

**CARACTERIZACIÓN DESDE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL
FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD DE UNA
POBLACIÓN CON OBESIDAD Y DIABETES QUE ASISTE AL SERVICIO
DE SALUD DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**MARIA ISABEL PARRA PEREA
MAYRA ALEJANDRA ROBAYO ROLDAN**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2014**

**CARACTERIZACIÓN DESDE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL
FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD DE UNA
POBLACIÓN CON OBESIDAD Y DIABETES QUE ASISTE AL SERVICIO
DE SALUD DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**MARIA ISABEL PARRA PEREA
MAYRA ALEJANDRA ROBAYO ROLDAN**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE TERAPEUTA
OCUPACIONAL**

**MARIA DEL PILAR ZAPATA
DOCENTE ACADEMICO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2014**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. JUSTIFICACION	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos específicos	12
4. MARCO TEORICO	13
5. DISEÑO DE METODOLOGIA	23
5.1 Tipo de Estudio	23
5.2 Población y muestra	23
5.3 Criterios de inclusión	24
5.4 Criterios de exclusión	24
5.5 Fases de la investigación	24
6.	
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	31

GLOSARIO

ACTIVIDAD: Realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

BARRERA: Es un obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad, afectando de esta manera a la plena integración social de esa persona

CIF: Clasificación internación del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud.

DEFICIENCIA: Anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa.

DIABETES: Conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre

DIFICULTAD: Obstáculo o inconveniente que impide o entorpece la realización o consecución de una cosa.

DISCAPACIDAD: engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación que presentan las personas al enfrentarse a situaciones vitales.

ESTRUCTURA CORPORAL: Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

FACILITADOR: La accesibilidad de un recurso, y si esa accesibilidad es constante o variable, de buena o mala calidad. Hace referencia a la característica que éste tiene para posibilitar, permitir, favorecer la ejecución y desempeño de una acción.

FACTORES AMBIENTALES: Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

FUNCIÓN CORPORAL: Funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

HABITOS: Tendencias adquiridas para responder y desempeñarse de manera automática en determinadas formas sistemáticas en ambientes o situaciones familiares.

LIMITACIÓN: Circunstancia o condición que limita o dificulta el desarrollo de una cosa.

OBESIDAD: Enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo

OCUPACIÓN: El hacer del trabajo, juego y actividades de la vida diaria, dentro de un contexto temporal, físico o socio-cultural.

PARTICIPACIÓN: Acto de involucrarse en una situación vital.

RESTRICCIÓN: Limitación o modificación.

ROLES: Actitudes y formas de comportarse que son internalizadas en la interacción con los demás.

RUTINA: Hábito que se adquiere al repetir una misma tarea o actividad muchas veces. La rutina implica una práctica que, con el tiempo, se desarrolla de manera casi automática, sin necesidad de implicar el razonamiento.

TEORÍA ECOLÓGICA: Teoría expuesta por Urie Bronfenbrenner que destaca la importancia crucial que tiene el estudio de los ambientes y las interacciones que en ellos y entre ellos se generan para la estructuración social, cultural, política y económica de una persona.

RESUMEN

Esta investigación busca contribuir en la comprensión de la problemática de la diabetes y obesidad, a través de la descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud de la población, aportando así un marco conceptual y un perfil integral de la persona, que proporcione una visión más amplia, holística y significativa. El objetivo general, es describir los componentes de la salud y los estados relacionados con la salud de una población con diagnóstico de obesidad y con diabetes, que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior, identificando las deficiencias en cuanto a funciones corporales, limitaciones y restricciones para participar en las actividades vitales y las barreras o facilitadores de los factores ambientales que influyen en el desempeño de la población. Dentro de los instrumentos para recolectar información, se diseñaron tres cuestionarios de evaluación basados en los dominios que señala la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad: Funciones y estructuras corporales, actividades y participación y factores ambientales, además de una lista de chequeo para las historias clínicas de los pacientes para dar cuenta de las estructuras corporales. Los cuestionarios y lista de chequeo se aplicaron a 45 personas entre 48 y 83 años. Al finalizar el trabajo de campo, se pudo constatar que las estructuras y funciones corporales que tienen mayores deficiencias en esta población son el aparato ocular, el sistema digestivo, metabólico y endocrino, el sistema cardiovascular y respiratorio y el sistema neuromusculoesquelético; las actividades en las cuales las personas tienen mayor limitación y restricción en la participación son movilidad, actividad de comer y vestirse la parte inferior del cuerpo y las relaciones íntimas; finalmente en el aspecto de factores ambientales, la población considera que las Pertenencias, más específicamente los productos y tecnologías, son el principal facilitador para ellos, mientras que las actitudes de amigos y conocidos son la principal barrera. Es de esta forma que la Terapia Ocupacional conjuga estos tres (3) elementos para definir el desempeño ocupacional de esta población, relacionando la información obtenida y entrelazando las características de la persona, las actividades que ésta desarrolla y los entornos en los cuales se ve inmerso, para determinar el perfil ocupacional de la persona con obesidad y diabetes. Se concluye y se realizan recomendaciones para hacer frente a las necesidades encontradas en esta investigación.

Palabras clave: Desempeño, Ocupación, Salud, Diabetes, Obesidad, CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento y la discapacidad), Funciones corporales, Estructuras corporales, Actividad, Participación, Ambiente.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la Salud¹ en el 2012, la obesidad y la diabetes fueron dos de las tres enfermedades que aumentaron su incidencia en los 194 países estudiados, convirtiéndose en enfermedades catalogadas como males planetarios, no solo de países desarrollados. Es preocupante el hecho de que cada vez aumenta la incidencia y consecuencias de estas enfermedades, a pesar de encontrarse gran cantidad de información al respecto, la cual muestra una interrelación evidente. Ante este argumento uno podría preguntarse ¿Porqué, a pesar de encontrar muchos datos en los medios de comunicación, no ocurren cambios frente a la aparición y desarrollo de estas enfermedades?

Esta investigación busca contribuir en la comprensión de la problemática a través de la descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud de este grupo poblacional aportando así un marco conceptual y una caracterización integral de la persona que proporcione una visión más amplia, holística y significativa.

Esta visión la permite la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud², la cual proporciona información sobre el diagnóstico unida al funcionamiento. Es en este sentido que esta investigación organiza la información obtenida de la población con obesidad y diabetes en dos partes: la parte I trabaja el funcionamiento y la discapacidad, la cual a su vez se subdivide en el componente cuerpo y el componente actividades y participación; y la parte II que aborda los factores Contextuales, la cual se subdivide en Factores Ambientales y Factores personales.

¹ YÁÑEZ, Cecilia. OMS alerta que obesidad, hipertensión y diabetes ya son un problema mundial. En: La tercera. [en línea]. N°. 22612 (2012) < <http://diario.latercera.com/2012/05/17/01/contenido/tendencias/16-108622-9-oms-alerta-que-obesidad-hipertension-y-diabetes-ya-son-un-problema-mundial.shtml> > [citado en 6 de octubre de 2013]

² Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España: 2001. P. 6- 9

1. JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas asociadas a la nutrición (ECN) son en la actualidad las principales causas de enfermedad y muerte en la mayor parte del mundo, entre estas patologías se encuentran la obesidad y la diabetes, por las cuales según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, mueren cerca de 35 millones de personas y se prevé que para el año 2030 esas cifras aumenten un 40%.

En Colombia, estas enfermedades desplazaron a la violencia como principal causa de muerte, debido a que se calcula que “200.000 personas mueren al año a causa de dichas patologías”⁴. Lo preocupante es que, a pesar de que estas son enfermedades prevenibles, se han convertido en una pandemia mundial, ¿Por qué sucede esto? ¿Sera que las investigaciones sobre las personas que tienen obesidad y diabetes, posiblemente, no están teniendo en cuenta todos los componentes que las constituyen y por ende no se ha comprendido en su totalidad los estados relacionados con la salud de este grupo poblacional?

En la revisión bibliográfica que se realizó, se evidencia que existen más de 1000 investigaciones relacionadas con la obesidad y la diabetes, en la cuales se encuentra que estas patologías son muy bien conocidas y estudiadas de acuerdo a varias categorías, como son las que se especifican a continuación (con dos ejemplos):

Fisiológico:

- Complicaciones de la obesidad, L. Forga, E. Petrina y J.J Barbería⁵
- Complicaciones Oculares, Raúl Rodríguez Barrios y María J. Massera⁶

Epidemiológico:

- Epidemiología de la obesidad, Claudia P. Sánchez⁷
- Diabetes y Obesidad. Estudio en un área de salud. Iván Justo Roll y Neraldo Orlandi⁸

³UNIVERSIA. Obesidad y diabetes principales causas de muerte [en línea] <<http://noticias.universia.net.co/en-portada/noticia/2012/07/11/949979/obesidad-diabetes-principales-causas-muerte.html>> [citado en 6 de Octubre de 2012]

⁴CARACOL RADIO. Obesidad, hipertensión y diabetes desplazaron a la violencia como principal causa de muerte en el país. [En línea] < <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/obesidad-hipertension-y-diabetes-desplazaron-a-la-violencia-como-principal-causa-de-muerte-en-el-pais/20120709/nota/1719279.aspx>> [citado 7 de Octubre de 2012]

⁵ FORGA, L., PETRINA, E., BARBERÍA J.J. Complicaciones de la obesidad [En línea] <http://www.valium.es> [citado el 08 de Marzo de 2014]

⁶ RODRIGUEZ BARRIOS, Raul, MASSERA, María J. Complicaciones oculares. [En línea] www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap15.pdf [citado el 08 de Marzo de 2014]

⁷ SÁNCHEZ, Claudia. PICHARDO Edgar. LÓPEZ, Patricia. Epidemiología de la obesidad. En: Medhigrafic [en línea]. Vol. 140, No. 2/ 2004; P. 3- 20 <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>> [citado 8 de Octubre de 2012]

⁸ ROLL, Iván. GONZÁLEZ, Neraldo. Diabetes y obesidad. Estudio en un área de salud. En: scielo [en línea]. Vol.2, No.5-6/ 2005. P. 1- 3

Morbi-Mortalidad:

- Diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica. Guerrero Romero, Jesús Fernando; Rodríguez Morán, Martha⁹.
- Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Antonio R. Villa.¹⁰

Farmacología:

- Tratamiento farmacológico de la obesidad. R. Gomis Barbará
- Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, Nº 1/2008. Elena del Olmo González.

Calidad de vida (costos):

- La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Miguel Ruiz-Ramos.
- Programa piloto municipal "mejorar la calidad de la vida del diabético". Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. Alberto Quirantes Hernández.

Factores de riesgo:

- Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. Segundo Seclén
- Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. Dr. Isaac Salama Benarroch

Estudios tales como éstos, sobre la epidemiología de la obesidad, donde se especifica la comorbilidad de la obesidad en una población específica y estudios sobre la asociación directa entre la diabetes mellitus y la obesidad, son un ejemplo de ello, existiendo similares, miles en el mundo.

Dentro de esta bibliografía se encontró una investigación interesante de los doctores Ludwig J. y Sanbonmatsu¹¹, que describe la relación directa que tiene el contexto físico del barrio con la obesidad y la diabetes, pero deja de lado la incidencia que presentan los factores sociales y culturales del entorno barrial sobre las personas con obesidad y diabetes, así como las restricciones que

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000500006&script=sci_arttext> [citado 8 de Octubre de 2012]

⁹ GUERRERO ROMERO, Jesus Fernando, RODRIGUEZ MORÁN, Martha. En: Biblioteca virtual EM SAUDEM. [En línea] <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=202977&indexSearch=ID>> [citado 08 de Marzo de 2014]

¹⁰ VILLA, Antonio R. En: revista en línea Medigraphic. [En línea] <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042c.pdf>> [citado el 8 de Marzo de 2014]

¹¹ LUDWIG J. SANBONMATSU L. GENNETIAN L. Barrio, Obesidad Y Diabetes. En: revista de medicina online [en línea]. Vol. 19, Nº 325 / 2011. P. 1 <<http://norefieri.com.ar/2012/02/barrio-obesidad-y-diabetes>> [citado 8 de Octubre de 2012]

genera dicho entorno para participar en actividades, consideradas vitales, para este grupo poblacional.

Por esto es posible concluir que dichos estudios se orientan principalmente hacia estas categorías, dejando de lado aspectos importantes como la relación con las actividades que desarrollan las personas y lo que éstas implican (en términos de movilidad, transporte, uso de herramientas) así como los contextos en los cuales éstas personas participan (social, cultural, físico). Cuando se indaga sobre estudios, que caractericen integralmente esta población, se halla escasa bibliografía, que no da cuenta de la complejidad del ser humano.

Por todo lo anterior, se hace necesario desarrollar una investigación que tome en cuenta las características de esta población, sin dejar a un lado todos los estados de salud y estados relacionados con la salud, con el fin de tener una visión holística de la situación de la persona con estas enfermedades. Para esto, es necesario indagar enfoques conceptuales que referencien las condiciones de salud de la población y los estados relacionados con la salud, y para ello el grupo de investigación tomará como marco para diseñar sus instrumento y realizar la caracterización, la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud, (CIF), “aprobada el 22 de mayo del 2001 según resolución WHA54-21 para ser empleada a nivel internacional, esta herramienta se estructura desde un modelo biopsicosocial, y permite abarcar todos los aspectos de la salud y algunos componentes del bienestar relevantes para la salud, se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, favoreciendo una mirada integral de la persona”¹²

¹² Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de lo referenciado en puntos anteriores, es posible determinar que actualmente, las investigaciones acerca de las personas con obesidad y diabetes abordan en mayor medida las áreas epidemiológica, fisiológica, farmacológica (entre otras) de estas patologías, mientras que otras (minoría) se enfocan “en los espacios físicos donde aparece la enfermedad”¹³, así como los costos que implican y que tienen impacto en la calidad de vida de este grupo poblacional¹⁴. El problema radica en que la proporción de investigaciones que tienen una mirada amplia frente a las personas con esta condición de salud, es muy bajo y no permiten relacionar todos los aspectos de la salud y algunos componentes del bienestar relevantes para la salud, por lo cual no se concibe una mirada holista de la condición de salud que tiene la persona. Por estas razones se hace necesario contribuir a describir en términos de dominios de salud y dominios relacionados con la salud la condición de salud de las personas con obesidad y diabetes, siendo en este sentido que surge la pregunta: ¿Cuáles son los componentes de la salud y los estados relacionados con la salud de una población con diagnóstico de obesidad y diabetes, que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior?

¹³ ALMANZA, Julio César. BLANCAS, Gerardo. GARCÍA, Rebeca. ALARCÓN, Francisco. CRUZ, Miguel. Leptina y su relación con la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. En: Unidad de Investigación Médica en Bioquímica. [en línea]. N°. 8 (2005). Disponible en: < <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086m.pdf>> [citado en 10 de octubre de 2012]

¹⁴ RUIZ-RAMOS, Miguel. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. [En línea]. Disponible en: <<http://sepsas.es/informe2006/p1-2.pdf>> [citado el 08 de Marzo de 2014]

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir los componentes de la salud y los estados relacionados con la salud de una población con diagnóstico de obesidad y con diabetes, que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las deficiencias en cuanto a estructuras y funciones corporales de la población con obesidad y con diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior.
- Identificar las limitaciones y las restricciones para participar en las actividades vitales de la población con obesidad y con diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior.
- Identificar las barreras o facilitadores de los factores ambientales que influyen en el desempeño de la población con obesidad y con diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior.

4. MARCO TEORICO

En la actualidad, es necesario tomar la obesidad, desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta que no es una simple patología, sino que son personas que padecen una enfermedad y sufren las consecuencias de la misma, día a día. Desde esta visión, nos preguntamos ¿Por qué la gente desarrolla sobrepeso? Para responder a esta pregunta, es importante definir el sobrepeso. La OMS¹⁵ lo explica como una condición que implica un Índice de masa corporal igual o superior a 25, el cual se convierte en obesidad cuando llega 30 o lo supera. Diversas investigaciones definen, que “algunas personas tienen una tendencia genética a ganar peso con más facilidad que otras, porque queman calorías más lentamente, por lo que se considera que la obesidad se suele dar por familias”¹⁶.

Aunque los genes influyen mucho sobre el tipo y el tamaño corporal, el ambiente y/o entorno también desempeña un papel importante, lo cual se evidencia en las particularidades culturales que proporciona la cultura occidental en torno a los hábitos alimenticios, “los cuales se caracterizan por un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población, y cualitativamente, se caracterizan por una dieta, rica en proteínas y grasas de origen animal”¹⁷; a causa de lo anterior, hoy en día, mucha gente está ganando peso y consigo enfermedades que influyen directamente en la calidad de vida de las personas.

Sustentando la idea anterior, y retomando la Teoría Ecológica de Bronfrenbrenner se busca explicar “la influencia que tienen los ambientes en el desarrollo del sujeto, los cuales rodean al individuo e influyen en la formación del mismo. Esta perspectiva concibe el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y organizadas en diferentes niveles, en donde cada uno de ellos contiene al otro; estos niveles se clasifican en: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema”¹⁸. Los anteriores sistemas hacen referencia a los diversos entornos en los que se desenvuelve la persona; en el caso del microsistema, hacen parte del mismo, la persona, la familia y los amigos más cercanos, en el mesosistema, se encuentra los vecinos, el colegio y el lugar de trabajo, en el exosistema se ubica el barrio y la comunidad en

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Obesidad y sobrepeso [En línea].

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>> [citado en 11 de octubre de 2012]

¹⁶ TEENS HEALTH. GAVIN Mary L, MD, Cuando el sobrepeso es un problema de salud. [En línea].

<[#>](http://kidshealth.org/teen/en_espanol/nutricion/obesity_esp.html) [citado en 11 de octubre de 2012]

¹⁷ U PORTAL FITNESS. URIARTE, Segismundo. Los hábitos alimentarios. [En línea].

<<http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=1967>> [citado en 11 de octubre de 2012]

¹⁸ FRÍAS, Martha. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Brasil: Red Estudios de Psicología, 2006. P. 16 -17

general, y en el macrosistema se encuentran las políticas que rigen al país, los servicios de salud, etc.

Con lo dicho anteriormente se puede relacionar tanto la obesidad, como la diabetes con los sistemas en los que se desenvuelve la persona, debido a las interacciones presentes dentro y entre aquellos entornos formados por factores, como los intrapersonales: constituidos por pensamientos, sentimientos, actitudes y/o comportamientos de cada individuo (hábitos de vida saludable); los factores familiares: representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales, educación saludable y los factores culturales: como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social. Destacando que “los padres como modelos de comportamiento son una fuente de primera importancia para tomar decisiones saludables, teniendo un consumo más saludable de alimentos y promoviendo una actividad física regular”¹⁹. Con base en lo explicado en este párrafo, se evidencia la integralidad del ser humano y la interacción directa que existe entre el mismo y los sistemas y/o entornos que desarrolla el modelo ecológico, por lo que sería ilógico visualizar al individuo, tan solo desde la parte biológica y fisiológica, teniendo en cuenta que este se desenvuelve dentro de un entorno cultural, físico y social, que le provee características específicas de su comportamiento.

Por otro lado, la obesidad y los cambios de peso a través del tiempo, están fuertemente asociados con la diabetes. “El aumento en las tendencias de obesidad que empiezan en la niñez y adolescencia implica que la diabetes comenzará a afectar cada vez a grupos poblacionales más jóvenes, incidiendo sobre las personas durante su período de vida económicamente activo (20-64 años)”²⁰. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS)²¹, estima que 1.1 millones de personas fallecieron a consecuencia de la diabetes y la obesidad en el año 2005, y adicionalmente se espera que esta cifra aumente en un 50% en los próximos 10 años. En la actualidad, “en Colombia existen 12 millones de personas con sobrepeso u obesidad y hay cerca de 1 millón de personas con diabetes y dos millones de individuos con hiperglucemia de ayuno o intolerancia a los carbohidratos, entidades que preceden a la diabetes tipo 2”²².

¹⁹ CABELLO, Martha Leticia, ZÚÑIGA, José Guillermo. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. En: Ciencia Uanl [En línea]. No. 2 (Abril-Junio 2007) <<http://eprints.uanl.mx/543/1/OBESIDAD.pdf>> [citado en 12 de Octubre de 2012]

²⁰ CARRASCO, Elena. PÉREZ, Francisco. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. En: scielo [en línea]. Volumen. 132, N°. 10/ 2004. P. 1-3 <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004001000005&script=sci_arttext> [citado en 12 de Octubre de 2012]

²¹ BAPTISTA Héctor. Obesidad y diabetes. En: Medigraphic [En línea] Vol. 13, N° 4/ 2006 P. 186-187 <<http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2006/ms064i.pdf>> [citado en 15 de Octubre de 2012]

²² UNIVERSIDAD D CALDAS. Sobrepeso y obesidad, Sobrepeso y obesidad incrementan la epidemia de diabetes tipo 2. [En línea] <http://www.ucaldas.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=230:contacto-saludable&id=149> [citado en 12 de Octubre de 2012]

Hay que añadir que, “la diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fábrica de una calidad inferior. La insulina, es una hormona producida por el páncreas y es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre”²³. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. A parte de las implicaciones fisiológicas que tiene esta enfermedad, se encuentra que “impone una grave carga sobre las personas que la padecen y sus familias, produciendo un impacto negativo sobre el bienestar emocional y las relaciones sociales que se entretienen a nivel familiar”²⁴. Igualmente, Roberto Baechler R²⁵, enuncia que la obesidad, la vida sedentaria, el tabaquismo, ser hijo de padres diabéticos y/o tener una intolerancia a la glucosa constituyen factores de riesgo de Diabetes mellitus tipo 2.

La prevalencia de la diabetes mellitus (DM) se ha incrementado ostensiblemente en los últimos 25 años. Distintos estudios, basados en la prevalencia de diabetes conocida en países de diferentes regiones del mundo, prevén que para el año 2030 el número de personas con diabetes podría ser de 366 millones. “La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la forma más común, supera el 90% del total de la diabetes. La aparición y progresión de las complicaciones crónicas de esta patología son los principales determinantes de importancia como problema de salud y de la mayor parte de los costes sanitarios y sociales”²⁶.

Durante la historia de la humanidad ha venido cambiando la percepción sobre obesidad y diabetes, al igual que sobre las posibles características asociadas a estas patologías; en la antigua Grecia, Hipócrates reconoció que “las personas que tienen una tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas, siendo este el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita hace más de 2000 años”^{27,28}. Años más tarde el gran filósofo Platón proclama

²³ DMEDICINA. Enfermedades: diabetes [En: El mundo. Es]. <<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>> [citado en 15 de octubre de 2012]

²⁴ SNOEK, Frank. Comprender el lado humano de la diabetes. Diabetes y sociedad. En: Diabetes Voice [en línea]. Volumen 47 N° 2 (2002) <http://www.diabetesanmed.com/Educadores/Articulos/Comprender_el_lado_humano_de_la_diabetes.pdf> [citado en 15 de octubre de 2012]

²⁵ BAECHLER, Roberto. MUJICA, Verónica. AQUEVEQUE, Ximena. RAMOS, Alex. Prevalencia de diabetes mellitus en la VII Región de Chile. En: SCIELO [en línea]. Volumen 12 (2002) <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872002001100008&script=sci_arttext> [citado en 16 de octubre de 2012]

²⁶ ROURA, Olmeda. MATA, Cases. CANO, JF. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus. Barcelona España. Aten Primaria. En: Elsevier [en línea]. Volumen 35 N° 05 (2005) <<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/nuevas-perspectivas-tratamiento-diabetes-mellitus-13072785-editoriales-2005?bd=1>> [citado en 18 de octubre de 2012]

²⁷ Melvin H. Williams. Nutrición para la salud, la condición física y el deporte: Para la salud, la condición física y el deporte, 2003. pág. 328. [citado en 8 de Marzo de 2014]

²⁸ Basilio Moreno Esteban, Susana Monereo Megías, Julia Á lvarez Hernández. Obesidad: La epidemia del siglo XXI. publicado por Ediciones Díaz de Santos, 2000. pág. 191. [citado en 8 de Marzo de 2014]

una certera observación sobre la alimentación y la obesidad al señalar que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida.²⁹ A mediados de la Edad Media, Avicena dedica un capítulo de uno de sus libros: el canon de la medicina, a la obesidad. Y dice " la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo... los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire... estos pacientes tienen un riesgo de muerte súbita... son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, palpitaciones, diarreas, mareos... los hombres son infértiles y producen poco semen... y las mujeres no quedan embarazadas, y si lo hacen abortan, y su libido es pobre". En la segunda mitad del siglo XX En Estados Unidos, se produce un súbito cambio del ideal de belleza femenino entronizándose figuras femeninas andróginas, de extrema delgadez; Como consecuencia, la obesidad sufrió una estigmatización social y cultural. Solo hasta el año 1999 en la Declaración de Milán, los países pertenecientes a la Unión Europea asumieron que la Obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, reumatológicas, digestivas, endocrinas, etc.). En 2002, la Organización Mundial de la Salud, en su resolución WHA 55.23, desarrolló la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física, y Salud, que fue aprobada por los estados miembros en mayo de 2004 (Resolución WHA 57.17), momento en el que se etiquetó a la Obesidad como " epidemia del siglo XXI"³⁰.

En el caso de la diabetes, el descubrimiento del término fue acuñado probablemente por Apollonius de Memphis alrededor de 250 A.C. En 1921 Sir Frederick Grant Banting y el Mejor de Charles Herberto demostraron que podrían invertir la diabetes inducida en perros dándoles un extracto de los islotes de Langerhans pancreáticos de perros sanos, descubriendo la Insulina; y finalmente, en 1936 Sir Harold Percival (Harry) Himsworth en su trabajo publicado distinguió la diabetes tipo 1 y la diabetes 2 como diversas entidades³¹.

Ahora bien, debido a que las investigaciones revisadas se han volcado en realizar una mirada centrada en lo eminentemente médico y unas pocas en el contexto, las investigadoras consideran relevante realizar un recorrido teórico por las bases conceptuales de los modelos biomédico y biopsicosocial; este último será el que se implementará en la presente investigación, por considerarse que brinda los elementos que permite comprender de forma integral la condición de salud de esta grupo poblacional.

²⁹ Margarita Alonso. La alimentación y la nutrición a través de la historia, pag 329, 330, 331. [citado en 8 de Marzo de 2014]

³⁰ Tomayconza Hever Falcon. Historia de la obesidad en el mundo. Tomado de <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>. [citado en 8 de Marzo de 2014]

³¹ Dr. Ananya Mandal. Historia de la Diabetes. Tomado de revista News Medical <[http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)>. [citado en 8 de Marzo de 2014]

MODELO BIOMÉDICO Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Modelo biomédico³²: Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad. Así el mundo se divide entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en este método.

Características del modelo biomédico:

- Se basa en una concepción patologista: es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre profesional y paciente.
- Es reduccionista: fenómenos extremadamente complejos (como padecer una diabetes) se reducen a sus componentes más elementales en otro nivel (por ejemplo las alteraciones bioquímicas de la diabetes).

Es curativo: la competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.

- Es objetivo: esto supone que el profesional deja por fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que su paciente. Así mismo los pacientes también tienen incorporado este modelo objetivo por lo tanto demandan del médico respuestas precisas, certeras.
- Mente / cuerpo: existe la idea de la división mente/cuerpo, esto determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los psiquiatras o psicólogos se ocupan de lo psicológico.
- Diagnóstico biológico: el diagnóstico se hace sobre la base de procedimiento de tipo biológico. Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico, pero generalmente al paciente se le dice que no tiene nada.
- Territorios: se establecen barreras disciplinarias (especialidades) y el paciente queda destrozado en partes que pertenecen a cada especialidad.
- Tratamiento: el tratamiento se considera generalmente externo al paciente. Se supone que los pacientes deben ser pasivos y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.

³² CEITLIN J, GÓMEZ GASCÓN T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. SemFYC. 1997.

Es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud, específicamente con las partes biológicas estructurales y funcionales de las personas, como lo hace la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)³³, la cual se utiliza para recolectar información sobre la salud en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En particular, se emplea en la clasificación de enfermedades, accidentes, razones de consulta médica y otros problemas de salud notificados a los diversos tipos de registros de salud, pero se deja de lado algunos aspectos relevantes sobre todos los estados relacionados con la salud, los cuales son definidos por la Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad, como las funciones y estructuras corporales del individuo, las actividades y la participación en las mismas y los factores ambientales en los que se desenvuelve la persona.

Modelo biopsicosocial³⁴ es un modelo de salud integral que plantea que los factores biológicos, psicológicos (lo que implica pensamientos, emociones y conductas), y factores sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad o la percepción de enfermedad. Implica, pues, que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano incluidos sus determinantes sociales y, por tanto, los económicos.

Existen profesiones en la actualidad que están adheridas a un modelo conceptual de enfermedad que ya no es adecuado, pues las nuevas tareas y responsabilidades que demandan al profesional tanto en lo social, en lo preventivo, cambios de estilo de vida, cuidado de la calidad de vidas, atención de la enfermedad crónica y de la muerte, exigen una mirada abierta a muchas posibilidades y situaciones.

Características del modelo biopsicosocial:

- La salud y la enfermedad son un continuo: las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud es un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Panamerican Health Organization, World Health Organization. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). [En línea]. <<http://publications.paho.org/product.php?productid=990&cat=85&page=1%20>> [Citado en 18 de Octubre de 2012]

³⁴ BORRELL Francesc, El modelo biopsicosocial en evolución. En: Grupo Comunicación y Salud. [En línea]. Volumen 119 N° 5 (2009) <<http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]

biológicos, psicológicos, sociales, culturales familiares y ambientales. La función del profesional es cuidar la salud.

- Existen opciones: se reconocen varias opciones, como tener una enfermedad y no sentirse enfermo, tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo, sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable. Sin embargo todos éstos pueden ser paciente. Se pasa de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente.
- Diagnóstico: incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales. Se espera modelos de pensar la salud que incluyan la complejidad. Es necesario que el profesional se forme como un experto entrevistador, ya que los pacientes hablan según quien los escuche. El diagnóstico debe ser contextualizado tomando en cuenta la familia, la red social, la relación profesional-paciente o la relación con el sistema de salud. La enfermedad entonces se inserta en el acontecer de la vida.
- La relación médico-paciente: el médico participa junto con el paciente en la definición del problema; tiene en cuenta a la familia y piensa la relación en términos triangulares (profesional – paciente – familia). Permite al profesional tener una perspectiva más amplia de la vida del paciente e incluso a veces ayuda a mejorar la relación del paciente con su familia.
- El profesional como facilitador: como el concepto de salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedades, el rol del profesional se amplía cuando su tarea también implica la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias, educa facilitando que las personas asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y conservación de su salud.

La transición de un modelo biomédico a uno biopsicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados. “Es un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la educación médica”³⁵.

Para esta investigación se tomará la perspectiva del modelo biopsicosocial, debido a que brinda las bases conceptuales necesarias que se abordan durante el proceso de investigación, abarcando como premisa principal que “la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y

³⁵ IBIT. P. 4

relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales”³⁶. Igualmente, durante el desarrollo de la misma, se tendrá en cuenta el enfoque humanista, que plantea Maslow y Rogers, evidenciando a la persona desde la experiencia singular del individuo. “El humanismo propicia, promueve y contribuye a la formación integral del hombre. Este humanismo tiene que ver con el conocimiento del hombre mismo y la realización de su ser. Debe integrar en el hombre: pensamiento, sentimiento y voluntad. La corriente humanista busca que el hombre se forme como ser humano y propicie la realización de los demás seres humanos. Es el lugar donde se forma al hombre auténtico. El humanismo, en general, es un comportamiento o una actitud que exalta al género humano. Bajo esta concepción, el arte, la cultura, el deporte y las actividades humanas generales se vuelven trascendentes”³⁷.

Por lo que el ser humano debe ser tomado como una totalidad, y no se puede concebir en partes fragmentadas, el hombre busca su autorrealización y trascendencia, elige y toma decisiones, es quien construye su propia vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, comprendemos que el ser humano es un ser complejo, que “se define desde la complejidad de cada órgano, cada familia, cada organización, cada sociedad, cada ecosistema, debido a que es un sistema vivo, interconectado a varios componentes”³⁸.

La complejidad del hombre está determinada en un momento por la familia, las organizaciones y la sociedad a la cual pertenece; Este componente del enfoque global del ser humano, lo brinda las ciencias sociales, debido a que “identifica al hombre, como un ser social por naturaleza, el cual necesita vivir en comunidad para satisfacer sus necesidades”³⁹, se fundamenta en la descripción de la interacción del hombre, la sociedad y el medio natural, y la importancia que tiene esta interacción en el establecimiento de las normas y características propias de cada cultura. Lo cual brinda las bases teóricas para comprender porque una persona es aceptada o no dentro de una sociedad específica.

En un segundo momento, “la complejidad del ser humano está definida desde la complejidad de su mente, su conciencia y sus funciones fisiológicas, lo cual explica científicamente la evolución del hombre, sus componentes naturales y sus procesos de adaptación”⁴⁰; Al igual que reconoce en el

³⁶ Uip Imsero. Evolución Histórica De Los Modelos En Los Que Se Fundamenta La Discapacidad. <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/37258/52_.pdf> [Citado en 7 de Marzo de 2014]

³⁷ MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, Miguel. La Psicología Humanista como Nuevo Paradigma Psicológico. Caracas, Venezuela. <<http://prof.usb.ve/miguelm/lapsicologiahumanistacomonuevoparadpsic.html>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]

³⁸ TORRES SOLER, Luis Carlos. La complejidad humana. Bogotá, Colombia. Pág. 1- 34 <<http://disi.unal.edu.co/~lctorress/tgs/Tgs003.pdf>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]

³⁹ LUENGO Enrique. La complejidad humana: aportaciones desde la sociología. Junio 2009, Pág. 2 <<http://www.pensamientocomplejo.com.ar/homenaje/galeria/wp-content/uploads/Luengo-Enrique-La-complejidad-humana-aportaciones-desde-la-sociologia.pdf>> [Citado en 21 de Octubre de 2012]

⁴⁰ VESTFRID, Mario Alberto. Biología humana. Argentina. 2012, 14 p. <http://www.psico.unlp.edu.ar/acad/prog_desc/2012_411.pdf> [Citado en 21 de Octubre de 2012]

cerebro al órgano que nos hace humanos, pero que, funciona y se desarrolla en un ambiente cultural que el mismo Hombre crea, por lo que se tiene en cuenta los estímulos sensoriales que proporciona el entorno al ser humano y como este reconoce y reacciona a dicho estímulos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que el ser humano es a la vez físico, biológico, síquico, cultural y social, y que estos componentes constituyen la integralidad del mismo. Para desarrollar esta comprensión de integralidad es necesario identificar un sustento teórico que dé cuenta de todos los estados relacionados con la salud, como lo hace la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual proporciona una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes. Esta clasificación, permite elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios, entendiendo a la persona desde el componente biológico relacionado con los aspectos sensoriomotores, cognitivos y psicosociales, la influencia de estos aspectos con la ejecución de las actividades de la vida diaria, al igual que las barreras y/o facilitadores que proporciona el contexto para la ejecución de dichas actividades; comprendiendo de esta manera el funcionamiento de desempeño ocupacional desde el modelo del desempeño ocupacional de la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional⁴¹.

La CIF⁴² organiza la información en dos partes. La parte 1 referencia el funcionamiento y la discapacidad, y la parte 2 referencia los factores contextuales.

El funcionamiento y la discapacidad consta del componente cuerpo, el cual evalúa funciones de los sistemas corporales, y estructuras del cuerpo, y del componente actividades y participación, el cual cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

Estos componentes, se pueden emplear de dos maneras, por un lado, pueden utilizarse para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad). Por el contrario, también pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento).

⁴¹ Begoña Polonio López, Durante Molina Pilar, Arnaiz Noya Blanca. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Capítulo 9 Modelos propios de Terapia Ocupacional. Pág. 104- 109.

⁴² Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España: 2001. P. 12- 26

La segunda parte de esta clasificación evalúa los Factores Contextuales, los cuales divide en dos componentes, factores ambientales y factores personales. Los Factores Ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general. El “constructo” básico de los Factores Ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal, por esta razón el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales.

Para la presente investigación, se tendrán en cuenta los siguientes componentes:

- Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Factores Ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas; dentro de este único componente se abordará el modelo sistémico ecológico explicado en párrafos anteriores en el presente marco teórico.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Tipo de Estudio

Esta investigación fue de tipo descriptivo, ya que buscó puntualizar en las características de una población con obesidad y diabetes, describiendo las situaciones relacionadas con el funcionamiento humano, sus restricciones para participar y su interacción con factores de tipo ambiental.

5.2 Población y muestra

Se seleccionó una muestra (como parte representativa) de la población total con diabetes tipo I y II y obesidad grado 1, 2 y 3 que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior.

Calculo de la muestra:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

- ✓ N (Población total) = 268
- ✓ k (Nivel de confianza)= 1,65
- ✓ e (Error muestral deseado)= 10%
- ✓ p (proporción de individuos que poseen en la población las características de estudio)= 0.50
- ✓ q (Proporción de individuos que no poseen las características de estudio)= 0.50

n (Calculo final del tamaño de la muestra)= 54

En total, se convocó a 129 personas, sin embargo se logró la participación y diligenciamiento de los cuestionarios por 45 personas.

- ✓ Error muestra con 45 personas= 15%

5.2 Criterios de inclusión

- Personas que supieran leer y escribir
- Personas mayores de edad
- Personas que presentaran la condición de salud de Obesidad grado 1, 2 y 3
- Personas que presentaran la condición de salud de diabetes tipo I o II
- Personas que hacían parte del servicio de salud de la institución de educación superior.
- Personas que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

5.4 Criterios de exclusión

- Retiro voluntario del estudio.
- Alguna lesión física que afectara el traslado de la persona desde la casa hasta las instalaciones del servicio de salud de la institución de educación superior.

5.5 Fases de la investigación

5.5.1 Revisión bibliográfica: Esta fase de la investigación, se presentó durante todo el proceso de la investigación, aunque fue mucho más intensa al principio de la misma, debido a que por este medio se pretendió identificar bases conceptuales pertinentes para el desarrollo efectivo del presente estudio, con la finalidad de enriquecer los componentes que lo constituyen.

5.5.2 Diseño de instrumentos: Esta fase de la investigación, se desarrolló con base en la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud, la cual fue la base teórica fundamental en la construcción de los instrumentos de la investigación.

5.5.3 Prueba piloto: En esta fase, se le aplicaron los instrumentos de evaluación a 8 personas y se hicieron los cambios sugeridos y observados a partir de la aplicación de la prueba piloto.

5.5.4 Trabajo de Campo: En esta fase se aplicaron tres instrumentos de evaluación, el primero de funciones

corporales, el segundo de actividades y participación y el último de factores ambientales a las personas participantes de la investigación. La parte de estructuras corporales fue diligenciada mediante la revisión de historias clínicas con una lista de chequeo.

- 5.5.5 **Análisis y discusión de la información:** En esta fase, se recopiló la información obtenida en los instrumentos de evaluación diligenciados. Los datos obtenidos en dichos instrumentos fueron trabajados a través de una base de datos en Excel y posteriormente se analizaron, identificando las diferentes categorías y relacionando las variables.

Se realizó una comparación de la información para definir características comunes teniendo en cuenta factores como la edad, el género, estado civil, ocupación y nivel educativo. Igualmente se llevó a cabo el análisis en el cual se determinen qué funciones y estructuras generan mayor deficiencia entre la población con diabetes y obesidad, así como también en que actividades existen limitaciones o restricciones para participar y cuáles son las barreras y facilitadores que caracterizan a esta población. Finalmente se relacionaron los diferentes datos con los conceptos teóricos vistos en la profesión, teniendo en cuenta todos los factores que componen el desempeño ocupacional.

- 5.5.6 **Socialización:** En esta fase, se socializaran los resultados de la investigación a la comunidad académica y la unidad de promoción y prevención del servicio de salud.

5.6 Variables

Tabla 1. Variables de la investigación

Variables	Definición	Operativización	Indicadores
Sociodemográficas	Hacen parte de la agrupación de características sociales, económicas y culturales propias de cada persona.	• Sexo	Masculino - femenino
		• Edad	Mayores de 18 años
		• Estado Civil	Soltero () Casado/ a () Unión libre () Viudo/ a () Separado/ a ()

		Estrato Socioeconómico	1 2 3 4 5 6
		Nivel educativo	Primaria () Bachillerato () Tecnología () Pregrado () Posgrado () Otros
Componente Cuerpo	Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas). Las Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.	- Funciones corporales: - Funciones mentales (b119- b199) - Funciones sensoriales y dolor (b210- b299) - Funciones del sistema cardiovascular (b 410- b429) - Funciones de los sistema hematológico e inmunológico (b430- b439) - Funciones del sistema respiratorio (b440- b449) - Funciones del sistema digestivo (b510- b539) - Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino (b540- b559) - Funciones de las articulaciones y los huesos (b710- b729)	- Deficiencias: -No hay deficiencia -deficiencia ligera -deficiencia moderada -deficiencia grave -deficiencia completa - En este trabajo se tomo como: Tengo pocos problemas, la mitad de las veces tengo problemas, la mayoría de las veces tengo problemas, siempre tengo problemas. - Se toma en estructuras corporales como poca, mediana,

		9. Funciones musculares (b730- b749) 10. Funciones relacionadas con el movimiento (b750- b789) 11. Funciones de la piel (b810- b849) • Estructuras corporales: 1. Estructuras del sistema nervioso (s110- s199) 2. Estructuras del ojo y el oído (s210- s299) 3. Estructura relacionada con la voz y el habla (s300- s399) 4. Estructura de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio (s410- s499) 5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (s510- s599) 6. Estructuras relacionadas con el movimiento (s710- s799) 7. Piel y estructuras relacionadas (s810- s899).	mucha o total deficiencia.
Actividades y Participación	Las actividades, Es la realización de una tarea o acción por una	• Actividades: 1. Aplicación del conocimiento	• Participación • Restricción

n	persona. La participación Es el acto de involucrarse en una situación vital.	(d160- d179) 2. Tareas y demandas generales (d210- d279) 3. Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410- d429) 4. Llevar, mover y usar objetos (d430- d449) 5. Andar y moverse (d450- d469) 6. Desplazarse utilizando medios de transporte (d470- d499) 7. Autocuidado (d510- d599) 8. Adquisición de lo necesario para vivir (d610- d629) 9. Tareas del hogar (d630- d649) 10. Interacciones interpersonales generales (d710- d729) 11. Educación (d810- d839) 12. Trabajo y empleo (dd840- d859) 13. Vida económica (d860- d879) 14. Vida comunitario, social y cívica (d910- d999)	nes en la participación • Limitaciones en la actividad: Tengo pocas dificultades, la mitad de las veces tengo dificultades, la mayoría de las veces tengo dificultades, siempre tengo dificultades.
---	---	--	---

Factores Ambientales	Los Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.	• Productos y tecnología (e110- e199) • Apoyo y relaciones (e310- e399) • Actitudes (e410- e499) • Servicios, sistemas y políticas (e510- e599)	• Barreras • Facilitadores Ligero (a). Moderado (a) Grave. Completo
----------------------	--	--	---

5.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Dentro de los instrumentos para recolectar información de la población con obesidad y diabetes, se tuvieron en cuenta tres cuestionarios de evaluación dirigidos a ellos y una lista de chequeo para verificar datos de estructuras corporales en las historias clínicas, los cuales fueron: la lista de chequeo (**ver anexo A**), el cuestionario de Funciones corporales, Actividades y participación y Factores ambientales (**ver anexo B**); Cada cuestionario contó con 16, 23 y 17 preguntas respectivamente, así como 20 en la lista de chequeo. Las preguntas se diseñaron cerradas, de escogencia múltiple y en el caso del cuestionario de factores ambientales, la persona adicionalmente debía justificar su respuesta. Los encuestados respondieron de manera individual, contando con el apoyo de las investigadoras para aclarar dudas en las preguntas.

Los cuestionarios de funciones, actividades y participación y factores ambientales, fueron aplicados durante una sesión de dos horas, realizado en dos jornadas. En el caso de la lista de chequeo para historia clínica, también se revisó en dos jornadas de 3 horas cada una para lograr abarcar toda la población participante de la investigación.

Estos cuestionarios fueron diseñados por las investigadoras del presente trabajo de grado, en asesoría de la directora de la investigación, con base en los parámetros que proporciona la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad sobre la salud y los estados relacionados con la salud, aprobada y validada el 22 de mayo del 2001 según resolución WHA54-21 para ser empleada a nivel internacional. En la investigación, se realizó un ajuste a las preguntas y organización de los formatos, para que la población en estudio pudiese responder efectivamente a ellos.

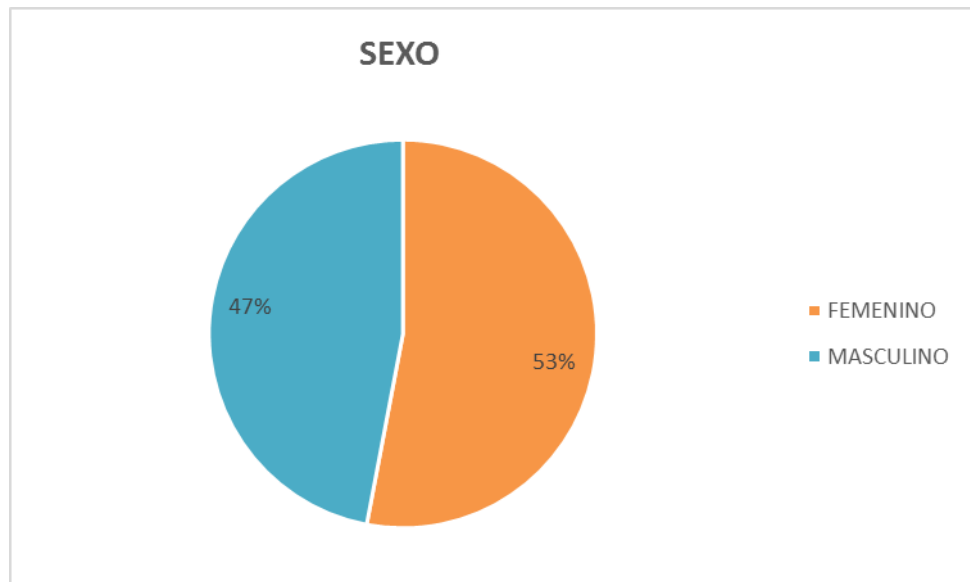
Los presentes cuestionarios, no han sido aplicados en otras investigaciones, por lo que se les realizó una prueba piloto con el propósito de verificar el entendimiento y el adecuado funcionamiento de las preguntas en los mismos. Esta prueba piloto, fue hecha por las investigadoras del trabajo de grado y constó de la aplicación de los tres cuestionarios a 5 personas que presentaban obesidad y diabetes, y 3 que no la presentaban, cada uno lo resolvió en su respectiva residencia; esta prueba se realizó durante las dos últimas semanas de Noviembre de 2012.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANALISIS

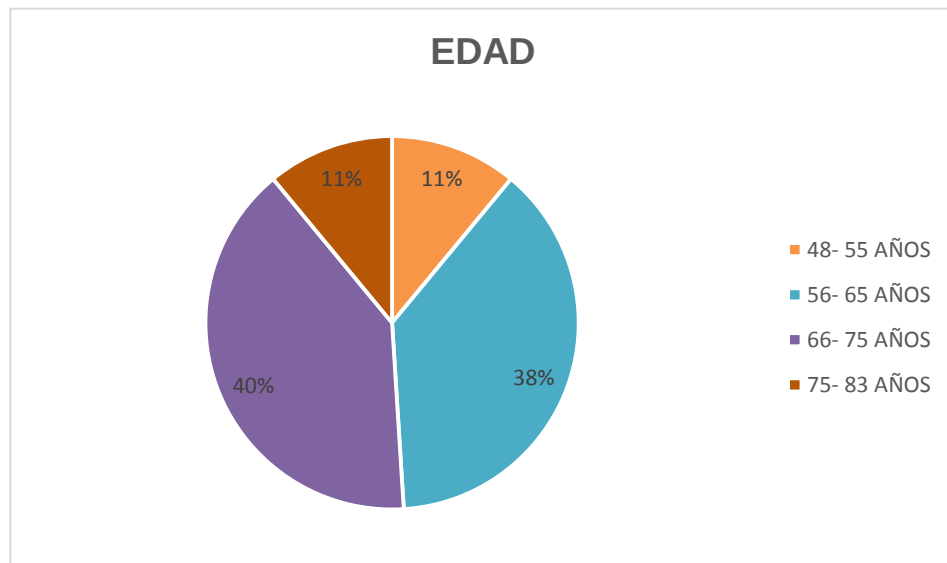
6.1.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Cuadro 1. Sexo de la población objeto de estudio



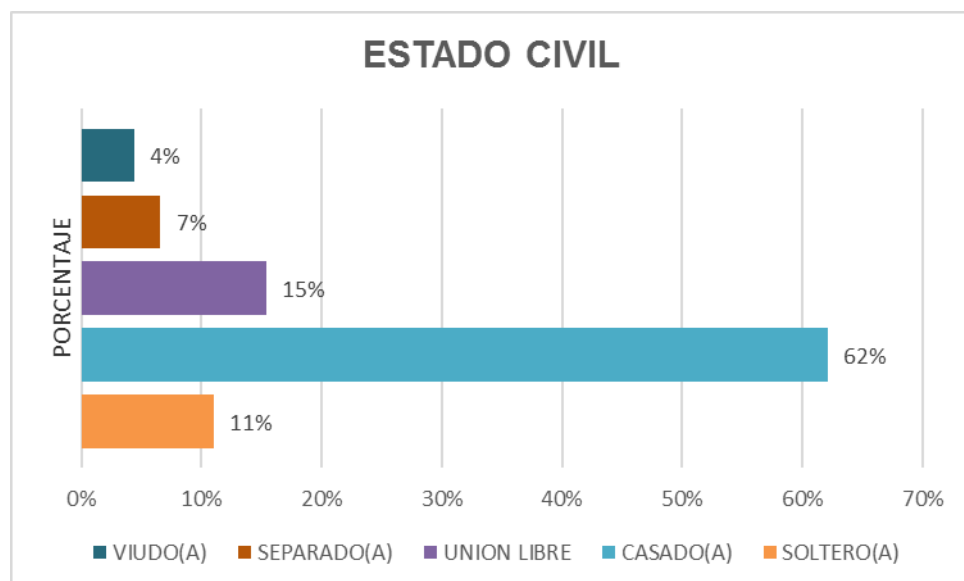
Fuente: Elaboracion propia. 2014

Cuadro 2. Edad de la población objeto de estudio



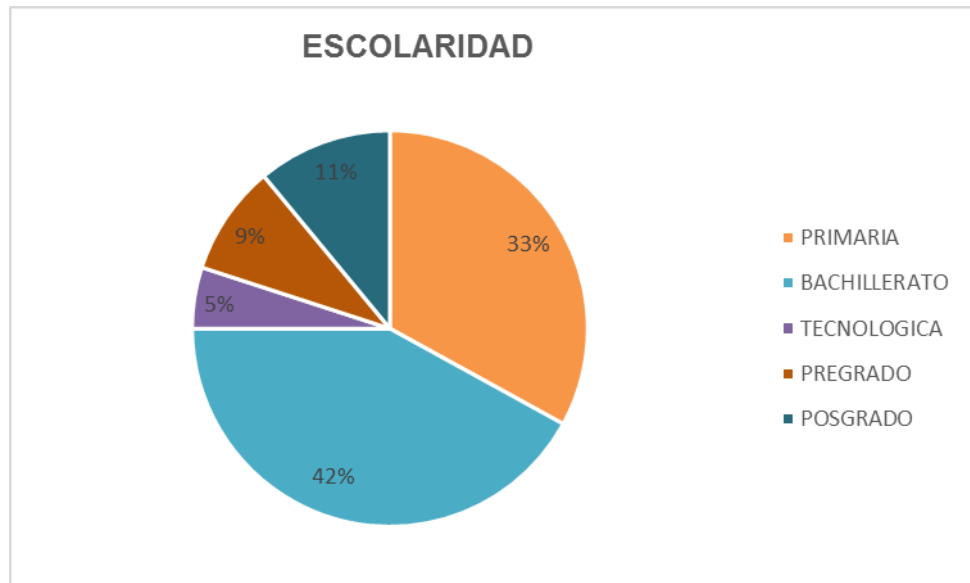
Fuente: Elaboracion propia. 2014

Cuadro 3. Estado civil de la población objeto de estudio



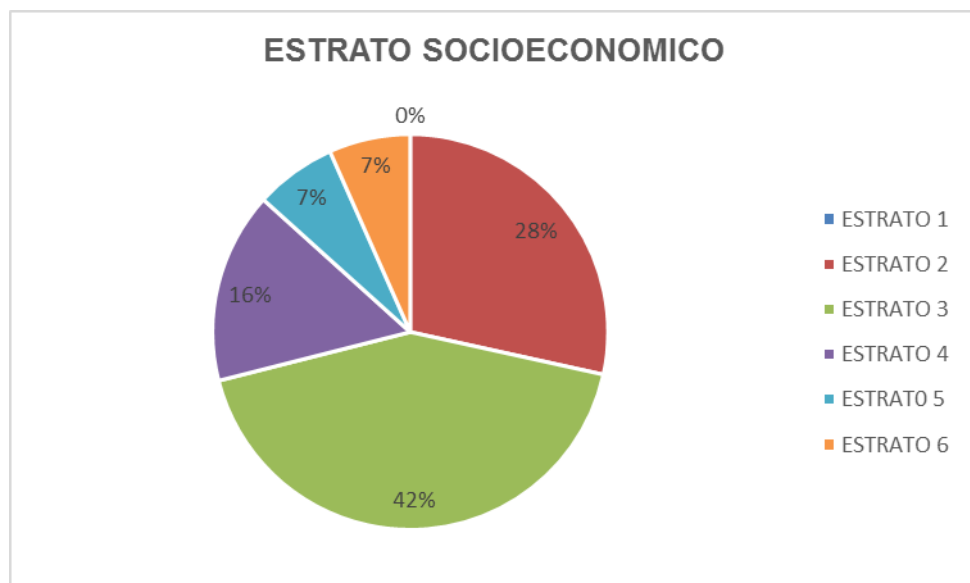
Fuente: Elaboracion propia. 2014

Cuadro 4. Escolaridad de la población objeto de estudio



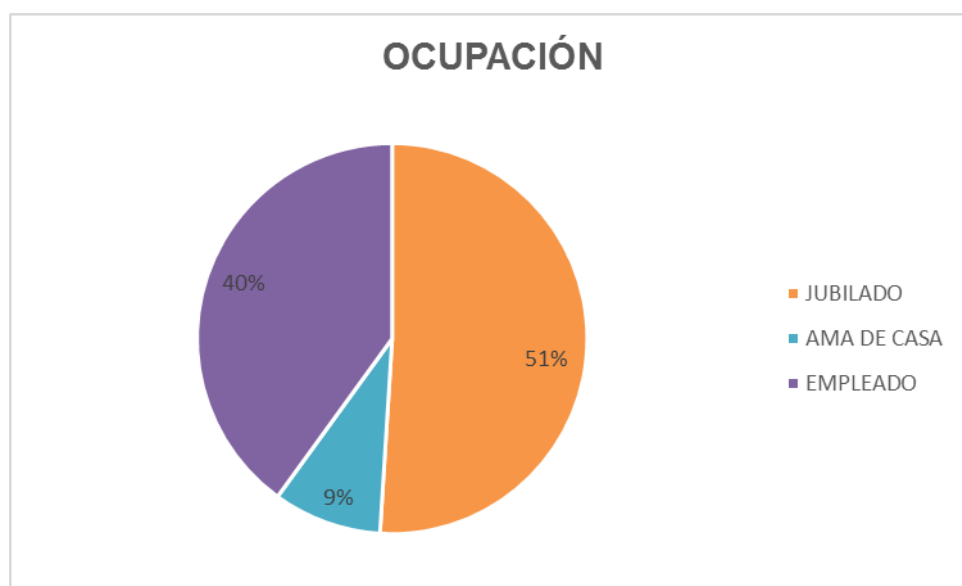
Fuente: Elaboración propia. 2014

Cuadro 5. Estrato socioeconómico de la población objeto de estudio



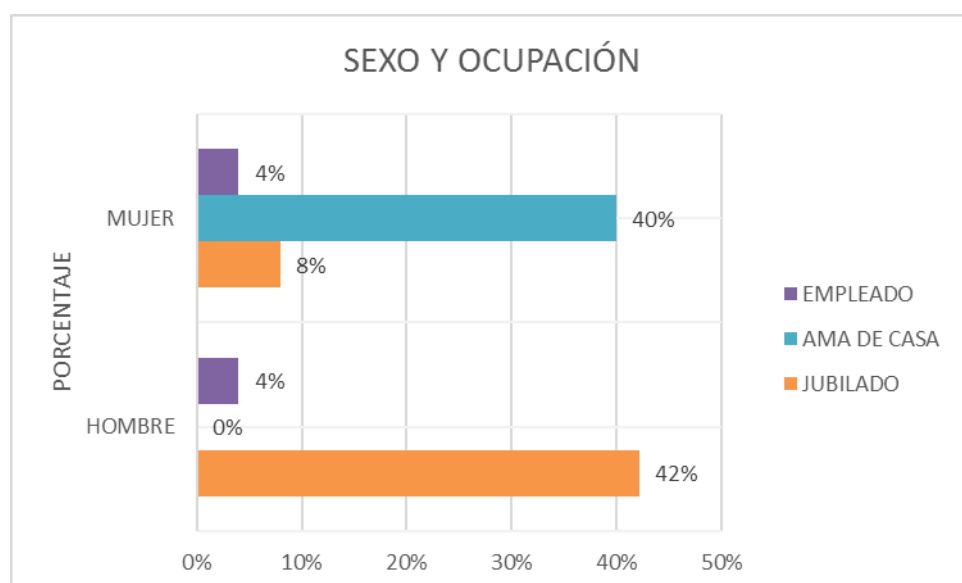
Fuente: Elaboración propia. 2014

Cuadro 6. Ocupación de la población objeto de estudio



Fuente: Elaboracion propia. 2014

Cuadro 7. Relacion entre sexo y ocupación de la población objeto de estudio



Fuente: Elaboracion propia. 2014

ANÁLISIS DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS⁴³

La diabetes mellitus tipo 2, se asocia notablemente con la obesidad (50% en hombres y 70% en mujeres). El estudio realizado por Díaz, Valenciaga y Domínguez en Cuba, en el 2002, encontró un predominio de diabetes en el sexo femenino, tanto en el número de casos como en las tasas en todos los años analizados, lo cual podría relacionarse directamente con los resultados de este estudio, dentro del cual, la población femenina corresponde a un 53% frente a un 47% de población masculina.

El estudio que se referencia en este análisis, explica que existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico de dichas patologías, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad. Un estudio realizado en Uruguay en marzo del 2001, mostró que la población con nivel de escolaridad mayor podía tener mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la obesidad y diabetes, por lo cual, es posible determinar que el bajo grado de escolaridad (primaria y secundaria) evidenciado en la mayor parte de la población objeto de estudio, puede estar relacionado con la aparición de la diabetes y la obesidad, debido a que a menor grado de escolaridad, mayor desinformación en lo referente a temas de salud (conocimiento, identificación, promoción y prevención). Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre estas patologías reduce el riesgo de complicaciones de la persona. Más aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad, esta característica hace que esta población se encuentre en menor riesgo de padecer dichas enfermedades.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población objeto de estudio pertenece a un estrato socioeconómico bajo, esto se podría relacionar con la capacidad económica para obtener hábitos saludables. En Porto Alegre (Brasil) y Valparaíso (Chile) dos estudios mostraron una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo para diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Por otro lado, dentro de la población, la ocupación predominante fue la jubilada, en la cual predomina el sexo masculino en un 42%, mientras en la población que se desempeña como ama de casa. el 100% son mujeres, lo cual nos permite inferir que en este grupo poblacional predominan los roles socialmente establecidos según el sexo, ocupando los hombres con mayor fuerza el rol de proveedor y las mujeres el rol de cuidadoras. Sin dejar de lado

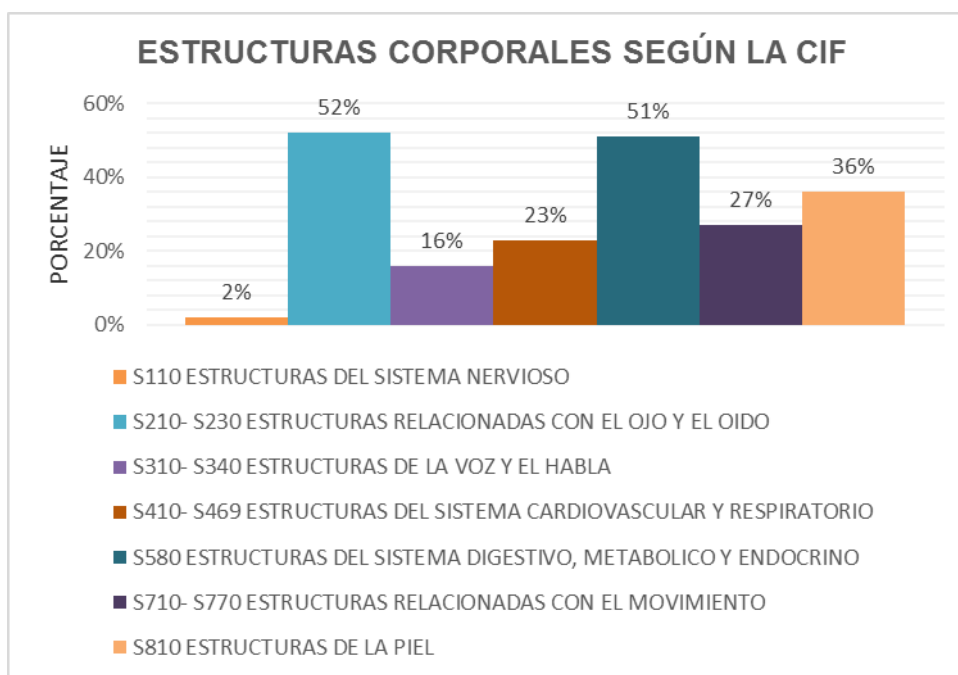
⁴³ ARIZA Evelyn, CAMACHO Nazly Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. [En línea] <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/.../2522>> [citado el 09 de Marzo de 2014]

que las personas de sexo femenino pueden estar jubiladas y desempeñarse al mismo tiempo como amas de casa.

6.1.2 ESTRUCTURAS Y FUNCIONES CORPORALES

En los siguientes gráficos se relacionaron los ítems de estructuras y funciones que pertenecen a una misma categoría (por ejemplo sistema cardiovascular) mencionada en la Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad. Los porcentajes obtenidos en estas categorías se promediaron obteniendo los siguientes resultados:

Cuadro 8. Porcentaje de deficiencia de las estructuras corporales

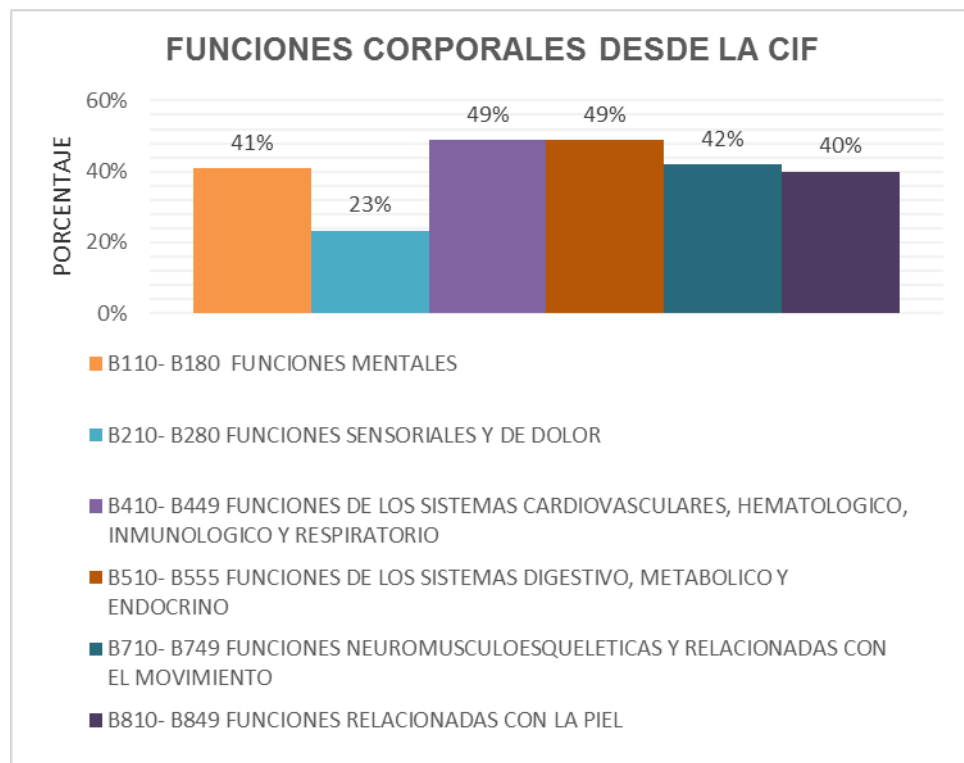


Fuente: Elaboracion propia. 2014

Esta gráfica muestra todas las estructuras corporales, es decir las partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, extremidades y sus respectivos componentes.

Las estructuras que están afectadas es decir presentan deficiencias como anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación son: Capítulo 2 Estructuras relacionadas con el ojo y oído (S210- S230) con un 52%, seguido del Capítulo 5 Estructuras relacionadas con el sistema digestivo, metabólico y endocrino (S 580) con un 51%. En menor proporción se ubica el capítulo 8 Estructuras relacionadas con la piel (S810) con 36%. Es importante resaltar que en todas las estructuras corporales se encontró población afectada, así fuera en un porcentaje bajo, sin embargo para efectos del estudio sólo se presentan las deficiencias con porcentajes de afectación por encima del 30%.

Cuadro 9. Porcentaje de deficiencia de las funciones corporales



Fuente: Elaboracion propia. 2014

Esta gráfica muestra las funciones corporales, es decir las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) y el grado de afectación para la población objeto de estudio. Las funciones que se encuentran afectadas, presentando deficiencias, problemas en la función, desviación o alguna pérdida significativa son: capítulo 4 funciones de los sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b410- b449) con un 49%, con el mismo porcentaje se encuentran las funciones de los sistema digestivo, metabólico y endocrino (b510- b555) capítulo 5; seguido de las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710- b749) capítulo 7 con un 42%. En cuarto lugar se ubican las funciones mentales (b110- b180) con un 41%. Por último y no menos importante encontramos las funciones relacionadas con la piel (b810- b849), capítulo 8 con un 40%. Es relevante destacar que en todas las funciones corporales se encontró población afectada por ellas, así fuera en un porcentaje bajo, sin embargo para efectos del estudio sólo se presentan las deficiencias con porcentajes de afectación por encima del 40%

ANALISIS ESTRUCTURAS Y FUNCIONES

Las estructuras y funciones hacen referencia a partes anatómicas y sistemas fisiológicos, que corresponden a aspectos biológicos y físicos encargados del funcionamiento general del cuerpo humano.

La estructura que presenta mayor deficiencia (52%) para la población objeto de estudio, corresponde al Ojo y sus estructuras anatómicas (retina, nervio óptico, cristalino entre otros), lo que se relaciona con la condición de salud que poseen, como lo indican Raúl Rodríguez Barrios y María J. Massera en el libro complicaciones oculares, donde describen que la diabetes puede afectar la gran mayoría de las estructuras del aparato ocular; mencionando que la localización más frecuente de las lesiones de origen diabético es la retina, donde “el daño Tisular adquiere un carácter lento e inexorablemente progresivo, terminando a menudo en ceguera por glaucoma absoluto”.

Por otro lado también están afectadas las estructuras relacionadas con el sistema digestivo, ya que “la condición de obesidad de las personas, a largo plazo puede conducir a trastornos del aparato digestivo e hígado tales como coleliatasis y esteatosis hepática”, como enuncian Lysy, Celik y cols; refiriendo a su vez, que existen otras afecciones asociadas como las dispepsias: diarreas, estreñimientos, la rectorragia y colon irritable, los cuales tienen una incidencia de 3,7 al 22% en esta población. Cabe aclarar que el estreñimiento, está más relacionado con la falta de ejercicio físico o con una alimentación inadecuada con escaso aporte de fibra y no con la obesidad y la diabetes, según lo enuncia C. Azcona San Julián.

En relación con la función del sistema metabólico, L. Forga, E. Petrina y J.J Barbería, sostienen que la obesidad suele acompañarse de trastornos metabólicos como hipercolesterolemia y resistencia insulínica que determinan a futuro un mayor riesgo de hipertensión arterial, de arteriosclerosis y de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares isquémicas; lo que hace referencia a las deficiencias del sistema cardiovascular, halladas en este estudio con un 51%.

En lo concerniente al sistema neuromusculoesquelético y las funciones relacionadas con el movimiento, el sobrepeso juega un papel fundamental, debido a que el aumento de masa corporal causa un desgaste irreversible en las articulaciones (sobre todo la cadera, las rodillas y los tobillos); esto sucede debido a que los miembros inferiores son los encargados de sostener el peso corporal, lo que genera la aparición de enfermedades como la osteoartritis, la artrosis, hernias discales y gota.⁴⁴

⁴⁴ American Diabetes Association. Neuropatía (daño a los nervios) [En línea]. < <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/complicaciones/neuropata-y-dao-nervioso.html> > [citado en septiembre 20 de 2013]

Otro aspecto en el que la población presenta deficiencias son las funciones mentales, específicamente las relacionadas con el factor psicológico, como la autoestima, la imagen corporal, la autoconfianza y el control de la ingesta de alimentos. Esto se relaciona con que las personas con obesidad pueden internalizar negativamente su imagen corporal, lo cual puede repercutir en el desempeño de múltiples actividades (como las sociolaborales); esta puede ser una de las razones por lo cual presentan un alto riesgo de sufrir problemas de salud mental.

Como dato relevante, la mayor población encuestada en la investigación fue femenina; cabe mencionar que este grupo poblacional tiene una mayor prevalencia según lo demuestran varios estudios^{45 46} de sufrir trastornos de la conducta alimenticia, ansiedad y depresión, lo cual a su vez puede contribuir a una ingesta superior de alimentos en función de su estado de ánimo y pasar a convertirse en causas y consecuencias de la obesidad.

En relación con el porcentaje de deficiencia en la piel, el Departamento de Dermatología de la Universidad Federal de Río Grande do Sul (Porto Alegre, Brasil), demostró que el exceso de sudoración y la fricción aumenta la posibilidad de tener problemas en esta estructura. Igualmente, se entiende que las manifestaciones cutáneas, también están asociadas a la diabetes, ya que Indian J Dermatol afirma que dichas manifestaciones generalmente aparecen posterior al desarrollo de la enfermedad, pero pueden ser el primer signo de presentación y en algunos casos pueden preceder la enfermedad primaria por varios años.

Teniendo en cuenta lo enunciado anteriormente, es interesante plantear ¿cómo es la vía de la afectación, es decir son las deficiencias en estructuras y funciones las que generan la condición de salud a esta población?, si miramos el estudio pareciera que así fuera, pues la Clasificación Internacional del funcionamiento la discapacidad y la salud (CIF) permite ver la situación actual como si fuera una fotografía en ese momento, no permite ver el proceso, sin embargo hay evidencias científicas como las mostradas en este análisis en las que se plantea que son las diferentes estructuras y funciones las que se han visto deterioradas por la diabetes y la obesidad afectando el rendimiento y funcionamiento de las mismas, generando nuevas enfermedades y por ende agravando la condición de salud de esta población.

En este orden de ideas es importante plantear que las complicaciones de la personas con diabetes y obesidad se relacionan principalmente con un aumento de la discapacidad y la mortalidad prematura. Como menciona la

⁴⁵ RAICH, Rosa María. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. En: Universidad del rosario [En línea]. Volumen 22 N°1 (2004)
<<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewArticle/1253>> [citado en septiembre 21 de 2013]

⁴⁶ SAIZ, Dolores. Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. En: Science direct [base de datos]. Volumen 2 N° 3 (Jul.- sep. 2009); p. 119- 127 [citado en septiembre 21 de 2013]

Organización Panamericana de la Salud, esta población tiene dos y tres veces más riesgo de morir en comparación con sus semejantes, lo que nos avoca a pensar la relevancia que tiene esta caracterización como herramienta esencial, para focalizar la atención que se brinda a esta población y como método de prevención de posibles complicaciones.

6.1.3 ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

La actividad se define como la realización de una tarea o acción por una persona; y la participación como la capacidad que tienen de involucrarse en actividades, grupos o movimientos dentro de los diferentes contextos en los que se desenvuelve.

A continuación, se muestra la percepción de la población objeto de estudio sobre su desempeño en las diferentes actividades, en las cuales marcaron SI cuando logra desarrollarla sin dificultades y NO cuando presenta alguna dificultad para llevarla a cabo.

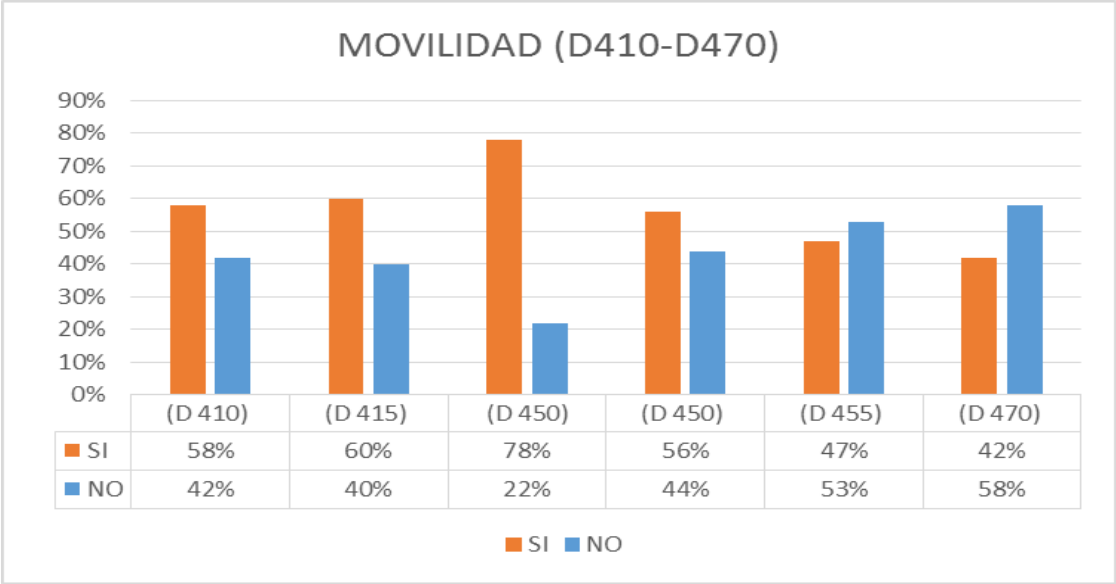
Se enuncian las actividades en las cuales las personas no presentan dificultad para su ejecución; se tomaron todas aquellas que tuvieron un porcentaje mayor o igual a 70%, entre ellas se encontraron: Interacciones interpersonales básicas (D710) con un 88%, que se refiere a interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y el entorno social; Vida comunitaria (D910) con un 87%, haciendo referencia a participar en todos los aspectos de la vida social y comunitaria; Resolver problemas (D175) con un 84% lo cual se entiende como el proceso para encontrar soluciones a problemas o situaciones identificando y analizando los diferentes aspectos. Con un 82% puntuaron las siguientes actividades: el cuidado de la propia salud (D570), es decir asegurar la salud y el bienestar físico y mental; Conseguir, mantener y finalizar un trabajo (D845), que se refiere a buscar, encontrar y elegir un empleo; y actividades de Tiempo libre y ocio (D920) que son acciones que se relacionan con la participación en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio.

Posteriormente se encontraron actividades como: aprender a escribir (D145) con un 80% la cual hace referencia a desarrollar la competencia para utilizar símbolos que representen sonidos, palabras o frases de manera que tengan un significado; Finalmente con un 78%, se encuentran actividades relacionadas con Andar y moverse (D450), que se refieren a avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo; y Relaciones familiares (D760) en las cuales se crea y mantienen, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida.

A continuación se plantean las actividades en las cuales la población manifiesta presentar dificultades, retomando aquellas que fueron calificadas por encima del 40%. Desplazarse utilizando medios de transporte (D470), obtuvo un 58%; seguida de desplazarse por el entorno (D455) con un 53%; vestirse la parte inferior del cuerpo incluyendo medias y zapatos (D540) puntuó con un 47%; Andar y moverse (D450) y Comer (D550) obtuvieron un 44% cada una; cambiar y mantener la posición del cuerpo (D410) y las relaciones íntimas (D770), definidas como crear y mantener relaciones cercanas o sentimentales entre individuos, obtuvieron un puntaje de 42% cada una. Finalmente, mantener la posición del cuerpo (D415) obtuvo un 40% al igual que Lavarse (D510) la cual hace referencia a lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo.

*Los porcentajes de los resultados mostrados a continuación fueron igualados al 100% con el fin de observar un mayor impacto en los datos y poder analizar con mayor certeza cada ítem.

Cuadro 10. Porcentajes de la percepción de poblacion de la limitación y/o restricción en la participación de los ítems del capítulo Movilidad de Actividades y participación en la CIF

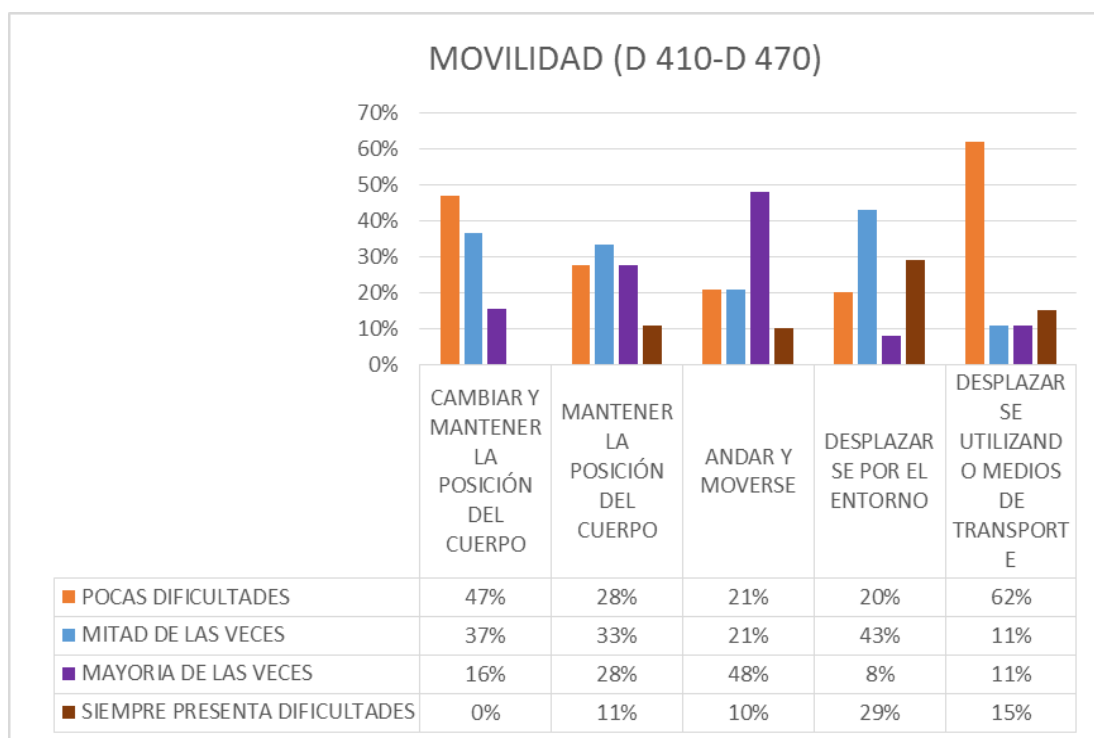


Fuente: Elaboracion propia. 2014

Este gráfico muestra los porcentajes de la percepción de la población objeto de estudio en cada uno de los diferentes ítems del capítulo Movilidad, el cual fue el que mayor dificultad representa para las personas.

La actividad que presenta mayores dificultades al momento de realizarla, fue el Desplazarse utilizando medios de transporte D470, con un porcentaje del 58%; seguido por Desplazarse por el entorno D455 con un 55%. Finalmente, se encuentra Andar y moverse D450 con un 44%.

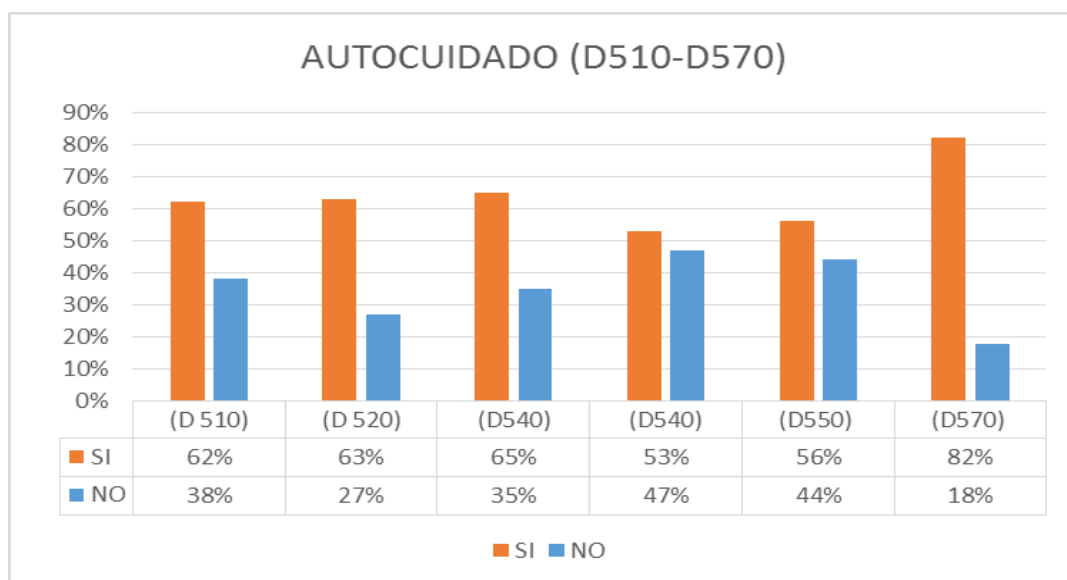
Cuadro 11. Porcentajes de la percepción de la limitación y/o restricción en la participación (pocas dificultades, mitad de las veces presenta dificultades, la mayoría de las veces presenta dificultades y siempre presenta dificultades) de los ítems del capítulo Movilidad de Actividades y participación en la CIF



Fuente: Elaboración propia. 2014

La actividad que representa mayor dificultad, que fue desplazarse utilizando medios de transporte, tuvo un porcentaje de 62% en la categoría de pocas dificultades, es decir la población percibe que a pesar de tener dificultades a la hora de ejecutar dicha actividad, éstas son pocas. En la actividad de desplazarse por el entorno, la población señala con un 43% (mayoría) presentar dificultades la mitad de las veces. En tercer lugar se encontró que en la actividad de Andar y moverse, las personas perciben tener dificultades la mayoría de las veces.

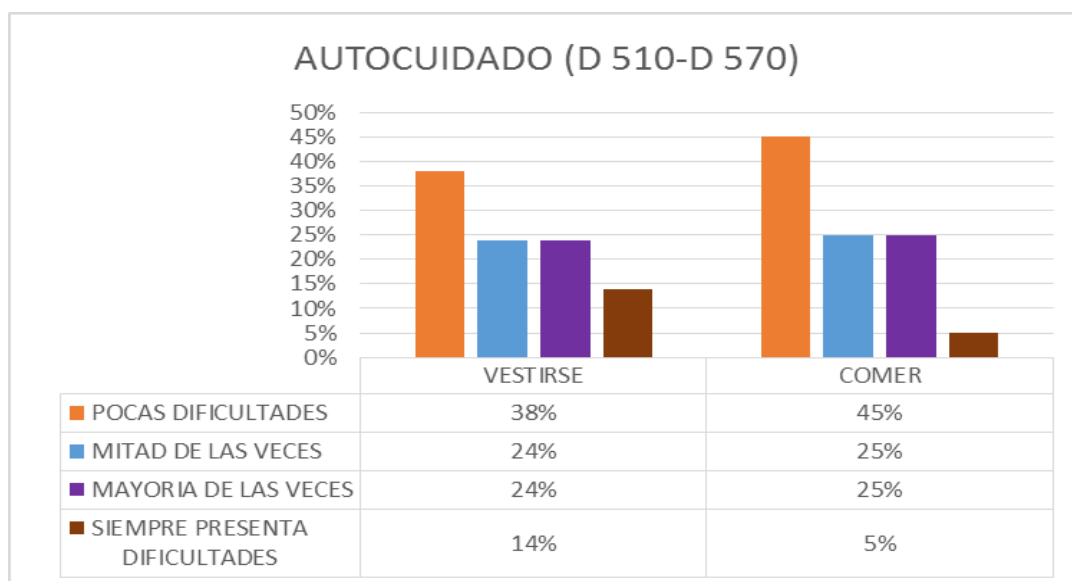
Cuadro 12. Porcentajes de la percepción de población de la limitación y/o restricción en la participación de los ítems del capítulo Autocuidado de Actividades y participación en la CIF



Fuente: Elaboracion propia. 2014

La actividad que presenta mayores dificultades, es Vestirse la parte inferior del cuerpo D540, con un porcentaje del 47%; seguido de Comer D550 con un 44%.

Cuadro 13. Porcentajes de la percepción de la limitación y/o restricción en la participación de los ítems de Vestirse y Comer del capítulo Autocuidado de Actividades y participación en la CIF.



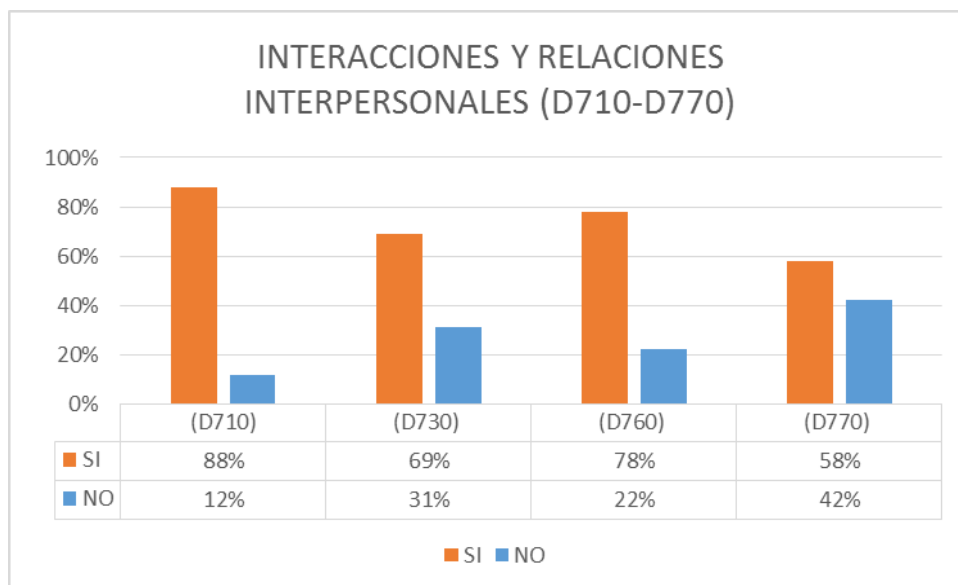
Fuente: Elaboracion propia. 2014

En la actividad de vestirse la parte inferior el cuerpo (pantalones, medias y zapatos), la población objeto de estudio puntuó de la siguiente forma:

- Con pocas dificultades para la ejecución de dicha actividad, se obtuvo un porcentaje de 38%.
- Presencia de dificultades la mitad de las veces y la mayoría de veces para la ejecución de dicha actividad alcanzaron un 24% cada una.

Por otra parte, en la actividad de comer, el 45% de la población encuestada presenta pocas dificultades para la ejecución de la misma, seguido de un 25% que presenta dificultad la mitad y mayoría de veces cuando ejecutan dicha acción.

Cuadro 14. Porcentajes de la percepción de población de la limitación y/o restricción en la participación de los ítems del capítulo Interacciones y relaciones interpersonales de Actividades y participación en la CIF

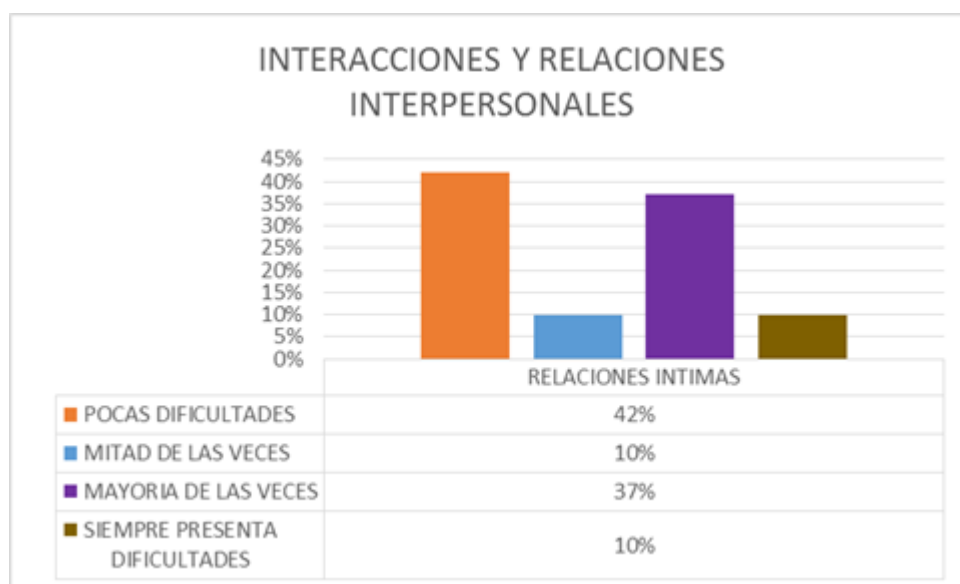


Fuente: Elaboracion propia. 2014

Este gráfico muestra los porcentajes de la percepción de la población objeto de estudio en los ítems del capítulo de Interacciones y relaciones interpersonales, abordados en esta caracterización.

La actividad que presenta mayores dificultades, es la de Relaciones íntimas D770, con un porcentaje del 42%, por encima del resto de ítems que conforman este capítulo.

Cuadro 15. Porcentajes de la percepción de la limitación y/o restricción en la participación (pocas dificultades, mitad de las veces presenta dificultades, la mayoría de las veces presenta dificultades y siempre presenta dificultades) en el ítem de Relaciones íntimas del capítulo Interacciones y relaciones interpersonales de Actividades y participación en la CIF



Fuente: Elaboracion propia. 2014

Esta gráfica muestra el ítem de Relaciones íntimas, donde se especifica el grado de dificultad obtenido.

Se encontró con un porcentaje de 42%, que las personas presentan pocas dificultades al momento de tener relaciones íntimas. Con un 37% puntúan que presentan dificultad la mayoría de veces; un 10% evidencia que la mitad de las veces tiene dificultades y un 10% califica que siempre tiene

ANÁLISIS ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

La movilidad encierra diferentes aspectos relacionados con el movimiento corporal, los cuales son un componente importante para la ejecución de actividades de autocuidado (baño, alimentación, etc.), productivas (trabajo y/o estudio) y de ocio y tiempo libre; actividades que realiza el común de las personas dentro de una rutina diaria. Normalmente la movilidad se relaciona con moverse de un lugar a otro, así como lo enuncia la real academia de la lengua española⁴⁷, sin embargo no se pueden dejar de lado aspectos como el cambiar y mantener una misma posición por un tiempo determinado; las cuales fueron actividades que la población objeto de estudio percibió como limitaciones con un porcentaje superior al 40%. Sin embargo hay que destacar que en las actividades que implican desplazamientos por el entorno como andar distancias cortas y largas de 500 metros y 1000 metros respectivamente, la población reconoce que presenta dificultades la mayoría de la veces, lo cual es entendible debido a que este tipo de actividades implican un mayor gasto respiratorio, cardiovascular y neuromusculoesquelético, las cuales fueron estructuras y funciones puntuadas con un porcentaje de deficiencia alto en comparación con otras.

Por otro lado, el desplazamiento utilizando medios de transporte como pasajero (MIO, taxi, motocicleta, bus, bicicleta, carro particular) implica no solo una carga física, sino también una carga mental en términos del stress, debido a que requiere una mayor atención a los estímulos generados en la actividad y capacidad de respuesta en términos de tiempo y asertividad. En la ciudad de Santiago de Cali el Masivo Integrado de Occidente, es el medio de transporte que suplió la mayoría de rutas de buses que anteriormente la población caleña utilizaba, sin embargo algunos estudios plantean ciertas problemáticas que han surgido en torno a este, ya que “el 69% de los usuarios, enuncian que el principal problema que enfrenta el MÍO es que la flota es insuficiente seguido por la tardanza en la frecuencia (53%)”⁴⁸, según la encuesta de percepción ciudadana, Cali Cómo Vamos (2012). En este orden de ideas, es posible relacionar la dificultad en el desplazamiento utilizando medios de transporte, puntuada con un 58% por la población objeto de estudio con el manejo de

⁴⁷ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [En línea]. <<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=movilidad>> [citado en Septiembre 23 de 2013]

⁴⁸ EL PAIS. COM. [En línea]. <<http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/caleno-satisfechos-por-estado-vias-pero-criticos-con-servicio-mio>> [citado en Septiembre 23 de 2013]

situaciones que generan stress (calificada con un 32% de dificultad) como la problemática del MIO descrita en líneas anteriores.

En la actividad de vestirse la parte inferior del cuerpo (pantalones, medias y zapatos) se obtuvo un porcentaje de 47%, mostrando las limitaciones y restricciones en la participación de la población en esta actividad esto podría corresponder a las complicaciones de la obesidad “relacionadas con el desgaste que presentan las articulaciones (principalmente de rodillas y tobillos) causando dolor y rigidez en ellas”⁴⁹ y también con las demandas biomecánicas que exige esta actividad de autocuidado como por ejemplo ejecutar movimientos contra gravedad, mantener el equilibrio cuando se reduce la base de sustentación y disociar y realizar movimientos de ambos lados del cuerpo cuando se efectúan alcances (en planos altos, medios y bajos).

Siguiendo con las actividades de autocuidado, el comer alimentos, el cual está relacionado con tragar, masticar y/o presencia de reflujo, obtiene en la investigación un porcentaje de limitación de más del 40%; lo cual puede entenderse debido a que la diabetes acarrea complicaciones esofágicas, incluyendo el peristaltismo anormal, las contracciones espontáneas y la alteración del tono del esfínter esofágico inferior, que provocan ardor de estómago y disfagia (dificultad para deglutir); cabe aclarar que “estos síntomas ocurren en una fracción de pacientes con diabetes, pero si esta, viene acompañada de obesidad contribuyen en un alto porcentaje a la aparición de reflujo”, tal como lo enuncian los doctores Amer Shakil, Robert J. Church y Shobha S. Rao, en su artículo Complicaciones gastrointestinales de la diabetes, sus modalidades clínicas y tratamiento.

Por otra parte es interesante observar el comportamiento de las actividades relacionadas con las interacciones y relaciones interpersonales, específicamente las relaciones íntimas, las cuales presentan un porcentaje de limitación de 42% el cual es importante para el estudio, ya que esta actividad hace referencia a la capacidad de crear y mantener relaciones cercanas o sentimentales entre individuos, como entre marido y mujer, entre amantes o entre parejas sexuales (tal como enuncia la CIF). Esta implicación nos lleva a pensar que dicha limitación puede estar relacionada con una construcción social de hombre y mujer ideal, que afecta la autoconfianza y autoestima de la población que no alcanza estos estándares y de esta forma se le dificulta el sostener relaciones íntimas de manera óptima; Igualmente puede estar relacionado desde el plano físico y motor grueso, ya que, teniendo en cuenta

⁴⁹ Universidad Autónoma de Chihuahua. Consecuencias físicas y psicológicas de la obesidad [En línea]. <http://expresate.uach.mx/ensayos/cientificos/2008/04/28/obesidad_consecfisicpsicolog/> [citado en Noviembre 2 de 2013]

que la mayor parte de la población objeto de estudio alcanza la tercera edad, es común asociar estas dificultades con las expuestas desde las estructuras y funciones relacionadas con el movimiento y funciones cardiovasculares y respiratorias, aspectos que se van limitando a medida que el ser humano pasa a otras etapas del ciclo vital.

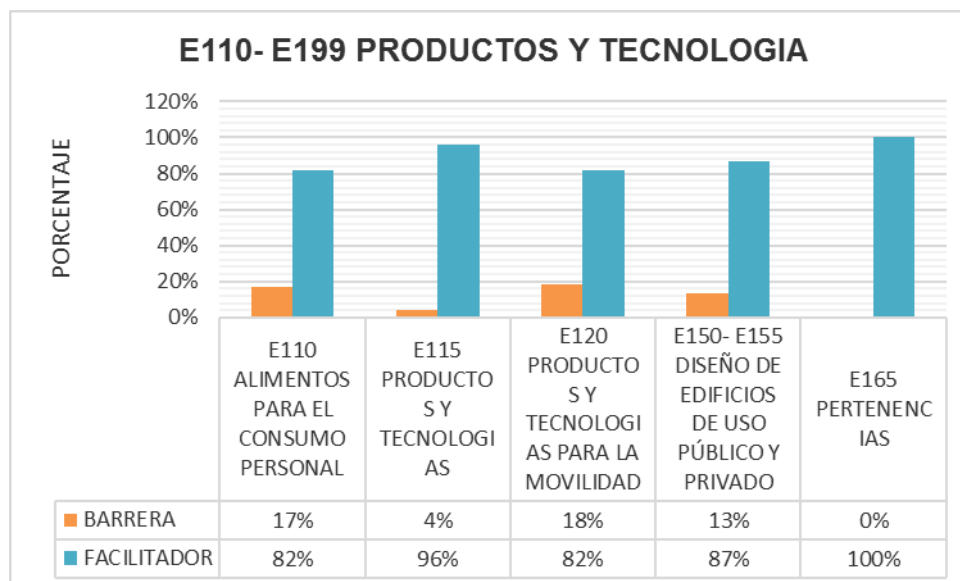
Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados podemos concluir que las deficiencias en estructuras y funciones impactan en la realización de actividades de la vida cotidiana, ya que requieren un componente biopsicosocial para su ejecución, el cual incluye aspectos cognitivos, motores y psicológicos. Las dificultades a la hora de llevar a cabo dichas actividades hacen que las personas con obesidad y diabetes no puedan desarrollar de forma efectiva hábitos y rutinas diarias, lo que finalmente implica la pérdida o cambio de roles ocupacionales (amas de casa, jubilados, empleados, familiar, amigo, etc.), esto puede generar mayores complicaciones, debido a que se debe pasar por un proceso de duelo por la pérdida o cambio de dicho rol; para aclarar éste punto, daremos un ejemplo de una mujer de 70 años la cual se dedica al hogar y que a causa de la diabetes y la obesidad ha venido desarrollando problemas osteomusculares, los cuales no le permiten continuar ejecutando actividades como barrer, trapear, lavar, etc. Por esta razón, se han presentado cambios en los hábitos que componían su rutina diaria, llevando a que ella no pueda cumplir con el rol ocupacional de ama de casa, afectándose otras funciones como las psicológicas, que acarrearán complicaciones que tienen que ver con la autoestima, el autoconcepto, la autovaloración, etc.

6.1.4 FACTORES AMBIENTALES

Estos factores ambientales son entendidos como factores ajenos a los individuos que pueden tener una influencia negativa o positiva, es decir pueden ser una barrera o un facilitador para el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad.

Se consideran dentro de estos factores, el ambiente físico, social, actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Cuadro 16. Porcentaje de Barreras y Facilitadores de los ítems considerados en el capítulo de productos y tecnología de los factores ambientales

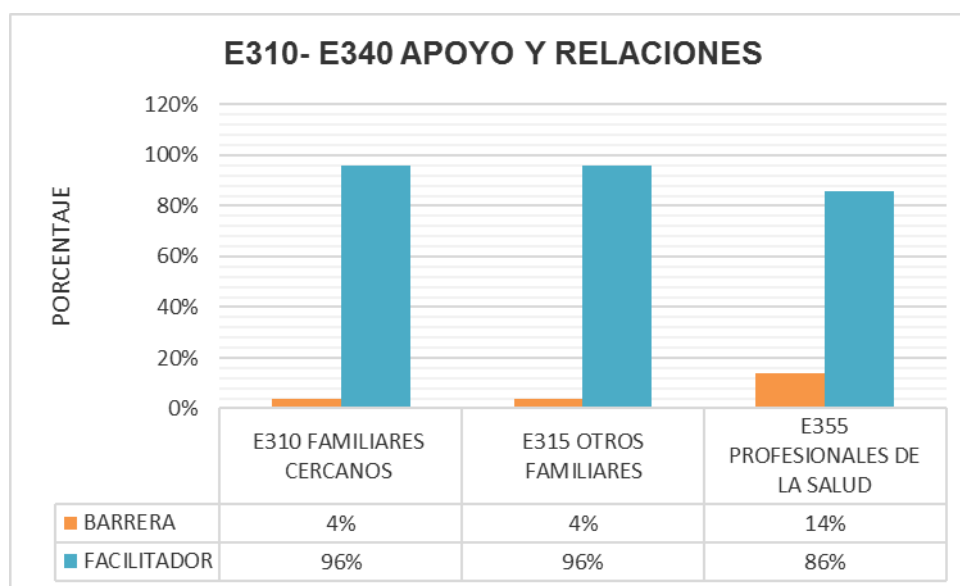


Fuente: Elaboracion propia. 2014

La gráfica muestra que los factores que son considerados Facilitadores son:

- La pertenencias (E165) considerada por el 100% de la población y definida como aquellos productos u objetos de intercambio económico, como el dinero, los bienes, las propiedades y otros objetos de valor que un individuo posee o tiene derecho a utilizar.
- Los productos y las tecnologías utilizados por las personas en actividades cotidianas, tales como bañarse, cuidado personal entre otras (E115) con un 96%
- El diseño de edificios de uso público y privado (E150- E155) con un porcentaje del 87%; este ítem se refiere a un ambiente fabricado por el hombre, que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público y privado.
- Finalmente, se encuentran con un 82% cada uno los ítems de: Alimentos para el consumo personal, lo cual indica cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre recogida, procesada o manufacturada para la ingesta (E110) y los productos y tecnologías para la movilidad (E120) que son el equipamiento, los productos y tecnologías utilizados por las personas para desplazarse dentro y fuera de los edificios, respectivamente.

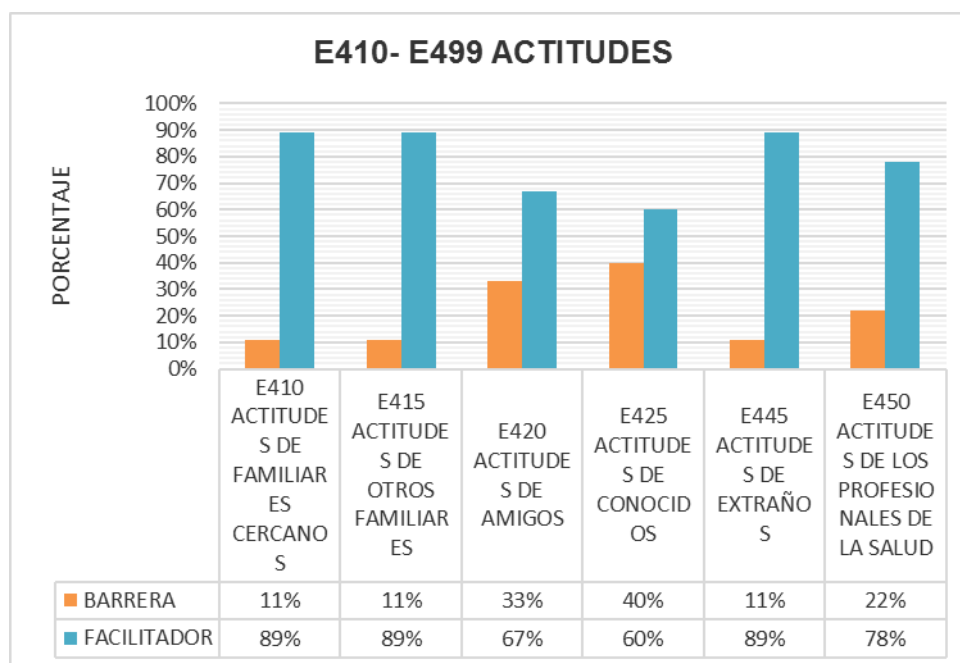
Cuadro 17. Porcentaje de Barreras y Facilitadores de los ítems considerados en el capítulo de Apoyo y relaciones de los factores ambientales



Fuente: Elaboracion propia. 2014

Los factores ambientales que fueron calificados en mayor medida como facilitadores en el capítulo de Apoyo y relaciones son: Familiares cercanos (E310) y otros familiares (E315) cada uno con un 96%, como esposos, pareja, padres, hermanos, hijos y abuelos; y tíos, sobrinos y nietos, respectivamente. Seguido de un 86% por los profesionales de la salud (E 355), es decir todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios.

Cuadro 18. Porcentaje de Barreras y Facilitadores de los ítems considerados en el capítulo de Actitudes de los factores ambientales enunciados por la CIF

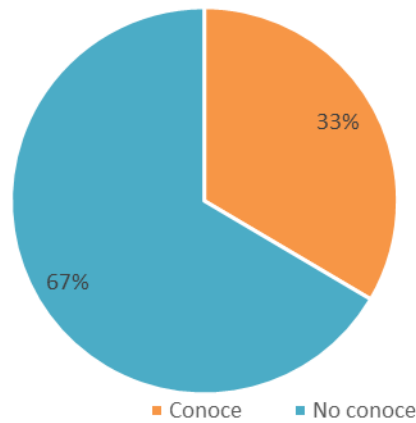


Fuente: Elaboracion propia. 2014

La gráfica anterior muestra la percepción de la población objeto de estudio, de acuerdo a si consideran barreras o facilitadores los factores ambientales del ítem de actitudes, es decir, opiniones y creencias generales o específicas respecto a la población objeto de estudio. Los factores ambientales que fueron calificados en mayor medida como facilitadores en este ítem son: actitudes de familiares cercanos, de otros familiares y de extraños (E140- E415- E445) con un 89% cada uno. En cuarto lugar se ubica las actitudes de los profesionales de la salud con un 78%.

Cuadro 19. Porcentaje de la población encuestada la cual conoce/desconoce las políticas legales sobre obesidad y políticas sanitarias. Servicios, sistemas y políticas (CIF)

**E510- E599 SERVICIOS, SISTEMAS Y POLITICAS
(Conocimiento de politicas legales de la obesidad y
politicas sanitarias)**

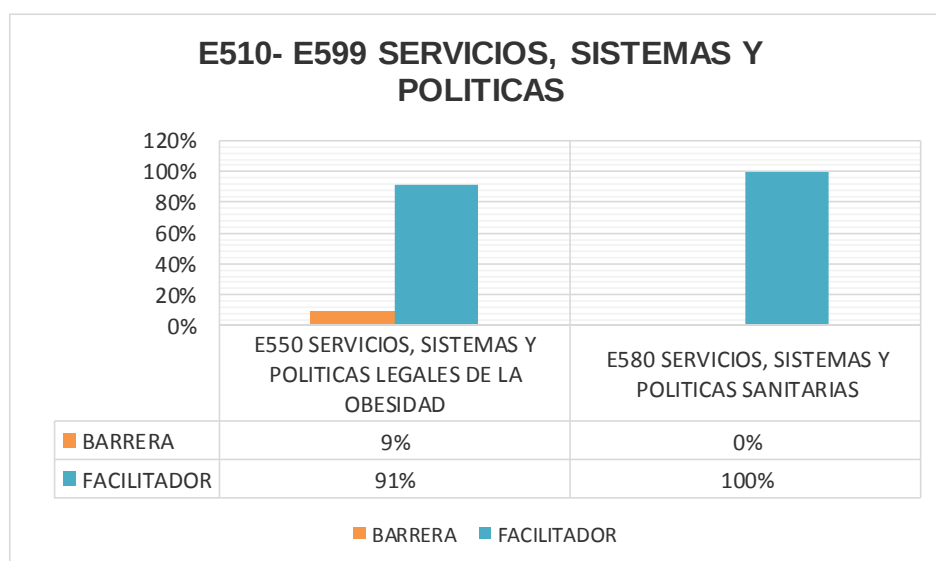


Fuente: Elaboracion propia. 2014

Esta gráfica muestra que el 67% de la población encuestada no tiene conocimiento de las políticas legales y sanitarias vigentes en Colombia sobre la obesidad, mientras que el 33% si lo tienen.

* En la presente gráfica, se especifica el 33% de la población encuestada que tiene conocimientos de las políticas legales y sanitarias vigentes en Colombia. Este porcentaje fue igualado a un 100% para efectos del estudio

Cuadro 20. Porcentaje de Barreras y Facilitadores de los ítems considerados en el capítulo de Servicios, sistemas y políticas de los factores ambientales enunciados por la CIF



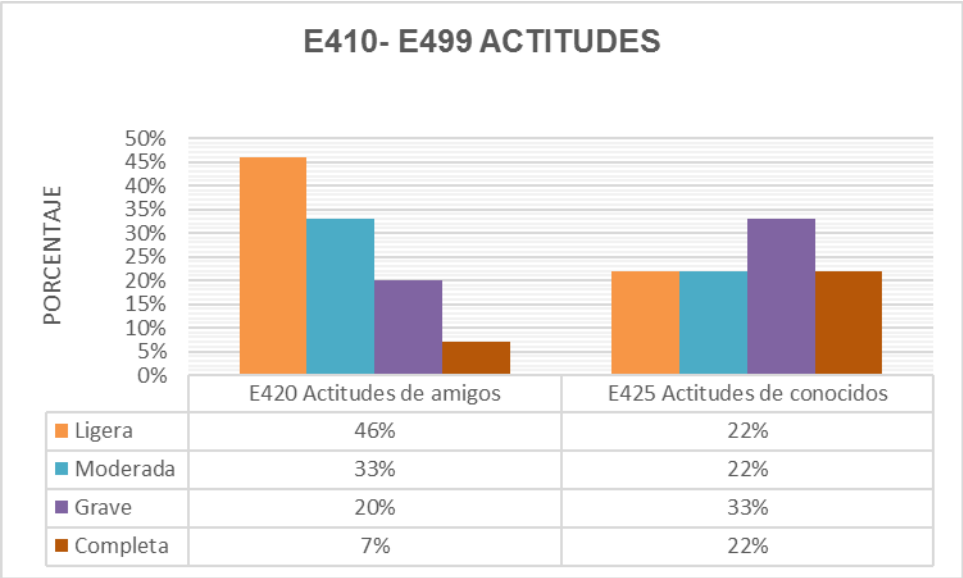
Fuente: Elaboracion propia. 2014

La anterior gráfica muestra la percepción del 33% de la población objeto de estudio que específico conocer las políticas. Los factores ambientales de este ítem, representan los servicios, sistemas y políticas relacionados con la legislación de un país y con la prevención y el tratamiento de problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable. Igualmente, en esta gráfica se especifica la percepción de la población, respecto a si consideran dichas políticas como barreras o facilitadores.

Los servicios, sistemas y políticas (E510- E599) que fueron calificados en mayor medida como facilitadores son: servicio, sistemas y políticas sanitarias (E580) con un 100%, seguido de servicio, sistemas y políticas legales de la obesidad con un (91%).

Los ítems que fueron considerados barreras por más del 30% de la población y que para efectos de la investigación, las autoras quieren destacar por su importancia e impacto son:

Cuadro 21. Porcentaje de la concepción de barrera (ligera, moderada, grave o completa) de los ítems de actitudes de amigos y conocidos del capítulo de Actitudes de la CIF.



Fuente: Elaboracion propia. 2014

La gráfica anterior muestra los factores ambientales que fueron considerados barreras por la población objeto de estudio y especifica el grado de la misma en ligera, modera, grave o completa.

Como se aprecia en la gráfica los factores ambientales que fueron considerados barreras son: opiniones y creencias generales o específicas de amigos (E420), la cual fue considerada una barrera ligera para el 46% de la población, seguida del 33% que la considera moderada. Por otra parte, se encuentra opiniones y creencias generales o específicas de conocidos (E425), como una barrera grave, considerada por el 33% de la población.

ANALISIS FACTORES AMBIENTALES

Es importante mencionar que el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas es considerado de manera general por la población objeto de estudio como Facilitador, concepción sumamente importante que se hace socialmente en la construcción de la discapacidad, ya que el entorno en lugar de ser barrera, es visto como algo que posibilita y favorece el desempeño de las personas dentro de diferentes actividades.

Teniendo en cuenta que nos encontramos en una cultura consumista, en donde se busca a partir de la tecnología disminuir pasos y ahorrar energía durante la ejecución de diversas actividades de la vida diaria es lógico encontrar como un facilitador preponderante los Productos y Tecnologías, debido a que la mayor parte de la población objeto de estudio cuenta con un poder adquisitivo medio, ya que la mayoría son jubilados y se puede decir que están en una posición económicamente estable, lo que explica que las pertenencias (bienes, propiedades, dinero entre otros) se comporten como un factor positivo que les permite a las personas acceder a diferentes actividades y entornos en los cuales participan directa o indirectamente.

Por otra parte, el hallar como facilitador los alimentos que se consiguen en el entorno, nos proporciona una visión diferente a la que comúnmente aparece en la literatura, debido a que ésta, relaciona el aumento de peso con el consumo en altas proporciones de dulces, frituras y “comidas chatarras” ubicados comúnmente en los entornos cotidianos de las personas en la cultura occidental⁵⁰. Teniendo en cuenta lo anterior nos surge los siguientes interrogantes: ¿Cuál es la concepción sobre alimentos saludables que tiene la población objeto de estudio? ¿Cerca de sus lugares de residencia se consiguen alimentos saludables? Estas son preguntas que infortunadamente no podemos responder, debido a que la información obtenida en la presente investigación no da cuenta de este aspecto, ya que sólo se explora la percepción que tienen las personas con obesidad y diabetes frente a los alimentos que consumen.

Teniendo en cuenta los aspectos legales como los servicios, sistemas y políticas sanitarias y de obesidad que sustentan a la población objeto de estudio, se vuelve importante destacar que a pesar del desconocimiento evidenciado durante la investigación el 100% y 91% de las personas que las conocen respectivamente las percibe como facilitadores, ya que estas proporcionan elementos legales para el control, atención y prevención de las enfermedades que padecen.

Igualmente, es interesante observar el comportamiento de los factores ambientales, relacionados con el apoyo, las relaciones y las actitudes de familiares cercanos y de otros familiares, las cuales son percibidos como

⁵⁰ PORTAL FITNESS. URIARTE, Segismundo. Los hábitos alimentarios. [En línea]. <<http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=1967>> [citado en 11 de octubre de 2012]

grandes facilitadores. Entendiendo el apoyo como la estabilidad emocional y la seguridad individual, que recibe una persona gracias a los miembros de su familia; y actitud como la forma de actuar y el comportamiento de un individuo frente a una situación particular. Estos datos son relevantes, ya que culturalmente se entienden las funciones familiares “bajo el ángulo de estabilidad y cambio, el cambio está incluido en la naturaleza misma de la familia dados por los momentos evolutivos, los ciclos vitales que la atraviesan...”⁵¹ es decir, la familia es considerada como un apoyo crucial, pues brinda a cada miembro la fortaleza emocional para atravesar las diferentes etapas de su vida.

De igual modo, se encontró que las actitudes de amigos y conocidos, representan una barrera del 60% y el 67% respectivamente para la población objeto de estudio, ya que éstos perciben como un obstáculo el apoyo y las interacciones que se tejen con estas personas, lo cual se podría explicar por la concepción de belleza que se plantea desde la cultura occidental, debido a que, tanto amigos como conocidos, constituyen un círculo social en donde las comparaciones de las características físicas de las personas pertenecientes a este tipo de círculos son comunes en las conversaciones. Teniendo en cuenta que dichas comparaciones no siempre son positivas, debido a que constantemente los individuos pretenden hallar un estereotipo de mujer y hombre con características físicas, sociales y emocionales difícil de alcanzar. Igualmente ocurre (en algunos casos) que con el paso del tiempo, los lazos de amistad se van debilitando, el contacto entre las personas disminuye, así como la frecuencia de encuentros y reuniones sociales; en parte por la dedicación a la familia, a la mudanza a otras ciudades o países y el desarrollo de múltiples actividades y ocupaciones. Es así como dichas relaciones interpersonales, en lugar de ser un facilitador pueden terminar siendo una barrera pues se pierde la confianza, la empatía y la camaradería.

Para concluir es evidente que todos los elementos mencionados anteriormente, influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales y las asociaciones comunitarias hasta las estructuras políticas, económicas y legales. Esta información da cuenta de los diferentes entornos en los cuales el individuo se ve inmerso, tal como lo enuncia Uriel Bronfrenbrenner en su teoría de sistemas, pues destaca la importancia crucial que tiene el estudio de los ambientes y las interacciones que en ellos y entre ellos se generan para la estructuración social, cultural, política y económica de una persona. Estos sistemas se conocen como

⁵¹ Universidad del Salvador. EL ROL DE LA FAMILIA EN LA EDUCACION DE LOS HIJOS. [En línea]. <<http://psico.usal.edu.ar/psico/rol-familia-educacion-hijos>> [citado en 15 de Noviembre de 2013]

microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema⁵². Teniendo en cuenta la importancia de dichos ambientes, la presente investigación data elementos interesantes de la percepción de las personas con obesidad y diabetes del mundo físico y social en los que se desenvuelven; y proporciona una visión diferente de intervención no solo centrada en la persona como ser biológico, sino entendiendo al individuo desde la perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta las características propias del ser humano, las especificidades que le proporciona el medio en el que vive y las ocupaciones en las que se desenvuelve.

6.2 ANALISIS GENERAL

La obesidad y diabetes constituyen condiciones de salud que pueden o no, ser discapacitantes para las personas que las padecen. Sin embargo para hablar de discapacidad se debe tener en cuenta tanto los factores personales como los factores externos que interactúan con el individuo. En este orden de ideas, las Estructuras y funciones, las Actividades y la participación y los Factores ambientales, influyen en gran medida en la ejecución de actividades, el comportamiento y la vida social de la persona en todos los ámbitos.

En los resultados de esta investigación, la edad representa un componente importante, debido a que la mayoría de los participantes oscilan entre los 60 y 75 años, rango de edad en la que las enfermedades crónicas aparecen en mayor proporción y mucho más, si las personas se ubican en países de ingresos bajo y medios, como es el caso de Colombia. Estos aspectos, se relacionan con los considerables porcentajes de deficiencias en funciones y estructuras corporales encontradas en los sistemas cardiovascular, metabólico, digestivo y funciones mentales, las cuales hacen parte de dichas enfermedades crónicas, de larga duración y por lo general de progresión lenta⁵³.

Así mismo, es importante tener en cuenta que en el rango de edades mencionadas anteriormente se vivencia una etapa complicada del ciclo vital, que es la Jubilación, ocupación actual de la mayoría de la población objeto de estudio, que implica, en algunos casos, dejar el trabajo cuando ya no se es capaz de cumplir cabalmente las obligaciones que éste impone, debido a la natural declinación de las capacidades físicas y psicológicas asociadas al proceso de envejecimiento. El proceso de jubilación en nuestra sociedad trae consigo una serie de consecuencias tanto positivas, como negativas: un

⁵² Universidad Nacional abierta y a distancia. Teoría Ecológica de Bronfenbrenner [En línea]. <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/434202/2013_2/Contenido_en_Linea/leccin_7_teora_ecologica_de_bronfenbrenner.html> [citado en 16 de Noviembre de 2013]

⁵³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas [En línea]. <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html,%20Organización%20mundial%20de%20la%20salud.#> [citado en 16 de Noviembre de 2013]

deterioro en las relaciones sociales, por la pérdida de contacto con los compañeros de trabajo y la pérdida de estatus como individuo activo, sumada a la desaparición de seres queridos y amistades que fallecen; un deterioro en la salud, debido a la ruptura y al cambio súbito de las rutinas que entrega la vida laboral⁵⁴; dichos deterioros mencionados se ubican en el estudio como deficiencias en estructuras y funciones y actividades y participación que afectan de manera directa la ejecución de las actividades de la vida diaria de esta población.

A pesar de que existen deficiencias físicas en estructuras y funciones, restricciones en la participación y limitaciones en la ejecución de actividades de movilidad, (actividad que presentó mayores dificultades en la población objeto de estudio) los factores ambientales, especialmente los productos y tecnología relacionados con la movilidad fueron considerados como facilitadores con un 82% ya que la población percibe que el entorno físico donde se desenvuelve proporciona los apoyos y productos necesarios que compensan las limitaciones y deficiencias halladas en la investigación. Estos apoyos hacen referencia más específicamente, al diseño de edificios de uso público y privado, ascensores, rampas y diseño de infraestructura accesible (ancho de puertas, diseño de baños, etc.).

La percepción de los factores ambientales como facilitador juega un papel fundamental en las relaciones interpersonales y las asociaciones comunitarias, al igual que en las estructuras políticas, económicas y legales. Convirtiéndose en este caso en una red importantísima que favorecerá la inclusión de la persona con obesidad y diabetes en la sociedad.

Por otra parte, si bien las actividades de autocuidado, tienen relación directa con la movilidad, también la tienen con el cuidado de las partes del cuerpo incluyendo la piel, la cual se halla en resultados anteriores como una estructura con un grado de afectación considerable; esta correspondencia podría explicar la aparición de escaras y/o dermatitis en pliegues y partes del cuerpo que las personas con obesidad y diabetes por la movilidad reducida no pueden alcanzar.

Entre los resultados encontrados en esta investigación, el Comer obtuvo un porcentaje de limitación y/o restricción en la participación de 44%, lo cual se relaciona con el control del apetito y la ingesta de sustancias que pueden causar reflujo, agruras (pirosis), tos crónica, falta de aire, dificultad para tragar y en los casos más graves, dolor al tragar; debido a que las sustancias que causan dichos síntomas son ricas en grasa, azúcares y carbohidratos, los cuales también tienden a exacerbar la diabetes y la obesidad; entendiendo lo anterior como una relación causa- efecto donde cada acción generada por la persona tiene una respuesta del propio cuerpo.

⁵⁴ ALLAN, Natalia. WACHHOLTS, Daniela. Valdez Alicia. Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. En: Revista chilena de Terapia Ocupacional [En línea]. Volumen 5 (2005)

Para concluir, es importante explicar que utilizando la motivación el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social a través de las ocupaciones que desempeña día a día. La vida humana es un proceso de continua adaptación, ésta definida como un cambio en la función que busca la actualización permanente del ser y la supervivencia ante los sucesos presentados constantemente. Existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando disfunciones, dificultades, limitaciones y restricciones en la participación (las cuales se han especificado en esta investigación). La Terapia Ocupacional está basada en la creencia de que las ocupaciones, incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, pueden utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación; he aquí la importancia y relevancia de éste estudio para abordar desde la Terapia Ocupacional no solo las limitaciones que se generan con éstas patologías sino todos los aspectos que rodean al ser humano utilizando la adaptación como medio y fin para la consecución de sus objetivos.

7. CONCLUSIONES

- Las funciones y estructuras que se encuentran afectadas en mayor proporción en la población objeto de estudio, es decir en las que se presentan mayores deficiencias son: Aparato ocular, sistema digestivo, cardiovascular y respiratorio, neuromusculoesquelético, funciones mentales y la piel.

- Dentro de las funciones que son percibidas por la población como dificultades se encuentran: en relación al sistema digestivo, dificultad para la ingestión y digestión de los alimentos, vinculados con el mantenimiento del peso corporal y la eliminación de sustancias del cuerpo como el estreñimiento. Por otra parte, en relación al sistema cardiovascular y respiratorio se encuentran como deficiencia la capacidad aeróbica necesaria para resistir el ejercicio físico. En el sistema neuromusculoesquelético las deficiencias están relacionadas con dolor, inflamación, inestabilidad y molestia en las articulaciones, en mayor medida de la parte inferior del cuerpo. Finalmente, en las funciones mentales las deficiencias se enmarcan en la autoconfianza, el control del apetito, manejo de situación de stress y ansiedad.

- Los resultados obtenidos en esta investigación, desde la perspectiva de la población objeto de estudio acerca de las limitaciones y restricciones en la participación que presentan los individuos, hacen referencia a tres actividades: movilidad (cambiar y mantener posición de cuerpo, mantener posición de cuerpo, andar distancias largas y desplazarse por el entorno), autocuidado (Vestirse la parte inferior del cuerpo y comer o beber alimentos) e interacciones y relaciones interpersonales (relaciones íntimas); estas actividades corresponden con lo encontrado en la literatura como aspectos en los cuales esta población tiene dificultades, lo cual restringe su participación en diferentes contextos (sociales, educativos, laborales, comunitarios, familiares etc.) e inciden en la calidad de vida de las personas y por ende en su desempeño ocupacional, además de demandar altos costos, tanto económicos, como sociales.

- El apartado de movilidad, constituye la principal limitación y restricción en la participación de la población objeto de estudio, lo cual se entiende debido a la relación directa entre las deficiencias del sistema cardiovascular y neuromusculoesquelético encontradas en esta investigación, con las demandas físicas particulares de las diversas actividades de la vida diaria. Es decir, el tiempo de duración de la misma, el uso de implementos o herramientas, la frecuencia con la que se ejecuta y el entorno específico donde se dé. De esta forma se comprende que la ejecución de las actividades es el resultado de la interacción entre los factores individuales de la persona, los elementos propios de la actividad y el contexto donde tiene lugar dicha acción.

- Los factores ambientales proporcionan información importante que nos muestra como el ambiente influye en la participación y en el desempeño o realización de las actividades. En esta investigación se encuentran como facilitadores preponderantes los productos y tecnología, más específicamente

las Pertenencias con un 100%. Por otro lado se encuentra que las actitudes de amigos y conocidos, son vistas como una barrera por más de un 30%, los cuales fueron porcentajes importantes para esta investigación.

- Tanto la obesidad como la diabetes, generan alteraciones psicológicas, relacionadas en mayor medida con el stress según evidencias científicas, lo cual termina por afectar la ejecución de tareas; en este orden de ideas, se puede ver afectado el cumplimiento de actividades tanto del área de autocuidado, como la productiva y/o el ocio y tiempo libre de esta población.

- Es un error común pensar que la obesidad es simplemente un problema estético. En la actualidad, el sobrepeso severo causa muchas complicaciones de salud de las que creemos, ya que está asociada a un gran número de problemas cardiovasculares y respiratorios, así como a otras patologías crónicas como el asma o la diabetes, pudiendo muchas de ellas tener efectos a largo plazo que hace que se convierta en una enfermedad multisistémica que puede limitar la ejecución de rutinas diarias, hábitos saludables y desempeño de roles ocupacionales (padre/madre, esposo (a), hijo (a), hermano (a), amigo (a) jubilado (a), ama de casa, trabajador) dentro de la sociedad.

- La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en que vive esa persona. Los distintos ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con una condición de salud. Si hablamos de un entorno facilitador, éste puede incrementar el desempeño/ realización del individuo, en cambio, si es en términos de barreras, éste puede generar dificultades y problemas para acceder a diferentes actividades.

8. RECOMENDACIONES

- Las personas con obesidad y diabetes requieren de una intervención integral que busque como objetivo principal mejorar su desempeño ocupacional debido a que las deficiencias en estructuras y funciones limitan la ejecución en actividades. Esta premisa implica que el abordaje de estos pacientes sea multidisciplinario, desde la atención primaria, quienes se encargan de la detección, el control metabólico, hasta el tratamiento, la educación sanitaria y la rehabilitación. Solamente trabajando en equipo (endocrinos, médicos de familia, oftalmólogos, nefrólogos, cirujanos cardiovasculares, neurólogos, terapeutas ocupacionales, etc.) se podrá garantizar el éxito del proceso de las personas, sin dejar de lado la importancia que tienen su vinculación y participación, al igual que la de su familia. Teniendo en cuenta estos factores se puede mejorar la calidad de vida tanto de las personas con obesidad y diabetes, como de sus parientes más cercanos.

-Teniendo en cuenta que los efectos que tienen los factores ambientales sobre la vida de las personas con obesidad y diabetes son variados, complejos e individuales, se recomienda desarrollar futuras investigaciones que indaguen de manera profunda la concepción subjetiva de los alimentos en relación con los hábitos de vida saludable para obtener un mejor entendimiento de esta interacción y poder desarrollar intervenciones en pro de los estilos de vida saludables, teniendo en cuenta la percepción de las personas implicadas quienes son los que verdaderamente pueden dar respuestas veraces a estos interrogantes.

-Igualmente se recomienda, que futuras investigaciones tomen como insumo este proyecto o tesis para explorar más a fondo las características de esta población y de esta forma incidir en los programas de promoción y prevención de estas patologías de forma que se intervenga de forma más global, puesto en la ocupación, la persona y el contexto. Así mismo, otras investigaciones pueden darle continuidad a este proyecto tomando en cuenta aspectos que en este no fueron abordados en su totalidad o no se abordaron.

- Teniendo en cuenta que la independencia y la autonomía son características fundamentales para ejecutar de forma efectiva actividades de la vida diaria (autocuidado, productivas y de ocio y tiempo libre), se hace necesario realizar intervenciones enfocadas a mejorar la capacidad de desempeño de la población y promover el máximo nivel posible de independencia. Dentro de las recomendaciones para el proceso de intervención se encuentra modificar la manera en cómo se ejecutan las actividades, así como se enuncia en los siguientes ítems:

+ Se recomienda que las actividades de autocuidado como el vestido de la parte inferior del cuerpo y el cuidado de la piel, se efectúen en posición sedente evitando aumentar las complicaciones en las articulaciones de los miembros inferiores mencionadas en el análisis de actividades y participación.

+ Se recomienda que durante la actividad de cuidado de la piel, las personas sequen los pliegues que se generan por el exceso de masa corporal, previendo la aparición de hongos y posteriormente dermatitis.

+ Se recomienda el uso de tecnología de asistencia como alcanzadores (pinza de largo alcance), pone calcetines/medias y cordones elásticos para la ejecución de estas actividades, debido a que se encontraron restricciones en la participación y dificultades para desarrollar actividades de autocuidado en la parte inferior del cuerpo como vestirse (medias, zapatos y pantalones) y secarse estos segmento corporales.

Figura 1. Cordones elásticos



Figura 2. Alcanzadores (Pinzas de largo alcance)



Figura 3. Pone calcetines



+ Se recomienda que los diferentes especialistas en sus planes de tratamiento tengan en cuenta el ambiente físico en el cual se desenvuelven estas personas (hogar, lugar de trabajo), desde el acceso y diseño, teniendo en cuenta las dimensiones de los espacios (anchos de puertas, baños, pasamanos) y la ubicación de los diferentes implementos y estanterías en planos medios.

+ Se recomienda un apoyo psicológico desde la aparición de los primeros signos de las enfermedades, ya que es importante contar con una persona que

los oriente y guíe (paciente y/o familia) durante el proceso de adquisición de herramientas necesarias para enfrentar diferentes situaciones que se presenten y que puedan afectar de forma notoria la salud mental de una persona.

+ Se recomienda tanto a las personas con obesidad y diabetes como a sus familias realizar una lectura de las políticas legales de manera concienzuda para lograr un empoderamiento de sus derechos y deberes, y de esta forma gestionar los diversos servicios que requieran.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El diseño de este estudio cumple con lo estipulado por la Declaración de Helsinki para la investigación en humanos (53), de la misma forma que cumple con lo estipulado en la Resolución 008430 (54). Además, dada la naturaleza de la muestra y de acuerdo al artículo 11 de la misma Resolución 008430, este estudio debe considerarse con riesgo menor que el mínimo, debido a que no se van a intervenir seres humanos ni se van a obtener muestras biológicas a partir de seres humanos. En el caso de este estudio, lo que se va a realizar es la aplicación de una serie de cuestionarios a un grupo de personas con obesidad y diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior con el fin de caracterizar desde la CIF (clasificación internacional de funcionamiento y la discapacidad) los estados de salud y los estados relacionados con la salud de los sujetos muestra.

Sin embargo se requiere del aval del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

El reclutamiento de los participantes lo realizarán las investigadoras del trabajo de grado, con ayuda de un profesional de la salud que trabaja en el servicio de salud donde se realizará el estudio. Se utilizará la base de datos que tiene el servicio de salud sobre las personas con obesidad y diabetes, y se elegirán 60 personas que cumplan con los criterios de inclusión propuestos en este estudio. Este proceso se llevará a cabo la tercera semana de febrero, en las instalaciones del servicio salud de la institución de educación superior.

Por otro lado, la información a los participantes del estudio, será dada por las dos investigadoras principales del trabajo de grado.

En cuanto al consentimiento informado, será aplicado conjuntamente por las dos investigadoras del estudio.

Es importante tener en cuenta que la aplicación de los cuestionarios se realizará a los pacientes que pertenezcan al servicio de salud de una institución de educación superior dentro del marco del programa de Promoción y Prevención que se maneja en las instalaciones de dicho Servicio de salud. Las personas deben tener como mínimo la mayoría de edad; igualmente a cada

una de ellas se les explicará con detalle en qué consistirá el estudio y cuál será su participación en el mismo.

El consentimiento informado **(ver anexo D)**, indicará a la población estudio, como será la aplicación de los cuestionarios y el tiempo destinado para el diligenciamiento de cada uno de ellos, también le informará que su decisión de participar no tendrá retribución económica para ellos y/o los investigadores, y que tampoco les generará un gasto adicional a los participantes. También se les aclarará que la participación en el estudio no agrega o aumenta ningún riesgo establecido; que la respuesta a los cuestionarios no representa ningún riesgo físico, psicológico y social para su salud, y no se transgredirá la confidencialidad de la identidad, evitando que dicha información, sea utilizada para fines diferentes a los académicos. Del mismo modo se les informará que las respuestas dadas podrán ser utilizadas por los investigadores para este estudio y los documentos y soportes académicos y científicos que de este estudio se desarrollen. Por otro lado, se realizó la verificación de documentos enviados al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle incluidas las respuestas a las 6 preguntas sobre la participación de sujetos humanos en investigación **(ver anexo 5)**

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. YÁÑEZ, Cecilia. OMS alerta que obesidad, hipertensión y diabetes ya son un problema mundial. En: La tercera. [en línea]. N°. 22612 (2012) <<http://diario.latercera.com/2012/05/17/01/contenido/tendencias/16-108622-9-oms-alerta-que-obesidad-hipertension-y-diabetes-ya-son-un-problema-mundial.shtml>> [citado en 6 de octubre de 2013]
2. Organización Mundial de la Salud. Cclasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España: 2001. P. 6- 9
3. UNIVERSIA. Obesidad y diabetes principales causas de muerte [en línea] <<http://noticias.universia.net.co/en-portada/noticia/2012/07/11/949979/obesidad-diabetes-principales-causas-muerte.html>> [citado en 6 de Octubre de 2012]
4. CARACOL RADIO. Obesidad, hipertensión y diabetes desplazaron a la violencia como principal causa de muerte en el país. [En línea] <<http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/obesidad-hipertension-y-diabetes-desplazaron-a-la-violencia-como-principal-causa-de-muerte-en-el-país/20120709/nota/1719279.aspx>> [citado 7 de Octubre de 2012]
5. FORGA, L., PETRINA, E., BARBERÍA J.J. Complicaciones de la obesidad [En línea] <http://www.valium.es> [citado el 08 de Marzo de 2014]
6. RODRIGUEZ BARRIOS, Raul, MASSERA, María J. Complicaciones oculares. [En línea] www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap15.pdf [citado el 08 de Marzo de 2014]
7. SÁNCHEZ, Claudia. PICHARDO Edgar. LÓPEZ, Patricia. Epidemiología de la obesidad. En: Medhigrafic [en línea]. Vol. 140, No. 2/ 2004; P. 3- 20 <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>> [citado 8 de Octubre de 2012]
8. ROLL, Iván. GONZÁLEZ, Neraldo. Diabetes y obesidad. Estudio en un área de salud. En: scielo [en línea]. Vol.2, No.5-6/ 2005. P. 1- 3 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000500006&script=sci_arttext> [citado 8 de Octubre de 2012]
9. GUERRERO ROMERO, Jesus Fernando, RODRIGUEZ MORÁN, Martha. En: Biblioteca virtual EM SAUDEM. [En línea] < <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=202977&indexSearch=ID> [citado 08 de Marzo de 2014]

11. VILLA, Antonio R. En: revista en línea Medigraphic. [En línea] <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042c.pdf>> [citado el 8 de Marzo de 2014]

12. LUDWIG J. SANBONMATSU L. GENNETIAN L. Barrio, Obesidad Y Diabetes. En: revista de medicina online [en línea]. Vol. 19, N° 325 / 2011. P. 1 <<http://norefieri.com.ar/2012/02/barrio-obesidad-y-diabetes>> [citado 8 de Octubre de 2012]

13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España: 2001. P. 6

14. ALMANZA, Julio César. BLANCAS, Gerardo. GARCÍA, Rebeca. ALARCÓN, Francisco. CRUZ, Miguel. Leptina y su relación con la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. En: Unidad de Investigación Médica en Bioquímica. [en línea]. N°. 8 (2005). Disponible en: < <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086m.pdf>> [citado en 10 de octubre de 2012]

15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Obesidad y sobrepeso [En línea]. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>> [citado en 11 de octubre de 2012]

16. TEENS HEALTH. GAVIN Mary L, MD, Cuando el sobrepeso es un problema de salud. [En línea]. <[#](http://kidshealth.org/teen/en_espanol/nutricion/obesity_esp.html)> [citado en 11 de octubre de 2012]

17. PORTAL FITNESS. URIARTE, Segismundo. Los hábitos alimentarios. [En línea]. <<http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=1967>> [citado en 11 de octubre de 2012]

18. FRÍAS, Martha. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Brasil: Red Estudios de Psicología, 2006. P. 16 -17

19. CABELLO, Martha Leticia, ZÚÑIGA, José Guillermo. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. En: Ciencia

Uanl [En línea]. No. 2 (Abril-Junio 2007)

<<http://eprints.uanl.mx/543/1/OBESIDAD.pdf>> [citado en 12 de Octubre de 2012]

20. CARRASCO, Elena. PÉREZ, Francisco. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. En: scielo [en línea]. Volumen. 132, N°. 10/ 2004. P. 1-3

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004001000005&script=sci_arttext)

98872004001000005&script=sci_arttext> [citado en 12 de Octubre de 2012]

21. BAPTISTA Héctor. Obesidad y diabetes. En: Medigraphic [En línea] Vol. 13, N° 4/ 2006 P. 186-187 <

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2006/ms064i.pdf>> [citado en 15 de Octubre de 2012]

22. UNIVERSIDAD D CALDAS. Sobre peso y obesidad, Sobre peso y obesidad incrementan la epidemia de diabetes tipo 2. [En línea

<http://www.ucaldas.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=230:contacto-saludable&id=149> [citado en 12 de Octubre de 2012]

23. DMEDICINA. Enfermedades: diabetes [En: El mundo. Es].

<<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>> [citado en 15 de octubre de 2012]

24. SNOEK, Frank. Comprender el lado humano de la diabetes. Diabetes y sociedad. En: Diabetes Voice [en línea]. Volumen 47 N° 2 (2002)

<http://www.diabetesanmed.com/Educadores/Articulos/Comprender_el_lado_humano_de_la_diabetes.pdf> [citado en 15 de octubre de 2012]

25. BAECHLER, Roberto. MUJICA, Verónica. AQUEVEQUE, Ximena. RAMOS, Alex. Prevalencia de diabetes mellitus en la VII Región de Chile. En: SCIELO [en línea]. Volumen 12 (2002)

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872002001100008&script=sci_arttext> [citado en 16 de octubre de 2012]

26. ROURA, Olmeda. MATA, Cases. CANO, JF. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus. Barcelona España. Aten Primaria. En: Elsevier [en línea]. Volumen 35 N° 05 (2005) <<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/nuevas-perspectivas-tratamiento-diabetes-mellitus-13072785-editoriales-2005?bd=1>> [citado en 18 de octubre de 2012]

27. CEITLIN J, GÓMEZ GASCÓN T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. SemFYC. 1997.

28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Panamerican Health Organization, World Health Organization. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). [En línea]. <<http://publications.paho.org/product.php?productid=990&cat=85&page=1%20> > [Citado en 18 de Octubre de 2012]
29. BORRELL Francesc, El modelo biopsicosocial en evolución. En: Grupo Comunicación y Salud. [En línea]. Volumen 119 N° 5 (2009) <<http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]
30. IBIT. P. 4
31. MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, Miguel. La Psicología Humanista como Nuevo Paradigma Psicológico. Caracas, Venezuela. <<http://prof.usb.ve/miguelm/lapsicologiahumanistacomonuevoparadpsic.html>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]
32. TORRES SOLER, Luis Carlos. La complejidad humana. Bogotá, Colombia. Pág. 1- 34 <<http://disi.unal.edu.co/~lctorress/tgs/Tgs003.pdf>> [Citado en 20 de Octubre de 2012]
33. LUENGO Enrique. La complejidad humana: aportaciones desde la sociología. Junio 2009, Pág. 2 <<http://www.pensamientocomplejo.com.ar/homenaje/galeria/wp-content/uploads/Luengo-Enrique-La-complejidad-humana-aportaciones-desde-la-sociologia.pdf>> [Citado en 21 de Octubre de 2012]
34. VESTFRID, Mario Alberto. Biología humana. Argentina. 2012, 14 p. <http://www.psico.unlp.edu.ar/acad/prog_desc/2012_411.pdf> [Citado en 21 de Octubre de 2012]
35. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: VAZQUEZ, José Luis. España: 2001. P. 12- 26
36. American Diabetes Association. Neuropatía (daño a los nervios) [En línea]. <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/complicaciones/neuropata-y-dao-nervioso.html>> [citado en septiembre 20 de 2013)]

37. RAICH, Rosa María. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. En: Universidad del rosario [En línea]. Volumen 22 N°1 (2004) <<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewArticle/1253>> [citado en septiembre 21 de 2013]
38. SAIZ, Dolores. Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. En: Science direct [base de datos]. Volumen 2 N° 3 (Jul.- sep. 2009); p. 119- 127 [citado en septiembre 21 de 2013]
39. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [En línea]. <<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=movilidad>> [citado en Septiembre 23 de 2013]
40. EL PAIS. COM. [En línea]. <<http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/caleno-satisfechos-por-estado-vias-pero-criticos-con-servicio-mio>> [citado en Septiembre 23 de 2013]
41. Universidad Autónoma de Chihuahua. Consecuencias físicas y psicológicas de la obesidad [En línea]. <http://expresate.uach.mx/ensayos/cientificos/2008/04/28/obesidad_consecfisicpsicolog/> [citado en Noviembre 2 de 2013]
42. PORTAL FITNESS. URIARTE, Segismundo. Los hábitos alimentarios. [En línea]. <<http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=1967>> [citado en 11 de octubre de 2012]
43. ARIZA Evelyn, CAMACHO Nazly Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. [En línea] <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/.../2522>> [citado el 09 de Marzo de 2014]
44. Universidad del Salvador. EL ROL DE LA FAMILIA EN LA EDUCACION DE LOS HIJOS. [En línea]. <<http://psico.usal.edu.ar/psico/rol-familia-educacion-hijos>> [citado en 15 de Noviembre de 2013]
45. Universidad Nacional abierta y a distancia. Teoría Ecológica de Bronfenbrenner [En línea]. <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/434202/2013_2/Contenido_en_Linea/lecc>

in_7_teora_ecologica_de_bronfenbrenner.html> [citado en 16 de Noviembre de 2013]

46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas [En línea]. <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html,%20Organización%20mundial%20de%20la%20salud.#> [citado en 16 de Noviembre de 2013]

47. ALLAN, Natalia. WACHHOLTS, Daniela. Valdez Alicia. Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. En: Revista chilena de Terapia Ocupacional [En línea]. Volumen 5 (2005)
<<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/103/86>> [citado en 20 de Noviembre de 2013]

48. MASSERA, Maria. RODRIGUEZ Raul. Complicaciones oculares. Capítulo 15. P. 20 <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap15.pdf> [citado en 20 de Septiembre de 2013]

49. PORRAS, Ximena. Intervención de terapia ocupacional en prevención y tratamiento de obesidad y Diabetes Mellitus Tipo II: “nunca pensamos que era algo más que una dieta”. En: Revista chilena de terapia ocupacional. [En línea]. Volumen 6 (2006)
<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/112> [citado en 20 de Noviembre de 2013]

ANEXOS

ANEXO A. Encuesta para la caracterización desde la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad de las personas con obesidad y diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior



**Universidad
del Valle**

Servicio de Salud



**Universidad
del Valle**

Vicerrectoría de Bienestar Universitario

ESTRUCTURAS CORPORALES

Nº de formato____

1. Presencia de problemas relacionados con el corazón Sí____ No____
2. Presencia de problemas relacionados con la presión arterial Sí____ No____
3. Presencia de problemas relacionados con la sangre, como anemia u otras deficiencias Sí____ No____
4. Presencia de problemas relacionados con alergias a algún tipo de sustancia Sí____ No____
5. Presencia de problemas relacionados con la glándula tiroides, tales como el hipo o hipertiroidismo Si____ No____
6. Presencia de problemas relacionados con contracciones involuntarias de músculos, como temblores, tics Sí____ No____
7. Presencia de problemas relacionados con la estructura del cerebro Si____ No____
8. Presencia de problemas relacionados con las estructuras del ojo Sí____ No____
9. Presencia de problemas relacionados con las estructuras del oído Sí____ No____

10. Presencia de problemas relacionados con las estructuras de la voz y el habla Sí___ No___
11. Presencia de problemas relacionados con el sistema respiratorio Sí___ No___
12. Presencia de problemas relacionados con las estructuras del sistema digestivo, tales como, el estómago, el colon, etc. Sí___ No___
13. Presencia de problemas relacionados con las estructuras del hígado Sí___ No___
14. Presencia de problemas relacionados con la región del cuello Sí___ No___
15. Presencia de problemas relacionados con la articulación del hombro Sí___ No___
16. Presencia de problemas relacionados con las estructuras de los brazos Sí___ No___
17. Presencia de problemas relacionados con la estructura de la cadera Sí___ No___
18. Presencia de problemas relacionados con las estructuras de las piernas Sí___ No___
19. Presencia de problemas relacionados con las estructuras del tronco, tales como: el pecho, abdomen y la espalda Sí___ No___
20. Presencia de problemas relacionados con la estructuras de la piel Sí___ No___

ANEXO B. Cuestionarios para la caracterización desde la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad de las personas con obesidad y diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior

Datos Sociodemográficos

- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Edad: _____
- Estado Civil: Soltero () Casado/ a () Unión libre ()
Viudo/ a () Separado/ a ()
- Estrato Socioeconómico: _____
- Nivel educativo: Sin escolaridad () Primaria () Bachillerato ()
Pregrado () Posgrado ()
- Otros _____
- Ocupación actual:

Tabla 2. Cuestionario de funciones corporales

PREGUNTA	RESPUESTA (Marque con una X)		
	SI	NO	ALGUNAS VECES
1. ¿Usted tiene dificultad para expresarse o hablar en público?			
2. ¿Tiene dificultades para confiar en usted mismo?			
3. ¿Tiene problemas para confiar en otras personas?			
4. ¿Usted tiene dificultades para controlar su apetito?			

5. ¿Usted tiene dificultades para controlar su nivel de ansiedad en diferentes circunstancias?			
6. ¿Considera usted que tiene dificultades con su nivel de energía, como por ejemplo sentirse cansado, o estar muy enérgico al momento de hacer sus actividades?			
7. ¿Usted tiene problemas para conciliar el sueño?			
8. ¿Usted tiene dificultades para concentrarse en actividades, que requieran mayor atención, como por ejemplo actividades laborales o académicas?			
	RESPUESTA (Marque con una X)		
	SI	NO	ALGUNAS VECES
9. ¿Usted tiene problemas para sentir algunas texturas, como las de la crema, el agua, el rose de las prendas de vestir, etc.?			
10. ¿Usted tiene problemas para mantener el equilibrio, cuando está en posición bípeda (parado)?			
11. ¿Usted tiene problemas relacionados con la capacidad respiratoria y cardiovascular			

necesarias para resistir el ejercicio físico?			
12. ¿Usted tiene problemas relacionados con la ingestión (comer) y digestión de los alimentos, vinculados con el mantenimiento del peso corporal?			
13. ¿Usted tiene problemas relacionados con la eliminación de sustancias del cuerpo como estreñimiento?			
14. ¿Usted tiene problemas para mantener el peso corporal adecuado?			
15. ¿Usted tiene problemas relacionados con sus articulaciones (tobillos, rodillas, cadera, hombros, codos, etc.) tales como, dolor, inflamación, inestabilidad o molestia?			
16. ¿Usted tiene problemas relacionados con la amplitud del movimiento y fuerza muscular de sus brazos o piernas, por ejemplo, cuando camina, levanta objetos, alcanza objetos, etc.?			
17. ¿Usted tiene problemas relacionados con su piel			

Tabla 3. Cuestionario de actividades y participación

Pregunta	SI	NO	Si la respuesta es NO ¿cómo es la dificultad?			
			Tengo pocas dificultades	La mitad de las veces tengo dificultades	La mayoría de las veces tengo dificultades	Siempre tengo dificultades
1. ¿Usted logra leer y escribir sin dificultad?						
2. ¿Usted logra resolver problemas de pequeña y gran magnitud, sin dificultad?						
	SI	NO	Si la respuesta es NO ¿cómo es la dificultad?			
			Tengo pocas dificultades	La mitad de las veces tengo dificultades	La mayoría de las veces tengo dificultades	Siempre tengo dificultades
3. ¿Logra realizar sus tareas diarias, tales como académicas, laborales o quehaceres del hogar, sin dificultad?						
4. ¿Lleva a cabo acciones para manejar y controlar el estrés o momentos de crisis, sin dificultad?						
5. ¿Cambia la posición de su cuerpo sin dificultades al momento de levantarse de la cama, de sentado a estar de pie, inclinarse y pasar de un lugar a otro?						
6. ¿Adopta usted una						

misma posición (acostado, sentado, estar de pie, inclinarse) durante 1 hora, sin dificultad?						
7. ¿Logra caminar distancias cortas (por ejemplo distancias de 100 metros) sin dificultad?						
8. ¿Logra caminar distancias largas (por ejemplo de 500 metros) sin dificultad?						
9. ¿Cuándo realiza deporte, lo hace sin dificultad?						
10. ¿Usted tiene dificultades con el acceso a los medios de transporte de la ciudad?						
11. ¿Al momento de lavarse y secarse todo el cuerpo o partes del mismo, logra hacerlo sin dificultad?						
12. ¿Al momento de cuidar su cabello (usar champo, acondicionador, peinarlo, etc.) lo hace sin dificultad?						
13. ¿Cuándo se pone o se quita la ropa de la parte superior e inferior del cuerpo, lo hace sin dificultad?						
14. ¿Cuándo se pone o se quita las medias o los zapatos, lo hace sin dificultad?						
15. ¿Cuándo come o bebe alimentos, lo hace sin dificultad, (por ejemplo inconvenientes para						

tragar, masticar, presenta reflujo, etc.)?						
16. ¿Al momento de cuidar su salud con responsabilidad (como tomarse los medicamentos, seguir las instrucciones que le da el médico, etc). Lo hace sin dificultad?						
	SI	NO	Si la respuesta es NO ¿cómo es la dificultad?			
			Tengo pocas dificultades	La mitad de las veces tengo dificultades	La mayoría de las veces tengo dificultades	Siempre tengo dificultades
17. ¿Interactúa con otras personas de forma correspondiente con la situación, (como por ejemplo demostrar aprecio y consideración cuando sea apropiado o responder a los sentimientos de otros), sin dificultad?						
18. ¿Interactúa en ciertas ocasiones con personas desconocidas? (como cuando se pregunta una dirección o se compra algo) sin dificultad?						
19. ¿Al momento de crear y, mantener las relaciones padre o madre e hijo(a), relaciones con hermanos y con otros miembros de la familia, lo hace sin dificultad?						
20. ¿Crea y mantiene						

relaciones sentimentales con otras personas más cercanas (por ejemplo entre marido y mujer, entre amantes o entre parejas sexuales), sin dificultad?						
21. ¿Al momento de conseguir y mantener algún tipo de empleo, logra hacerlo sin dificultad?						
22. Al momento de pertenecer a organizaciones comunitarias como la junta de acción comunal o a grupos religiosos lo hace sin dificultad?						
23. ¿Al realizar actividades recreativas como las manualidades, presentaciones teatrales o juegos de mesa, lo hace sin dificultad?						

Tabla 4. Cuestionario de factores ambientales

PREGUNTAS	(Marque con una X según corresponda)		CALIFICACION			
	FACILITADOR	BARRERA	(Señale el calificador correspondiente)			
			Ligera	Modera da	Grav e	Comple ta
1. ¿Los tipos de alimentos que consigue cerca de su vivienda son para usted...						

	(Marque con una X según corresponda)		CALIFICACION (Señale el calificador correspondiente)			
	FACILITADOR	BARRERA	Ligera	Modera da	Grav e	Comple ta
2. ¿Las Sillas de ruedas, los ascensores, escaleras eléctricas, medios de transporte son para usted...						
3. ¿Considera usted que los productos y tecnología tales como: computadores, celulares, internet, teléfono, fax, etc. Son..						
4. ¿El diseño de los edificios de uso público y privado en su entorno,(como la presencia o no de ascensores o rampas, en hospitales, escuelas, oficinas, conjuntos residenciales), es para usted...						
5. ¿Considera usted que sus pertenencias como el dinero, los bienes y propiedades son...						
6. ¿Considera usted que la relación con familiares cercanos (esposo(a), pareja, hijos, hermanos, padres) son para usted...						
7. La relación con otros familiares (primos,						

sobrinos, nietos, tíos) son para usted...						
8. ¿Las relaciones sociales con los profesionales de salud de su entorno son para usted...						
9. ¿Las Actitudes de los miembros de su familia cercanos tales como padres, esposo, hijos y hermanos son para usted...						
10. ¿Las Actitudes de otros familiares, tales como tíos, sobrinos y nietos son para usted...						
11. ¿Las Actitudes de sus amigos son para usted...						
12. ¿Las Actitudes de conocidos, tales como compañeros, colegas, vecinos o miembros de la comunidad son para usted...						
13. ¿Las Actitudes de extraños son para usted...						
14. ¿Las actitudes que presentan los profesionales de la salud son para usted...						
	(Marque con una X según corresponda)		CALIFICACION (Señale el calificador correspondiente)			
	BARRE RA	FACILITAD OR				
			Ligera	Modera da	Grav e	Comple ta

15. ¿Las opiniones, costumbre y creencias de la sociedad a la que pertenece son para usted...						
16. Responda esta pregunta si conoce las políticas legales de la obesidad, por el contrario no la responda. ¿Las políticas legales sobre la obesidad y los beneficios de la misma son para usted...						
17. Responda esta pregunta si conoce las políticas sanitarias, por el contrario no la responda. ¿Las políticas sanitarias son para usted...						

ANEXO C. Consentimiento informado

La Universidad del Valle en colaboración con el centro médico Universitario se encuentran desarrollando el proyecto de investigación **CARACTERIZACIÓN DESDE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD DE UNA POBLACIÓN CON OBESIDAD Y DIABETES QUE ASISTE AL SERVICIO DE SALUD DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR.**

En esta investigación se espera que participen 60 personas que asisten al programa de Promoción y Prevención que ofrece el servicio de Salud, Se espera contar con su autorización para participar de esta investigación y así nos permita realizar una caracterización en la cual usted debe diligenciar tres cuestionarios que nos permitirán identificar las deficiencias en cuanto a estructura y función, las limitaciones y restricciones para participar en las actividades y las barreras y/o facilitadores que le ofrece el medio para realizar dichas actividades.

El tiempo de aplicación de los cuestionarios es de aproximadamente 3 sesiones de 45 minutos cada una, tiempo estimado para la caracterización.

Usted no será sometido a ningún procedimiento, lo único que debe hacer es diligenciar los formularios los cuales han sido diseñados por profesionales en Terapia Ocupacional, exclusivamente para la caracterización.

Su participación en este estudio no traerá ningún riesgo, ni atenta contra su integridad moral. Como parte de los beneficios que tiene el desarrollo de esta investigación es generar información clara para establecer criterios objetivos y reales en los procesos relacionados con los estados de salud, que viven las personas con obesidad y diabetes. Es importante mencionar que no existe ninguna compensación o pago por la participación, ni tampoco implicará ningún tipo de gasto para usted. Es por ello que la participación suya es voluntaria.

La información que sea recolectada será manejada de forma confidencial, por tanto sólo el equipo de investigación tendrá acceso a ella. No se utilizarán nombres ni documentos de identificación. Sólo códigos que serán usados por el equipo de investigación.

Usted se encuentra en libertad participar en la caracterización, incluso una vez obtenida su autorización le preguntaremos si desea participar e igualmente podrá retirarse en el momento que desee. Usted podrá solicitar explicación sobre las preguntas que se realizan.

Los investigadores se comprometen una vez finalizada la investigación a entregar los resultados a la institución de salud y a la comunidad educativa informando con anticipación para que Usted pueda participar.

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

Entiendo el propósito de la investigación y comprendo cuál es mi participación en esta investigación.

Nombre _____

Cédula _____

Testigo No. 1

Testigo No. 2

Para cualquier información adicional que requiera sobre esta investigación puede ponerse en contacto con la estudiante María Isabel Parra, al celular (310) 896 2383 o la estudiante Mayra Alejandra Robayo, al celular (317) 345 6088. Así mismo, puede comunicarse con la directora del proyecto la docente María del Pilar Zapata al número 5185658-5185659.. ó a través del correo electrónico: mdpza@yahoo.com.y Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud – Universidad del Valle Teléfono 518 5677. o al E-mail eticasalud@univalle.edu.co.

Fecha de diligenciamiento: _____

**ANEXO D. PREGUNTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN
INVESTIGACIÓN**

**CARACTERIZACIÓN DESDE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA
DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD DE UNA POBLACIÓN CON OBESIDAD Y DIABETES QUE
ASISTE AL SERVICIO DE SALUD DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

SERVICIO DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

1. Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud

RESPUESTA:

La muestra de este estudio va a estar constituida por pacientes del servicio de salud de la Universidad del Valle. La selección se va a ser por conveniencia a partir de los criterios de inclusión: Pacientes que sepan leer y escribir, pacientes mayores de edad, pacientes con la condición de salud de Obesidad grado 1, 2 y 3 y Diabetes tipo I y II, pacientes que hagan parte de la clínica de obesidad del servicio de salud de la Universidad del Valle y pacientes que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y firmen el consentimiento informado. No se tendrá en consideración ni el grupo étnico ni el sexo. Serán excluidos de la muestra los individuos que una vez conformada la muestra sufran algún tipo de enfermedad o accidente que los incapacite durante el tiempo que se programa el trabajo de campo (aplicación de cuestionarios de evaluación).

2. Identifique las fuentes de Materiales para la Investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas: Identifique si este material será obtenido específicamente para propósitos de investigación o si se utilizarán muestras, datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos

RESPUESTA:

Se obtendrá información personal a partir de tres cuestionarios de evaluación, aplicados a una muestra de 60 pacientes con obesidad grado 1, 2 y 3 y diabetes tipo I y II del servicio de salud de la Universidad del Valle. La información recolectada solo será empleada con fines investigativos.

3. Describa los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio, y los procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado ¿Qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicará esta información y obtendrá el consentimiento? ¿Cómo se documentará el consentimiento?

RESPUESTA:

Para la realización del estudio se utilizará como fuente de obtención de la muestra a los pacientes con obesidad grado 1, 2 y 3 y Diabetes tipo I y II del servicio de salud de la Universidad del Valle. La información se obtendrá a partir de tres cuestionarios.

Los investigadores del estudio abordarán a los pacientes que asistan al servicio de salud de la Universidad del Valle, específicamente a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión; se explicará el estudio, se entregará el consentimiento informado y se solucionará las dudas que se puedan presentar.

- 4. Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes**

RESPUESTA:

Se emplearán los nombres de los participantes, solo para uso preciso del estudio, por lo que esta información será de uso confidencial.

Debido a que el desarrollo del estudio no genera ningún riesgo para los pacientes no se considera la provisión de atención médica.

- 5. Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamientos y/o procedimientos alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.**

RESPUESTA:

Este estudio no genera ningún riesgo para los pacientes con obesidad grado 1, 2 y 3 y diabetes tipo I y II del servicio de salud de la Universidad del Valle.

Los resultados de este estudio beneficiarán al servicio de salud de la Universidad del valle y a sus pacientes, debido a que le proporciona insumos conceptuales al servicio médico para guiar los planes de tratamiento para las personas con obesidad grado 1, 2 y 3 y diabetes tipo I y II que atienden.

- 6. Indique porque los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación**

RESPUESTA:

Este estudio, no representa ningún riesgo para los participantes y traerá múltiples beneficios asociados, debido a que la mayor parte de la información presente en la bibliografía no tiene en cuenta todos los componentes de la salud y los estados relacionados con la salud, por lo tanto, el estudio proporcionara al servicio de salud de la universidad del valle bases conceptuales de las características comunes de los componentes de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud propios de la de las personas con obesidad tipo 1, 2 y 3 y diabetes tipo i y ii.

7. Indique si se ha iniciado la realización del proyecto

RESPUESTA:

No.

Firma Investigador Principal

ANEXO E. Hojas de vida de los investigadores

Nombre del Investigador	MARÍA ISABEL PARRA – MAYRA ALEJANDRA ROBAYO
Principal o Director del Proyecto:	MARÍA DEL PILAR ZAPATA
Teléfono:	3186422987
e-mail:	mairis06@hotmail.com

<u>ESCUELA O FACULTAD A LA QUE PERTENECE EL PROYECTO</u>		
☐ CIENCIAS BÁSICAS ☐ ODONTOLOGÍA ☐ OTRA FACULTAD	☐ ENFERMERÍA ☐ REHABILITACIÓN HUMANA CUAL:	☐ BACTERIOLOGÍA ☐ MEDICINA ☒ SALUD PÚBLICA

Para uso del Comité:

Fecha de recibo:		Nº de Protocolo:			
------------------	--	------------------	--	--	--

Evaluadores	

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre	MARIA DEL PILAR ZAPATA ALBAN
Titulo de pregrado	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Títulos de Postgrado:	ADMINISTRACION

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO		INVESTIGADOR PRINCIPAL:	
ASESOR METODOLÓGICO:		CO-INVESTIGADOR:	
ASESOR TEMÁTICO:	X	DIRECTOR DE PROYECTO:	X
		ESTUDIANTE POSTGRADO:	
		ESTUDIANTE PREGRADO:	

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre MAYRA ALEJANDRA ROBAYO ROLDAN

Título de pregrado ESTUDIANTE DE TERAPIA OCUPACIONAL

Títulos de Postgrado:

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☒

ASESOR METODOLÓGICO: ☐

CO-INVESTIGADOR: ☐

DIRECTOR DE PROYECTO: ☐

ASESOR TEMÁTICO: ☐

ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐

ESTUDIANTE PREGRADO: ☒

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre MARIA ISABEL PARRA PEREA

Título de pregrado ESTUDIANTE DE TERAPIA OCUPACIONAL

Títulos de Postgrado:

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☒

ASESOR METODOLÓGICO: ☐

CO-INVESTIGADOR: ☐

DIRECTOR DE PROYECTO: ☐

ASESOR TEMÁTICO: ☐

ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐

ESTUDIANTE PREGRADO: ☒

ANEXO F. Carta dirigida al comité de ética humana

Santiago de Cali, 3 de Diciembre de 2012

Señores
COMITÉ DE ÉTICA
Facultad de Salud
Universidad del Valle
La Ciudad

Asunto: Estudio y concepto del comité de Ética del trabajo de grado denominado: **“Caracterización desde la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de una población con obesidad y diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior”**.

Cordial saludo:

Las estudiantes del Programa de Terapia Ocupacional, **MARIA ISABEL PARRA y MAYRA ALEJANDRA ROBAYO**, están realizando su trabajo de grado para caracterizar desde la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud la población con obesidad tipo I, II y III y diabetes tipo I y II de la clínica de obesidad del servicio de salud de la Universidad del Valle.

El trabajo se realizará con la metodología de Investigación Cualitativa, teniendo en cuenta que igualmente se requerirá cuantificar los datos para presentar los resultados obtenidos de la investigación.

En la ejecución del trabajo se requiere explorar en personas con obesidad tipo I, II y III, y diabetes tipo I y II los componentes de la salud y los estados relacionados con la salud; Para obtener la información anterior, se aplicarán tres cuestionarios de evaluación; igualmente se utilizará un consentimiento informado para las personas a las que se les realizara la encuesta, dado que, ellas tendrán que autorizar su participación como muestra en la ejecución de esta investigación.

El trabajo tiene bajo riesgo para la población que intervendrá en el estudio, puesto que se busca caracterizar los componentes de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de acuerdo a los resultados arrojados de los instrumentos de investigación.

Solicito muy comedidamente el estudio y concepto del comité de ética sobre este trabajo de grado de los estudiantes de pregrado de Terapia Ocupacional, para cumplir con este requisito y seguir en el avance del trabajo de grado.

Atentamente,

MARIA DEL PILAR ZAPATA
Directora del Trabajo de Grado
Profesora Escuela de Rehabilitación Humana

ANEXO G: Carta aprobación Servicio de Salud



SERVICIO DE SALUD

Universidad
del Valle

Santiago de Cali, 27 de Noviembre de 2012

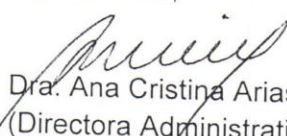
Señores:
COMITÉ DE ETICA HUMANA
Facultad de Salud
Universidad del Valle

Cordial saludo:

Me dirijo a ustedes para informarles, que ante la solicitud de la docente de su facultad, Sra. María del Pilar Zapata, el servicio de salud aprueba la realización del estudio "Caracterización desde la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de una población con obesidad y diabetes que asiste al servicio médico de Cámbulos de la Universidad del Valle", que será realizado por las estudiantes del programa académico de Terapia Ocupacional María Isabel Parra (código 0743991) y Mayra Alejandra Robayo (código 0838156), siempre y cuando se llenen los requisitos, que el Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud dispongan.

Agradeciendo su atención.

Atentamente,


Dra. Ana Cristina Arias
(Directora Administrativa (e))
Servicio de Salud de la Universidad del Valle

Universidad del Valle
Ciudad Universitaria Meléndez - Apartado Aéreo 25360
Teléfonos: 3304867 - 3212100 Ext. 2469 - 2479 - Fax: 6822036
Cali - Colombia

ANEXO H: Acta de aprobación Comité Institucional de Revisión de ética Humana

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 01-013

Proyecto: **CARACTERIZACION DESDE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD DE UNA POBLACION CON OBESIDAD Y DIABETES QUE ASISTE AL SERVICIO DE SALUD DE UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR**

Sometido por: **MARIA DEL PILAR ZAPATA/MARIA ISABEL PARRA/MAYRA A. ROBAYO**

Código Interno: **265-012** Fecha en que fue sometido: **04** **12** **2012**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@univalle.edu.co

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal deberá** informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 21 02 2013
Nombre: LAURA E. PIEDRAHITA S.
Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 21 02 2013
Nombre: HERNAN J. PIMIENTA J.
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680