años, en tanto que la población masculina (29 %) tiene una edad promedio de 39 años.

Estado civil. De la totalidad de la muestra de trabajadores, la mayor proporción está representada por la categoría "casado" (42 %), y en segundo lugar por la categoría "soltero" (25 %) (Ver Gráfico N°2).

GRÁFICO N° 2.

Estado Civil de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014



Fuente: Elaboración propia.

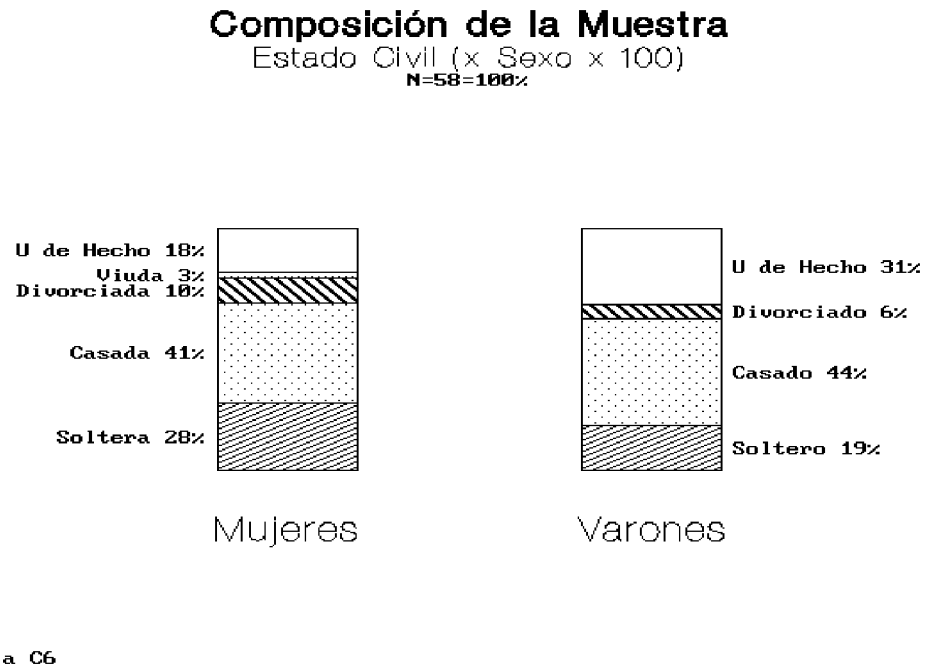
Al relacionar las variables *Sexo* y *Estado Civil*, resulta lo siguiente:

Las Mujeres, en mayor proporción, están casadas (41 %), y en segundo lugar se ubican las mujeres solteras (28 %).

Los trabajadores Varones están en su mayoría casados (44 %), y en segundo lugar se ubica la proporción de trabajadores unidos de hecho (31 %), de acuerdo a su *Estado Civil*. Ningún trabajador es viudo, en el grupo de Varones (Ver Gráfico N°3. Composición de la muestra según Estado Civil y Sexo).

GRÁFICO N° 3.

Estado Civil según Sexo de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



Fuente: Elaboración propia.

N° de Hijos. En promedio la población de mujeres trabajadoras tiene 2,75 hijos; en cambio la población de varones trabajadores tiene en promedio 1,94 hijos.

Al relacionar la *Cantidad de Hijos con Estado Civil y Sexo* puede verse que la población de mujeres solteras tiene en promedio 2,18 hijos y la población de varones solteros no tiene hijos. La población de trabajadores casados y/o unidos de hecho, de ambos sexos, tiene en promedio 2,51 hijos (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Promedio de Hijos según Estado Civil y Sexo de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014

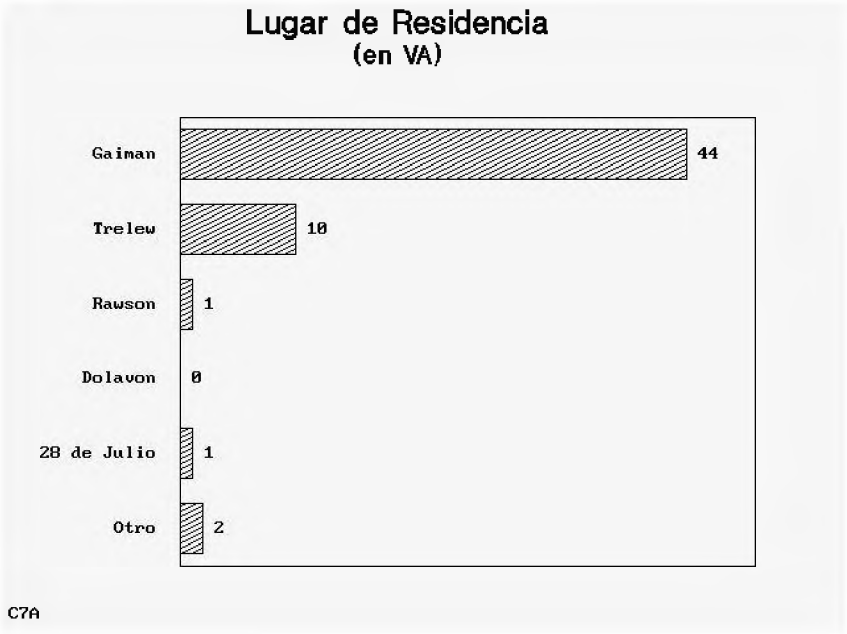
Estado civil	Mujeres %	Promedio de Hijos	Varones %	Promedio de Hijos
Casado	41,00 %	2,63	44,00 %	2,57
Unido de hecho	18,00 %	2,86	31,00 %	2,00
Soltero	28,00 %	2,18	19,00 %	0,00
Divorciado	10,00 %	4,25	06,00 %	3,00
Viudo	03,00 %	4,00	0,00 %	0,00
	100 %		100 %	

Fuente: Elaboración propia.

Lugar de residencia. Considerando la totalidad de la muestra (100 % = 58), la mayoría de los trabajadores residen en Gaiman (44 en valor absoluto) (76%); en segundo lugar se ubican los trabajadores residentes en la localidad de Trelew (10 en valor absoluto) (17 %) (Ver Gráfico N° 4. Lugar de residencia).

GRÁFICO N° 4.

Lugar de Residencia de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



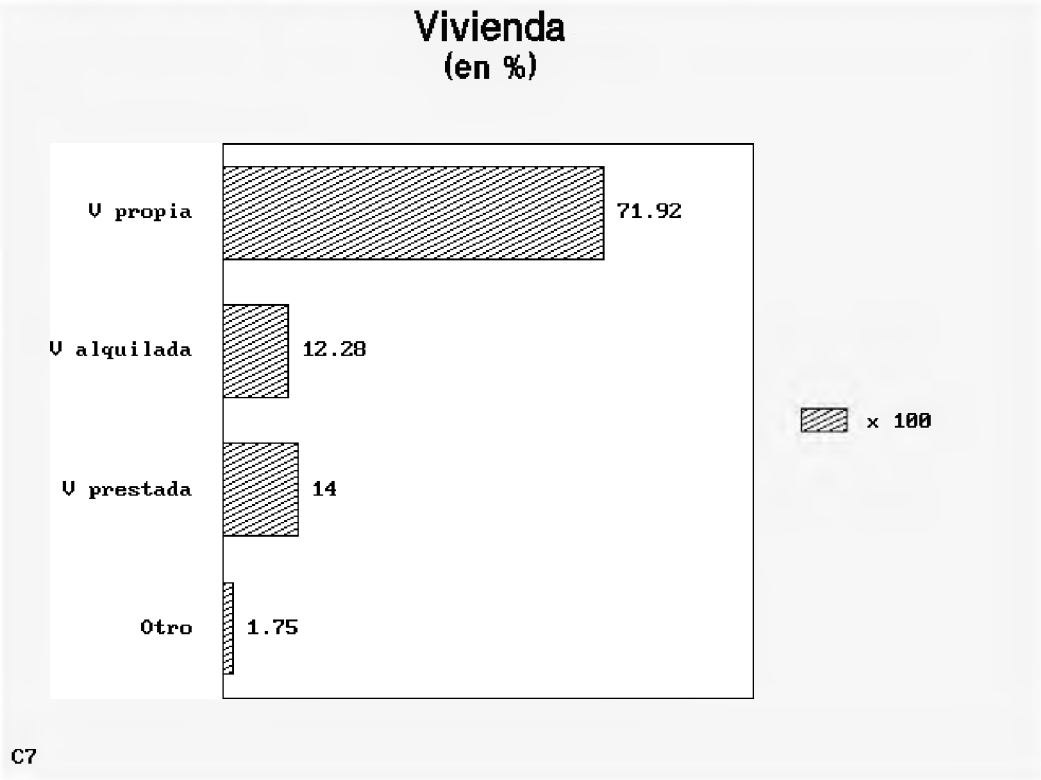
Fuente: Elaboración propia

Referencia: VA (en valores absolutos)

Vivienda. En base a los trabajadores respondientes (57) de la muestra (n=58) y en relación al régimen de tenencia de la *Vivienda*, la mayoría de los trabajadores posee vivienda propia (71,92 %) (Ver Gráfico N° 5. Régimen de tenencia de la Vivienda).

GRÁFICO N° 5.

Vivienda (Régimen de tenencia). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



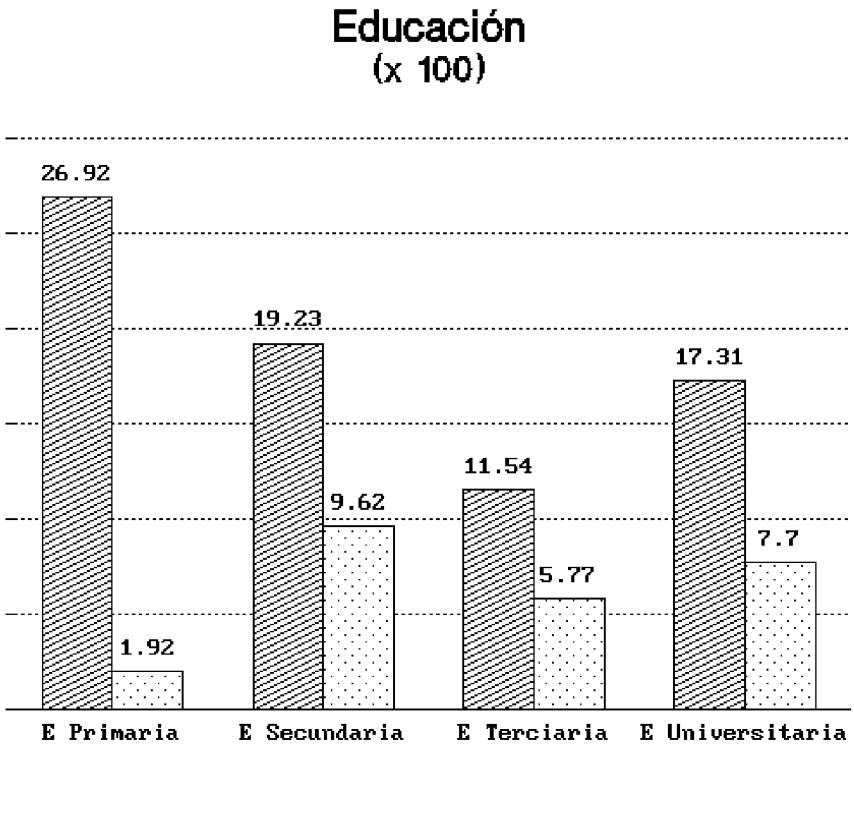
Fuente: Elaboración propia

Educación. En base a los respondientes (52) de la muestra (n=58) de trabajadores del Hospital, el nivel educativo está representado en igual proporción por personas con Educación Primaria y Secundaria (28,82 % para cada grupo). Los trabajadores con Educación Universitaria representan el 25,01 % del total de la muestra (n=58), en tanto que los trabajadores con Educación Terciaria (17, 31%) conforman el grupo de menor tamaño proporcional.

Para cada nivel de Educación (Primario, Secundario, Terciario, Universitario), la proporción de Mujeres es mayor a la proporción de Varones. Se observa que esta diferencia de proporción es más notoria para la categoría Educación Primaria (Ver Gráfico N° 6. Nivel educativo de los trabajadores del Hopsital).

GRÁFICO N° 6.

Nivel educativo de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



Referencia: Mujeres (rayado) Varones (punteado)

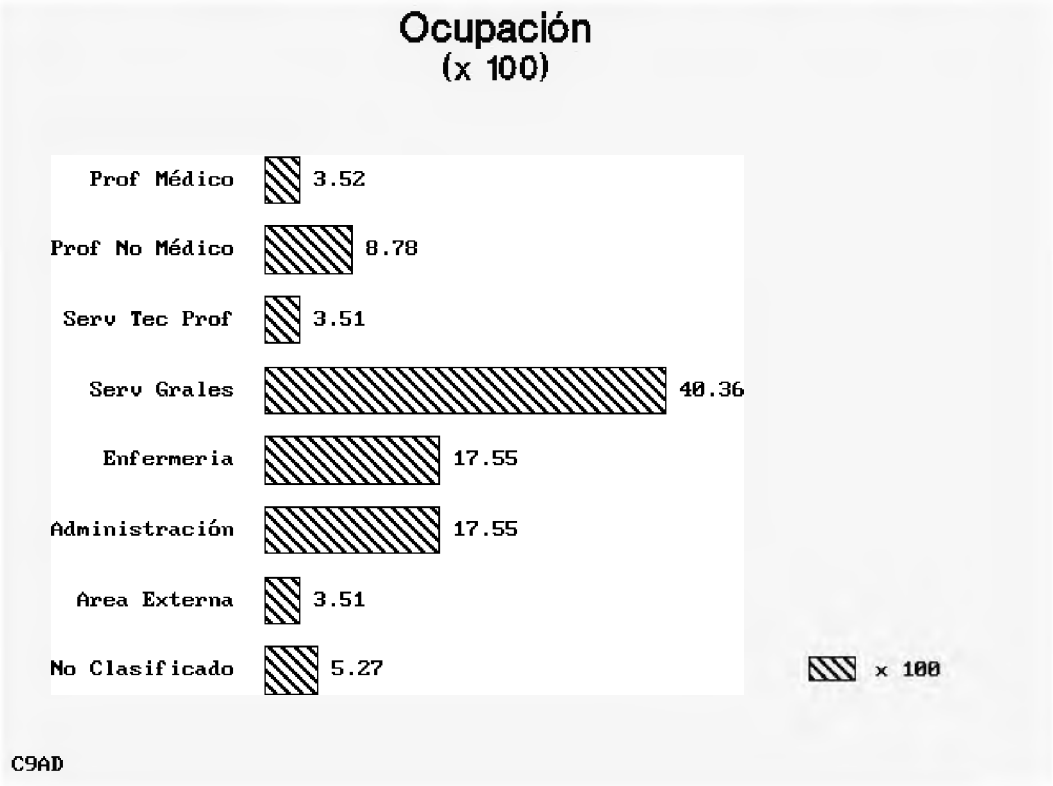
Fuente: Elaboración propia

Ocupación / profesión. Se discriminan ocho (8) categorías de ocupación/profesión de los trabajadores del Hospital, a saber: *Profesionales médicos; Profesionales no médicos; Servicios Técnico profesionales; Enfermería; Administrativos; Servicios Generales; Área Externa* y *No clasificados.*

La mayor proporción de la muestra de trabajadores del Hospital corresponde a la *Ocupación* de Servicios Generales (40,36%). Los sectores de Enfermería y Administración se hallan representados en igual proporción de trabajadores (17,55%). En menor proporción se hallan representadas las demás categorías de Ocupación: Profesionales médicos; Profesionales no médicos; Servicios Técnico profesionales; Área Externa y No clasificados (Ver Grafico N° 7. Ocupación).

GRÁFICO N° 7.

Ocupación de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



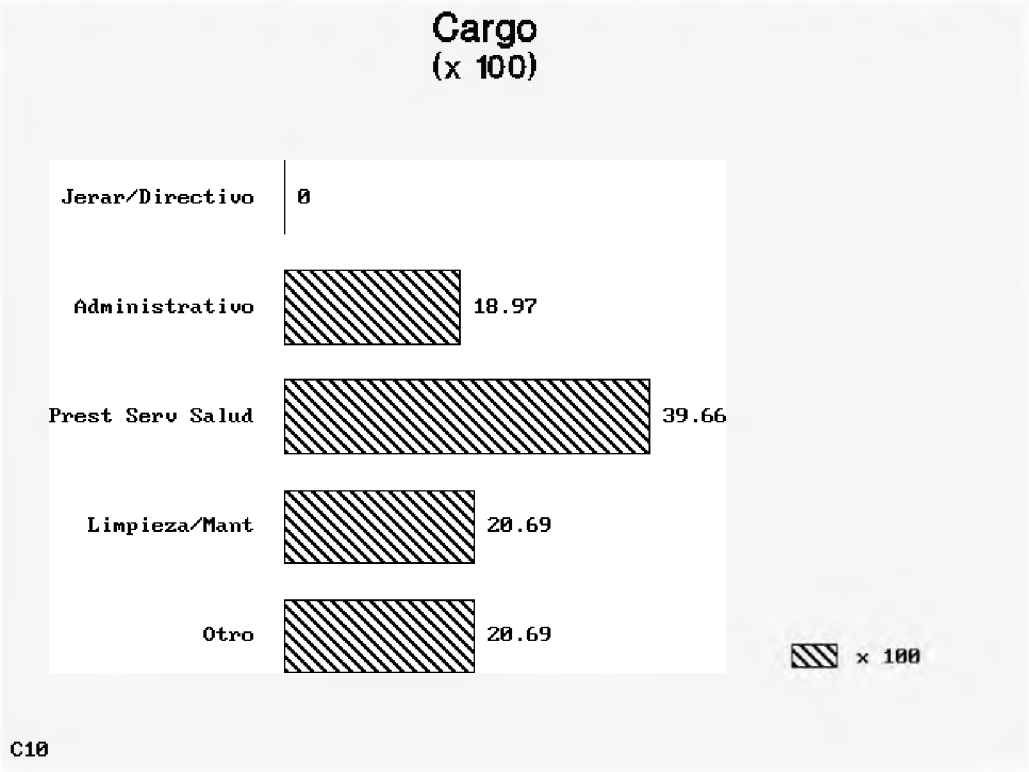
Fuente: Elaboración propia.

Escalafón / Cargo que ocupa en el Hospital. Se representa a través de cinco (5) categorías: *Directivo y/o Jerárquico*; *Administrativo*; *Prestador de servicios de salud*; *Mantenimiento y/o Limpieza* y la categoría *Otro* (no especificado).

En la muestra, la mayor proporción corresponde al cargo de Prestador de Servicios de salud (39,66%) (Ver Gráfico Nº 8. Cargo de los trabajadores del Hospital).

GRÁFICO N° 8.

Cargo de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.

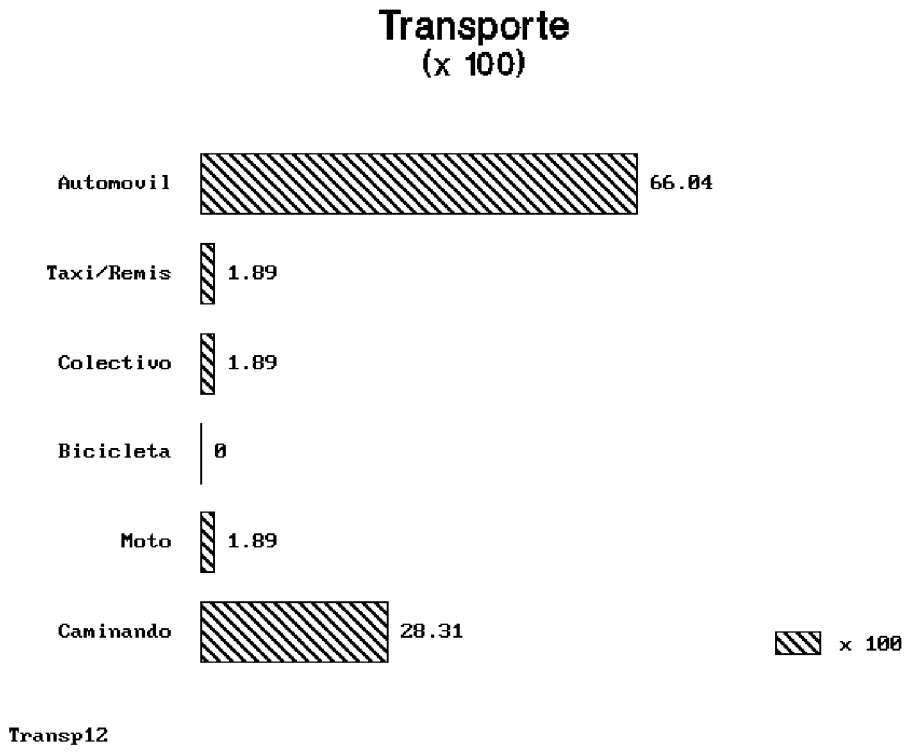


Fuente: Elaboración propia.

Medio de transporte al lugar de trabajo. 2/3 tercios de los trabajadores del Hospital pertenecientes a la muestra del estudio (66,04%) se traslada en *automóvil propio* hasta el lugar de trabajo, y poco más de ¼ de los trabajadores (28,31%) se traslada *caminando* hasta el lugar de trabajo (Ver Gráfico N° 9. Medio de transporte al lugar de trabajo).

GRÁFICO N° 9.

Medio de Transporte al lugar de trabajo, de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



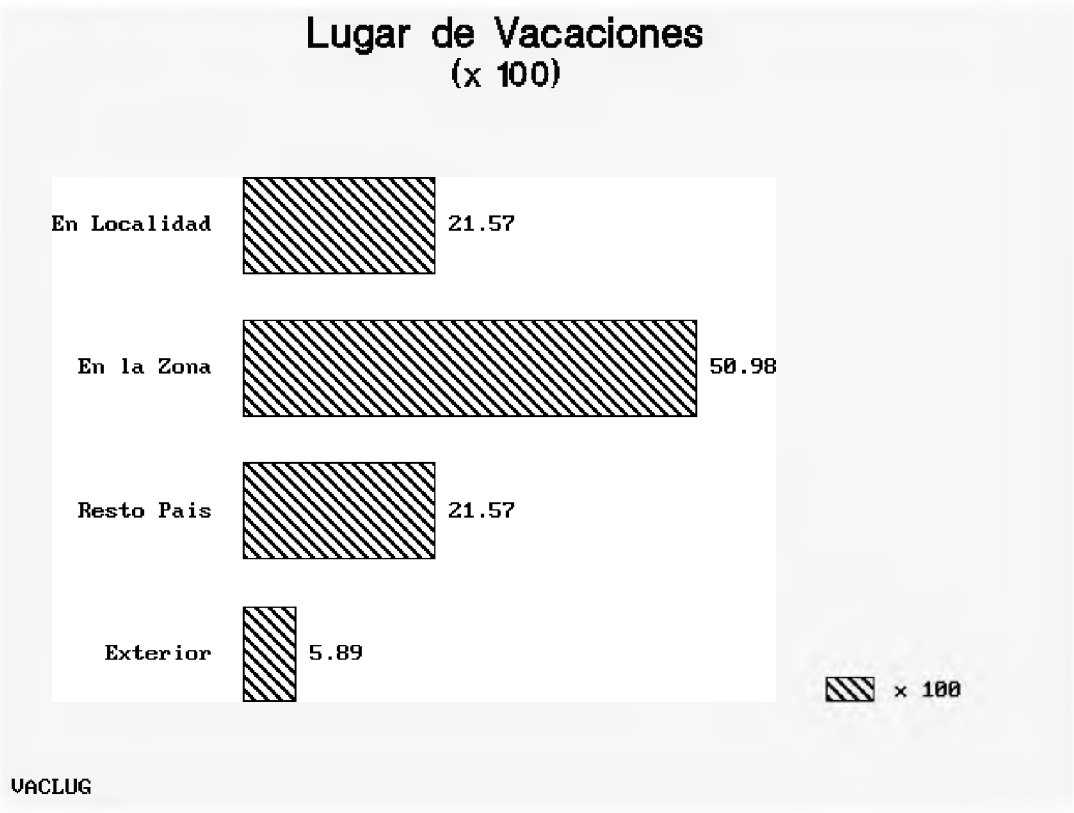
Fuente: Elaboración propia.

Vacaciones. *Cantidad de días y Lugar de vacaciones.* En la muestra de estudio, los trabajadores del Hospital vacacionan, en promedio, 19,39 días al año.

La mitad de los trabajadores de la muestra (50,98%), toma sus vacaciones *en la zona*; o *en la localidad donde reside* (21,57%) (Ver Gráfico N° 10. Lugar de Vacaciones).

GRÁFICO N° 10.

Lugar de Vacaciones de los trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman (Chubut). Año 2013-2014.



Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

La variable principal es Estilo de vida, medida a través del *Empleo del tiempo en Actividades.* A continuación se presentan las Actividades consideradas en el estudio, agrupadas en siete "áreas" de la siguiente manera:

- Actividades de la vida diaria *(AVD):* Actividades de *Alimentación, Vestido e Higiene*
- Actividades instrumentales de la vida diaria *(AIVD):* Actividades como *Cuidado de mayores o enfermos;* Atender a *Mascotas*; *Crianza de* niños y/o adolescentes; emplear dispositivos de *Comunicación/Tecnología* (computadora, teléfono celular, dispositivo similar); *Traslados/Transporte; Limpieza* de la casa; *Mantenimiento* de la ropa (lavar, planchar, guardar, arreglar); Cocinar; Poner la mesa, servir la comida y limpieza posterior; *Actividades Religiosas*; realizar *Compras y Trámites*
- *PARTICIPACION SOCIAL (PS): Actividades Familiares* (vida familiar, tiempo compartido en familia), *Amistades,* y *Actividades Comunitarias* (organizaciones barriales, comisiones vecinales/ laborales o similares)

También las áreas de *TRABAJO, DESCANSO, EDUCACIÓN* y *RECREACIÓN.*

GRÁFICO N° 11.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en AIVD, Actividades Recreativas, Educativas y Participación social. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

Referencia: AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -excepto Traslado/Transporte-)

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico N° 11 se observa que sólo ¼ parte de los trabajadores emplea tiempo en *Actividades Comunitarias* (PS) *y casi 1/3 dedica tiempo a Actividades Religiosas* y *Cuidado de mayores o enfermos respectivamente*; alrededor de 2/3 de los trabajadores emplean tiempo en Actividades Educativas y Recreativas y casi la

totalidad participa en *Actividades Familiares* (PS), *Tecnología/Comunicación* y *Compras/Trámites.*

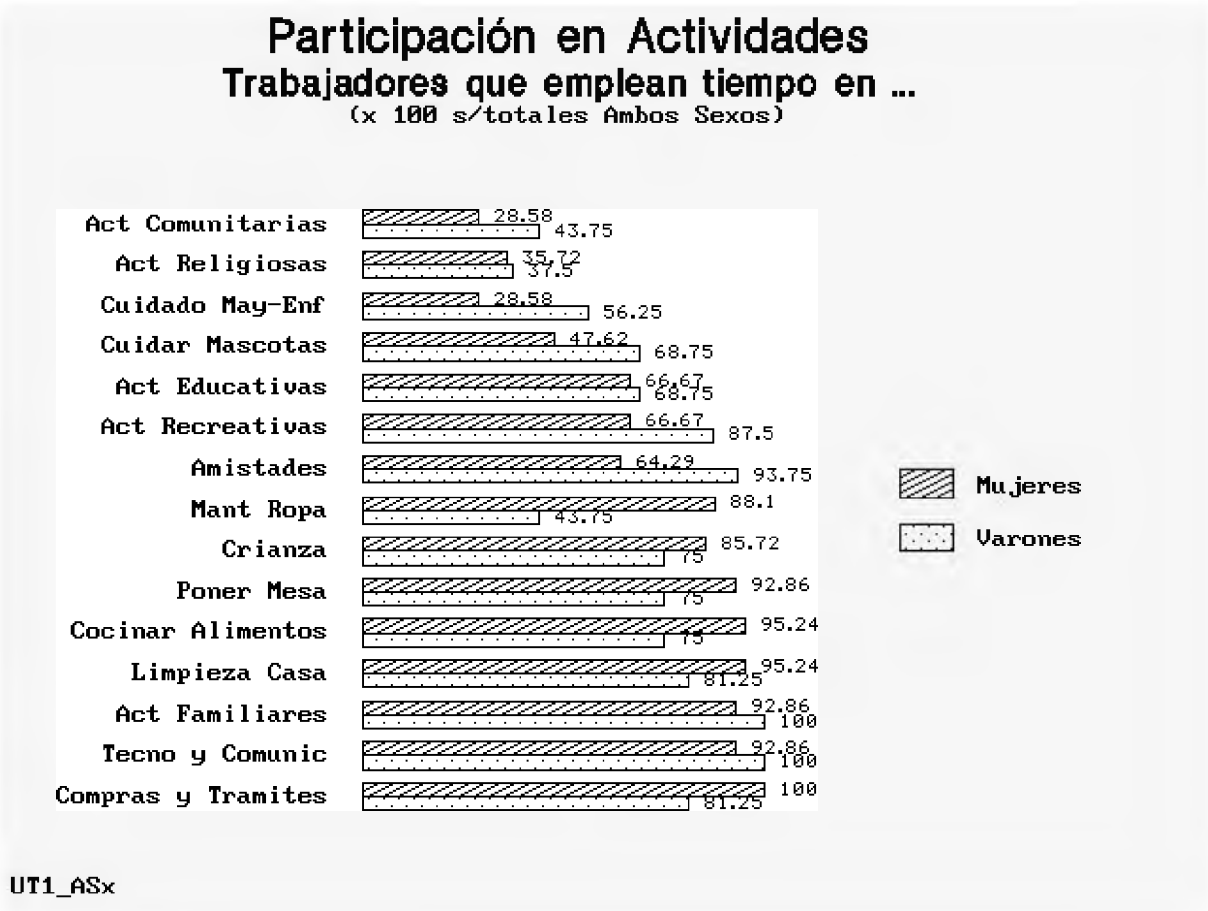
En relación a la población de Varones, mayor cantidad de Mujeres emplea tiempo en las *AIVD* denominadas habitualmente como tareas domésticas; éstas son: *Cocinar, Poner la mesa* (incluye servir la comida y limpieza posterior), *Limpieza de la casa* y *Mantenimiento de la ropa.* Esta relación se repite para la actividad de *Crianza* de niños o adolescentes. (Ver Gráfico N° 12)

Por otro lado, mayor cantidad de Varones, en relación a la población de Mujeres, emplea tiempo en *Amistades* (PS), *Cuidado de mayores o enfermos, Actividades Recreativas, Actividades Comunitarias* (PS) y *Cuidar Mascotas.* (Ver Gráfico N° 12)

Ambos grupos, Varones y Mujeres, aproximadamente en la misma proporción, emplean tiempo en *Actividades Familiares* (PS), *Tecnología y Comunicación, Actividades Religiosas* y *Actividades Educativas.* En cambio se observa que la proporción de las Mujeres que realizan *Mantenimiento de la ropa,* duplica a la de los Varones. (Ver Gráfico N° 12)

GRÁFICO N° 12.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en AIVD, Actividades Recreativas, Educativas y Participación Social, según Sexo. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Referencia: AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -excepto Traslado/Transporte-)

Fuente: Elaboración propia.

La totalidad de las Mujeres emplea tiempo en *Compras/Trámites* (Gráfico N° 13), en tanto que la totalidad de los trabajadores Varones emplea tiempo en *Actividades Familiares* (PS) y en *Tecnología y Comunicación* (Gráfico N° 14).

GRÁFICO N° 13.

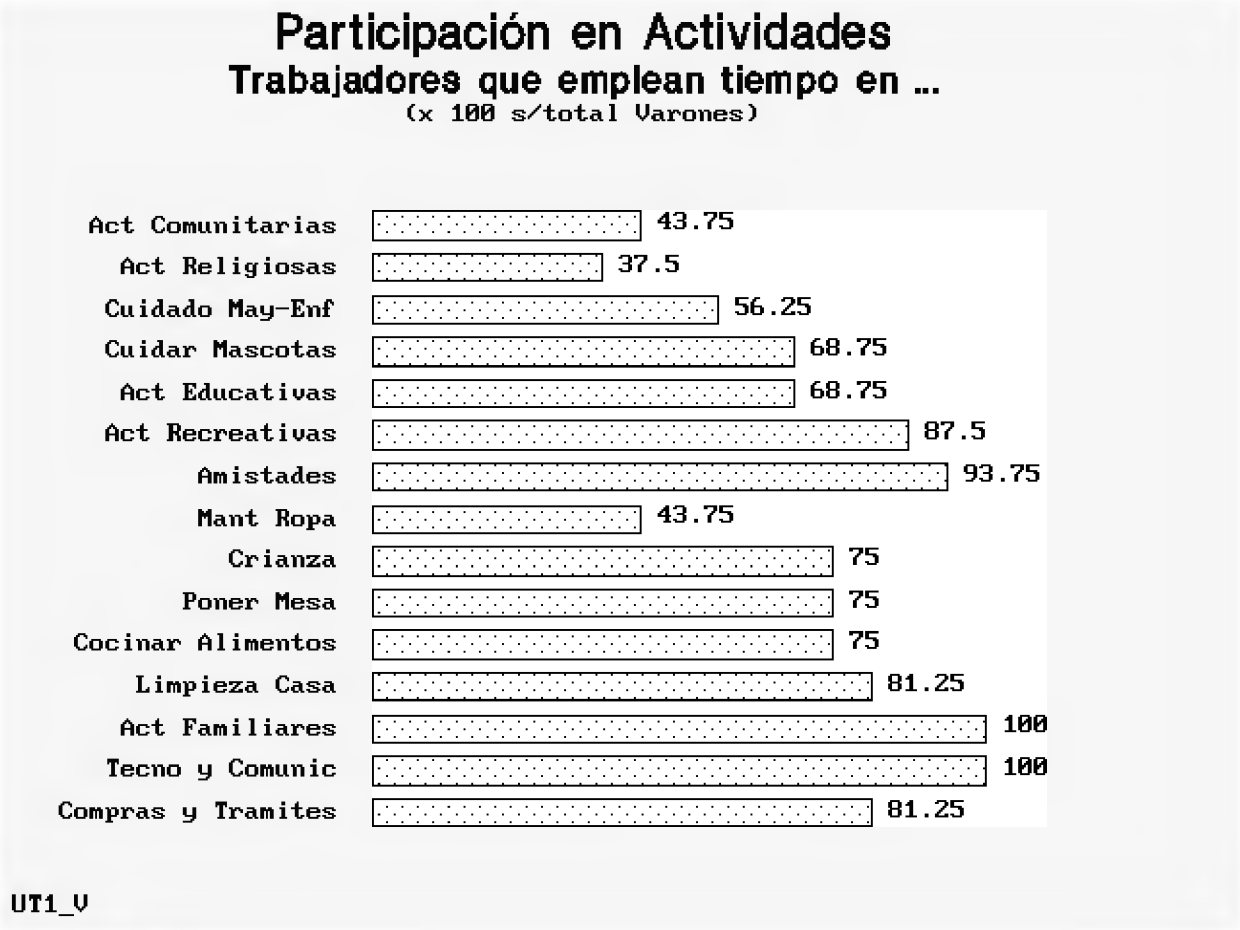
Estilo de vida: Empleo del tiempo en AIVD, Actividades Recreativas, Educativas y Participación Social, sobre el total de Mujeres. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

Referencia: AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -excepto Traslado/Transporte-)

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 14.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en AIVD, Actividades Recreativas, Educativas y Participación Social, sobre el total de Varones. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Referencia: AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -excepto Traslado/Transporte-)

Fuente: Elaboración propia.

El empleo del tiempo en *AIVD* se valoró también en relación a la variable interviniente N° de Hijos, específicamente agrupando a los trabajadores Con hijos y Sin hijos. (Ver Grafico N°15)

GRÁFICO N° 15.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en AIVD, Actividades Recreativas, Educativas y Participación Social / Con hijos y Sin hijos. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

Referencia: AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -excepto Traslado/Transporte-)

Fuente: **Elaboración propia.**

Ambos grupos, Con hijos y Sin hijos, emplean tiempo en *AIVD, RECREATIVAS, EDUCATIVAS y PARTICIPACIÓN SOCIAL*. Los trabajadores Con hijos emplean tiempo en *AIVD* en mayor proporción que los trabajadores Sin hijos. Esta diferencia se aprecia particularmente en la Actividad de *Crianza de niños y/o adolescentes* y en segundo lugar en *Compras y Trámites, Actividades Religiosas* y *Mantenimiento de la ropa.* Los trabajadores Sin hijos emplean tiempo en *Actividades RECREATIVAS* en mayor proporción que los trabajadores Con hijos; esta diferencia se repite en menor grado para las *Actividades EDUCATIVAS, Tecnología y Comunicación* y *Cuidado de mayores o enfermos*.

La totalidad de los trabajadores Sin hijos emplea tiempo en *Actividades RECREATIVAS* y en *Tecnología y Comunicación.*

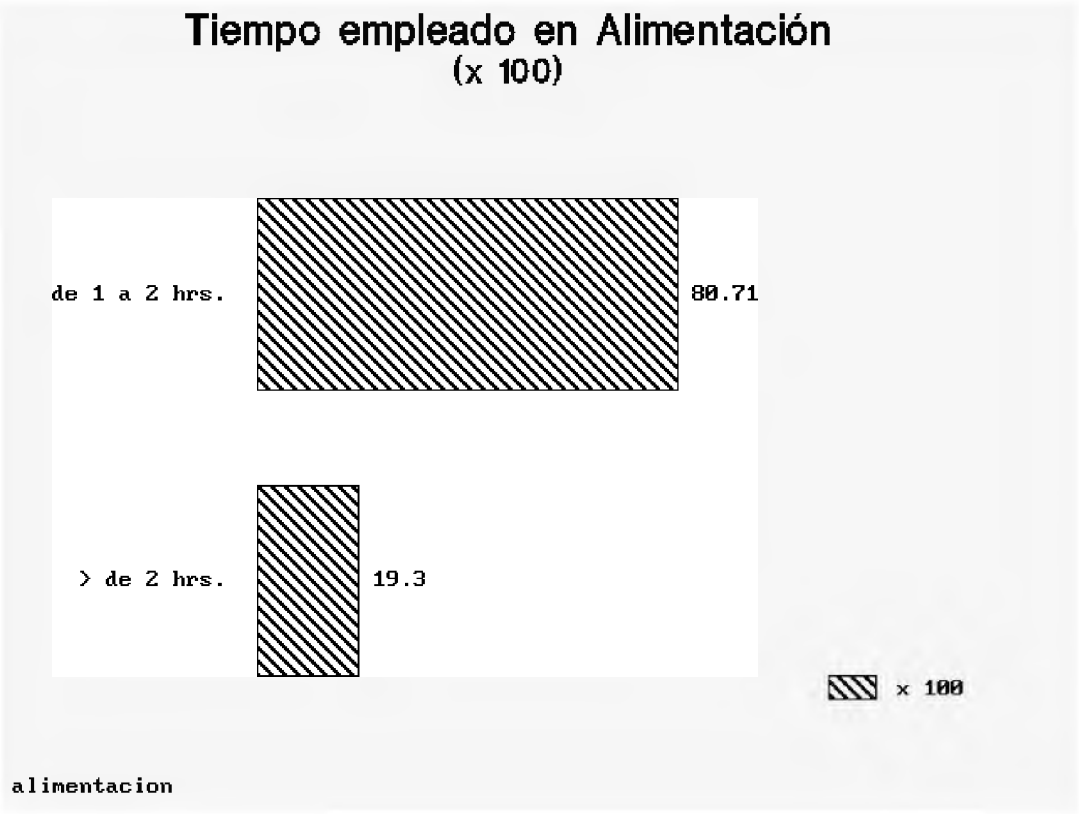
Los trabajadores Con hijos emplean tiempo en actividades de *PARTICIPACIÓN SOCIAL*: *Familiares, Amistades y actividades Comunitarias*, en mayor proporción que los trabajadores Sin hijos.

A continuación se aprecia el comportamiento de la Variable a partir del empleo del tiempo en las Áreas de *AVD* (*Alimentación, Higiene, Vestido)*, *TRABAJO, DESCANSO* y la actividad de *Transporte/Traslados* (*AIVD*).

Considerando la totalidad de la muestra, la mayoría de los trabajadores emplea diariamente entre 1 y 2 horas de tiempo en Actividades de *Alimentación.* (Ver Gráfico N° 16)

GRÁFICO N° 16.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Alimentación (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los trabajadores Mujeres, Varones, Con y Sin hijos, en proporción similar, emplean diariamente entre 1 y 2 horas de tiempo en Actividades de *Alimentación* (AVD). (Ver Tabla N° 2)

Tabla 2.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Alimentación (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
de 1 a 2 horas	80,39 %	83,33 %	83,33 %	73,33 %
más de 2 horas	19,60 %	16,66 %	16,66 %	26,66 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

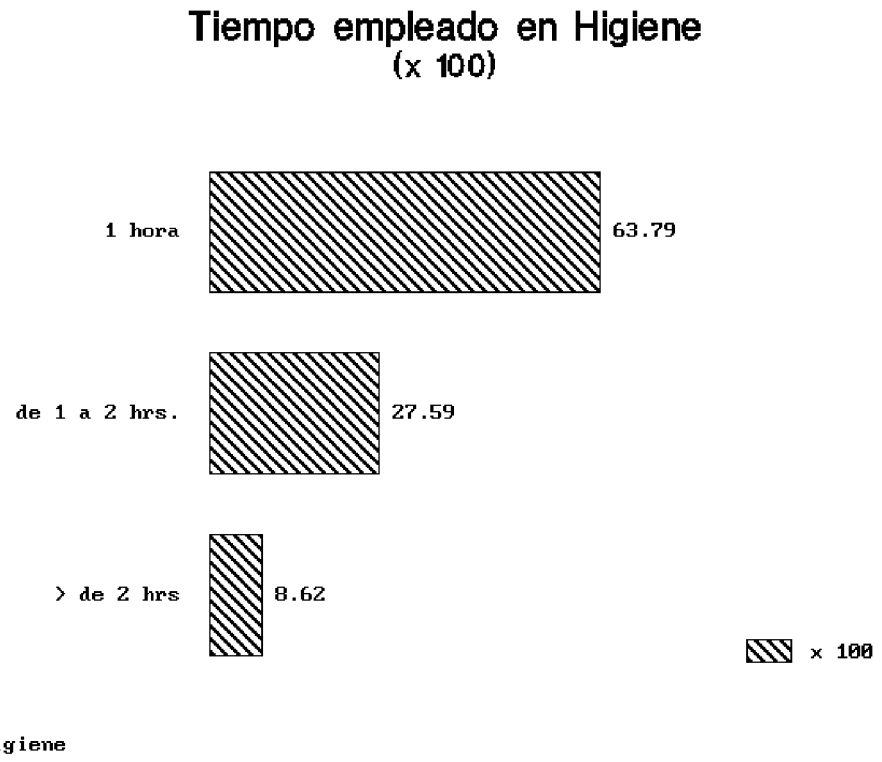
Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Fuente: Elaboración propia.

Considerando el total de la muestra, más de la mitad de los trabajadores (63,79%) emplea diariamente 1 hora en *Actividades de Higiene* (*AVD*). (Ver Gráfico N° 17)

GRÁFICO N° 17.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Higiene (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Higiene (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
1 hora	66,66 %	42,85 %	59,52 %	75,00 %
1 a 2 horas	25,49 %	42,85 %	30,95 %	18,75 %
más de 2 horas	7,84 %	14,28 %	9,52 %	6,25 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Fuente: Elaboración propia.

Según Tabla 3., los trabajadores Varones, en mayor proporción en relación a las Mujeres, emplean diariamente 1 hora en *Actividades de Higiene* (*AVD*).

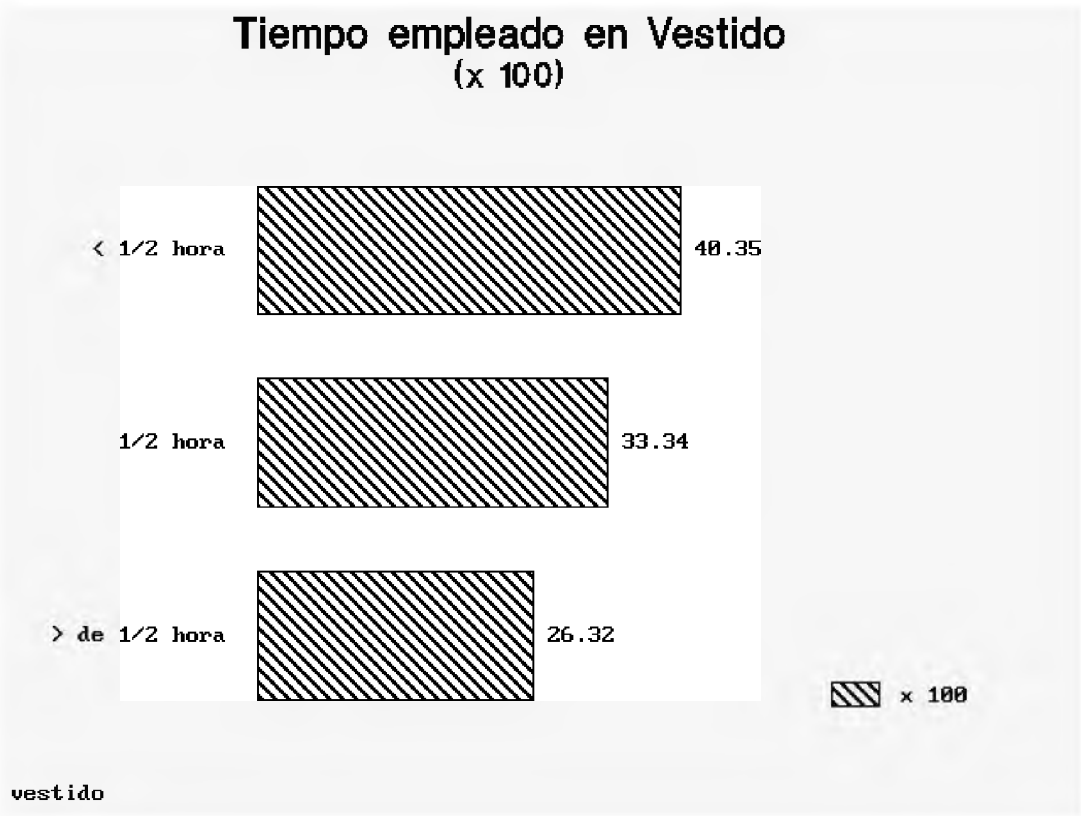
Asimismo, el empleo de 1 hora diaria en *Actividades de Higiene* (AVD), representa la mayor proporción en ambos grupos, Mujeres y Varones.

La proporción de Mujeres que emplea más de 1 hora diaria en *Actividades de Higiene* (AVD) (40,47%) es mayor a la proporción de Varones para la misma categoría de respuesta (25,00%).

Los trabajadores Sin hijos, en mayor proporción (57,13 %), emplean más de 1 hora diaria en *Actividades de Higiene* (*AVD*), en relación a los trabajadores Con hijos (33,33%).

GRÁFICO N° 18.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Vestido (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Fuente: Elaboración propia.

Considerando el total de la muestra, la mayoría de los trabajadores (59,66%) emplean media hora o más en *Actividades de Vestido* (*AVD*). (Ver Gráfico N° 18)

Tabla 4.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Vestido (AVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
menos de ½ hora	41,17 %	33,33 %	38,09 %	46,66 %
½ hora	33,33 %	33,33 %	30,95 %	40,00 %
más de ½ hora	25,49 %	33,33 %	30,95 %	13,33 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Referencia: AVD (Actividades de la Vida Diaria)

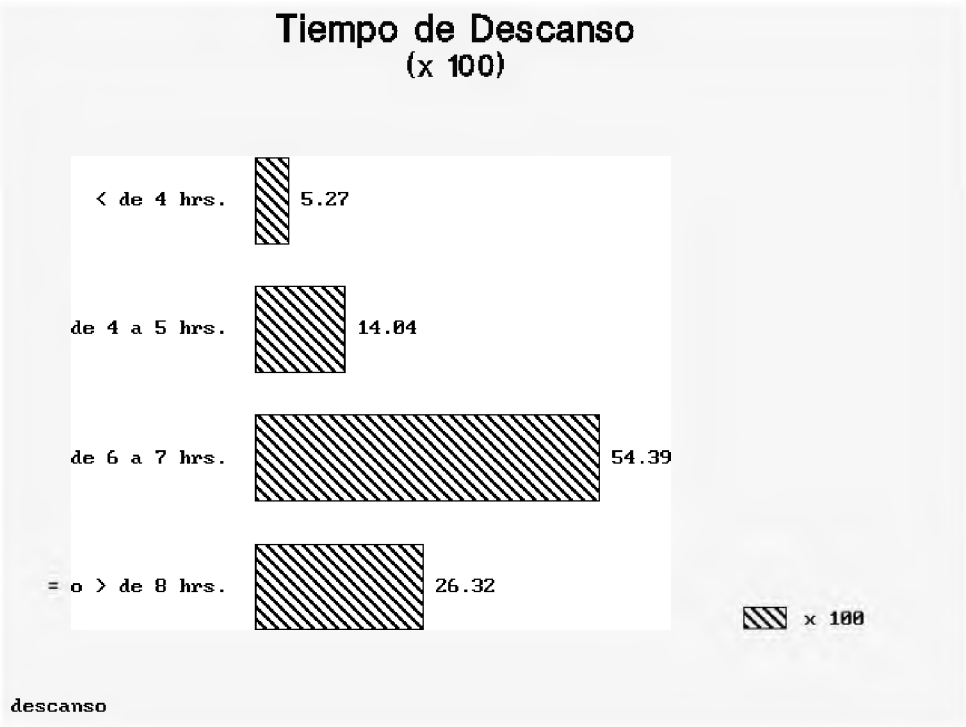
Fuente: Elaboración propia.

El grupo de Varones emplea, en mayor proporción en relación al grupo de Mujeres, media hora diaria o menos en *Actividades de Vestido* (*AVD*). En relación al grupo de Varones, mayor proporción de Mujeres emplea más de media hora en esta actividad.

Los trabajadores Sin hijos, en mayor proporción (66,66%), emplean media hora diaria o más en estas actividades, en relación al grupo de trabajadores Con hijos (58,82%). Los trabajadores Con hijos emplean, en mayor proporción (41,17%), menos de media hora en *Actividades de Vestido* (AVD) que aquellos trabajadores Sin hijos (33,33 %).

GRÁFICO N° 19.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Descanso. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Fuente: Elaboración propia

Considerando la totalidad de la muestra, algo más de la mitad de los trabajadores del Hospital (54,39 %), emplean entre 6 y 7 horas diarias en *Actividades de DESCANSO*; poco más de ¼ parte de los trabajadores descansa 8 horas o más, mientras que 1/5 parte descansa 5 horas o menos (Gráfico N° 19). A su vez, para cada grupo (Mujeres, Varones, Con hijos, Sin hijos), la mayor proporción corresponde al empleo de 6 a 7 horas diarias en *Actividades de* DESCANSO. (Ver Tabla 5)

Tabla 5.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades de Descanso. Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
menos de 4 horas	7,84 %	0,00 %	9,52 %	0,00 %
de 4 a 5 horas	15,68 %	0,00 %	9,52 %	25,00 %
de 6 a 7 horas	49,01 %	71,42 %	45,23 %	68,75 %
Igual o más de 8 horas	27,45 %	28,57 %	35,71 %	6,25 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

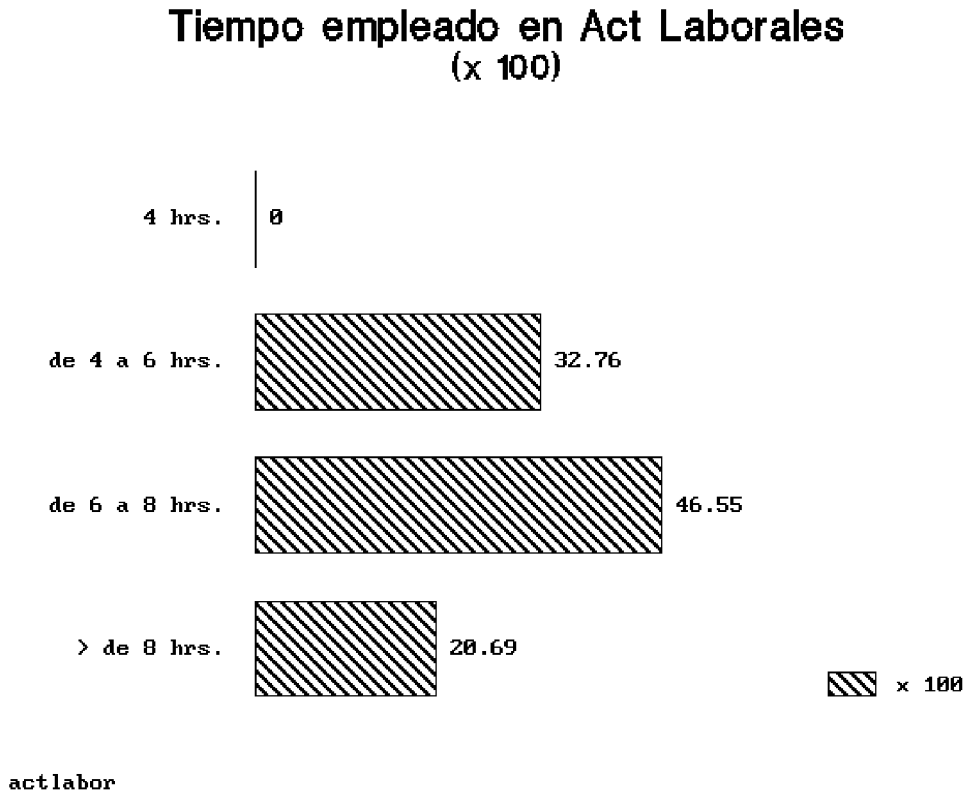
Fuente: Elaboración propia.

La proporción de Mujeres que emplean igual o más de 8 horas en *Actividades de DESCANSO* (35,71%), es ampliamente mayor a la proporción de Varones para la misma cantidad de horas (6,25%). Por otro lado, el grupo de Varones no está representado por la categoría: “menos de 4 horas” de descanso diario, sin embargo un cuarto de los mismos descansa entre 4 y 5 horas.

No hay trabajadores *Sin hijos* que descansen 5 hs o menos a diferencia de los que sí los tienen (23,52%). Por otro lado mayor proporción de trabajadores *Sin hijos* (71,42%) emplean de 6 a 7 hs diarias en *DESCANSO*, en relación a los que sí tienen (49,01%).

GRÁFICO N° 20.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades Laborales (TRABAJO). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Fuente: Elaboración propia.

Considerando la totalidad de la muestra (n=58), los trabajadores del Hospital emplean, en mayor proporción (46,55%), entre 6 y 8 horas diarias en Actividades Laborales (*TRABAJO*). En segundo lugar casi 1/3 emplean entre 4 y 6 horas, y en tercer lugar una quinta parte de los trabajadores emplean más de 8 horas diarias en el área *TRABAJO.* (Ver Gráfico N° 20)

Tabla 6.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Actividades Laborales (TRABAJO). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
4 horas	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
de 4 a 6 horas	35,29 %	14,28 %	38,09 %	18,75 %
de 6 a 8 horas	47,05 %	42,85 %	47,61 %	43,75 %
más de 8 horas	17,64 %	42,85 %	14,28 %	37,50 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Tanto el grupo de Varones, Mujeres, Con hijos y Sin hijos emplean cada uno en una proporción similar cercana al 45%, entre 6 y 8 horas diarias en *TRABAJO.*

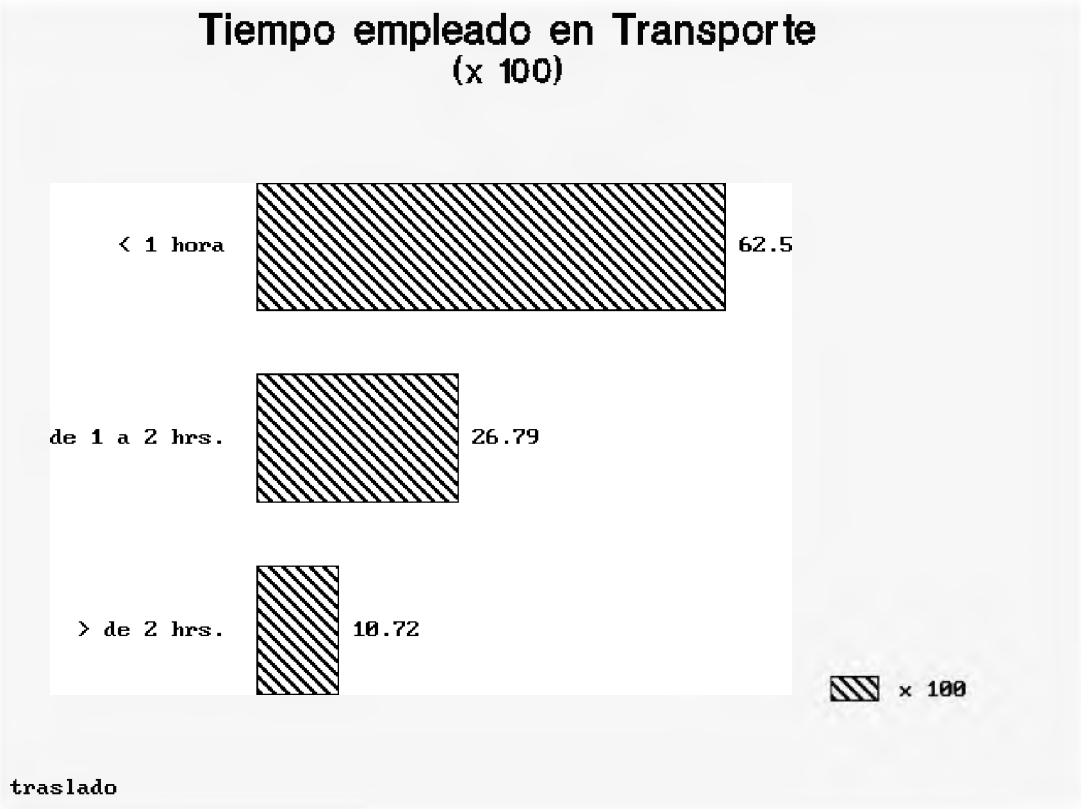
La proporción de Varones que emplea más de 8 horas diarias en *TRABAJO* casi triplica a la proporción de Mujeres que emplean ese tiempo en *Actividades Laborales.* En tanto que la proporción de Mujeres que emplea entre 4 y 6 horas diarias en *TRABAJO,* duplica a los Varones que emplean ese tiempo en *Actividades Laborales.*

Los trabajadores Con hijos, al menos duplican en proporción, a los trabajadores Sin hijos que emplean entre 4 y 6 horas diarias en *TRABAJO.* Por otro lado, el porcentaje de trabajadores Sin hijos que emplean más de 8 horas en *Actividades Laborales* triplica a los que trabajan entre 4 y 6 horas e iguala a los que lo hacen entre 6 y 8 horas diarias pertenecientes al mismo grupo y, al menos duplica

al porcentaje de trabajadores Con hijos en esta última categoría de tiempo empleado en *TRABAJO.*

GRÁFICO N° 21.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Transporte/Traslados (AIVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.



Fuente: Elaboración propia.

Considerando la totalidad de la muestra (n=58), los trabajadores del Hospital emplean, en mayor proporción, menos de 1 hora en *Transporte/Traslados* (AIVD). (Ver Gráfico N° 21)

Tabla 7.

Estilo de vida: Empleo del tiempo en Transporte/Traslados (AIVD). Trabajadores del Hospital J. Evans de Gaiman, Chubut. Año 2013-2014.

	Con hijos	Sin hijos	Mujeres	Varones
menos de 1 hora	64,00 %	50,00 %	60,97 %	66,66 %
de 1 a 2 horas	26,00 %	33,33 %	26,82 %	26,66 %
más de 2 horas	10,00 %	16,66 %	12,19 %	6,66 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Para los grupos de Mujeres, Varones y trabajadores Con o Sin hijos, la mayor proporción corresponde al empleo de menos de 1 hora diaria en *Transporte/Traslados* (AIVD). La mitad de los trabajadores Sin hijos emplea menos de 1 hora diaria en esta actividad, la otra mitad emplea una hora diaria o más.

Prevalencias

Otras AIVD:

El 60,34 % de los trabajadores del Hospital emplean entre 1 y 2 horas *diarias* en *Cocinar alimentos* (*AIVD*).

El 44,83 % de los trabajadores del Hospital emplean menos de 1 hora *diaria* en *Poner la mesa, servir la comida, lavar la vajilla* (*AIVD*).

El 39,29 % de los trabajadores del Hospital emplean más de 1 hora *diaria* en *Limpieza de la casa* (*AIVD*).

El 25 % de los trabajadores del Hospital emplean tiempo en el *Mantenimiento de la ropa* (*AIVD*) con una frecuencia de 1 a 2 veces por *semana.* En igual proporción (25 %) No emplean tiempo en dicha actividad.

El 40,35 % de los trabajadores del Hospital emplean entre 1 y 2 horas *diarias* en *Compras / Trámites* (*AIVD*).

El 47,37 % de los trabajadores del Hospital emplea menos de 3 horas *diarias* en *Crianza de niños y/o adolescentes* (*AIVD*).

El 67,28 % de los trabajadores No emplea tiempo diariamente en el *Cuidado de mayores y/o enfermos* (*AIVD*).

El 49,09 % de los trabajadores No emplea tiempo diariamente en el *Cuidado de Mascotas (AIVD*).

EL 67,28 % de los trabajadores del Hospital No emplea tiempo diaria y/o semanalmente en *Actividades Religiosas* (*AIVD*).

El 35,09 % de los trabajadores del Hospital emplea 1 hora *diaria* en *Tecnología y Comunicación* (*AIVD*).

Actividades RECREATIVAS y EDUCATIVAS:

El 29,63 % de los trabajadores del Hospital emplea tiempo *diariamente* en *Actividades Recreativas.* En igual proporción (29,63 %) de los trabajadores No emplean tiempo en estas actividades.

El 34,55 % de los trabajadores del Hospital No emplea tiempo en *Actividades Educativas.*

PARTICIPACIÓN SOCIAL:

El 33,34 % de los trabajadores del Hospital emplea tiempo *diariamente* en *Amistades* (*PS*).

El 73,59 % de los trabajadores del Hospital No emplea tiempo en *Actividades Comunitarias* (*PS*).

El 31,58 % de los trabajadores del Hospital emplea más de dos horas *diarias* en *Actividades Familiares* (*PS*).

INTERPRETACIÓN de los RESULTADOS

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Numerosas investigaciones tienen por objeto de estudio el "uso del tiempo", temática que progresivamente se amplía y perfecciona en su conceptualización y dimensionamiento, desarrollando diversas aristas de aproximación a la materia como son la carga global de trabajo (trabajo remunerado y no remunerado); las dificultades de conciliación familia-trabajo; la dificultad en la medición de actividades simultáneas que habitualmente se desarrollan en el hogar; la inaplicabilidad supuesta de las categorías de trabajo y descanso en el caso de las mujeres trabajadoras. Se plantea también que la organización de los tiempos laborales, domésticos, familiares y personales se ha estado modificando en América Latina, en perjuicio del tiempo de permanencia con la familia y el tiempo dedicado a sí mismos (Arriagada, 2005; INMUJERES, 2005).

En el presente estudio se aprecian claramente las dimensiones laboral y doméstica del trabajo, según se refieren los estudios de carga global del trabajo, para el caso de las mujeres trabajadoras del Hospital. Estas mujeres "empleadas" regresan a su hogar luego de la jornada laboral y al parecer continúan trabajando en la realización de tareas domésticas según se observa en su estilo de vida caracterizado por el empleo del tiempo en actividades de gestión del hogar y de Crianza, en relación a los varones. Por otro lado, es probable que los hábitos de estas mujeres en relación al tiempo empleado para descansar se vinculen con esta cuota extra de trabajo dentro del hogar. Una parte de ellas descansa sólo unas pocas horas, en relación a los varones, en tanto que otras descansan más tiempo que el promedio de las mujeres, lo cual podría estar relacionado con falta de tiempo para el

primer caso y con mayor cansancio para el segundo. La conducta de este grupo de mujeres en la distribución del tiempo da cuenta del rol y/o función que asume la mujer dentro del hogar, y que se menciona y desarrolla conceptualmente desde diferentes posiciones teóricas en los estudios de desigualdad de género. Se reconoce la importancia de las tareas de reproducción social a través del rol de las mujeres en la familia en el cuidado y atención hacia los niños. Este tema es relevante ya que se trata de la preparación emocional, psicológica, educativa, social y moral de los miembros de la sociedad y es importante que se trate de tiempo brindado con calidad (Arriagada, 2005). La tarea de conciliar los tiempos para el trabajo remunerado, hacer las compras, mantener el orden y la limpieza de la casa, organizar y preparar menús de comidas y atender además las necesidades de cuidado, afecto y sostén de niños o adolescentes en formación y desarrollo constituye un asunto de difícil administración y con bastante probabilidad de atender mayormente algunas actividades por sobre otras. La conducta de las mujeres es deficitaria en la dedicación a actividades de esparcimiento y para sí mismo necesarias para estar bien y saludable.

Por el contrario el estilo de vida de los varones trabajadores del Hospital se caracteriza por emplear tiempo en Amistades y en Actividades Recreativas y Comunitarias, y también en el Cuidado de mayores o enfermos y la atención de mascotas. La atención de mascotas es considerada por la literatura como trabajo doméstico, al igual que el cuidado de mayores, enfermos y/o dependientes que además es habitualmente realizado por la población femenina (Aguirre, 2009; INMUJERES, 2005). Ello indica que no sólo las mujeres realizan tareas domésticas aunque ellas se caracterizan por asumir la responsabilidad por estas actividades. Por

otro lado, también los trabajadores sin hijos se caracterizan por dedicar tiempo al Cuidado de mayores a enfermos, y al parecer estarían en mejores condiciones de dedicar tiempo para sí mismos en Actividades Recreativas, Educativas y de Tecnología y Comunicación; éstas últimas comparables a actividades sociales y/o Amistades si se considera el uso de las llamadas "redes sociales" a través de dispositivos electrónicos modernos (I phones, smartphones y similares). Tener hijos, por el contrario, condiciona la conducta de los trabajadores con una marcada tendencia a participar en actividades vinculadas a la atención de los mismos, y se caracteriza por usar tiempo en actividades de Crianza, Compras, Actividades Religiosas y Mantenimiento de la ropa. Aún con estas responsabilidades, su comportamiento se diversifica y distribuye en todas las áreas de ocupación, en relación a los trabajadores sin hijos, lo que lleva a pensar en la función reguladora que tendría el cuidado de otros cuando no es exclusiva. Esta tendencia de los trabajadores sin hijos a concentrar la participación en actividades en unas pocas áreas de ocupación se observa particularmente en el tiempo dedicado al Trabajo, a las Actividades Recreativas y en Tecnología.

En relación a los tiempos laborales la bibliografía describe un crecimiento gradual de las mujeres que toman distancia del rol tradicional dentro del hogar y se incorporan al mercado de trabajo, en ocasiones para aumentar los ingresos del grupo familiar para el caso de las familias biparentales, o también en el caso de familias con jefatura femenina y niños pequeños a cargo (Arriagada, 2005; Aguirre, 2009). En la muestra considerada, los trabajadores de ambos sexos están en su mayoría casados, y salvo los varones solteros todos tienen hijos. Ello indicaría que la conducta de los trabajadores en relación al trabajo estaría vinculada a la necesidad

de aumentar los ingresos. La carga horaria de trabajo remunerado es mayor en el caso de los varones y de los trabajadores sin hijos, en tanto las mujeres y los trabajadores con hijos, en gran parte, cumplen con una jornada de trabajo de poca carga horaria. Si bien la tasa de mujeres que realizan trabajo extradoméstico crece gradualmente acercándose a la jornada completa de trabajo, aún prevalece una jornada de trabajo reducida en las mujeres que trabajan, en relación a los varones (Arriagada, 2005)

A diferencia de los varones, las mujeres participan poco de actividades de esparcimiento y sociales. Sin embargo tanto los varones como las mujeres dedican tiempo a las Actividades Familiares y se comportan de manera similar en el tiempo usado para alimentarse, que podría considerarse tiempo de encuentro y de vinculación con el resto de los integrantes del grupo familiar según las costumbres de la familia tradicional. Mujeres y varones también se parecen en que la medida en que participan en Actividades Religiosas, Educativas y en Tecnología y Comunicación.

Para poder valorar un cambio de hábitos en el uso del tiempo de los trabajadores del Hospital en perjuicio del tiempo dedicado a la permanencia con la familia y el tiempo dedicado a sí mismos, tal como lo indican las encuestas de uso del tiempo en Latinoamérica, sería apropiado poder comparar los resultados actuales con otros correspondientes a diferente período de tiempo a través de un estudio longitudinal. Prevalece una dedicación de más de dos horas diarias a las Actividades Familiares por parte de los trabajadores del Hospital, descriptas brevemente como vida familiar, tiempo compartido en familia y actividades de esparcimiento; algunos trabajadores dedican un tiempo menor y unos pocos no dedican tiempo a la familia. En relación a este tema, sería necesario considerar que algunas actividades como

una merienda o comida realizada en familia, hacer las compras en compañía de los hijos y conyugue, acompañar a los escolares en sus obligaciones y tareas para el hogar y en probables actividades extraescolares, bien podrían integrar el conjunto de Actividades Familiares o también ser consideradas como actividades de Alimentación, Compras y mandados, Crianza y Traslados respectivamente. Esto indicaría que la apreciación de tiempo compartido en familia o dedicado a Actividades Familiares por los trabajadores del Hospital, es relativo, dada la complejidad del fenómeno del uso del tiempo y su valoración a través de las actividades realizadas. Por otro lado, puede verse a través de este ejemplo, que la simultaneidad de las actividades no es exclusiva de las tareas domésticas como se describe usualmente sino que también caracteriza otras esferas de actividad; condición que se pudo apreciar también en las primeras etapas de realización del trabajo con la implementación de la prueba piloto.

En el espacio de lo cotidiano se conforma el estilo de vida, la "manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y carácterísticas personales" (Nutbeam, citado por Vargas Oreamuno, 2011, p. 120). En el presente trabajo el conjunto de las variables intervinientes permiten ampliar la información correspondiente a la variable Estilo de vida. Se considera que éstas: *edad, sexo, número de hijos, educación, ocupación, cargo, vivienda, lugar de residencia, medio de transporte al lugar de trabajo y hábitos vacacionales*, representan una parte de las circunstancias en que viven y trabajan los participantes del estudio, esto es, las *condiciones de vida*. En párrafos anteriores ya se pudo apreciar que tanto el sexo de los trabajadores como la condición de tener o

no hijos constituyen factores de importancia relevante en la conformación de los estilos de vida de los trabajadores, dado que al parecer estas características, afectadas por la sociedad y la cultura, conducen a las personas a decidir en uno u otro sentido en relación a los hábitos en el uso del tiempo. Pero además otros factores intervienen en la forma de vida que adoptan estos trabajadores. A continuación se describen someramente éstas circunstancias de vida.

La edad de los trabajadores que promedia los 40 años, corresponde a una etapa del ciclo de vida descripta como la de mayor productividad en relación a la cantidad de horas dedicadas al trabajo; etapa del ciclo vital que se superpone con la edad promedio reproductiva de las mujeres que se ubica alrededor de los 35 años (Arriagada, 2005); ambas situaciones podrían estar relacionadas con la forma en que se comportan los trabajadores de ambos sexos en relación al trabajo remunerado. Residentes en su mayoría en la localidad del lugar de trabajo, los trabajadores se trasladan preferentemente en automóvil propio al lugar de trabajo, aún tratándose de una localidad pequeña donde las distancias son cortas. Este comportamiento podría relacionarse con los hábitos de consumo que llevan a la utilización de bienes materiales de manera indiscriminada aún cuando la obtención del bien provenga de una necesidad probablemente de aprovechamiento del tiempo o debido a las inclemencias del tiempo en época invernal. Las mujeres representan la mayor proporción de trabajadores con nivel primario de educación, por lo tanto y en vista de la relación educación-ocupación-cargo, los trabajos que desempeñan en el Hospital corresponden mayormente a una baja calificación laboral como es el área de Servicios Generales. Por el contrario, los trabajadores varones reúnen la mayor cantidad de representantes con nivel universitario, terciario y secundario de

educación en relación a las mujeres, aún representando sólo una quinta parte del total de trabajadores. La mayoría posee vivienda propia; situación que podría estar relacionada con la implementación de programas provinciales de vivienda implementados en años anteriores en respuesta a períodos de crecimiento demográfico y la necesidad social de gran parte de los habitantes, aún vigente, cuya condición laboral y económica sería incompatible con los valores monetarios del mercado inmobiliario y los requerimientos de solvencia y estabilidad laboral que regulan el acceso a préstamos para la vivienda.

Resulta complejo deslindar la caracterización de los trabajadores a través de la información que aportan las variables intervinientes sin contemplar el contexto. Estas descripciones permiten dar cuenta, a su vez, de la estrecha vinculación entre el nivel individual de la conducta manifestado en el estilo de vida de los trabajadores y el papel de los factores macro. El estilo o forma de vida se gesta en lo cotidiano, a través de las ocupaciones y a través del tiempo que empleamos en las actividades que realizamos. Las decisiones corrientes en torno a la propia vida son modeladas por las posibilidades que nos brinda o no el medio sociocultural que habitamos, es decir que simultáneamente el contexto limita o amplía nuestras posibilidades de desarrollo.

El marco de los Determinantes sociales de la salud (DSS) de la OMS analiza estas interrelaciones refiriéndose a las decisiones políticas en materia económica y social, y atribuyendo las inequidades en salud poblacional a la distribución desigual en materia de dinero, recursos y poder (OMS, 2008). La economía de la región y del país, las gestiones políticas y en materia de estado, la legislación laboral y la cultura, tuvieron y tienen un papel relevante en la gestación y desarrollo del comportamiento

de estos trabajadores en la utilización del tiempo. Hubo un proceso de socialización y condición económica familiar que medió e intervino en el acceso a la calidad y nivel educativo que alcanzaron estos trabajadores, y por lo tanto a la ocupación y cargo en el que se desempeñan. Hubo también un modelo de familia tradicional vinculado a la división sexual del trabajo que mostró un padre proveedor y una madre cuidadora como pauta de identificación en estos procesos socializadores, y que hoy afecta la conducta actual de los trabajadores generando conflictos en la administración de los tiempos, en la vida familiar, en la satisfacción de las necesidades y en la calidad de vida (Arriagada, 2005). Puede apreciarse cómo en el curso de estos procesos es evidente la distribución de recursos, poder y dinero, como lo menciona el marco de los DSS. La posibilidad de acceder a calidad educativa mejora la perspectiva de desarrollo personal, y tal vez familiar y comunitario, no sólo porque posibilita mayores ingresos sino que fundamentalmente otorga poder de análisis, crítica e iniciativa para la gestión de la propia vida, de la salud y la búsqueda de bienestar.

El tema de la temporalidad y de la forma en que las personas ocupan su tiempo ha sido de interés para nuestra disciplina desde los comienzos de la profesión (Kielhofner; Shanon, citados por Crepeau, Cohn, & Schell, 2005). Incumbe a los terapistas ocupacionales la observación de los hábitos en la administración del tiempo y la medida en que éstos pueden indicar equilibrio y adaptación, o desequilibrio, y por lo tanto brindar información acerca del estado de salud de las personas. Es esencial para la salud lograr un equilibrio apropiado en la participación en diferentes áreas de ocupación a través de las actividades, así como reparar en la calidad de aquellos comportamientos que llenan el tiempo (Kielhofner; Shanon, citados por Crepeau et al., 2005). Al analizar el comportamiento de la variable

principal en los trabajadores del Hospital se ponen de manifiesto no solamente diferencias entre grupos sino también la tendencia a participar mayormente en algunas áreas de ocupación descuidando otras importantes y, por consiguiente originando desequilibrios que afectan el estado de salud. “La falta de equilibrio puede, por sí sola, constituir un fracaso en la vida saludable” (Crepeau et al., 2005, p.211). Por el contrario, la salud se asienta en el ritmo de las formas alternantes de actividad y reposo (Crepeau et al., 2005). Desde esta perspectiva sería conveniente, por ejemplo, que el grupo de mujeres pueda disponer de espacios de socialización a través de Amistades y actividades fuera del hogar, y dedique tiempo a Actividades Recreativas como los hacen los trabajadores sin hijos y el grupo de varones. No se considera saludable, por ejemplo, que los trabajadores sin hijos y los trabajadores varones empleen tiempo en extensas jornadas laborales en desmedro de la participación en Actividades Familiares, y de Crianza y tareas del hogar, para cada caso respectivamente. El estilo de vida de los trabajadores adopta diferentes formas determinadas en el nivel individual de la conducta y por las circunstancias de vida, como se describió anteriormente. El hecho de pertenencer a una sociedad y participar económicamente de la misma, nos ordena y condiciona según una serie de demandas de participación y de consumo poco compatible con las necesidades personales y de buena salud, generando conflictos y tensiones en la vida familiar (Arriagada, 2005). Estas situaciones dilemáticas en constante resolución conllevan un costo energético y de stress que puede afectar nuestra salud, al igual que el exceso de trabajo y la postergación de tiempos de ocio, esparcimiento y la atención de la propia persona.

En línea con las consideraciones anteriores que refieren a la vinculación entre un uso inapropiado del tiempo y los efectos negativos en la salud, se sugiere, para futuras investigaciones en el tema, considerar la teoría de la naturaleza ocupacional de los seres humanos de Ann Wilcock, autora australiana que en un interesante desarrollo identifica problemas ocupacionales específicos capaces de comprometer la salud, considerando la influencia del contexto (Crepeau, et al., 2005).

Bibliografía

Aguirre, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social.* Uruguay: UNIFEM. Recuperado el 23 de mayo de 2011, de http://www.ine.gub.uy/biblioteca/libro%20las%20bases%20invisibles.pdf

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79. Recuperado el 18 de junio de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-17/estudios-2.pdf

AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) (Traducción). *American Journal of Occupational Therapy*(62), 625-683.

Arriagada, I. (2005). *Los límites del uso del tiempo: dificultades para las políticas de conciliación familia y trabajo*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Irma_Arriagada_final.pdf

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico, Vol.10*(4). Recuperado el 17 de agosto de 2010, de http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf

Castellanos, P. L. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales.* Madrid: Mc Graw Hill. Recuperado el 20 de agosto de 2010, de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/422/42210503.pdf

Chavez Jiménez, R. & Cascante Loría, A. (2006). *Sistematización de los aspectos teóricos y metodológicos utilizados en el diseño y aplicación del módulo uso del tiempo en Costa Rica, Julio 2004.* San José: INAMU. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de http://virtual.inamu.go.cr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=52&limit=5&limitstart=5&order=hits&dir=DESC&Itemid=765

Crepeau, E. B., Cohn, E. S. & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Damián, A. (2005). La pobreza de tiempo. El caso de México. *Estudios Sociológicos, XXIII*(003), 807-843.

Gershuny, J. (1986). Estilo de vida, estructura económica y uso del tiempo. (CIS, Ed.) *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 38 / 87*, 163-191. Recuperado el 20 de febrero de 2013, de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_038_09.pdf

Kielhofner, G. D. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3a. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Milosavljevic, V. (2009). *Las Encuestas de Uso del tiempo en América Latina.* CEPAL. México: CEPAL. Recuperado el 18 de junio de 2013, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100996.pdf

Muñoz Muñoz, C. G. (2014). La labor de la Terpia Ocupacional en el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 14*(1), 73-80.

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La población total de trabajadores del Hospital Rural "John Evans" de la localidad de Gaiman (Chubut) entre 2013-2014 está conformada por 104 personas.

De acuerdo a la muestra (n=58), el personal presentó una distribución desigual según *sexo*: la población femenina (en adelante Mujeres) al menos duplica en proporción a la población masculina (en adelante Varones). La mayoría de ellos está casada, y tiene una *edad* promedio entre 39-40 años. Se trata de trabajadores Con hijos ($\bar{x}$=2,43) excepto para el caso de los trabajadores Varones solteros. La mayoría posee *vivienda* propia y reside en la localidad de Gaiman; dos tercios (2/3) de los trabajadores se traslada en automóvil propio para llegar hasta el lugar de trabajo. En relación a la *ocupación/profesión*, en el Hospital trabajan Administrativos; Agentes Sanitarios (T.C.S.T.); trabajadores del sector Servicios Generales (mucamas, cocinera, choferes, maestranza y otros); Enfermeros; Médicos; Profesionales no médicos y Técnicos en el área de salud (Psicóloga, Kinesiólogas, Trabajadora Social, Nutricionista, Fonoaudióloga, Odontólogos, Bioquímicos, Farmacéutico, Radiólogos y Operadores Terapéuticos). El sector de trabajadores de Servicios Generales es el área de ocupación que reúne mayor cantidad de trabajadores (40,36%). En relación al nivel educativo, la proporción de trabajadores Varones es mayor a la proporción de Mujeres con Educación Universitaria, Terciaria y Secundaria. Las Mujeres con Educación Primaria representan la mayor proporción dentro del mismo grupo de Mujeres. Respecto de los hábitos vacacionales, vacacionan en la zona o lo hacen en la localidad donde residen.

Sexo y Número de hijos representan características claramente condicionantes del estilo de vida que adoptan los trabajadores del Hospital a través del empleo del tiempo. También otras variables sociodemográficas reúnen información para caracterizar al menos en parte las circunstancias en que viven los trabajadores del Hospital de Gaiman (condiciones de vida), y que intervienen en los procesos determinantes del estilo de vida que desarrollan: el nivel educativo y la calificación laboral alcanzados por los trabajadores, y su relación con el nivel de ingresos; poseer vivienda propia, que otorga un nivel de seguridad social básico y significa disponer del salario para el consumo de otros bienes y servicios, y las familias biparentales donde ambos conyugues trabajan, y por lo tanto los trabajadores tienen la posibilidad de incrementar sus ingresos y también probablemente de compartir algunas responsabilidades y demandas de la vida familiar, en relación a los hogares con jefatura femenina.

Se pudieron identificar al menos cuatro patrones en el empleo y distribución del tiempo, en los trabajadores del Hospital:

- patrón de empleo del tiempo de los trabajadores *Mujeres* del Hospital
- patrón de empleo del tiempo de los trabajadores *Varones* del Hospital
- patrón de empleo del tiempo de los *trabajadores del Hospital Con hijos* (Mujeres y Varones)
- patrón de empleo del tiempo de los *trabajadores del Hospital Sin Hijos* (Varones)

El conjunto de *trabajadores Sin hijos* corresponde solamente a trabajadores Varones solteros representados por una pequeña proporción de respondientes. Por otro lado, el conjunto de *trabajadores Con hijos* comprende la totalidad de los trabajadores, de ambos sexos, excepto los Varones solteros (Sin hijos). Poco más del doble de los trabajadores de la muestra, son personas de sexo femenino, con hijos; y del conjunto de las *Mujeres* la tercera parte tiene nivel educativo primario y cerca de la mitad de ellas desempeñan su trabajo en al área de Servicios Generales del Hospital.

Patrón o hábitos en el empleo del tiempo de los trabajadores Mujeres y Varones:

Ambos grupos, *Mujeres* y *Varones*, dedican mayormente 6 a 7 horas diarias en el área DESCANSO; en tanto una parte de ellos, en proporciones similares en ambos grupos, emplean en DESCANSO 5 horas o menos. A diferencia de los *Varones*, una parte del grupo de *Mujeres* emplea 8 horas diarias o más para descansar. En el área TRABAJO ambos grupos emplean mayormente 6 a 8 horas diarias. Los trabajadores *Varones* en mayor proporción trabajan más de 8 horas diarias, en relación a las *Mujeres*; en tanto éstas trabajan de 4 a 6 horas diarias en mayor proporción que el grupo de *Varones*.

En el área AVD la mayoría de los trabajadores *Varones*, y de igual manera que las *Mujeres*, emplea de 1 a 2 horas en Actividades de Alimentación; en tanto una parte de ellos, a diferencia de las Mujeres, dedica más de 2 horas en esta actividad. En las Actividades de Higiene y de Vestido, ambos grupos de trabajadores se comportan de manera similar empleando diariamente una hora, y media hora o más

respectivamente. A diferencia de los *Varones*, mayor proporción de *Mujeres* emplea más de una diaria en Higiene.

En relación a las AIVD, el comportamiento del grupo de *Mujeres* se caracteriza por dedicar tiempo al Mantenimiento de la ropa en proporción apreciablemente mayor al grupo de *Varones*. También en mayor número dedican tiempo a Cocinar, Poner la mesa, Compras/Trámites, Limpieza de la casa y Crianza, en relación a los *Varones*. Por el contrario, la conducta de los *Varones* en esta área se caracteriza por dedicar tiempo al Cuidado de mayores o enfermos y de Mascotas en mayor proporción que el grupo de *Mujeres*. Ambos grupos en similar proporción participan de Actividades Religiosas y en Tecnología y Comunicación.

En el área de PARTICIPACIÓN SOCIAL, ambos grupos de asemejan en la dedicación a Actividades Familiares, aunque a diferencia de ellas, la totalidad de los *Varones* de la muestra emplea tiempo en estas actividades. El grupo de *Varones*, en proporción apreciablemente mayor al grupo de *Mujeres*, dedica tiempo diariamente en Amistades; y en menor grado también los *Varones* superan en número a las *Mujeres* que participan en Actividades Comunitarias.

Los *Varones* dedican tiempo en Actividades RECREATIVAS en proporción apreciablemente mayor al grupo de *Mujeres*. Ambos grupos en proporción similar emplean tiempo en Actividades EDUCATIVAS.

Trabajadores *Mujeres* y *Varones* se comportan de manera similar en relación al tiempo empleado en Actividades Familiares, EDUCATIVAS, y en las AIVD Tecnología y Comunicación y Actividades Religiosas. Por el contrario, ambos grupos se diferencian apreciablemente en la dedicación a Mantenimiento de la ropa,

Amistades, Cuidado de mayores o enfermos, Atención de Mascotas, Actividades RECREATIVAS y en Cocinar; y en menor grado en la dedicación Compras/Trámites, Actividades Comunitarias, Poner la mesa, Limpieza de la casa y Crianza.

Patrón o hábitos en el empleo del tiempo de los trabajadores Con hijos y *Sin hijos:*

El comportamiento de los trabajadores *Con hijos* en relación al empleo del tiempo se caracteriza porque la mayoría emplea de 6 a 7 horas diarias en Actividades de DESCANSO, igual que los trabajadores *Sin hijos*; pero a diferencia de estos últimos una parte del grupo descansa 4 horas o menos. En el área TRABAJO, los trabajadores *Con hijos* emplean mayormente 6 a 8 horas, en tanto una tercera parte del grupo emplea de 4 a 6 horas en actividades laborales. Por el contrario, los trabajadores Sin *hijos* dedican mayormente 6 a 8 horas y más de 8 horas en actividades laborales.

En el área AVD la mayoría de los trabajadores *Con hijos*, y de igual manera a los trabajadores *Sin* hijos, emplea de 1 a 2 horas en Actividades de Alimentación. En tanto en las Actividades de Higiene y de Vestido, los trabajadores *Sin hijos* emplean diariamente más tiempo que los que sí tienen.

En el área de AIVD el grupo de trabajadores *Con hijos* dedica tiempo a las actividades de Crianza, Compras/Trámites y Mantenimiento de la ropa en proporción apreciablemente mayor en relación a los que no tienen hijos. También emplean tiempo en Actividades Religiosas en mayor proporción que los trabajadores *Sin hijos*. En tanto el grupo de trabajadores *Sin hijos* se caracteriza por emplear tiempo en Actividades RECREATIVAS en proporción apreciablemente mayor en relación a los

trabajadores *Con hijos*. También los trabajadores *Sin hijos* participan en su totalidad en Tecnología y Comunicación, a diferencia de los que sí tienen; y también son mayoría en las actividades de Cuidado de mayores o enfermos. En menor grado ambos grupos se diferencian en el Cuidado de mascotas y Limpieza de la casa, actividades que en mayor proporción realizan los trabajadores Co*n hijos*. De forma similar en ambos grupos: *Con y Sin hijos*, la mayoría dedica tiempo a Cocinar alimentos y Poner la mesa.

En el área de PARTICIPACIÓN SOCIAL, casi la totalidad de los trabajadores *Con hijos* dedica tiempo a las Actividades Familiares, a diferencia de los que no tienen quienes en menor proporción dedican tiempo a estas actividades. En proporciones similares ambos grupos, emplean tiempo en Amistades y en Actividades Comunitarias.

La totalidad de los trabajadores *Sin hijos* emplea tiempo en Actividades RECREATIVAS, a diferencia de los trabajadores *Con hijos* que lo hacen en proporción apreciablemente menor. Ambos grupos en proporción similar dedican tiempo a Actividades EDUCATIVAS.

Trabajadores *Con* y *Sin hijos* se comportan de manera similar en relación al tiempo empleado en Cocinar, Poner la mesa, Actividades EDUCATIVAS, y en las actividades de Participación Social: Comunitarias y Amistades. Y, por el contrario, se diferencian apreciablemente en la dedicación a Crianza, Mantenimiento de la ropa, Compras, Actividades Religiosas y Actividades RECREATIVAS.

Tiempo (relativo) empleado en DESCANSO, TRABAJO, AVD, AIVD, Actividades RECREATIVAS, EDUCATIVAS y de PARTICIPACIÓN SOCIAL por los trabajadores del Hospital:

Los trabajadores del Hospital emplean mayormente, 6 a 7 horas diarias en DESCANSO, y 6 a 8 horas diarias en el área TRABAJO. En AVD, la mayoría emplea de 1 a 2 horas diarias en Alimentación, 1 hora diaria en Higiene y menos de media hora diaria en Vestido.

Las actividades con mayor participación por parte de los trabajadores del Hospital corresponden a: Actividades Familiares, Tecnología y Comunicación, Compras/Trámites y Transporte/Traslados, con una frecuencia diaria; y en menor grado en las actividades de Mantenimiento de la ropa, Actividades RECREATIVAS (semanales) y Amistades (diaria).

Las actividades caracterizadas por menor participación de trabajadores corresponden a las Actividades Comunitarias, Religiosas y Cuidado de mayores o enfermos; y en mayor grado en el Cuidado de mascotas y actividades EDUCATIVAS.

Consideraciones finales:

El estilo de vida de los trabajadores del Hospital, conocido a través de la distribución (que hacen) del tiempo, esto es, los patrones y formas de empleo del tiempo identificados en este estudio están condicionados, según el marco de los Determinantes Sociales de la Salud, por factores estructurales y por las condiciones de vida (OMS, 2008).

El desarrollo y la práctica de la profesión no deben perder de vista la influencia del contexto, como bien lo describen varios modelos teóricos en terapia ocupacional. Compete al terapista ocupacional, en tanto profesional de la salud:

- promocionar la salud y el desarrollo de hábitos saludables, incluso en la distribución y uso del tiempo, favoreciendo el empoderamiento de los individuos para el control de la propia vida / salud;

- incursionar y promover el desarrollo de la disciplina y el rol del terapista ocupacional en el ámbito de la salud pública.

La salud pública se presenta como un nuevo campo de acción para la terapia ocupacional. Esto significaría reorientar y ampliar las posibilidades de intervención desde lo individual hacia lo poblacional. "Esto requiere aceptar nuevamente dentro de la profesión que la ocupación tiene una influencia poderosa en la salud y que todos –los individuos sanos o enfermos, las comunidades y las poblaciones- deben formar parte del dominio de interés de la profesión" (Crepeau, Cohn, & Schell, 2005, p.32). Paralelamente emerge un nuevo paradigma de la ocupación: el social, que prepara el terreno para la acción *en* lo social, al concebir la ocupación en una dimensión sistémica compleja, que incluye lo económico, lo político, sanitario, cultural, en coherencia con la justicia y el bienestar de comunidades (Muñoz Muñoz, 2014).

Bibliografía

Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Médica Panamericana.

Muñoz Muñoz, C. G. (2014). La labor de la Terpia Ocupacional en el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 14*(1), 73-80.

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

OPS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aguirre, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social.* Uruguay: UNIFEM. Recuperado el 23 de mayo de 2011, de http://www.ine.gub.uy/biblioteca/libro%20las%20bases%20invisibles.pdf

American Psychologycal Association. (2002). Normas APA. *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association, 5.* México D.F.: El Manual Moderno. Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos%20C.E/Estudiantes/Referencia%20bibliogr%C3%A1ficas/Normas%20APA%20Sexta%20Edici%C3%B3n.pdf

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79. Recuperado el 18 de junio de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-17/estudios-2.pdf

AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) (Traducción). *American Journal of Occupational Therapy*(62), 625-683.

Arriagada, I. (2005). *Los límites del uso del tiempo: dificultades para las políticas de conciliación familia y trabajo*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Irma_Arriagada_final.pdf

Calvo, E. B. & Opazo, C. K. (2002). *Práctica integrada en enfermería comunitaria y hospitalaria. Historia de enfermería.* Comodoro Rivadavia. UNPSJB.

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico, Vol.10*(4). Recuperado el 17 de agosto de 2010, de http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf

Castellanos, P. L. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales.* Madrid: Mc Graw Hill. Recuperado el 20 de agosto de 2010, de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/422/42210503.pdf

Chavez Jiménez, R. & Cascante Loría, A. (2006). *Sistematización de los aspectos teóricos y metodológicos utilizados en el diseño y aplicación del módulo uso del tiempo en Costa Rica, Julio 2004.* San José: INAMU. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de http://virtual.inamu.go.cr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=52&limit=5&limitstart=5&order=hits&dir=DESC&Itemid=765

Crepeau, E. B., Cohn, E. S. & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional.* (10° edición. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Damián, A. (2005). La pobreza de tiempo. El caso de México. *Estudios Sociológicos, XXIII*(003), 807-843.

DEIS. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 15 de septiembre de 2013, de Establecimientos Públicos de Salud según Departamento y Nivel: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=224

DEIS. (2013). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 21 de enero de 2014, de Principales enfermedades epidemiológicas notificadas: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=294&Itemid=223

Dirección General de Estadística y Censos. (s.f.). Obtenido de http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=344&Itemid=97

Elizondo Armendáriz, J. J., Guillén Grima, F. & Aguinaga Ontoso, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables socidemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública, Vol. 79*(Nro. 5), 559-567.

Fonseca Villamarin, M. E., Maldonado Hernández, A., Pardo Olguín, L. & Soto Ospina, M. F. (2007). Adolescencia, Estilos de vida y Promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. *Umbral Cientıfico. Fundación Universitaria Manuela Beltrán*(Nro. 011), 44-57.

Recuperado el 27 de marzo de 2011, de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30401105.pdf

García Laguna, D. G., García Salamanca, G. P., Tapiero Paipa, Y. T. & Ramos C., D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de los jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud, vol. 17*(Nro. 2), 169-185.

Gershuny, J. (1986). Estilo de vida, estructura económica y uso del tiempo. (CIS, Ed.) *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 38 / 87*, 163-191. Recuperado el 20 de febrero de 2013, de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_038_09.pdf

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Condición de alfabetismo por área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=344

INDEC. (2010). *Direccción General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Hogares por Servicio sanitario, según municipios, comunas, total rural. Provincia de Chubut. Año 2010: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Hogares por procedencia de agua según municipios, comunas, total rural : http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Hogares por régimen de tenencia de la vivienda según área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos (Ch).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Nivel de instrucción alcanzado según área de gobierno local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=344

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Población por Sexo según área de Gobierno Local: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/Censo2010/poblacion/datos_oficiales_2010.pdf

INDEC. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Censo 2010. Viviendas particulares según CALMAT por municipio, comunas rurales: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=220

INDEC. (2012). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Sistema Estadístico Provincial: Información de municipios: Gaiman (Chubut): http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=146

INDEC-CELADE. (2010). *Dirección General de Estadistica y Censos.* Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de Tasa bruta de crecimiento vegetativo x 1000 nacidos vivos por períodos anuales por Departamento: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=310&Itemid=242

INDEC-DPE. (2010). *Dirección General de Estadística y Censos.* Recuperado el 13 de septiembre de 2013, de Mercado Laboral.Tasas de Actividad, Empleo, Desempleo: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=326&Itemid=255

INMUJERES. (2005). *Pobreza, género y uso del tiempo*. Recuperado el 11 de abril de 2011, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100719.pdf

Kielhofner, G. D. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3a. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos XVI:46*(87/Col), 37-67. Recuperado el 23 de mayo de 2012, de http://biblioteca.colmex.mx/revistas/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=86)

Milosavljevic, V. (2009). *Las Encuestas de Uso del tiempo en América Latina.* CEPAL. México: CEPAL. Recuperado el 18 de junio de 2013, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100996.pdf

Muñoz Muñoz, C. G. (2014). La labor de la Terpia Ocupacional en el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 14*(1), 73-80.

OMS. (1998). *Glosario Promoción de la salud.* Ginebra: OMS. Recuperado el 17 de noviembre de 2009, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS. (2008). *Determinantes Sociales de la salud. Conceptos Clave.* Recuperado el 4 de julio de 2010, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de junio de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

OPS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1994). *Investigación Cientıfica en Ciencias de la Salud.* México: Interamericana McGraw-Hill.

Pracilio, H. O. (2005). *La salud como producto social. Evolución de las ideas sobre salud y enfermedad.* Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Cs. Médicas. UNLP.

S.E.P. (2006). *Dirección General de Estadística y Censos (CH).* Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de Censo Nacional Económico 2004-2005: http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/archivos/informes_tematicos/primeros-result-comarcas.pdf

SIEMPRO-SISFAM. (2012). *SISCOM*. Recuperado el 12 de septiemre de 2013, de Sistema de Información de Comunas y Municipios: http://www.chubut.gov.ar/siscom/localidades.php?localidad=22

Solar Hornazabal, O., Bernales Baksai, P., Gonzáles Rodríguez, M. J., Ibañez Gericke, C. & Vidal, C. (2011). Asociación de la posición socioeconómica de los trabajadores y trabajadoras con las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y la equidad en salud. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado el 12 de abril de 2011, de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/EQUIDAD_BAJA.pdf

Vargas Oreamuno, S. (2011). *Los estilos de vida en la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2012, de http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf

ANEXO I

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

ANEXO II

Trelew (Chubut), martes 21 de junio de 2011

Sra. Directora del Hospital Rural Gaiman John Evans

Dra. Silvina Marcela Riachi:

Me dirijo a ud. a fin de solicitarle autorización para poder realizar el trabajo de campo correspondiente a mi tesina de pregrado en el Hospital Rural Gaiman John Evans.

El objetivo de dicha investigación es conocer el estilo de vida de las personas que trabajan en el Hospital de Gaiman, en relación a los hábitos cotidianos en el empleo diario del tiempo. Para ello será necesario que el personal complete un cuestionario anónimo.

Este trabajo constituye el requisito para poder graduarme en la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional; por ello será presentado a las autoridades del Departamento de Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Los resultados se darán a conocer a los directivos y personal del Hospital Rural Gaiman John Evans, y a toda persona o entidad interesada.

Desde ya, agradezco su colaboración.

Saluda atentamente.

María Florencia Rivarola

DNI 25085962

Introducción

El siguiente cuestionario es anónimo. La información que se recabe a través del mismo será utilizada para un trabajo de investigación en salud, con el objetivo de conocer en qué actividades se utiliza el tiempo y el estilo de vida de las personas.

Agradezco su colaboración desinteresada para poder realizar este trabajo de investigación.

Instrucciones

El Cuestionario tiene dos partes.

En la *Primera Parte* deberá completar algunos datos personales.

En la *Segunda Parte* se formulan afirmaciones referidas a diferentes actividades que se realizan durante el día y acerca del tiempo empleado en ellas. Ud. deberá completar eligiendo "una" de las opciones que se proponen debajo de la afirmación; aquella que mejor represente su situación.

Para responder a la afirmación relativa a las **actividades de higiene**, ud. deberá sumar los tiempos parciales empleados para peinarse, ducharse, cepillarse los dientes, etc. Luego, indique encerrando con un círculo la respuesta que corresponde al total de esa suma. De la misma manera, la **actividad de dormir, descansar**, implica sumar el tiempo de descanso nocturno más el tiempo empleado en dormir la siesta. Este procedimiento deberá repetirse en las afirmaciones acerca de **actividades de alimentación y actividades de vestido.**

Primera Parte

- COMPLETA LOS CASILLEROS.

Edad

☐ *años*

Número de hijos

☐ *hijos*

- ELIGE Y MARCA CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE MEJOR TE DESCRIBE.

Sexo

☐ *femenino*

☐ *masculino*

Estado civil

☐ *soltero*

☐ *casado*

☐ *divorciado*

☐ *viudo*

☐ *unido de hecho*

Lugar de residencia

- ☐ *Gaiman*
- ☐ Trelew
- ☐ *Rawson*
- ☐ *Dolavon*
- ☐ *28 De Julio*
- ☐ *Otro*

Vivienda

- ☐ propia
- ☐ alquilada
- ☐ prestada
- ☐ otro

Educación

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Terciaria
- ☐ Universitaria

Ocupación / Profesión

.....

Escalafón / Cargo que ocupa en el Hospital

- ☐ *Jerárquico / Directivo*
- ☐ *Administrativo*
- ☐ *Prestación de servicios de salud*
- ☐ *Prestación de servicios de limpieza / mantenimiento*
- ☐ *Otro. Especifique ¿Cuál?:* .....

Medio de transporte al lugar de trabajo

- ☐ *Automóvil propio*
- ☐ *Taxi / remis*
- ☐ *Colectivo*
- ☐ *Bicicleta*
- ☐ *Motocicleta*
- ☐ *Caminando*

Vacaciones

- ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS AL AÑO. INDIQUE LUEGO EN LUGAR DONDE LO HACE.

☐ *Días*

- ☐ *En la localidad donde reside*
- ☐ *En la zona*
- ☐ *En el resto del país*
- ☐ *Fuera del país*

Segunda Parte

- EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, ENCIERRE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.

.....

* **Diariamente** empleo en ***dormir, descansar y/o relajarme***.

Aclaración: La actividad de dormir o descansar, implica sumar el tiempo de descanso nocturno más el tiempo empleado en dormir la siesta.

a) menos de cuatro (4) horas

b) entre cuatro (4) y cinco (5) horas

c) entre seis (6) y siete (7) horas

d) ocho (8) horas o más

.....

* **Diariamente** empleo en ***actividades de higiene*** tales como bañarme, lavarme, usar el inodoro, peinarme, cepillarme los dientes, cortarme las uñas, depilarme, afeitarme, arreglarme.

Aclaración: En este caso deberá sumar los tiempos parciales empleados para peinarse, cepillarse los dientes, etc. Luego, indique encerrando con un círculo la respuesta que represente el total de esa suma.

a) una (1) hora

b) entre una (1) hora y dos (2) horas

c) más de dos (2) horas

.....

* **Diariamente** empleo en ***actividades de vestido*** tales como vestirme y/o desvestirme.

Aclaración: Sumar aquí el tiempo empleado en vestirse y desvestirse. Si lo hace más de una vez al día, deberá sumar los tiempos y elegir luego la respuesta que represente el total de esa suma.

a) menos de media (½) hora

b) media (½) hora

c) más de media (½) hora

* **Diariamente** empleo en ***actividades de alimentación*** tales como desayunar, almorzar, merendar, cenar y hacer colaciones.

Aclaración: Sumar aquí los tiempos parciales empleados para desayunar, almorzar, merendar, cenar y hacer colaciones.

a) entre una (1) y dos (2) horas

b) más de dos (2) horas

.....

* **Diariamente** empleo en ***preparar o cocinar alimentos.***

a) media hora (½) hora

b) entre una (1) y dos (2) horas

c) más de dos (2) horas

d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* **Diariamente** empleo en ***servir la comida, poner la mesa, levantar y/o lavar la vajilla.***

Aclaración: Sumar aquí los tiempos parciales empleados en servir la comida, poner la mesa, levantar y/o lavar la vajilla. Luego, indique encerrando con un círculo la respuesta que represente el total de esa suma.

a) menos de una (1) hora

b) una (1) hora

c) más de una (1) hora

d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* **Diariamente** empleo en la ***crianza*** (cuidar, asistir, educar, acompañar) ***de niños y/o adolescentes.***

a) menos de (3) tres horas

b) tres (3) horas

c) más de (3) horas

d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

* **Diariamente** empleo en el ***cuidado de adultos mayores y/o enfermos.***

  a) menos de tres (3) horas

  b) tres (3) horas

  c) más de tres (3) horas

  d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* **Diariamente** empleo en ***alimentar, pasear, cuidar mascotas.***

  a) menos de una (1) hora

  b) más de una (1) hora

  c) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* **Diariamente** empleo en ***transportarme***, ya sea conduciendo un automóvil, caminando, trasladándome en bicicleta, moto, usando transporte público de pasajeros (colectivo y/o taxi).

  a) menos de una (1) hora

  b) entre una (1) hora y dos (2) horas

  c) más de dos (2) horas

.....

* **Diariamente** empleo en ***actividades laborales (trabajar)***.

  a) cuatro (4) horas

  b) entre cuatro (4) y seis (6) horas

  c) entre seis (6) y ocho (8) horas

  d) más de ocho (8) horas

.....

* Realizo ***actividades recreativas*** (hobbies, deportes, ejercicio, tiempo libre).

  a) diariamente

  b) más de tres (3) horas por semana

  c) entre una (1) y tres (3) horas por semana

  d) no empleo tiempo en realizar este tipo de actividades

* Realizo la ***limpieza, arreglo general o mantenimiento de la casa.***

  a) diariamente, empleando menos de una (1) hora

  b) diariamente, empleando más de una (1) hora

  c) una (1) o dos (2) veces por semana

  d) más de dos (2) veces por semana

  e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* ***Lavo, plancho, guardo y/o arreglo ropa.***

  a) diariamente, empleando menos de una (1) hora

  b) diariamente, empleando más de una (1) hora

  c) una (1) o dos (2) veces por semana

  d) más de dos (2) veces por semana

  e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* Llevo a cabo ***actividades educativas*** como estudiar, participar en programas o cursos de formación sobre alguna temática o habilidad de interés personal.

  a) diariamente

  b) más de tres (3) veces por semana

  c) entre una (1) y tres (3) veces por semana

  d) a veces, circunstancialmente

  e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* Participo en ***actividades familiares*** (vida familiar, actividades de esparcimiento, tiempo compartido en familia).

  a) diariamente entre una (1) y dos (2) horas

  b) diariamente más de dos horas

  c) más de tres (3) horas por semana

  d) entre una (1) y tres (3) horas por semana

  e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

* Realizo ***actividades con compañeros o amigos.***

  a) diariamente

  b) más de tres horas por semana

  c) entre una y tres horas por semana

  d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* Participo en ***organizaciones barriales, comisiones vecinales, comisiones laborales, ONG, grupos de cooperación y ayuda comunitarios.***

  a) diariamente, entre una (1) y tres (3) horas

  b) entre una (1) y tres (3) horas por semana

  c) no empleo tiempo en realizar este tipo de actividades

.....

* Participo en ***actividades religiosas.***

  a) diariamente

  b) más de tres (3) veces por semana

  c) entre una (1) y tres (3) veces por semana

  d) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

* Realizo ***compras, mandados, trámites, pago de servicios (o prestaciones).***

  a) diariamente entre una y dos horas

  b) diariamente, más de dos horas

  c) más de tres (3) horas por semana

  d) entre una (1) y tres (3) horas por semana

  e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

* Utilizo / uso ***computadora, teléfono celular, smartphone, I pad o dispositivo de comunicación electrónico similar.***

a) diariamente, una (1) hora

b) diariamente, entre una (1) y dos (2) horas

c) diariamente, más de dos (2) horas

d) diariamente, tres (3) horas o más

e) no empleo tiempo en realizar esta actividad

.....

.....

Muchas gracias por el tiempo dispensado en completar este cuestionario.