

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Percepción del paciente con pie diabético sobre su
imagen corporal:**

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú 2009

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Eliza Magaly Contreras Samaniego

ASESORA

Edna Ramírez Miranda

Lima – Perú

2010

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

SOBRE SU IMAGEN CORPORAL

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO

ALMENARA IRIGOYEN

LIMA-PERÚ

2009

*Doy gracias a Dios
todo poderoso, por
la vida, por
acompañarme en
los momentos de
dificultad,
permitirme
culminar
satisfactoriamente
en mis estudios y
por cuidar a mi
familia.*

*A mi institución, mi
alma mater, por la
formación
profesional
recibida durante
estos cinco años.*

*A mi asesora Mg.
Edna Ramírez
Miranda por su
constante apoyo,
orientación y
asesoría
brindada, en el
desarrollo y
culminación de la
presente tesis.*

A la Mag. Silas Alvarado Rivadeneyra y Mg. Teresa Surca Rojas por las facilidades brindadas y apoyo incondicional en la realización de mi trabajo de tesis.

Un especial agradecimiento a mis padres por su amor incondicional, por haberme dado un hogar en el que siempre prevaleció el amor y el respeto, por ser modelos de esfuerzo y lucha y convertirse en mi mayor motivación para seguir adelante.

A mis hermanos: Sandy, Renso y Cinthia, por su gran apoyo, por su inmenso cariño, muestras de afecto y darme ánimos para alcanzar esta meta tan importante en mi carrera profesional.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	X
PRESENTACIÓN.....	1
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento del Problema.....	3
B. Formulación del problema.....	8
C. Justificación.....	8
D. Objetivos.....	9
E. Propósito.....	9
F. Marco Teórico.....	10
F.1 Antecedentes.....	10
F.2 Base Teórica.....	15
G. Hipótesis.....	64
H. Definición operacional de términos.....	64
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
A. Tipo, Nivel y Método de estudio.....	65
B. Descripción del área de estudio.....	65
C. Población y/o Muestra.....	66
D. Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos.....	67

	Pág.
E. Validez y Confiabilidad del instrumento.....	67
F. Plan de Recolección, Procesamiento y presentación de Datos.....	68
G. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	68
H. Consideraciones Éticas.....	69
 CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSION.....	 70
 CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
 A. Conclusiones.....	 85
B. Limitaciones.....	86
C. Recomendaciones.....	87
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 88
BIBLIOGRAFÍA.....	92
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pág.
1 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima-Perú 2009.....	73
2 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima-Perú 2009.....	76
3 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima-Perú 2009.....	79
4 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima-Perú 2009.....	82

INDICE DE TABLAS

TABLA N°	Pág.
1 Tabla Matriz de Instrumento para la medición de la Percepción: Formulario Escala Modificada tipo Lickert...	XV
2 Frecuencia por ítems - Instrumento para la medición de la Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima-Perú 2009.....	XVIII
3 Edad y sexo de los pacientes con pie diabético Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXI
4 Estado civil y sexo de los con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXIII
5 Condición laboral y sexo de los pacientes con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XIV
6 Grado de instrucción y sexo de los pacientes con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima –Perú 2009.....	XXV
7 Tiempo de enfermedad con diabetes mellitus y sexo de los pacientes con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXVI
8 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Hospital	

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXVI
9 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXVII
10 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXVIII
11 Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....	XXIX

PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus constituye, uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia, tanto por su extraordinaria frecuencia, como por su enorme repercusión social y económica. Uno de los problemas más temidos, por lo que afecta a la calidad de vida de los pacientes con diabetes, es el pie diabético y la posterior amputación del miembro afectado trayendo como consecuencia cambios en la esfera física, psicológica y social. (1)

Uno de los colectivos sanitarios más implicados en la atención de paciente con diabetes y de sus numerosos problemas y complicaciones, es sin duda la el profesional de enfermería que en sus distintos ámbitos, atención comunitaria y hospitalaria debe tratar de establecer una relación de confianza con el paciente y proporcionarle toda la información necesaria sobre asuntos de importancia como son, la dieta, el tratamiento médico, el ejercicio físico y la prevención de las complicaciones agudas y crónicas. El pie diabético constituyen un gran reto para enfermería, por el gran problema social que constituyen, y porque suponen una gran carga emocional y económica para quien las padecen, para sus familias y porque no para el sistema de salud. (2)

El presente estudio: “Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el HNGAI Lima-Perú 2009”, tiene como objetivo determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social, con el propósito de proporcionar información válida y actualizada sobre el impacto que el pie diabético amputado produce en la imagen corporal de modo que permita el desarrollo de actividades y/o programas dirigidos a disminuir el riesgo a complicaciones de tipo psicoemocional

derivado de los efectos del pie diabético amputado a fin de contribuir a mejorar la calidad vida en el paciente.

Comprende: Capítulo I Introducción, en el cual se expone el Planteamiento, delimitación, origen, formulación, justificación del problema, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II Material y Método, en el que se incluye el nivel, tipo y método; descripción del área de estudio; población y muestra; técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideración ética. Capítulo III Resultados y Discusión. Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

La amputación de la extremidad inferior en el paciente diabético influye negativamente en sus estilos y calidad de vida, así como también en la percepción de los pacientes sobre su imagen corporal motivo por el cual se llevó a cabo el presente estudio titulado **“Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen. Lima-Perú 2009”** el cual tiene como objetivo: Determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. Es una investigación de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes diabéticos amputados en el periodo diciembre 2009. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario modificado tipo Escala de Lickert. En cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal del 100%(50), 56% (28) tienen una percepción desfavorable frente a un 44% (22) favorable sobre su imagen corporal. En el aspecto físico tenemos que el 54%(27) tiene una percepción desfavorable frente a un 46%(23) favorable, en el aspecto psicológico tenemos que un 56%(28) tienen una percepción desfavorable frente a un 44%(22) favorable y en el aspecto social un 58%(29) tiene una percepción desfavorable frente a un 42%(21) favorable. Por lo que se concluye que se rechaza la hipótesis de estudio debido a que la mayoría presenta una percepción desfavorable referida en el aspecto físico por manifestar que antes de tener su miembro amputado se veían más atractivos; en el aspecto psicológico porque les mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores, tienen temor de no volver a caminar con normalidad; y en el aspecto social piensan que son una carga para su familia y sienten que su familia muestra desinterés cuando piden ayuda para alguna actividad. Sin embargo existe un menor porcentaje que presenta percepción favorable en el aspecto físico indicando que si bien es cierto no cuentan con la extremidad, pero lo asumen y se sienten cómodos usando muletas y/o sillas de rueda; en el aspecto psicológico no les incómoda hablar sobre su estado de salud con otras personas y en el aspecto social no les desagrada su nuevo aspecto y están bien en compañía de su familia ya que son el mejor apoyo para seguir adelante con la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Percepción, pie diabético, imagen corporal, paciente con pie diabético

ABSTRACT

The diabetic amputated foot influences negatively the styles and quality of life, and in the perception of the patients on his corporal image I motivate by which the present qualified study was carried out "Perception of the diabetic foot patient on his corporal image in the HNGAI. Lima - Peru 2009". The objectives were to determine the perception of diabetic foot patient on their body image in physical, psychological and social development. The study is level application, quantitative, The population was composed of 50 patients who diabetic patient amputated In the period December, 2009. The technique used was the interview and the instrument was a standard form of Lickert Modified Scale. As for the perception of the diabetic patient amputated on his corporal image of 100 % (50), 56 % (28) has an unfavorable perception opposite to 44 % (22) favorably on his corporal image. In the physical aspect we have that 54 % (27) has an unfavorable perception opposite to 46 % (23) favorably, in the psychological aspect we have that 56 % (28) has an unfavorable perception opposite to 44 % (22) favorably and in the social aspect 58 % (29) has an unfavorable perception opposite to 42 % (21) favorably. For what one concludes that the hypothesis of study is rejected due to the fact that the majority presents an unfavorable perception recounted in the physical aspect for demonstrating that before having his amputated member they were meeting more attractive, in the psychological aspect it affects them to think that it might lose more parts of his low extremities, they have dread of not returning to walk with normality, and about the social thing they think that they are a load for his family and feel that his family shows disinterest when they ask for help for some activity. Nevertheless there exists a minor percentage that presents favorable perception in the physical aspect indicating that though it is true they do not possess the extremity, but they assume it and feel comfortable using crutches and / or chairs of wheel, in the psychological aspect not they inconvenient to speak on his bill) of health with other persons and in the social aspect they does not displease his new aspect and they are nice in company of his family since they are the best support to continue forward with the disease.

KEYWORDS: Perception, diabetic foot, corporal, patient image with diabetic foot

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 20 años, en nuestro país han ocurrido importantes cambios demográficos relacionados con la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad general, que han traído como consecuencia una variación en la pirámide poblacional, con un mayor crecimiento de grupos entre 15 a 64 años, así como mayores de 65 años en relación con los niños. Este mayor crecimiento de la población mayor y el aumento de la expectativa de vida de los peruanos está produciendo un incremento significativo de enfermedades propias de dichas edades, denominadas crónicas degenerativas, cuya repercusión socio-económica es de igual o mayor importancia que las enfermedades infecciosas o transmisibles. (3)

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, tenemos la diabetes mellitus tipo II, considerada como un problema de salud pública mundial, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes mellitus; siendo la de tipo II el 90% de esta población calculada. Es probable que esta cifra aumente a más del doble al año 2030, constituye... Latinoamérica una de las poblaciones que doblará el número de los pacientes diabéticos de 12 millones en 1994 a 24 millones en el 2010. (4)

En el Perú se reporta que existe una prevalencia de diabetes del 5% de la población general, siendo esta una prevalencia de 6.7 -7.6% en la Costa Peruana (Piura y Lima respectivamente), 1.3% en la Sierra (Huaraz) y 4.4% en la Selva (Tarapoto) según Seclén y col. 2004. (5)

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa y más que una enfermedad es un grupo de enfermedades en las que el común denominador es la hiperglicemia, teniendo como complicaciones las cuales pueden ser enfermedades microvasculares (retinopatía, ceguera, neuropatía y falla renal) y enfermedades macrovasculares (enfermedad coronaria, paro cardíaco, enfermedad vascular periférica), que más adelante puedan terminar en amputación de la extremidad alterando la imagen corporal de la persona. Todas ellas con un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quién la padece, imponiendo una gran carga económica a los sistemas de salud y a las familias. (6)

Dentro de estas complicaciones tenemos al pie diabético que según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular es definida como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie. (7)

Una de los rasgos característicos de las úlceras de pie diabético, que las distingue del resto de las heridas crónicas, es que no suele provocar dolor, como resultado de las lesiones nerviosas de origen diabético que afectan a las piernas y los pies (neuropatía periférica) lo que genera que se profundice la lesión, llevando al paciente a una amputación para preservar su vida; causando un profundo efecto sobre los aspectos psicosociales, como la falta de observancia de los cuidados personales preventivos y el tratamiento respectivo. (8)

El pie diabético afecta al 15% de las personas con diabetes en algún momento de sus vidas, siendo más frecuente después de los 40 años, los

mismos que se incrementan con la edad es decir 1 de cada 5 pacientes diabéticos hospitalizados tiene lesiones de pie diabético .(9)

Las complicaciones del pie diabético son la causa más frecuente de ingreso hospitalario entre personas con diabetes. En todo el mundo, se realizan más de 1 millón de imputaciones cada año como consecuencia de la diabetes, lo cual significa que, cada 30 segundos, se pierde una extremidad inferior por diabetes en algún lugar del mundo. (10)

La frecuencia de pie diabético no se conoce con exactitud en el Perú. Zubiarte encontró una prevalencia de un 9.1% en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, y León Muñoz y colaboradores una frecuencia mucho mayor (17.8%) en el Hospital Dos de Mayo, lo que no evidencia la realidad de este problema. (11)

Sobre los efectos de la amputación en el paciente con diabetes mellitus, El Ministerio de Salud señala que hay cambios en el funcionamiento, bienestar físico y psicosocial de la persona. Asimismo refiere que el pie diabético puede ser una fuente de graves disfunciones físicas, dolor emocional y mala calidad de vida (12).

Según Slade (1994), “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (13).

Judith León Rivera, en la investigación sobre: “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes diabéticos amputados que se controlan en el hospital Central PNP” halló que los pacientes llevan una vida sedentaria y aislada, que nos es aceptada comparándola con su vida anterior; considerándola como una enfermedad que nunca termina, rutinaria, con soledad y tristeza y pocas expectativas de cambio, manifestaron además la necesidad vital de la existencia de grupos de pacientes con esta enfermedad, donde puedan interactuar compartiendo vivencias y apoyándose entre sí. (14)

Asimismo sobre imagen corporal en pacientes mastectomizadas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Evelyn Escobar Rodríguez concluyó que en cuanto a la percepción de las pacientes mastectomizada sobre su imagen corporal el 54.35% tienen una percepción desfavorable y 45.65% favorable. La percepción desfavorable dado principalmente por los aspectos físico y social, mientras que la favorable por el aspecto psicológico (15).

Durante mis prácticos pre profesionales de Enfermería pude apreciar en los diferentes hospitales que los pacientes diabéticos con amputación producto de su nueva imagen corporal desarrollaban sentimientos de: ansiedad, temor, tristeza, manifestados por llanto, aislamiento. Al interactuar manifestaban “ya me quiero ir de este lugar”, “estar en esta situación me mortifica todos los días”, “me siento morir”, “por qué a mi familiar no le paso lo mismo si también tuvo diabetes”, “tengo miedo de perder mi otro pie”, “no me gusta verme así”, “qué va a ser de mi cuando regrese a mi casa”, “¿mi vida será la misma, podré hacer las cosas que hacía antes?” , “tengo miedo”, entre otras expresiones.

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se encuentra un consultorio externo de Unidad de Pie Diabético donde labora un profesional de enfermería y médico encargados de la vigilancia de complicaciones del pie diabético así como del tratamiento ambulatorio; es así que pude apreciar en la sala de espera que la mayoría de los pacientes diabéticos con una amputación presentaban muletas y/o silla de ruedas y encontraban en compañía de un familiar. Al interactuar con los pacientes refieren: “Estoy aquí porque nuevamente me quieren salir heridas en mi otro pie”, “Desde que perdí mi pie mi vida no es la misma, hay muchas cosas que las hago con dificultad”, “Tengo miedo de perder mi otra extremidad”, entre otras.

La enfermera enfrenta retos y oportunidades en el cuidado de la salud ya que debe participar oportunamente en la identificación y evaluación de las necesidades alteradas de la persona durante el proceso salud-enfermedad relacionado al efecto y/o repercusión de la enfermedad sobre su bienestar

biopsicosocial, en especial en aquellas personas que han sufrido una amputación por ser fuentes de graves disfunciones físicas, dolor emocional y mala calidad de vida.

Es por ello que se consideró necesario plantear la siguiente interrogante.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿"Cuál es la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su Imagen Corporal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2009"?

C. JUSTIFICACIÓN

Según la información encontrada respecto al impacto de la amputación en el paciente diabético sobre la calidad de vida del paciente, este resulta ser negativo en comparación con las personas sin lesiones en el pie, sin embargo la literatura es limitada ya que pocos profesionales se han dedicado a estudiar e investigar sobre el impacto que esta tiene sobre la percepción de su imagen corporal.

Considerando que el cambio sobre la imagen corporal luego de una amputación es a menudo difícil de abordar como profesional de enfermería cuando no se tiene un conocimiento amplio sobre la repercusión en las diferentes esferas del área biopsicosocial del ser humano.

Por tanto el presente estudio es de gran importancia para el profesional de Enfermería ya que la esencia de su función es el de brindar un cuidado integral a la persona y familia orientando y fortaleciendo la autoestima del paciente, mediante el uso de mecanismo de adaptación, previa identificación de sus sentimientos dudas y temores.

De esta manera el paciente diabético amputado aceptará el resultado del tratamiento como parte del proceso de recuperación y/o rehabilitación de su

salud, favoreciendo su adaptación a los efectos de la cirugía en lo que se refiere a la imagen corporal.

D. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ? Determinar la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Objetivos específicos

- ? Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico.
- ? Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico.
- ? Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social.

E. PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio están orientados a proporcionar información válida y actualizada a la institución de salud y al personal que labora a nivel de la Unidad de Pie Diabético sobre el impacto que produce en la imagen corporal del paciente diabético la amputación de uno de sus miembros inferiores de modo que permita el desarrollo de actividades y/o programas dirigidos a disminuir el riesgo a complicaciones de tipo psicoemocional derivado de los efectos del pie diabético amputado a fin de contribuir a mejorar la calidad vida en el paciente.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Con la finalidad de tener mayores elementos teóricos se revisó literatura a nivel Internacional y Nacional, encontrándose respectivamente algunos antecedentes relacionados con el tema de investigación. Así tenemos que:

1.1 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

MUÑOZ GONZALES Luz, (1996) en Brasil, realizó un estudio sobre: “**La enfermedad vino para quedarse**”, el cual tuvo como objetivo: conocer la experiencia del paciente diabético que vivencia el fenómeno salud-enfermedad en el ambulatorio de un Hospital – Escuela en Sao Paulo Brasil. El método utilizado fue el etnográfico. El instrumento utilizado fue las entrevistas a profundidad. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

*“La enfermedad es vivida en este universo cultural como una enfermedad herida. Cuando vivencia sensaciones de dolor y de sufrimiento derivadas de la evolución crónica de las heridas, su yo sufre al verse en los otros lo que lo atemoriza tornando difícil la convivencia y la aceptación de la enfermedad. Los sentimientos y las creencias que provoca la enfermedad, muchas veces estrechan los horizontes existenciales, revelando la ambigüedad en el deseo de morir y en el esfuerzo de dar sentido a su vida”
(16)*

SAAVEDRA MARTÍNEZ Dolores, (2001) en México, realizó un estudio sobre: “**Paciente Diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento?**”, el cual tuvo como objetivo: Describir el grado de conocimiento y aceptación que tiene quien padece esta enfermedad respecto a los síntomas y complicaciones que presenta. El método utilizado fue el descriptivo comparativo. La población estuvo conformada por 119 paciente con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital General de la Zona y 69 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar. El instrumento utilizado fue la encuesta. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mayoría de los pacientes conocía su padecimiento, pero casi un porcentaje igual no lo aceptaba, apreciándose un mayor grado de conocimiento, menor aceptación y un porcentaje mayor de complicaciones.

“Con relación a la asociación de las variables, conocimiento de la patología y presencia de complicaciones un 69.7 conoce las complicaciones y el resto no. No existe significancia estadística”.

“En la relación complicación y aceptación se encontró un bajo porcentaje de aceptación, sólo un 3.7% acepta su enfermedad y no ha presentado complicaciones” (17)

1.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL

LEÓN RIVERA Judith, (2004) en Lima, realizó un estudio sobre: **“Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el hospital Central PNP”**, el cual tuvo como objetivo: Comprender los estilos de vida de pacientes con pie diabético y los cambios que han surgido en su vida cotidiana y de su familia a partir de esa enfermedad. El método utilizado fue el etnográfico. La población estuvo conformada por doce pacientes diabéticos amputados y doce familiares. La técnica utilizada fue la entrevista lo que le permitió identificar siete categorías. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“Los pacientes llevan una vida sedentaria y aislada, que nos es aceptada comparándola con su vida anterior; considerándola como una enfermedad que nunca termina, rutinaria, con soledad y tristeza y pocas expectativas de cambio. Aceptándola a través de un proceso largo y penoso con resignación y profunda insatisfacción sintiendo que su vida termina lentamente. También se identificó crisis a nivel familiar, reflejado en que solo uno de los miembros de la familia asumía el cuidado del paciente, considerándolo como una carga muy pesada, algunos pacientes relatan sentirse estigmatizados lo cual dificultaba una buena relación familiar y social. Manifestaron además la necesidad vital de la existencia de grupos de pacientes con esta enfermedad, donde puedan interactuar compartiendo vivencias y apoyándose entre sí” (18)

HIJAR RIVERA Alex Ever (2008) en Lima, realiza un estudio sobre: **“Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC”**, el cual tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. El método utilizado es el descriptivo de corte transversal. La población

estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto”. (19)

ARAGÓN CARREÑO María Patricia, (2002) en Lima, realiza un estudio sobre: **“Estudio clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la unidad de pie diabético entre setiembre de 1999 y febrero del 2000. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”** el cual tuvo como objetivo: Determinar la caracterización del pie diabético y la conducta terapéutica empleada según el tipo de lesión. El método utilizado fue prospectivo, observacional, de campo, básico y aplicado. La población estuvo conformada por 100 pacientes que presentaron pie Diabético con compromiso isquémico o neuroinfeccioso hospitalizados en dicha unidad entre setiembre de 1999 a febrero del 2000. El instrumento fue una ficha de recolección de datos y la técnica fue la encuesta. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“El mayor porcentaje de pacientes en nuestra serie correspondió al pie diabético isquémico (60% de casos estudiados).”

“Más del 70% de pacientes fueron mayores de 60 años y con un tiempo de Diabetes de 17 años en promedio”.

“El 55% de pacientes correspondió al sexo masculino”.

“El porcentaje de pacientes que no recuerdan cuál fue el evento desencadenante es alta (61%), y de los que lo registran, la cortadura de callos ocupa un porcentaje importante (14%)”.

“La amputación mayor se realizó en sólo el 15% en este grupo de pacientes”.

“El Tiempo de Hospitalización fue en promedio 19 días.” (20)

ESCOBAR RODRÍGUEZ Evelyn, (2008) en Lima, realizó un estudio sobre: **“Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”**, cuyo objetivo fue determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El método utilizado fue

descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46 pacientes mastectomizadas. El instrumento fue un formulario tipo Escala de Lickert Modificada y la técnica de entrevista. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“En cuanto a la percepción de las pacientes mastectomizada sobre su imagen corporal el 54.35% tienen una percepción desfavorable y 45.65% favorable. La percepción desfavorable dado principalmente por los aspectos físico y social, mientras que la favorable por el aspecto psicológico”.

“La mastectomía afecta la homeostasis biopsicosocial de la mujer, ya que, el seno, es considerado un símbolo tanto de la sexualidad como de la maternidad, íntimamente relacionado con la feminidad, es así que estos factores van a influir en como la paciente siente, piensa y actúa, es decir, los aspectos físico, psicológico y social, haciendo que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, lo que influye en el nivel de aceptación de sí misma y de los demás, y por ende en su calidad de vida”.(21)

SOTO PANTA Víctor, (1990) en Lima, realizó un estudio sobre **“Percepción que tiene de su imagen corporal los pacientes adenomectomizados en el servicio de urología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”**, el cual tuvo como objetivo: Identificar la percepción que tiene de su imagen corporal los pacientes adenomectomizados en las áreas sexual, afectiva y social. El método utilizado fue descriptivo-exploratorio. La población estuvo conformada por un total de 150 pacientes que habían sido sometidos a adenomectomía. El instrumento utilizado fue la encuesta y técnica de entrevista. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mayoría de los pacientes adenomectomizados tienen una percepción de su imagen corporal en su área sexual de, disminución en su frecuencia, capacidad y potencia sexual; y una minoría su interés sexual no se mantendrá igual y su compañera no lo verá sexualmente atractivo”.

“La mayoría de los pacientes adenomectomizados presentan percepción de su imagen corporal en su área afectiva de: variación en el concepto de sí mismo, inseguridad para tratar aspectos de intimidad con su compañera y necesidad de apoyo moral y comprensión por parte de sus familiares; y una minoría que se modificará que se modificará el cariño de su compañera”.

“La mayoría de los pacientes adenomectomizados presentan percepción de su imagen corporal en su área social de, cambios en sus reuniones sociales y la forma como lo perciben los demás variará de algún modo, y una minoría de que se modificará sus actividades laborales o de trabajo”. (22)

Por lo revisado anteriormente podemos evidenciar que existen estudios previos sobre el tema pero no se ha encontrado alguno relacionado con la percepción de la paciente con pie diabético amputado sobre su imagen corporal, razón por la que se consideró importante realizar un estudio sobre este tema.

2. BASE TEÓRICA

Con la finalidad de dar sustento a los hallazgos se presenta a continuación la base teórica. Así tenemos que:

2.1 GENERALIDADES SOBRE LA DIABETES MELLITUS

2.1.1 CONCEPTO

La diabetes mellitus (DM) es trastorno endocrino, metabólico crónico y multisistémico, que tiene como signo clínico característico la hiperglicemia (o aumento de glucosa en sangre) consecuente de una deficiencia relativa o absoluta en la secreción de insulina, defecto en su acción o ambos. (23)

2.1.2 IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LATINOAMÉRICA Y EL MUNDO

A no dudar la diabetes mellitus se constituye actualmente en un problema de salud pública en todo el mundo y está considerada como una de las enfermedades crónicas que ha tenido una gran emergencia en la última década, al extremo de ser caracterizada como una epidemia. (24)

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Federación Internacional de Diabetes para el año 1994, confirman la existencia de

aproximadamente 110 millones de pacientes diabéticos para el año 2010. A nivel regional, Latinoamérica está considerada como una de las poblaciones que doblará el número de pacientes diabéticos de 12 millones a 24 millones en el 2010, tan igual como otras regiones en vías de desarrollo. (25)

La explicación para este crecimiento de la población diabética, dentro del contexto del proceso de transición epidemiológica y del envejecimiento de las poblaciones, es también resultado del descubrimiento de la insulina que ha permitido la sobrevivencia de muchos niños y jóvenes que hubieran fallecido de no haberla utilizado, pero principalmente de la adopción en grandes sectores poblacionales, de estilos de vida como el sedentarismo y la sobreingesta alimenticia que ha facilitado su aparición.

El riesgo de mortalidad entre las personas con diabetes mellitus es superior al resto de la población, ya que estas sufren complicaciones que ponen en peligro su vida y salud, como las complicaciones agudas por estados hiperglicémicos, cetoacidosis e infecciones, hasta complicaciones crónicas como retinopatía, nefropatía, neuropatía, ulceraciones y amputaciones de los miembros inferiores y el aumento de riesgo coronario y cerebrovascular consecuencia de un acelerado proceso de aterosclerosis. (26)

En América Latina y el Caribe, la diabetes mellitus es actualmente una causa importante de discapacidad y muerte en prácticamente todos los países; en 1990 se calculó en esta región que la diabetes era la causa de 227 000 con discapacidad y 85 200 defunciones. (27)

En general la diabetes se constituye en la quinta causa de muerte en la mayoría de países del mundo y sus complicaciones como la enfermedad coronaria, cerebrovascular y vascular periférica, así como las amputaciones y la ceguera, producen una gran invalidez, reducen la expectativa de vida y se constituye en complicaciones con un alto costo de salud, social y económico. (28)

Algunos datos de América latina son importantes para tener una idea del impacto de esta enfermedad en la población afectada. En Argentina la diabetes mellitus es responsable del 15.5% de los episodios de infarto de miocardio, del 48% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y del 13% de los casos de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica. En Chile, la diabetes fue la primera causa de ceguera y en el Perú fue responsable del 10% del total de casos de insuficiencia renal crónica. (29)

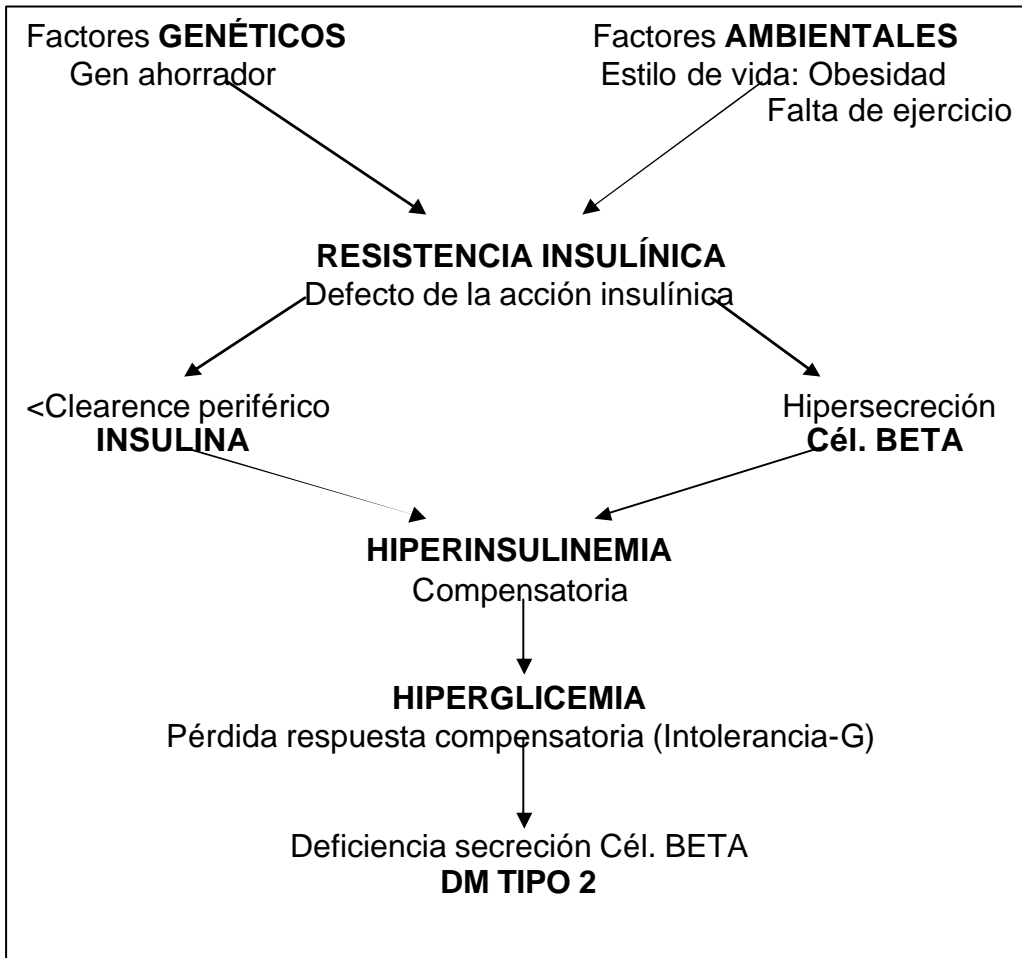
2.1.3 CLASIFICACIÓN

Según el Comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

- a) **Diabetes Mellitus tipo 1:** Característicamente se da en la época temprana de la vida y se debe a un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes o idiopáticos. La DM tipo 1 es infrecuente, rara en los primeros meses de vida, aumenta su incidencia rápidamente, y llega a un máximo entre los 11 y 15 años. Su prevalencia es del 0.3%, es decir infrecuente.
- b) **Diabetes Mellitus tipo 2:** Es resultado de un problema de resistencia a la acción de la insulina asociado a un defecto más o menos evidente de la secreción de la misma. Es la más frecuente de las DM, constituyendo en el Perú un problema de salud pública, con una prevalencia de ± 4 . Tiene una distribución territorial peculiar, reportada en nuestro país. Predomina ligeramente en el sexo femenino. Por lo general se presenta en mayores de 40 años, pero su prevalencia últimamente está aumentada no sólo por el envejecimiento, sino en niños y adolescentes por el estilo de vida con aumento de obesidad.
- c) **Diabetes Mellitus Gestacional:** Define la aparición de la DM o una intolerancia anormal a los hidratos de carbono durante la gestación.
- d) **Otros tipos específicos de DM:**
 - Defectos genéticos de la función de la célula beta

- Defectos genéticos en la acción insulínica (30)

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS



Fuente: WASHINGTON RODRIGUEZ. *Fisiopatología Endocrina*. 2008

Fruto de la edad, el páncreas de cualquier individuo sano tiende a disminuir su capacidad secretora de insulina y, a la vez, aumenta los requerimientos tisulares de la misma en parte por el aumento de su tejido graso y la disminución de ejercicio físico.

a) **La resistencia a la insulina** es una declinación en la sensibilidad celular a la insulina y la necesidad creciente de cantidades de insulina mayores a lo

normal para mediar la captación de glucosa. Al comienzo del desarrollo de la diabetes, la resistencia a la insulina puede involucrar un defecto del receptor. El número de receptores de insulina en la membrana celular se correlaciona inversamente con el nivel de insulina al cual las células están expuestas crónicamente: la hiperinsulinemia disminuye el número de receptores de insulina y disminuye la unión de la insulina. La obesidad es la causa más frecuente de estos defectos, habiéndose descubierto una inadecuada actividad quinasa del receptor de insulina que se normaliza con la reducción de peso.

b) Alteración de la función de la célula β : La respuesta inicial a la resistencia a la insulina es un incremento de la producción de insulina por las células β . Para cuando la glicemia en ayunas excede crónicamente 110 a 120 mg/dl, se ha perdido la primera fase de secreción, permitiendo una elevación excesiva y prolongada de la glicemia postprandial. Con tal estimulación persistente, las células β secretan aún más insulina en respuesta a la carga de glucosa. La hiperinsulinemia postprandial inicialmente puede hacer que la concentración de glucosa en ayunas revierta a lo normal. Sin embargo, el defecto de la célula β es de carácter progresivo, y la respuesta de insulina sanguínea eventualmente se vuelve inadecuada. La hiperglicemia en ayunas resultante se convertirá en un estímulo persistente para que el páncreas sostenga una secreción de insulina durante todo el día, provocando un estado de hiperinsulinemia crónica.

c) Sobreproducción de glucosa hepática: La resistencia a la insulina suprime el control de retroalimentación mediado por la glucosa de la producción de glucagón. El nivel elevado de glucagón estimula la glucogenólisis hepática y la gluconeogénesis, perpetuando la hiperglicemia.

(31)

2.1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la diabetes incluyen las “tres P”, poliuria, polidipsia y polifagia. La poliuria (incremento de la micción) y la polidipsia (incremento de la sed) son resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica. El paciente también experimenta polifagia (incremento del apetito) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas. Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo o parestesias en manos y pies, piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes. (32)

2.1.6 DIAGNÓSTICO

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían entre 70 – 110 mg/dl (determinación por método enzimático).

El diagnóstico de diabetes mellitus es posible por cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Una glicemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl, especialmente asociada a síntomas: astenia, somnolencia, prurito vulvar y susceptibilidad a infecciones.
- Una glicemia al azar igual o mayor de 200 mg/dl, asociado a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, pérdida de peso, visión borrosa).
- Una glicemia igual o mayor de 200 mg/dl, dos horas después de una sobrecarga de 75 g. de glucosa por vía oral. (33)

2.1.7 EVOLUCIÓN NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS

- La diabetes mellitus tipo 1 requiere tratamiento con insulina desde el inicio, excepto un período de tiempo variable al inicio del diagnóstico en que puede no necesitarla. (“Luna de miel”).

- La diabetes mellitus tipo 2 puede tratarse solo con régimen alimenticio y ejercicios y/o agentes orales o insulina según la respuesta clínica-bioquímica y evolución de la enfermedad.
- La diabetes mellitus gestacional y la diabética que gesta deben ser tratadas con insulina durante esta etapa. (34)

2.1.8 TRATAMIENTO

a) Tratamiento no farmacológico

a.1) Dieta

a.1.1) Plan

- La dieta debe ser personalizada, fraccionada y adaptada a las condiciones de vida del paciente.
- Cada paciente recibirá instrucciones de acuerdo con su edad, género, condición (gestante, puérpera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, educación y situación económica.
- Se debe insistir en las ventajas del fraccionamiento del total de alimentos establecidos en la dieta, ya que con ello se reducen los picos de glicemia e insulinemia post prandial.
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (6 a 8g) y solo restringirse (<4g) cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal).
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas.
- Las bebidas gaseosas y las gelatinas dietéticas pueden consumirse libremente.
- Respecto a los edulcorantes se puede permitir el uso de aspartame o sacarina. Otros, como el sorbitol o la fructosa, o la miel de abeja tienen valor calórico apreciable y en general no son recomendables.

a.1.2) Composición

- Los carbohidratos representarán un 50-60% del valor calórico total (VCT). Preferentemente deben ser complejos y con alto contenido de fibras dietéticas solubles (leguminosas, vegetales y frutas con cáscara).
- Es conveniente eliminar los azúcares simples (miel, melaza, azúcar).
- Las proteínas no deben exceder los requerimientos diarios (0.8 – 1g/Kg/peso corporal/día). En general, no más del 15% de la energía total. En presencia de nefropatía se restringe a < 0.8 g/Kg/día.
- Las grasas constituirán un 25-30% del VCT. Debe intentarse que menos de un 10% de VCT, sea grasa saturada completando el aporte con grasas mono y polinsaturada. Es aconsejable un máximo de 300 mg diarios de colesterol.
- En las raciones entre comidas, se recomienda consumir preferentemente, frutas y derivados lácteos descremados.

a.2) Ejercicio Físico

- Se recomienda una actividad física regular, mínima tres veces por semana. El ejercicio debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor a 30' (lo más práctico es caminar). Debe aconsejarse el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad para utilizar el calzado más adecuado al tipo e intensidad del ejercicio.
- Los pacientes en insulinoterapia, por el riesgo de hipoglicemia, por ejercicio intenso deben consumir una ración adicional rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el ejercicio y un reajuste de la dosis de insulina.
- Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico.

b) Tratamiento farmacológico

b.1) El caso de paciente obeso

- Aquellos pacientes con síntomas notables (poliuria, polidipsia, baja de peso) debe considerarse la posibilidad de utilizar de inicio, agentes orales además de la dieta y el ejercicio.
- En pacientes asintomáticos, si después de un mes de tratamiento sólo con dieta y ejercicio logran controlar la glicemia, se debe recurrir al tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la edad del pacientes, el mecanismo de acción de las drogas, su farmacocinética, las interacciones medicamentosas y el costo del mismo, por cuanto el tratamiento es de por vida.
- En el paciente obeso las drogas de primera elección son las biguanidas, particularmente metformina o los inhibidores de alfa glucosidasa, en especial ascarbosa o las Tiazolidinedionas tipo Troglitazone según experiencias de otros países. Si con estas drogas no hay un buen control, se debe revisar el plan de dieta y ejercicio y si a pesar de ello, persiste sin control, se añade sulfonilúreas de preferencia de segunda generación en dosis progresivas.
- Si con la terapia combinada con sulfonilúrea no controla, el paciente requerirá insulina. Dada la obesidad de los pacientes y para reducir la dosis de insulina se puede añadir metformina, ascarbosa o troglitazone.

b.2) El caso del paciente no obeso

En el caso del diabético tipo 2 no obeso, se pueden dar las siguientes condiciones:

- Que esté sintomático, con pérdida significativa de peso y presencia a cetosis. En este caso requerirá de insulina de inicio.
- Que esté con síntomas moderados sin cetosis, pero su glicemia sea > de 250 mg/dl. En este caso además de la dieta se añadirá sulfonilúrea a dosis progresivas.
- Que esté asintomático pero con glicemia < 250 mg/dl, se empezará con dieta y si no se controla se agregará posteriormente sulfonilúreas.

Principales Agentes Orales utilizados en el Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2	
	Mecanismo de Acción
Sulfonilureas 1ra G (Glibenclamida, Glipizida, Glicazida, Glimepiride) 2da G (Clorpropamida)	Aumento de la secreción pancreática de insulina. Disminución secundaria de la resistencia de insulina.
Biguanidas (Metformina)	Disminuyen la producción hepática de glucosa. Aumentan la captación periférica de glucosa. Disminuyen la oxidación de ácidos grasos libres.
Inhibidores de Alfa Glucosidasas (Ascarbosa)	Inhiben sucrasa, maltasa y glucoamilasa. Retardan absorción de monosacáridos. Disminuyen glicemia e insulinemia postprandial.
Tiazolidinedionas (Troglitazone)	Disminuyen producción hepática de glucosa. Mejora la captación muscular de glucosa. Reduce hiperglicemia de ayuno y postprandial. Reducen niveles de lípidos en sangre y disminuyen la peroxidación lipídica. Mejora la presión arterial sistémica.

Fuente: BRUNNER Y SUDDARTH. *Enfermería medicoquirúrgica*. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 10a ed.

Insulinoterapia					
Agente	Curso de acción	Inicio	Máximo	Duración	Indicaciones
Lispro	Acción rápida	10-15 min	1 h	3 h	Se utilizan para la reducción rápida del nivel de glicemia, para tratar la hiperglicemia postprandial y prevenir la hipoglicemia nocturna.
Aspart		10-15 min	40-50 min	4 a 6 h	
Regular	Acción breve	30' a 1h	2 a 3h	4 a 6 h	Por lo general se administra 20 a 30 min antes de una comida; puede tomarse sola o en combinación con la insulina de acción prolongada.
NPH	Acción intermedia	2-4 h	6 a 12h	16 a 20h	Por lo general se toma después del alimento.
Ultralenta (UL)	Acción prolongada	6- 8 h	12 a 16 h	20 a 30 h	Se utiliza principalmente para controlar el nivel de glucemia en ayuno.
Glargina	Acción muy prolong.	1 h	Continuo sin máximo	24h	Se utiliza para dosis basal

Fuente: BRUNNER Y SUDDARTH. *Enfermería medicoquirúrgica*. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 10a ed.

c) Educación

En la educación diabetológica se debe hacer incapié en los siguientes aspectos:

- Naturaleza de la enfermedad, su repercusión en la salud, personal, familiar y en la sociedad, de no controlarse adecuadamente.
- Plan de alimentación
- Importancia del ejercicio físico.
- Inculcar hábitos saludables de vida, como son, el dejar de fumar y abstenerse del consumo desmedido de alcohol.
- Informar acerca de los beneficios y técnicas de automonitoreo.
- Impartir conocimientos para prevenir, detectar y tratar situaciones de emergencia.
- Enseñar a reconocer los síntomas y signos de las complicaciones crónicas.
- Enseñar el cuidado del pie.
- Impartir conocimientos sobre el control adecuado de las enfermedades que acompañan la diabetes.
- Entrenarle en las técnicas de aplicación de insulina. (35)

2.1.9 PREVENCIÓN

a) Prevención Primaria

Tiene por objetivo evitar el inicio de la diabetes mellitus, con acciones que se toman antes que se presenten las manifestaciones clínicas.

? En la población general

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales que junto con los factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la enfermedad.

? En la población en riesgo

El equipo de salud deberá dedicar sus esfuerzos a identificar a la población en riesgo para hacer prevención primaria en ellos. La población en riesgo está constituida por:

- Mayores de 40 años.
- Obesos.
- Antecedentes de DM en familiares
- Mujeres con hijos macrosómico y antecedentes obstétricos patológicos (natrimuertos, muerte neonatal, malformaciones, abortos espontáneos, placenta previa o recién nacidos con bajo peso al nacer: < 2.5 Kg.).
- Menores de 40 años con enfermedad coronaria.
- Hipertensos.
- Hiperlipidémicos.

b) Prevención secundaria

Está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados. Tiene como objetivos:

- Procurar el buen control de la enfermedad tanto como sea posible.
- Prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
- Retardar la progresión de la enfermedad.

c) Prevención Terciaria

Está dirigida a pacientes con complicaciones crónicas para detener o retardar su progresión. Esto incluye un control metabólico óptimo, el evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social e impedir la mortalidad temprana. (36)

2.1.10 COMPLICACIONES AGUDAS

a) Hipoglicemia

La hipoglicemia (concentración anormalmente baja de glucosa en sangre) se presenta cuando los niveles en sangre son menores de 50 a 60 mg/dl (2.7 a 3.3 mmol/L). Puede ser causada por demasiada insulina o agentes hipoglicemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada.

En las manifestaciones clínicas de hipoglicemia leve, a medida que caen los valores de glucosa sanguínea, el sistema nervioso simpático se estimula, por lo que secreta adrenalina y noradrenalina. Esto causa síntomas como diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. En la hipoglicemia moderada, la disminución de la glicemia impide que las células cerebrales reciban las sustancias indispensables para su funcionamiento. Los signos de disfunción del sistema nervioso central incluyen incapacidad para concentrarse, mareos, cefalea, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y la lengua, habla balbuceante, coordinación deficiente, cambios emocionales, conducta irracional o combativa, visión doble y somnolencia. En la hipoglicemia grave, el funcionamiento del sistema nervioso central está tan dañado que los síntomas suelen ser de desorientación, convulsiones, dificultad para despertarse o pérdida de la conciencia.

b) Cetoacidosis Diabética

La cetoacidosis diabética es causada por falta de insulina o por una cantidad notablemente inadecuada de la misma; esta deficiencia conduce a alteraciones del metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas. Cuando falta insulina, se reduce la cantidad de glucosa que entra en células y se incrementa la producción de glucosa por el hígado. Estos dos factores conducen a hiperglicemia, al tratar de eliminar el exceso de glucosa, los riñones la excretan junto con agua y electrolitos. Otro efecto de la deficiencia de insulínica es la degradación de las grasas (lipólisis) en ácidos grasos libres y glicerol. El hígado convierte estos ácidos grasos libres en cuerpos cetónicos y estos cuando se acumulan en circulación causan acidosis metabólica.

Los signos y síntomas son: hiperglicemia que origina poliuria y polidipsia. Además, puede haber visión borrosa, debilidad y cefalea. La cetosis y acidosis

causan síntomas gastrointestinales como anorexia, náuseas, vómito y dolor abdominal. El olor a acetona (como de fruta) en el aliento de estos pacientes se debe a los niveles elevados de los cuerpos cetónicos, además tal vez haya hiperventilación (respiraciones profundas pero no laboriosa). Por otra parte, los cambios en el estado mental varían ampliamente entre pacientes.

c) Síndrome Hiperglicémico Hiperosmolar no Cetósico (HHNS)

Es un trastorno grave que se presenta cuando predomina la hiperosmolaridad e hiperglicemia con alteraciones sensoriales (de la conciencia). Al mismo tiempo, la cetosis es mínima e inexistente. El defecto bioquímico básico es la falta de insulina eficaz (es decir, resistencia a la insulina). Una diferencia importante entre HHNS y cetoacidosis diabética es que en la última no hay insulina, de modo que se degradan glucosa, proteínas y grasas almacenadas, lo que ocasiona la producción de cuerpos cetónicos y la subsiguiente acidosis. En el HHSN el nivel de insulina está demasiado bajo como para evitar la hiperglicemia (y la diuresis osmótica subsiguiente), pero la pequeña cantidad de insulina presente para evitar la degradación de las grasas. Los pacientes con HHSN no experimentan síntomas gastrointestinales relacionados a la cetosis, más bien toleran la poliuria y polidipsia por semanas y sólo cuando hay cambios neurológicos instan a recurrir al médico. El cuadro clínico del HHSN es la hipotensión, deshidratación intensa, taquicardia y signos neurológicos variables (como alteración sensorial, convulsiones, hemiparesia).
(37)

2.1.11 COMPLICACIONES CRÓNICAS

Un aumento significativo en la esperanza de vida de la población diabética, consecuencia del empleo generalizado de la insulina y los antidiabéticos orales, ha dado lugar a una mayor prevalencia de las denominadas complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Bajo este término se agrupan un conjunto de procesos causados a lo largo plazo por las alteraciones metabólicas de la DM.

a) Complicaciones macrovasculares

Las complicaciones macrovasculares por diabetes resultan de cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes cuyas paredes se engruesan, esclerosan y ocluyen por placas; a la larga, el flujo de sangre se bloquea. Estos cambios ateroscleróticos no pueden distinguirse de los mismos en sujetos sin diabetes, pero tienden a ocurrir con mayor frecuencia y a edad más temprana entre los diabéticos. Las complicaciones macrovasculares más frecuente en la población de diabéticos son:

- Arteriopatía periférica
- Enfermedad cerebrovascular
- Cardiopatía esquémica
- Miocardiopatía diabética

b) Complicaciones microvasculares

? **Nefropatía diabética:** Poco después del inicio de la diabetes, y sobre todo si están elevados los niveles de glucemia, el mecanismo de filtración de los riñones se ve sometido a una sobrecarga, lo que permite que las proteínas de la sangre filtren a la orina. Como resultado, aumenta la presión en los vasos sanguíneos renales, que supuestamente constituye el estímulo para el desarrollo de la nefropatía. Del 20 al 30 % de las personas con diabetes tipo 1 o 2 desarrolla nefropatía, pero pocas de las pocas de las que tienen diabetes tipo 2 avanzarán a nefropatía en etapa terminal.

? **Neuropatía diabética:** Este término se refiere al grupo de enfermedades que afectan a todos los tipos de nervios, entre otros, periféricos (sensoriomotores), autónomos y raquídeos. Una de las causas de la neuropatía es la hiperglicemia de varios años lo que conllevaría a una desmielinización nerviosa alterando la conducción nerviosa.

Los dos tipos más frecuentes de neuropatía diabética son neuropatía periférica (sensoriomotora) y neuropatía autonómica.

En la neuropatía periférica los síntomas iniciales incluyen parestesias (sensación de prurito y hormigueo) y sensaciones como de quemadura (en especial por la noche). Al progresar la neuropatía se pierde la sensibilidad de los pies; además, la disminución de la propiocepción (conciencia de postura y movimiento del cuerpo y de posición y de peso de los objetos respecto al cuerpo) y la disminución de toque ligero conduce a marcha inestable.

La neuropatía del sistema nervioso autónomo produce una amplia gama de disfunciones que afectan casi a todo órgano y sistema del organismo. Tres manifestaciones de la neuropatía autonómica están relacionadas con los síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y renales. Los síntomas cardiovasculares fluctúan desde una taquicardia leve constante e hipotensión ortostática, hasta isquemia asintomática o indolora, o infarto. Puede demorarse el vaciado gástrico con los síntomas característicos de saciedad anticipada, distensión abdominal. Náuseas y vómito. La retención urinaria, o disminución de la sensación de distensión vesical, y otros síntomas urinarios de vejiga neurógena son resultado de neuropatía autonómica.

- ? **Retinopatía diabética:** Es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía la información sobre ellas al cerebro. La retinopatía presenta tres etapas principales, no proliferativa (básica), preproliferativa y proliferativa. Una complicación de la retinopatía no proliferativa es el edema macular que puede llevar a la distorsión de la vista y a la pérdida de la visión central. La retinopatía preproliferativa es una forma avanzada de retinopatía básica que se considera precursora de la retinopatía proliferativa más grave. En el primer caso hay más cambios vasculares y pérdida de fibras nerviosas. La retinopatía proliferativa representa el mayor peligro para la visión. Se caracteriza por la proliferación de nuevos vasos sanguíneos que crecen de

la retina hacia el vítreo, estos nuevos vasos son propensos a hemorragias lo que no permite el paso de la luz y provoca pérdida de la visión.

c) Complicaciones no vasculares

- Oculares: glaucoma, cataratas
- Renales: necrosis papilar renal, infecciones urinarias
- Cutáneas
- Determinadas formas de neuropatía diabética. (38)

2.1.12 PIE DIABÉTICO

2.1.12.1 DEFINICIÓN

Se llama pie diabético a las alteraciones en las extremidades inferiores de los diabéticos, que los exponen a deformaciones, infecciones, osteomielitis, gangrena, amputaciones, invalidez y un mayor riesgo de muerte.

Esta frecuente complicación diabética en cuya génesis están implicados diversos mecanismos, como: la neuropatía diabética sensitivo-motora y autonómica, la vasculopatía arterial periférica y macrovascular, que son importantes tener en cuenta para un correcto manejo multidisciplinario del pie diabético. (39)

2.1.12.2 FISIOPATOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO

a) FACTORES PREDISPONENTES

Neuropatía

Son alteraciones que afectan tanto a las fibras sensitivas y motoras como al sistema autónomo. Todo ello provoca acortamientos tendinosos y alteraciones en la distribución de las fuerzas que soporta el pie, iniciando y consolidando diferentes tipos de deformidades.

Macroangiopatía

En la diabetes se producen una serie de trastornos que, de diferentes maneras van dañando el endotelio arterial y llegan a producir una placa de ateroma (depósito de colesterol, tejido fibroso y células inflamatorias) que puede llegar a obstruir las arterias haciendo que el flujo sanguíneo se reduzca, comprometiendo la circulación de los órganos irrigados por dicha arteria.

Microangiopatía

La microangiopatía diabética afecta a los capilares, arteriolas y vénulas de todo el organismo. Esencialmente la lesión consiste en hipertrofia y proliferación de su capa endotelial sin estrechamiento de la luz vascular.

b) FACTORES DESENCADENANTES

Factores extrínsecos

Son de tipo traumático, y pueden ser mecánicos, térmicos o químicos: El traumatismo mecánico se produce habitualmente a causa de calzados mal ajustados, y constituye el factor precipitante más frecuente para la aparición de úlceras.

El traumatismo térmico es directo y lesiona la piel. Habitualmente se produce al introducir el pie en agua a temperatura excesivamente elevada; utilizar bolsas de agua caliente; descansar muy cerca de una estufa o radiador; andar descalzo por arena caliente o no proteger adecuadamente el pie de temperaturas muy bajas.

El traumatismo químico suele producirse por aplicación inadecuada de agentes queratolíticos. Por ejemplo, con ácido salicílico

Factores intrínsecos

Cualquier deformidad del pie, como los dedos en martillo y en garra; el hallux valgus; la artropatía de Charcot, o la limitación de la movilidad articular, condicionan un aumento de la presión plantar máxima en la zona, provocando la formación de callosidades, que constituyen lesiones preulcerosas, hecho confirmado por la práctica clínica, porque en estas zonas es donde la mayoría de los enfermos desarrollan las lesiones ulcerosas.

c) FACTORES AGRAVANTES

Aunque de una forma secundaria, la infección es determinante en el desarrollo de la úlcera, y adquiere un papel relevante en el mantenimiento de la misma. No es responsable del inicio de la úlcera, excepto en aquellas situaciones en que la ruptura de la piel es causada de forma directa por infecciones fúngicas, pero sí interviene en la evolución de las mismas una vez iniciadas. (40)

2.1.12.3 CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

El pie diabético se clasificará en neuropático o isquémico, de acuerdo con el factor etiopatogénico, neurogénico o vascular preponderante. Además de esta clasificación, se utiliza la clasificación Wagner para el pie ulcerado:

- **Grado 0:** Es un pie en riesgo, en el cual existen deformaciones, dedos de martillo, *hallus valgus*, callosidades, antecedentes de úlceras anteriores, uñas deformadas, y onicomicosis.
- **Grado 1:** Se trata de úlceras superficiales no infectadas clínicamente; generalmente son úlceras neuropáticas.
- **Grado 2:** Úlcera profunda a menudo infiltrada, pero sin participación ósea.

- **Grado 3:** Úlcera profunda infectada con absceso con participación ósea (osteomielitis).
- **Grado 4:** Son gangrenas localizadas en parte del pie. Puede tratarse de uno o más dedos o del talón.
- **Grado 5:** Es la gangrena total del pie

2.1.12.4 DIAGNÓSTICO DEL PIE DIABÉTICO

- **Pie neuropático:** Se caracteriza por la pérdida de la sensibilidad profunda al estímulo con el diapasón (pieza en forma de U de metal elástico), la insensibilidad al pasar un algodón por la piel o pinchar con un alfiler, y por la hiporreflexia.
- **Pie isquémico:** Existe palidez del pie al elevarlo: el llenado venoso y capilar está retardado al bajar el pie y dura más de 25 segundos.
- **Pie mixto:** Presenta falta de sensibilidad, acompañada de insuficiencia circulatoria.

2.1.12.5 TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

El pie ulcerado lo trataremos según la clasificación de Wagner.

- **Grado 0:** Requiere vigilancia permanente, cuidados por el podólogo y zapatos especiales.
- **Grado 1:** Se curan por el reposo prolongado; deben lavarse con agua y jabón. Es conveniente quitar las callosidades circundantes por un especialista; requieren de calzado que evite el apoyo con la úlcera.
- **Grado 2:** Necesitan reposo en cama, curación local con agua y jabón colocando un antiséptico suave que no sea coloreado. Es conveniente un antibiótico que actúe en la piel, como la Dicloxacilina, 500 mg cada seis

horas. Si la infección no ha mejorado en tres días debe considerarse la hospitalización.

- **Grado 3:** Requiere tratamiento hospitalario y antibioterapia parenteral. Al ingreso deberá tomarse muestra para cultivo. Debe realizarse radiografía del pie y comparativa, y estudios de la función renal. También se realizarán los exámenes necesarios para valorar el estado general del paciente.
- **Grado 4:** Requieren un estudio radiográfico y vascular. Necesita tratamiento antibiótico para controlar la infección, de extirpación de las zonas necróticas o hasta de amputaciones parciales, de acuerdo a las posibilidades de aporte sanguíneo y rehabilitación.
- **Grado 5:** El paciente debe ser preparado para amputación mayor. La arteriografía determinará el nivel anatómico de la intervención.

El control de la glicemia es fundamental en el tratamiento del pie diabético complicado. Debe estar destinado a obtener una rápida compensación, mantenimiento de la glicemia lo más baja posibles sin llegar a la hipoglicemia. Ello se consigue utilizando insulina ya sea intermedia en una o dos dosis y/o cristalina en tres a cuatro aplicaciones diarias. (41)

2.1.12.6 AMPUTACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Existen dos circunstancias clínicas en las que la amputación se constituye como única opción terapéutica en el pie diabético: en la extensa necrosis tisular, o cuando las diversas alternativas terapéuticas han fracasado.

a) Amputaciones menores: Son aquellas que se limitan al pie.

Amputaciones distales de los dedos: Están indicadas cuando la lesión necrótica se circunscribe a las zonas acras de los dedos.

Amputación transmetatarsiana: Se basa en la resección de la totalidad de las falanges y de la epífisis distal de los metatarsianos.

b) Amputaciones mayores

Amputación de Syme: Se realiza a nivel de la articulación del tobillo. Se consigue un buen muñón de apoyo, restando espacio suficiente entre el extremo del muñón y el suelo, para la adaptación de la prótesis que supla sus funciones.

Amputación infracondílea: Tiene la ventaja, sobre la supracondílea, de preservar la articulación de la rodilla, lo que facilita la prótesis de aquellos pacientes en los que, por sus condiciones físicas, no sería posible realizarla en el caso de amputaciones más proximales.

Amputación supracondílea: En este tipo de amputación se pierde la articulación de la rodilla y la carga protésica se concentra en la zona isquiática y no directamente sobre el muñón, como sucede en la desarticulación de la rodilla.

Amputación en guillotina: Indicada cuando la infección abarca amplias estructuras del pie con progresión extensa a través de las vainas tendinosas de la pierna. Consiste en una sección por encima de los maléolos y perpendicular al eje de la pierna, de la piel, tejidos blandos y huesos.

2.1.12.7 RECOMENDACIONES SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO

- No caminar descalzo
- Lavar diariamente los pies con temperatura normal, nunca caliente.
- No remojar los pies, excepto durante el baño. El corte de uñas debe hacerse después de terminar éste.

- Secarse los pies con una toalla de felpa suave o tela absorbente, sobre todo entre los dedos. El mal secado de los pies puede producir fisuras y maceración. Debe evitarse el uso continuo de talco.
- Si la piel es seca se debe lubricar con una crema a base de colágeno o elastina sin perfume.
- No debe usar ningún tipo de callicidas o abrasivos. También debe evitar el uso de hojas de metal para tratar sus callos. En estos casos es preferible su atención por un podólogo.
- Las uñas deben ser cortadas en forma recta y pulidas con una lima de cartón, haciendo un trabajo parejo. No se debe exceder en el corte, que debe ser en el límite de los dedos.
- Al cortarse las uñas el lugar debe estar iluminado. Se deben usar tijeras para uñas y descartar el denominado “cortauñas” u otro instrumental inadecuado. En caso de uñas encarnadas acudir al podólogo.
- Los calcetines deben ser de colores claros y de hilo o algodón. No debe tener costuras ni remiendos. Se deben cambiar diariamente y al lavarlos hacerlo por ambos lados (revés y derecho).
- Se deben usar zapatos con calcetines o medias para que protejan al pie. Los zapatos deben ser revisados antes de colocárselos.
- La hora adecuada de comprarse el calzado es en la tarde, cuando el volumen de los pies ha aumentado, sobre todo en las personas mayores.
- Si usa zapatillas no debe hacerlo por mucho tiempo ya que muchas veces producen transpiración y humedad en el pie, sobre todo entre los dedos.
- El calzado en las damas debe ser de una altura normal de 3 a 4 cm, con tacón ancho, la punta debe ser ancha para que los dedos puedan moverse con facilidad. Sí necesitara algún tipo de plantillas es preferible medirse con ellas.
- En los varones los zapatos deben ser comprados con pasadores, taco y media suela normal. Evitar en lo posible el uso de mocasines, que aunque aparentan ser un calzado suave acentúan más los defectos si estos existen.
- El autoexamen diario es recomendable. Se debe revisar con un espejo la planta del pie, si la visión está disminuida se pedirá a algún familiar o persona cercana; el lugar debe estar bien iluminado. Se tomará en cuenta cualquier cambio de la piel: como una zona enrojecida, o la aparición de

ampollas, callos, fisuras o agrietamiento, sobre todo en los talones y en los espacios interdigitales. (42)

2.1.12.9 IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO

Uno de los rasgos característicos de las úlceras de pie diabético, que las distingue del resto de heridas crónicas, es que no suelen provocar dolor, como resultado de las lesiones nerviosas de origen diabético que afectan a las piernas y los pies (neuropatía periférica). Esta pérdida de la sensación de dolor como respuesta a una lesión tiene un profundo efecto sobre los resultados psicosociales, como la falta de observancia de los cuidados personales preventivos. Los resultados de un gran estudio prospectivo desarrollado en el RU y los EEUU indican que la mayoría de las personas a quienes se les diagnostica neuropatía diabética creen que el desarrollo de una úlcera en el pie iría acompañado de dolor. Además, anticipan que las lesiones del pie de origen diabético serán vasculares y que estas lesiones vasculares se reflejarán en una mala circulación y unos “pies fríos”. (43)

Un estudio, por ejemplo, comparó el estatus psicológico de las personas con úlceras crónicas del pie de origen diabético con el de quienes se habían sometido a la amputación de una extremidad inferior y el de las personas con diabetes sin antecedentes de ulceración del pie. Se documentó que las personas con úlceras crónicas del pie y quienes se habían sometido a una amputación se habían ajustado psicosocialmente bastante peor a su situación dentro de su entorno doméstico y social y manifestaban una calidad de vida peor en general, en comparación con las personas sin lesiones del pie.(44)

Un estudio realizado en Suecia destacó aún más el impacto de la ulceración del pie sobre el funcionamiento físico y psicosocial de la persona: al compararlos con las personas cuyos pies habían curado sin necesidad de amputar o incluso con quienes se habían sometido a una amputación menor, las personas que en ese momento tenían úlceras en el pie tenían un estado de salud inferior. Con el fin de desarrollar intervenciones eficaces, es fundamental

comprender la experiencia únicamente personal que es la calidad de vida. Esto refleja el modo en el que las personas perciben su estado de salud y reaccionan ante el mismo. En una entrevistas se demostraron que la pérdida de movilidad causada por un tratamiento que alivie la presión (férulas, sillas de ruedas o muletas, por ejemplo) tiene una gran influencia sobre la experiencia de tener un pie diabético. Genera graves restricciones sobre las actividades de la vida diaria, como el trabajo en casa, las actividades de ocio y el empleo. En un estudio se documentó que aproximadamente la mitad de las personas entrevistadas o bien se habían jubilado anticipadamente o habían perdido tiempo de trabajo y que en ocasiones se habían perdido oportunidades laborales. (45)

Además, la limitación de la movilidad causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales. Las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares. Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida. Mientras que las respuestas emocionales específicas del pie diabético son prominentes e incluyen el miedo a las posibles consecuencias y la ira contra los profesionales sanitarios (que surgen de la percepción de una falta de explicaciones claras a tiempo de la naturaleza de las complicaciones del pie), no hay pruebas de que exista una asociación entre la ulceración del pie y la depresión. Este hallazgo resulta de algún modo sorprendente, si consideramos las pruebas de que las úlceras del pie van asociadas a graves restricciones de la movilidad, pérdida de tiempo laboral y otras alteraciones de las actividades de la vida diaria. (46)

2.1.12.8 VIVENCIAS Y ESTILOS DE VIDA EN EL PACIENTE DIABÉTICO AMPUTADO

La dificultad más grande que tiene que enfrentar un paciente afectado con pie diabético amputado es el cambio de su estilo de vida, que se produce

cuando sienten la presencia de un daño significativo que amenaza su integridad física, afectándolo emocionalmente y su instinto de supervivencia se ve alterado, definiendo a la enfermedad como interminable.

Así mismo, perciben el cambio en su ámbito familiar, muchas veces surgen conflictos y desacuerdos entre las personas que conviven con él, sintiéndose el paciente abandonado, incomprendido y como la causa central de todos los problemas, conllevándolo a una profunda tristeza, agresividad y deseos de no existir. Se considera estigmatizado por su enfermedad que lo induce al aislamiento y alejamiento de la vida familiar y social. También refieren, que sería adecuado y beneficioso si compartieran momentos, situaciones o sus experiencias con otros pacientes que sufren la enfermedad, lo que podría proporcionarles una vida más tranquila, la aceptación de la enfermedad, el reconocimiento y la importancia de las modificaciones de los estilo de vida.

El desconocimiento de las consecuencias de un estilo de vida inadecuado en presencia de esta enfermedad, los conlleva a realizar acciones que desfavorecen su salud, los pacientes refieren que no percibieron la gravedad de la situación hasta que sufrieron las consecuencias discapacitantes irreversibles, ocasionando un cambio total o parcial en su vida y la de su familia. Al verse afectados por las devastadoras consecuencias de la enfermedad, consideran que los conocimientos y los estilos de vida que adoptan a lo largo de la vida influyen beneficiando o afectando sus estado de salud. Resaltan que si hubieran tenido los conocimientos necesarios de las consecuencias de esta enfermedad, se hubieran cuidado adecuadamente, o lo que señala en una frase “lo que hice antes, lo vivo ahora”

Aceptan que no se sintieron preparados ni capaces para adoptar cambios en su estilo de vida, por ser este proceso largo y penoso. Iniciando así, una vida sedentaria, alejada del mundo, aislándose permanentemente, calificándola como una vida aburrida, inútil, triste y rutinaria. Extrañan sus actividades anteriores, las reuniones con sus amigos, las actividades sociales que frecuentaban y sobre todo vivir tranquilos sin depender de nadie.

Los cambios de los estilo de vida de un paciente con pie diabético implica modificaciones en la alimentación, el autocuidado, ejercicios físicos y actividades cotidianas. Refieren que lo más difícil de cambiar es el hábito de alimentación debido que sus alimentos no tiene sabor ni aspecto agradable, se sienten cansados de comer lo mismo y cuando pueden comen lo que quieren aun estando conscientes de que les puede ocasionar complicaciones.

Califican a la enfermedad como insufrible e interminable, que les causa dependencia familiar y sentimientos de inutilidad por su limitación física. El contexto del paciente con pie diabético amputado se limita a su hogar bajo el cuidado de sus hijos, que generalmente es un miembro de ellos que se hace cargo del paciente, considerando este cuidado como una responsabilidad difícil de llevar, como” una carga pesada”, ya que no cuentan con el apoyo del resto de la familia. Se pudo evidenciar que generalmente esta situación está relacionada al aspecto económico porque si contarían con mayores medios económicos, se agenciarían con otro tipo de ayuda, lo cual aliviaría su trabajo en la atención del paciente. En este aspecto, la percepción que tiene el paciente de la familia es desalentadora, pues siente que es la causa de todos los problemas familiares provocando su desintegración. Tiene sentimientos de abandono y rechazo familiar y esta situación lo somete a una constante negatividad frente a la vida. Reclamando así el paciente en forma tácita el cariño y comprensión familiar.

Al sentir la estigmatización de su enfermedad refieren que tienen el temor de que otros se burlen de ellos por estar amputados y de la discapacidad que se le impone, asumen este estigma como un indicador negativo que origina la poca aceptación de su entorno, limitando su interacción social por autodefinirse como personas “extrañas”. Además estos pacientes tienen la necesidad de reunirse con alguna frecuencia, con otros que sufren como ellos, que les permita interactuar, conocerse un poco más y compartir las experiencias positivas que les pueden ayudar a vivir mejor, esto se refiere a que la interacción de los individuos permite influirse recíprocamente, desean una vida tranquila, que ellos lo relacionan con no sufrir dolor, de hacer sus cosas sin

molestar a nadie, aceptando la enfermedad y tratando de modificar su vida.
(47)

2.2 GENERALIDADES SOBRE IMAGEN CORPORAL

Bruch (1962), en la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarla”.

2.2.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología del principios del siglo XX.

Fishe (1990) indica que Bonnier en 1905 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”.

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como:

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950)

Schilder es pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal.

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes.

2.2.2 DEFINICIONES ACTUALES DE IMAGEN CORPORAL

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, etc, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador,

o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.

Probablemente todavía no dispongamos de una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término deberemos asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué a nos referimos

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porque haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- Es un concepto multifacético.
- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia:

“Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”

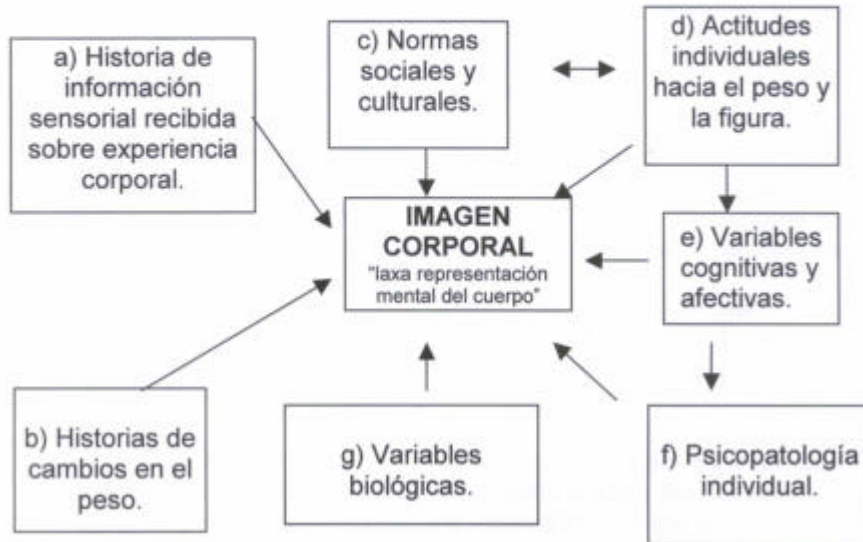
- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “ *la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo*” Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal, en la Figura 1 puede verse una adaptación del mismo.

Modelo de Imagen Corporal de Slade (1994).



La profesora R.M. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que de dedicó a este tema propone una definición integradora de imagen corporal:

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000)

Y más resumidamente, *“la imagen corporal es un constructo que implica lo que u no piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo”* (Raich, Torras y Figueras, 1996)

Aunque la definición de los autores españoles puede ser aceptada en nuestro entorno, en una revisión de más de 100 artículos sobre imagen corporal se concluyó que *“ el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen*

corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable” (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001). (48)

2.2.1 COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- a) Un componente perceptual (físico): precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.
- b) Un componente subjetivo (psicológico): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo.
- c) Un componente conductual (social): Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el cuerpo a los demás.

Es decir, la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Tener una buena o mala imagen corporal influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y no sólo en las nuestras, sino en la manera en cómo nos respondan los demás. Desde luego, la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de los años de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual. (49)

2.3 GENERALIDADES SOBRE PERCEPCIÓN

La percepción tiene que ver con "una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde los cultural y social". Se relaciona con sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo del individuo. La percepción que una persona tiene sobre un aspecto en particular, está influenciada por la percepción social, la percepción simbólica, la percepción imaginaria y la percepción de la salud.

La percepción comprende principalmente dos procesos:

1. La recodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.
2. Un intento de ir más allá para predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas.

Estos dos procesos dan una estructura a nuestro proceso perceptual, en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden; si no por el contrario, al percibir una persona o un objeto creamos un orden en todo ese caudal de información. Este orden nos permite poder reexaminar la información para poder adicionar más información de interés para nosotros y poder inferir comportamientos y situaciones.

Otro elemento involucrado en el proceso perceptual es el conductual, en el sentido de que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.

Se considera que la percepción es un proceso cíclico, de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; éstas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de

los esquemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

Como ya se dijo, el acto perceptual se considera cíclico. Este ciclo constaría de dos fases: en la primera, denominada *preatentiva*, el individuo detecta la información sensorial y la analiza; en la segunda fase, denominada *construcción personal*, se produce el objeto perceptual específico. En el acto perceptivo se da una constante anticipación de lo que sucederá, basada en información que acaba de ingresar a los órganos de los sentidos y en "esquemas", patrones que seleccionan la información a procesar en base a criterios probabilísticos extraídos de la experiencia previa, los cuales son modificados a su vez por la nueva experiencia perceptiva y que dirigen los movimientos y las actividades exploratorias necesarias para obtener más información. Como los esquemas son modificados tras cada experiencia perceptiva y éstos determinan que información sensorial se procesará y cuáles serán los patrones de búsqueda para obtenerla, las siguientes experiencias perceptivas tendrán la influencia de las anteriores percepciones, no existiendo la posibilidad que dos experiencias perceptuales sean idénticas. (50)

2.3.1 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO AMPUTADO POSTOPERADO TRAS LA AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR

Según WH Van Houtum (2005) del total de amputaciones de extremidad inferior llevadas a cabo en todo el mundo, entre el 40% y el 70% están relacionadas con la diabetes. En las personas con la afección, las lesiones nerviosas de origen diabético, la disminución de la movilidad debida a alteraciones del funcionamiento de las articulaciones del pie y el trastorno de los vasos sanguíneos que riegan las piernas y los pies (enfermedad vascular periférica) provocan ulceraciones.

Cuando el pie ulcerado de una persona se infecta o cuando el riego sanguíneo se ve gravemente afectado, podría resultar inevitable la amputación del pie, o incluso de la pierna. Las personas con diabetes que han sufrido una

amputación corren un mayor riesgo de desarrollo de úlceras en el futuro. La ulceración recurrente podría no curarse y tener como resultado más amputaciones. Sin embargo, las amputaciones se pueden prevenir en un 49%-85% de los casos.

Tras una amputación, la vida de las personas se ve profundamente afectada: muchas no pueden trabajar o intentar tener una vida socialmente activa y se vuelven dependientes de los demás. Una amputación genera una serie de problemas en aspectos clave de la vida, como el empleo, los seguros y el bienestar psicológico; los estudios que examinan la calidad de vida de las personas con diabetes tras una amputación han mostrado un descenso de la función física, emocional y social.

Las depresiones son frecuentes. Muchas personas viven con el miedo de que se repitan las infecciones y a la discapacidad de por vida. Además, tras una amputación, el paciente suele necesitar calzado especial o prótesis. Éstos hacen que la afección de la persona sea visible al público, a menudo causándole vergüenza, lo cual tiene un impacto negativo sobre su calidad de vida. De hecho, las investigaciones han demostrado que las personas con diabetes que, como resultado de una depresión, no acuden a sus revisiones habituales, corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones.

El apoyo psicológico, por lo tanto, es fundamental para cualquiera que se haya sometido a una amputación. Hay, sin embargo, factores positivos asociados con la amputación. Debería recordarse que, cuando se realiza una amputación, se hace para acabar con un sufrimiento que ya dura mucho. Las personas con diabetes podrían ver que su calidad de vida mejora cuando se cambia una ulceración crónica con infecciones recurrentes por un muñón bien curado. En estas circunstancias, una persona puede volver a caminar si utiliza un calzado adaptado o una prótesis. Tras lo que suele ser un extenso período sin poder salir de casa o interactuar socialmente, estas personas podrían verle una cara nueva a la vida sin la carga de una herida crónica y debilitadora.

El calzado puede ser muy útil a la hora de prevenir problemas recurrentes. Una persona nunca debería volver a utilizar un calzado que le ha causado ulceración; tipos alternativos de calzado pueden ayudar a aliviar la presión. Cuando una persona desarrolla una úlcera del pie, debería escogerse un calzado terapéutico para aliviar la presión y permitir que cure la úlcera. Una vez que haya curado la úlcera o tras una amputación, se necesita una solución más permanente, que implica la utilización de calzado de protección. Podría utilizarse una órtesis para llenar el espacio vacío tras la amputación de un dedo del pie.

En resumen, las amputaciones de extremidades inferiores son, desgraciadamente, demasiado frecuente en personas con diabetes. Tras una amputación, los cuidados deberían estructurarse e intensificarse. Debería utilizarse un enfoque basado en un equipo multidisciplinar para evaluar los factores de riesgo de la persona y ofrecer un tratamiento en función de los mismos. El calzado y la educación son fundamentales dentro de este proceso. (51)

2.3.2 MEDICION DE LA PERCEPCION

La percepción tiene diversas propiedades, entre las que destaca dirección (positiva o negativa) e intensidad (favorable y desfavorable), estas propiedades forman parte de la medición. Las afirmaciones pueden tener dirección positiva o negativa, y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

La utilización de escalas de actitudes, opiniones y percepciones es el método más frecuente para medir la reacción del usuario respecto a cada uno de los factores investigados. Estas escalas son instrumentos utilizados en las ciencias sociales para medir fenómenos relativos a ellas de la forma más objetiva posible. Existen numerosas clases de escalas, entre las que cabe

destacar, las de ordenación, las de Guttman, las de Thurstone y las de Lickert, esta última es una de las utilizadas con mayor frecuencia en esta clase de estudios.

Esta escala consta de varios enunciados declarativos que expresan un punto de vista u opinión sobre determinado tema y el informante debe indicar hasta que punto concuerda con la opinión expresada. Esta escala consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada información y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los elementos de la escala (alternativas de respuesta). A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la información y al final se tendrá una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con los ítems. (52)

La Escala de Lickert puede ser aplicada de dos formas: la primera autoadministrada en la que se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto a cada ítem la alternativa de respuesta que mejor describe su reacción. La segunda, es la entrevista, un entrevistador lee los ítems y las alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.

2.4 ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere tratamiento especial de por vida. Los pacientes tienen que aprender a equilibrar determinadas circunstancias, como la dieta, la actividad física, el estrés físico y emocional, además de situaciones especiales, para conseguir la normogluceemia. Además deben crear hábitos de vida estrictos (horarios de comidas, composición de las mismas etc) para prevenir complicaciones a largo plazo. Todo ello hace que la educación de estos pacientes sea fundamental para su control metabólico.

La información que se les da a los pacientes diabéticos se clasifica en dos bloques:

Información de supervivencia: se le debe ofrecer a cualquier paciente con diabetes tipo 1 de diagnóstico reciente o tipo 2 en tratamiento insulínico. Consiste en dar información sobre:

Fisiopatología simple: el paciente debe tener información referente a que es la diabetes y cuáles son los valores normales de glucemia. Además, debe saber los efectos que sobre la glucemia provocan los alimentos, el ejercicio y la insulina. Por último es preciso que conozca los diferentes puntos del tratamiento.

Modalidades del tratamiento: El paciente debe tener conocimientos básicos de dietética, también debe conocer el modo de administrarse la insulina y el autocontrol de la glucemia que debe llevar. Asimismo debe aprender a reconocer, tratar y prevenir las complicaciones agudas (hipo e hiperglucemia).

Información continua o avanzada: a los pacientes, se les informa aspectos más complejos de la enfermedad, como las medidas preventivas para evitar complicaciones a largo plazo (cuidado de los pies, de los ojos, de la piel y la boca) o las de tratamiento y control de los otros factores de riesgo cardiovascular (T.A, colesterol, tabaquismo).

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. También es necesario que la gente sepa qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes. Por ejemplo, se estima que con un cuidado

correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes.

Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información general útil, cada paciente y familia debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas. El cuidado preventivo de los pies incluye aseo adecuado, secado (especialmente entre los dedos) y lubricación. El lavado diario de los pies debe ser corto para evitar el reblandecimiento de la piel, los pies deben mantenerse siempre limpios y secos. Se han de revisar diariamente ambos pies para detectar precozmente áreas de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades o úlceras. Se aconseja el uso de calzado cerrado y bien ajustado (sin oprimir), evitar conductas de riesgo (andar descalzo, usar zapatos abiertos y almohadillas calientes, “rasurar callosidades”) las uñas deben cortarse rectas, utilizando unas tijeras de punta roma, no utilizar cortaúñas. Estos pacientes deben realizar visitas regulares al podólogo.

Los cuidados del pie deben de formar parte de los programas de educación diabética en enfermería para el autocuidado independientemente del nivel de riesgo mediante la educación y práctica intensiva que se centre en las estrategias de modificación del comportamiento y el estilo de vida sin embargo hablar de los cuidados que brinda el profesional de Enfermería es referirse al cuidado integral es decir estar preparado para identificar y resolver problemas físicos y psicosociales en el proceso salud-enfermedad.

El paciente con pie diabético al igual que otros pacientes necesita sentirse ser escuchado respetado y comprendido ante sus temores, dudas a fin de que alivien sus molestias transmitiéndoles tranquilidad y sosiego a través de nuestros cuidados.

El profesional de enfermería no sólo debe de cumplir una labor asistencial sino también educativa con la que debe establecer una relación terapéutica que permita al profesional identificar problemas o necesidades que tiene el paciente preocupándose por tener conocimientos del significado que implica tener pie diabético su impacto biopsicosocial que genera. (53)

G. HIPÓTESIS

La mayoría de los pacientes con pie diabético tiene una percepción sobre su imagen corporal favorable.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar el entendimiento de los términos utilizados en el estudio.

Paciente con pie diabético: es aquella persona con diagnóstico médico de diabetes mellitus que ha sido sometido como medida quirúrgica a la extirpación de unas de sus extremidades inferiores en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Percepción: Es la respuesta expresada del paciente sobre la impresión que tiene de su propio cuerpo por efecto del pie diabético

Imagen corporal: es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente de sí mismo, el cual incluye el aspecto físico, psicológico y social.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

A. NIVEL, TIPO Y METODO

El presente estudio tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, porque busca definir el fenómeno o hecho que se da en la realidad, es decir obtiene información en relación a la percepción del paciente con pie diabético amputado sobre su imagen corporal en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), el cual está ubicado en la Av. Grau N° 700 en el distrito de La Victoria, es una institución de cuarto nivel que pertenece a la Empresa de Seguridad Social (EsSalud), brindando atención a los asegurados

El consultorio de la Unidad de Pie Diabético está ubicada en el segundo piso y pertenece al servicio de Medicina Interna 3B Oeste. Lo conforman 10 médicos siendo el Dr. Mena Pérez Víctor Raúl jefe médico, 9 médicos asistenciales y una enfermera que labora en el consultorio de la unidad, la Lic. América Farfán.

Los pacientes que acuden pertenecen a la Red Almenara y son atendidos por personal médico y de enfermería. Diariamente se atienden aproximadamente 15 pacientes con úlceras de pie diabético y amputado en un turno: de lunes a viernes de 8am a 12 pm, distribuidos de la siguiente manera, una enfermera y un médico asistencial.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 100 usuarios con pie diabético amputado que acudieron durante el periodo de Diciembre al consultorio externo de la Unidad de Pie Diabético del servicio de medicina Interna. Para el cálculo de la muestra se aplicó el muestreo probabilístico simple con la fórmula para la

población finita con una probabilidad de 0.5, $\alpha=0.05$ y $Z=1.96$, siendo la muestra de 50 pacientes los cuales cumplirán con los siguientes criterios. (Anexo C)

Criterios de inclusión:

- ? Pacientes de sexo masculino o femenino diabético amputado que asistan al consultorio de la Unidad de Pie Diabético.
- ? Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- ? Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- ? Paciente con problemas de visión, audición, lenguaje y mentales

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento una escala de Lickert Modificada, el que fue aplicado a los pacientes con diabéticos amputados con el objetivo de obtener información acerca de la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. El cual consta de: presentación, introducción donde se dará a conocer la finalidad del estudio, instrucciones, datos generales, datos específicos, y 30 ítems formulados como enunciados positivos y negativos. (Anexo D)

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos (8 profesionales) dado por profesionales inmersos en el área de investigación: dos Enfermeras asistenciales de la Unidad de Pie Diabético, un Médico Internista, un Psicólogo Clínico, y cuatro Enfermeras docentes del área de investigación. Para ello se utilizo la tabla de concordancia y la Tabla Binomial. (Anexo E)

Luego para determinar la validez y confiabilidad estadística se realizó la prueba piloto a 10 pacientes del programa del Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo de Loayza en el mes de Julio del 2009 y se aplicó la prueba Alfa de Crombach (Ve Anexo F) y la prueba de ítems-test Correlación de Pearson (Anexo G).

F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS, PROCESAMIENTO DE DATOS

Para llevar a cabo la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos respectivos a través de un oficio a nombre de la directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, dirigido al Director del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen a través de la oficina de capacitación en investigación de dicha institución a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos a partir del mes Diciembre 2009 acordando para ello los días lunes a viernes, días en los que se captaba a los pacientes diabéticos amputados de 8am a 12pm afuera del consultorio externo, previa autorización del paciente, de esta manera se logró hacer coincidir la aplicación del formulario considerando 30 minutos para ello, a fin que la información brindada sea más verídica.

G. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados de forma manual previa elaboración de la Tabla de códigos y Tabla matriz mediante el uso de los paquetes estadísticos de Excel, considerando para los enunciados positivos la valoración de 3 totalmente de acuerdo, 2 ni acuerdo/ni desacuerdo, 1 totalmente en desacuerdo y los enunciados negativos: 3 totalmente en desacuerdo, 2 ni acuerdo/ni desacuerdo, 1 totalmente de acuerdo.

Para la medición de la variable se utilizará la escala de Media Aritmética (Anexo H).

Los resultados se presentarán en cuadros y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Percepción general	Puntajes
Favorable	60-90
Desfavorable	30-59

Percepción en el aspecto físico	Puntajes
Favorable	20-30
Desfavorable	10-19

Percepción en el aspecto psicológico	Puntajes
Favorable	19-30
Desfavorable	10-18

Percepción en el aspecto social	Puntajes
Favorable	22-30
Desfavorable	10-21

H.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tendrá en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado de los participantes del estudio. (Anexo I).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectar los datos estos fueron presentados en gráficos y tablas a fin de ser sometido al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que de 50 (100%) pacientes diabéticos amputados del consultorio externos de la Unidad de Pie Diabético en relación a la edad 6%(3) tiene entre 30 a 39 años, 8%(4) entre 40 a 49 años, 22% (11) entre 50 a 59 años, 46% (23) entre 60 a 69 años y 18% (9) entre 70 a 80 años. En cuanto al sexo se tiene que 44% (22) es femenino y 56% (28) es masculino. (Anexo N)

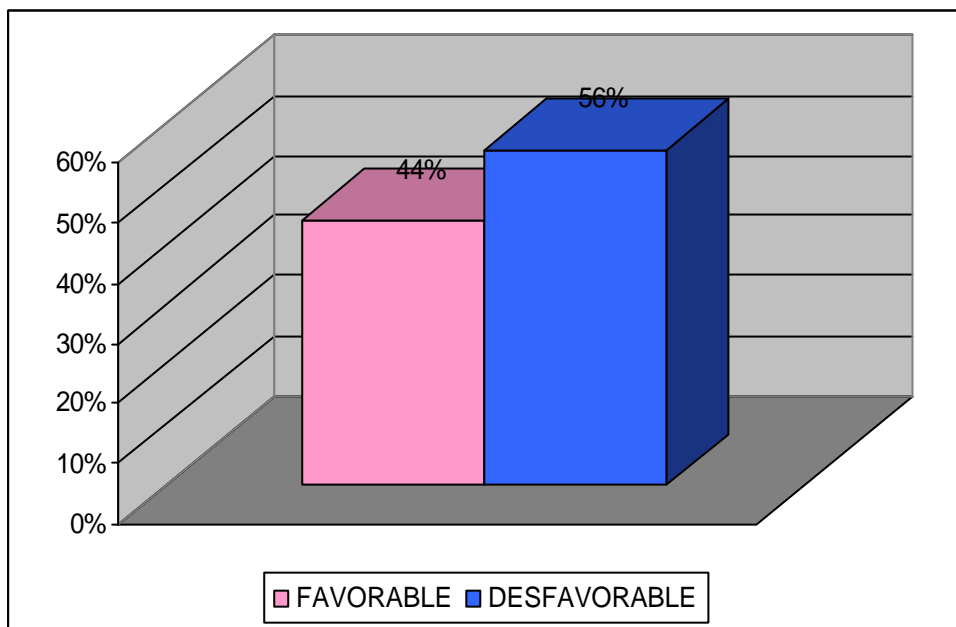
En cuanto al sexo relacionado con la edad, estado civil, condición laboral, grado de instrucción y tiempo de enfermedad se tiene que de un total 56%(28) pacientes de sexo masculino 26% (13) presenta de 60 a 69 años, 2% (4) de 30 a 39 años, 26%(13) son casados, 22%(11) son viudos, 32%(16) son desempleados, 22%(11) tienen grado de instrucción secundario y 20%(10) tienen grado de instrucción primario, 26%(13) tienen más de 20 años de padecer diabetes mellitus.

En cuanto al sexo relacionado con la edad, estado civil, condición laboral, grado de instrucción y tiempo de enfermedad se tiene que de un total 44%(22) pacientes de sexo femenino el 20% (10) tienen de 60 a 69 años, un 24%(12) son casadas seguidas de un 12%(6) son viudas, 20%(10) son amas de casa, 10%(5) son desempleadas, 28%(14) grado de instrucción primaria, 14%(7) tienen tiempo de enfermedad de más de 20 años.

De la información obtenida se puede resaltar que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino con un 56%(28), encuentran en la etapa adulta mayor entre 60 a 69 años con un 46%(23), estado civil casado con un 48%(24) seguido de viudo con un 34%(17), condición laboral desempleado con un 40%(20), grado de instrucción primaria con un 48%(24) y tiempo de enfermedad mayor de 20 años con un 44%(22). (Anexo Ñ, O y P respectivamente).

La enfermedad diabética constituye uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia. Ocurre en el 3% de la población con inicio entre los 30 a 70 años de edad. Es por ello que las características sociodemográficas de los individuos frente a los estímulos son determinantes en la formación de impresiones, así tenemos que la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y tiempo de enfermedad influyen de alguna manera en las percepciones de los individuos. La madurez emocional así como la capacidad física e intelectual frente a la vida, salud y enfermedad están determinadas por la edad y el sexo, siendo el adulto mayor la persona que atraviesa por una serie de cambios biopsicosociales que lo hacen vulnerable a diversa enfermedades crónico degenerativas, limitando así su rápida recuperación ante una lesión, predisponiéndole a padecer múltiples accidentes por la limitación gradual física así como a enfrentar cambios en el rol que asume dentro del núcleo familiar. El grado de instrucción y el estado civil determinan la forma de pensar del individuo influenciando en sus pensamientos, ideas, creencias y costumbres, así esperamos que los casados tengan más responsabilidades con la familia y la sociedad que los solteros así como los viudos presentan una alteración a nivel afectivo propia de la adultez madura. En cuanto al aspecto económico hay un considerado porcentaje de pacientes de sexo masculino que se encuentra desempleado lo que constituye un factor estresante para su salud emocional

GRÁFICO Nº 1
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
2009



Fuente: *Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009*

En el grafico Nº 1 se observa en cuanto a la percepción general del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal del 100% (50), 56% (28) tienen una percepción desfavorable frente a un 44% (22) favorable.

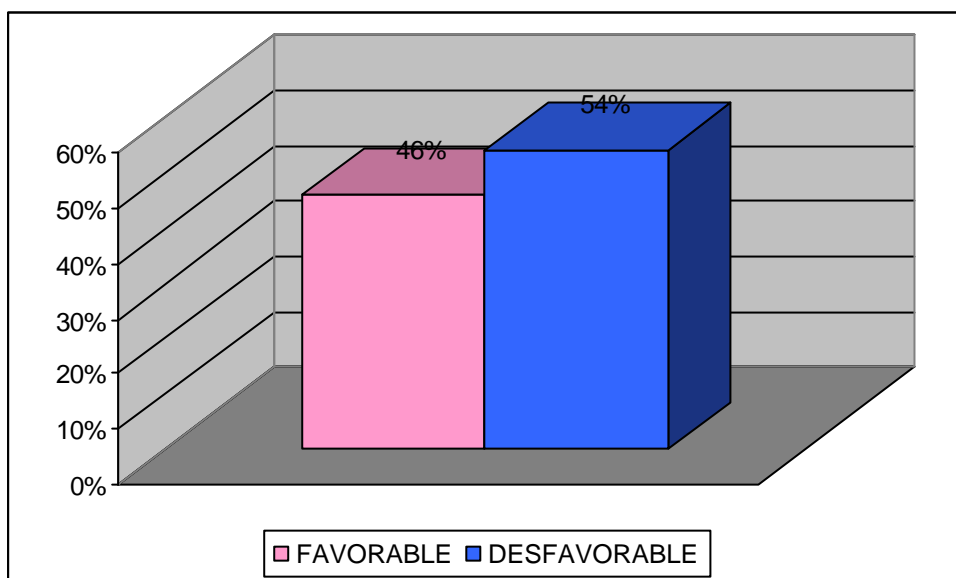
En cuanto a la percepción desfavorable en el aspecto físico está determinada por manifestar los pacientes que a pesar del tratamiento que lleva en el hospital nota que sus lesiones van empeorando, piensan que antes de tener su miembro amputado se veían más atractivos que ahora, en el aspecto psicológico manifiestan que les mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores, tienen temor de no volver a caminar con normalidad, y en lo social piensan que son una carga para su familia y sienten que su familia muestra desinterés cuando piden ayuda para alguna actividad. Respecto a la percepción favorable en el aspecto físico manifiestan que si bien es cierto no cuentan con la extremidad, pero lo asumen y se sienten cómodos usando muletas y/o sillas de rueda, más aún están tranquilos cuando un

personal de salud inspecciona sus extremidades inferiores, en el aspecto psicológico no les incómoda hablar sobre su estado de salud con otras personas y en el aspecto social no les desagrada su nuevo aspecto y están bien en compañía de su familia ya que son el mejor apoyo para seguir adelante con la enfermedad. (Ver Anexo M)

William Van Houtum (2005) afirma que tras una amputación, la vida de las personas se ve profundamente afectada: muchas no pueden trabajar o intentar tener una vida socialmente activa y se vuelven dependientes de los demás. Una amputación genera una serie de problemas en aspectos clave de la vida, como el empleo, los seguros y el bienestar psicológico. Los estudios que examinan la calidad de vida de las personas con diabetes tras una amputación han mostrado un descenso de la función física, emocional y social.

Por lo tanto en cuanto a la percepción general del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal se encontró que la mayoría 56%(28) presentó una percepción desfavorable lo que significaría que el paciente no desarrolla efectivamente sus mecanismos de afrontamiento y adaptación a su nueva imagen corporal poniendo en riesgo su adaptación biopsicosocial. Sin embargo tenemos que un menor porcentaje de 44% (22) presenta percepción favorable lo que favorece su calidad de vida. Resultados que guardan concordancia con León Rivera Judith, con un estudio sobre: “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el hospital Central PNP” (2004), donde afirma que la dificultad más grande que tiene que enfrentar un paciente amputado es el cambio de su estilo de vida, que se produce cuando sienten la presencia de un daño significativo que amenaza su integridad física, afectándolo emocionalmente y su instinto de supervivencia se ve alterado, definiendo a la enfermedad como interminable. Es así que el pie diabético influirá en el aspecto físico, psicológico y social determinando un cambio en su aceptación de la imagen corporal.

GRÁFICO Nº 2
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO FÍSICO
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA-Perú
2009



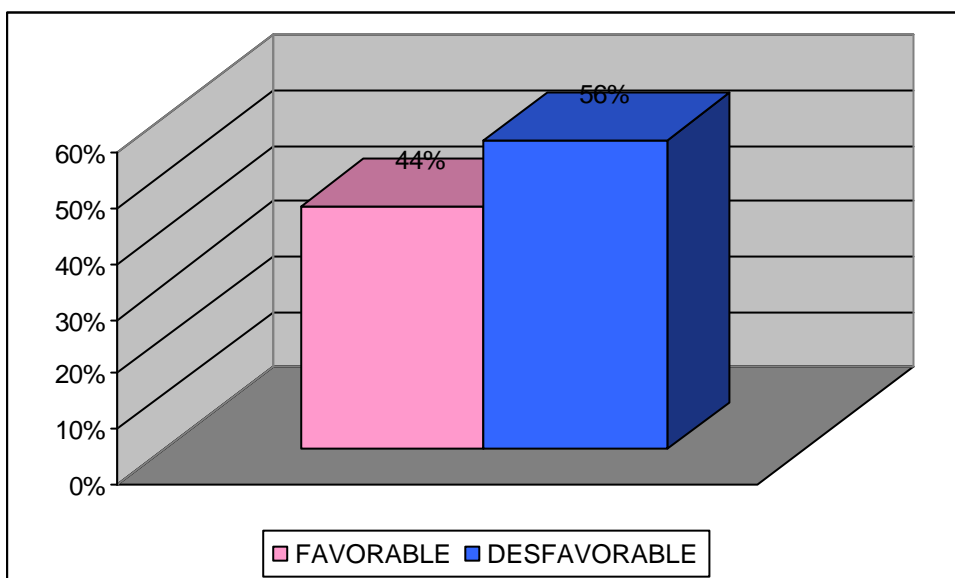
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009

En el gráfico Nº2 respecto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico tenemos que del 100% (50), 54% (27) tiene una percepción desfavorable frente a un 46% (23) percepción favorable. Respecto a la percepción desfavorable manifiestan que les desagrada comer las comidas con bajo azúcar y sal, ante la pérdida de su extremidad inferior le desagradaría usar una prótesis, les mortifica tener que observar su miembro amputado, piensa que antes tener su miembro amputado se veía más atractivo que ahora y a pesar del tratamiento que lleva en el hospital nota que sus lesiones se van empeorando; respecto a la percepción favorable manifiestan que les agrada restringir su número de comidas, se siente cómodo usando muletas y/o sillas de rueda así como realizar la higiene de su miembro amputado, les agrada verse en un espejo y se siente tranquilo cuando un personal de salud inspecciona sus extremidades inferiores. (Ver Anexo M)

Según el Grupo de Funcionamiento Internacional de Pie Diabético (2003) del total de amputaciones de extremidad inferior llevadas a cabo en todo el mundo, entre el 40% y el 70% están relacionadas con la diabetes. En las personas con la afección, las lesiones nerviosas de origen diabético, la disminución de la movilidad debida a alteraciones del funcionamiento de las articulaciones del pie y el trastorno de los vasos sanguíneos que riegan las piernas y los pies (enfermedad vascular periférica) provocan ulceraciones. Cuando el pie ulcerado de una persona se infecta o cuando el riego sanguíneo se ve gravemente afectado, podría resultar inevitable la amputación del pie, o incluso de la pierna lo que altera su imagen corporal que la persona había construido en su mente repercutiendo en su aceptación y nueva apariencia física, cambios en su alimentación, actividad física lo que debe ser abordado por un equipo multidisciplinario de salud para que el paciente fomente su autocuidado y continúe con sus controles médicos ya que las personas con diabetes que han sufrido una amputación corren un mayor riesgo de desarrollo de úlceras en el futuro y estas si son recurrentes podrían no curarse y tener como resultado más amputaciones

Por lo tanto la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico se encontró que la mayoría, 54% (27) tiene una percepción desfavorable lo cual puede repercutir en la aceptación del tratamiento y de los efectos físicos que produce las lesiones del pie diabético; sin embargo tenemos que un 46%(23) presenta una percepción favorable debido a que aceptan su imagen corporal y su posterior adaptación que esta conlleva lo cual favorece su pronta recuperación y rehabilitación. Resultados que guardan concordancia con León Rivera Judith, con un estudio sobre: "Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el hospital Central PNP" (2004), donde afirma que los cambios de los estilo de vida de un paciente con pie diabético implica modificaciones en la alimentación, el autocuidado, ejercicios físicos y actividades cotidianas. Refieren que lo más difícil de cambiar es el hábito de alimentación debido que sus alimentos no tiene sabor ni aspecto agradable, se sienten cansados de comer lo mismo y cuando pueden comen lo que quieren aun estando conscientes de que les puede ocasionar complicaciones.

GRÁFICO N° 3
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA-Perú
2009



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009

En el gráfico N°3 respecto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico tenemos que del 100% (50), 56% (28) tiene una percepción desfavorable frente a un 44% (22) percepción favorable.

En cuanto a los aspectos relacionados a la percepción desfavorable manifiestan que al observar que no tiene parte de su extremidad amputada le produce sentimientos de rechazo, se sienten inútiles de no poder colaborar a realizar las labores en casa, sienten vergüenza que otras personas se den cuenta de su miembro amputado, tienen temor de no volver a caminar con normalidad, les mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades; y en cuanto a la percepción favorable manifiestan que acepta tener una extremidad inferior amputada, sienten que su miembro amputado no le es impedimento para buscar nuevas oportunidades, se sienten cómodos hablando de su estado de salud con otras personas, sienten confianza de que

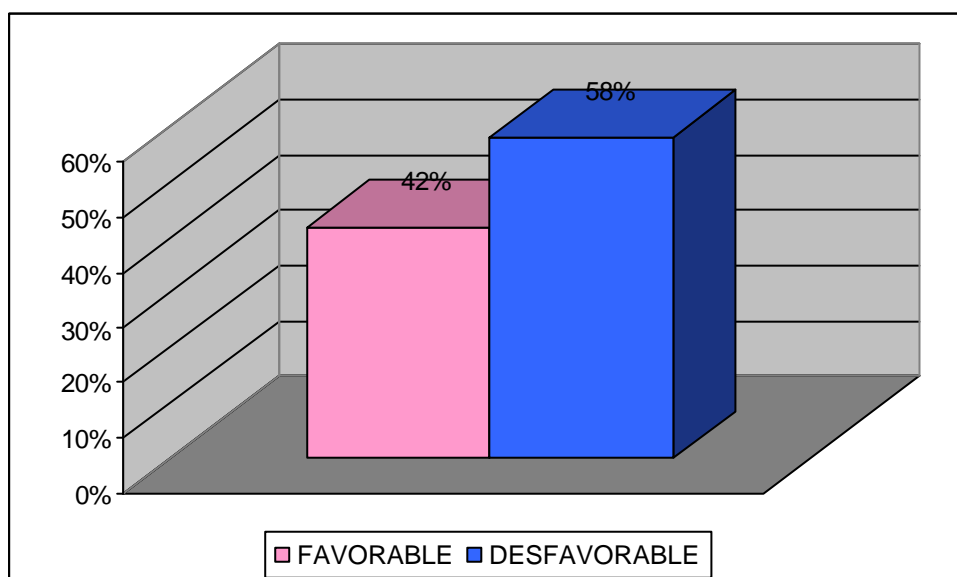
las lesiones de sus pies sanarán y durante el día suele sentirse tranquilo. (Ver Anexo M)

Vileikyte L. con su estudio “ La neuropatía diabética periférica y síntomas depresivos de la Asociación de Cuidado de Diabetes” (2005) afirma que mientras que las respuestas emocionales específicas del pie diabético son prominentes e incluyen el miedo a las posibles consecuencias y la ira contra los profesionales sanitarios (que surgen de la percepción de una falta de explicaciones claras a tiempo de la naturaleza de las complicaciones del pie), no hay pruebas de que exista una asociación entre pie diabético y la depresión. Sin embargo, las personas con pie diabético deberían ser monitorizadas estrechamente para determinar si están deprimidas y si se les suministra un tratamiento o se las envía al profesional adecuado y Carrington A.L, con su estudio “Estado psicológico de la gente diabética con o sin inhabilidad de miembro inferior”. (1996), afirma que en investigaciones del efectos del pie diabético sobre el funcionamiento del bienestar físico y psicosocial de la persona, se ha descubierto que estas pueden ser una fuente de discapacidad grave que, a su vez, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida.

Por lo tanto la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico se encontró que la mayoría, 56% (28) tiene una percepción desfavorable lo cual evidencia que los pacientes no acepta su nueva imagen corporal viéndolo como una discapacidad grave pudiendo causar en la paciente una inestabilidad emocional, que en muchos casos puede desencadenar cuadros depresivos e ideas suicidas de no buscar las respectivas fuentes de apoyo; frente a un 44%(22) lo cual significa que están usando sus mecanismos de afrontamiento y adaptación a su nueva imagen corporal favoreciendo de esta manera su salud mental. Resultados que guardan concordancia con León Rivera Judith, con un estudio sobre: “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el hospital Central PNP” (2004), donde afirma que los pacientes diabéticos amputados presentan sentimientos de abandono y rechazo familiar y esta situación lo somete a una constante negatividad frente a la vida; asimismo al sentir la estigmatización de su enfermedad refieren que tienen el temor de que otros se

burlen de ellos por estar amputados y de la discapacidad que se le impone, asumen este estigma como un indicador negativo que origina la poca aceptación de su entorno, limitando su interacción social por autodefinirse como personas “extrañas”.

GRÁFICO N° 4
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA-Perú
2009



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009

En el gráfico N°4 respecto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social tenemos que del 100% (50), 58% (29) tiene una percepción desfavorable frente a un 42% (21) percepción favorable.

Respecto a la percepción desfavorable manifiestan que les desagrada salir a pasear a lugares públicos, se sienten incomprendido por las personas que consideraba sus amigos, les molesta que sus amigos le pregunten sobre miembro amputado, sienten que sus familia muestra desinterés cuando piden

ayuda para hacer alguna actividad en su hogar y piensan que son una carga para su familia; y respecto a la percepción favorable por manifestar que les entusiasma participar de las celebraciones y reuniones sociales, les entusiasma recibir visita de sus amistades, sienten que después de su problema de salud sus amigos le prestan más atención, les agrada estar en compañía de su familia a estar sólo y sólo ellos son el mejor apoyo para seguir adelante con su enfermedad. (Ver Anexo M)

Vileikyte L, con su estudio “Instrumento de calidad de vida de la neuropatía y úlcera de pie diabético” (2003) afirma que el pie diabético genera graves restricciones sobre las actividades de la vida diaria, como el trabajo en casa, las actividades de ocio y el empleo. En un estudio se documentó que aproximadamente la mitad de las personas entrevistadas o bien se habían jubilado anticipadamente o habían perdido tiempo de trabajo y que en ocasiones se habían perdido oportunidades laborales. Además, la limitación de la movilidad causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales. Las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares. Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida

Por lo tanto la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social se encontró que la mayoría, 58% (29) tiene una percepción desfavorable lo cual puede traer como complicación al aislamiento social, en el ámbito familiar puede surgir conflictos y desacuerdos con las personas que viven con el paciente, conllevándolo a experimentar sentimientos de tristeza, angustia, soledad y frustración; frente a un 42%(21) que presenta percepción favorable lo cual indica que el paciente se ha adaptado y ha aceptado el tratamiento como una terapia que le va a permitir mejorar su calidad de vida, siendo necesario la participación activa de la familia y su entorno para el proceso de recuperación y/o rehabilitación. Resultados que guardan concordancia con León Rivera Judith, con un estudio sobre: “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el hospital Central PNP” (2004), donde afirma los pacientes diabéticos amputados

aceptan que no se sintieron preparados ni capaces para adoptar cambios en su estilo de vida, por ser este proceso largo y penoso. Iniciando así, una vida sedentaria, alejada del mundo, aislándose permanentemente, calificándola como una vida aburrida, inútil, triste y rutinaria. Asimismo califican a la enfermedad como insufrible e interminable, que les causa dependencia familiar y sentimientos de inutilidad por su limitación física.

En relación a imagen corporal estos resultados también guardan relación con Escobar Rodríguez Evelyn, con su estudio sobre: "Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas" (2008), donde afirma que la mayoría de las pacientes mastectomizadas presenta una percepción desfavorable ya que teme que en cualquier momento pueda provocar una reacción social desagradable, de allí el temor, el miedo, que experimentan frente a su pareja y por supuesto en el contexto de las relaciones sociales.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

Luego de haber realizado el presente estudio se formulan las siguientes conclusiones:

- ✍ La percepción que tiene la mayoría de los pacientes con pie diabético sobre su imagen corporal es desfavorable en el aspecto físico, psicológico y social.
- ✍ La mayoría de los pacientes con pie diabético tiene una percepción desfavorable sobre su imagen corporal en el aspecto físico debido a que la pérdida de su extremidad inferior es sentida como una amenaza a la integridad física del paciente trayendo como consecuencia cambio en la aceptación de su apariencia física.
- ✍ La mayoría de los pacientes con pie diabético tiene una percepción desfavorable sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico debido a que presentan sentimientos de rechazo, temor, vergüenza y desconfianza a consecuencia de la pérdida de su extremidad inferior.
- ✍ La mayoría de los pacientes con pie diabético tiene una percepción desfavorable sobre su imagen corporal en el aspecto social debido a la pérdida a que ya nos les entusiasma frecuentar a sus amistades y demás familiares ya que se sienten incomprendidos y estigmatizados.
- ✍ La percepción de los pacientes con pie diabético es en su mayoría desfavorable, por lo que se rechaza la hipótesis de estudio.

B. RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- ✍ La enfermera que trabaja en el consultorio de Pie diabético debe elaborar protocolos y/o guías de procedimientos que brinden orientación al paciente con pie diabético y/o familia de forma integral a fin de mejorar la calidad de atención, minimizar las complicaciones biopsicosociales y fortalecer el soporte de apoyo.
- ✍ Que se realicen trabajos de investigación de tipo comparativos en instituciones de salud, como el MINSA, EsSALUD y privados.
- ✍ Realizar estudios con enfoque cualitativo que permita indagar y/o profundizar información sobre las reacciones emocionales que experimenta los pacientes con pie diabético en torno a su imagen corporal.

C. LIMITACIONES:

La limitación del presente estudio de investigación está dado porque:

- ✍ Los resultados del presente estudio, sólo son generalizables a la población en estudio en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Raúl Molero Tejeira Complicaciones tardías en pacientes con diabetes mellitus del hospital I Essalud - Quillabamba -2003. Pág. 2
- (2) Buscador Google, Tema: Cuidados de enfermería en el paciente diabético. www.scribd.com/.../cuidados-de-enfermeria-diabetes
- (3) Santisteban Segundo Seclén. La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. 2da. Edición 2000. Pág. 8
- (4) Ibit (3) Pág. 11
- (5) Ibit (3) Pág. 66
- (6) MINSA. Nuevo Plan Nacional Concertado De Salud .2007 Pág 77
- (7) Aragón F. El pie diabético. Una complicación devastadora de la diabetes mellitus. Grupo de estudio interdisciplinar del pie diabético. I Congreso Nacional Multidisciplinar de Pie Diabético. Madrid 2003. www.congresopiediabetico.com.
- (8) Buscador: Google, Tema: Impacto psicosocial de la diabetes www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_370_es.pdf
- (9) Ibit (7) Pág. 1
- (10) Kshitij Shankhdhar. Descarga del pie diabético en el mundo en desarrollo (2009)
- (11) Bernardo Millones Sergio. Complicaciones vasculares de la diabetes mellitus en el Perú. EsSalud. Editorial Red Información Científica de EsSalud. 1999
- (12) Ibit (6) Pág 77
- (13) María Raich. Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. 1º ed. Madrid-España. Ed: Ediciones Pirámide. 2001. Pág. 24,25
- (14) Judith S. León Rivera. “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el Hospital Central PNP”. En tesis para obtener el título de Magister en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2004 Pág. ix
- (15) Evelyn Y Escobar Rodriguez “Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades

- Neoplásicas”, En tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2008
- (16) Luz Muñoz Gonzales. “La enfermedad vino para quedarse”. En tesis para obtener el Doctorado en Enfermería. Universidad Sao Paulo, Brasil. Brasil 1996
- (17) Dolores Saavedra Martínez “Paciente Diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento? Guadalajara-México. 2001
- (18) Ibit (14) Pág 94-97
- (19) Alex E. Hijar Rivera. “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC”. En tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2008. Pág 44-46
- (20) María Patricia Aragón Carreño. “Estudio clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la unidad de pie diabético entre setiembre de 1999 y febrero del 2000. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. En tesis para obtener el título de Especialista en Medicina Interna. UNMSM. Lima-Perú 2002
- (21) Ibit (15) Pág 71-78
- (22) Víctor Soto Panta. “Percepción que tiene de su imagen corporal los pacientes adenomectomizados en el servicio de urología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1990
- (23) Washington Rodríguez Gutiérrez. Fisiopatología Endocrina. UNMSM. Lima-Perú 2008. Pág. 83
- (24) Ibit (3) Pág. 11
- (25) Ibit (3) Pág. 11
- (26) Ibit (3) Pág. 11
- (27) Ibit (3) Pág. 14
- (28) Ibit (3) Pág. 14
- (29) Ibit (3) Pág. 14
- (30) Ibit (23) Pág. 84
- (31) Ibit (23) Pág. 95
- (32) Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 10a ed. Pág. 1270

- (33) Ibit (3) Pág. 112
- (34) Ibit (3) Pág. 116
- (35) Ibit (3) Pág. 128
- (36) Ibit (3) Pág. 110
- (37) Ibit (32) Pág. 1297
- (38) Ibit (23) Pág. 99
- (39) Ibit (23) Pág. 110
- (40) Buscador: Google, Tema: Etiopatogenia del pie diabético
www.esteve.es/EsteveArchivos/18/Ar1842APR14.PDF -
- (41) Ibit (11) Pág. 63-69
- (42) Ibit (11) Pág. 59
- (43) Loreta Vileikyte. Instrumento de calidad de vida de la neuropatía y úlcera de pie diabético. Diabetes Care 2003
- (44) Carrington A. Estado psicológico de la gente diabética con o sin inhabilidad de miembro inferior. Diab Res Clin Pract 1996.
- (45) Brod M. La calidad de vida en pacientes con la diabetes y úlceras de extremidad inferiores. Qual Life Res 1998
- (46) Ibit (43) Pág 32
- (47) Ibit (14) Pág. 94
- (48) Buscador: Google, Tema: Imagen corporal http://www.uned.es/cattudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
- (49) Ibit (13) Pág. 24
- (50) James Whittaker. Psicología Motivacional. 4ªed. México. Ed: Interamericana. 1998, pág179
- (51) Buscador: Google, Tema: Aspectos claves del postoperatorio tras la amputación de la extremidad inferior.
<http://www.diabetesvoice.org/es/articles/aspectos-clave-del-postoperatorio-tras-la-amputacion-de-una-extremidad-inferior>
- (52) María Francisca Abad García. Investigación evaluativa en documentación. Valencia-España. 1998
- (53) Ibit (19) Pág. 24-26

BIBLIOGRAFÍA

- ? ABAD García María Francisca. Investigación evaluativa en documentación. Valencia-España. 1998

- ? ARAGÓN CARREÑO María Patricia. “Estudio clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la unidad de pie diabético entre setiembre de 1999 y febrero del 2000. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” Lima -Perú.2002

- ? ARAGÓN F. El pie diabético. Una complicación devastadora de la diabetes mellitus. Grupo de estudio interdisciplinar del pie diabético. I Congreso Nacional Multidisciplinar de Pie Diabético. Madrid 2003. www.congresopiediabetico.com.

- ? BERNARDO Millones Sergio. Complicaciones vasculares de la diabetes mellitus en el Perú. EsSalud. Editorial Red Información Científica de EsSalud. 1999

- ? BROD M. La calidad de vida en pacientes con la diabetes y úlceras de extremidad inferiores. Qual Life Res 1998

- ? BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería medicoquirúrgica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 10a ed.

- ? CARRINGTON A. Estado psicológico de la gente diabética con o sin inhabilidad de miembro inferior. Diab Res Clin Pract 1996.

- ? ESCOBAR Evelyn Y. “Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, En tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2008

- ? HIJAR Rivera Alex E. “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC” , En tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2008

- ? LEÓN Rivera Judith S. “Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el Hospital Central PNP”. En tesis para obtener el título de Magister en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2004

- ? MEDINA Gutiérrez Elizabeth. “Frecuencia del pie diabético e identificación de factores asociados a amputación, en el Hospital Arzobispo Loayza”.1998

- ? MINSA. Nuevo Plan Nacional Concertado De Salud .2007

- ? MUÑOZ Gonzales Luz. “La enfermedad vino para quedarse”. En tesis para obtener el Doctorado en Enfermería. Universidad Sao Paulo, Brasil. Brasil 1996

- ? KSHITIJ Shankhdhar. Descarga del pie diabético en el mundo en desarrollo 2009.

- ? RAICH María. Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. 1º ed. Madrid-España. Ed: Ediciones Pirámide. 2001.

- ? RODRÍGUEZ Gutiérrez Washington. Fisiopatología Endocrina. UNMSM. Lima-Perú 2008.

- ? SAAVEDRA Martínez, Dolores. “Paciente Diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento? Guadalajara-México. 2001

- ? SECLÉN Santisteban Segundo. La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. 2da. Edición 2000.

- ? SOTO Panta Víctor. “Percepción que tiene de su imagen corporal los pacientes adenomectomizados en el servicio de urología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. , En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1990
- ? VILEIKYTE LORETA. Instrumento de calidad de vida de la neuropatía y úlcera de pie diabético. Diabetes Care 2003
- ? WHITTAKER James. Psicología Motivacional. 4ºed. México. Ed: Interamericana. 1998.

Páginas de internet

- ? Buscador: Google, Tema: Impacto psicosocial de la diabetes www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_370_es.pdf
- ? Buscador: Google, Tema: Etiopatogenia del pie diabético www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_42_APR_14.PDF -
- ? Buscador: Google, Tema: Amputación del pie diabético www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_42_APR_7.PDF -
- ? Buscador: Google, Tema: Aspectos claves del postoperatorio tras la amputación de la extremidad inferior. <http://www.diabetesvoice.org/es/articles/aspectos-clave-del-postoperatorio-tras-la-amputacion-de-una-extremidad-inferior>
- ? Buscador Google, Tema: Cuidados de enfermería en el paciente diabético. www.scribd.com/.../cuidados-de-enfermeria-diabetes
- ? Buscador: Google, Tema: Imagen corporal. http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÀG.
A	I. Operacionalización de la variable.....	I
	II. Matriz de la operacionalización.....	II
B	Formulario escala tipo Lickert.....	IV
C	Consentimiento informado.....	VII
D	Prueba binomial: juicio de expertos.....	VIII
E	Determinación de la validez del instrume Percepción del paciente con pie diabético sobre imagen corporal Hospital Nacional Guille Almenara Irigoyen. Lima-P 2009.....	IX
F	Determinación de la confiabilidad del instrume sobre Percepción del paciente con pie diabé sobre su imagen corporal. Hospital Nacíc Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-P 2009.....	X
G	Cálculo de la muestra.....	
H	Categorización de la variable Percepción paciente con pie diabético sobre su ima corporal. Hospital Nacional Guillermo Almer Irigoyen. Lima-P 2009.....	XI XII
I	Categorización de la variable Percepción Paciente con pie diabético sobre su ima corporal en el aspecto físico. Hospital Nacíc Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-P 2009.....	XIII
J	Categorización de la variable Percepción c paciente con pie diabético sobre su imag corporal en el aspecto psicológico. Hospi Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Pe 2009.....	XIV

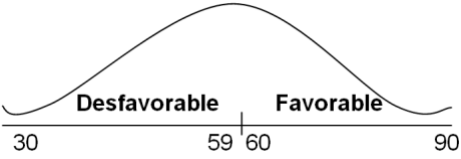
- K** Categorización de la variable Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....
- L** Tabla matriz de instrumento para la medición de la percepción: formulario tipo escala de Lickert.....
- M** Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal según frecuencias por ítems / categorías.....
- N** Edad y sexo de los pacientes con pie diabético Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....
- Ñ** Estado civil y sexo de los pacientes con pie diabético Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....
- O** Condición laboral y sexo de los pacientes con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....
- P** Grado de instrucción y sexo de los pacientes con pie diabético. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....
- Q** Tiempo de enfermedad de la diabetes mellitus sexo de los pacientes con pie diabético Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009..... XXV
- R** Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009..... XXVI

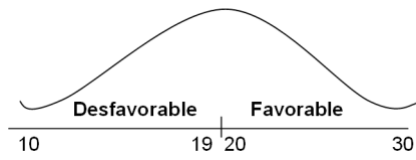
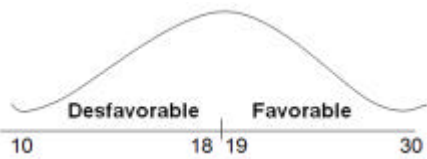
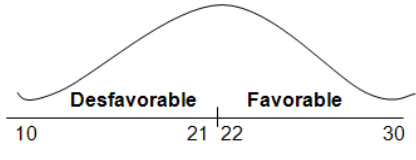
- S** Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....

- T** Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....

- U** Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú 2009.....

II.- MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO PARA ASIGNAR VALORES	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN	TÉCNICA DE INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Percepción:</p> <p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>	<p>Se asignará los siguientes valores. Si la afirmación es positiva :</p> <p>? Totalmente de acuerdo:3</p> <p>? Ni acuerdo/ni desacuerdo: 2</p> <p>? Totalmente en desacuerdo:1</p> <p>Si la afirmación es negativa es:</p> <p>? Totalmente en desacuerdo:3</p> <p>? Ni acuerdo/ni desacuerdo: 2</p> <p>? Totalmente de acuerdo: 1</p> <p>Para lo cual se realizará el cálculo para la categorización de la variable percepción, aplicando la Scala de Media Aritmética , en la curva de Gauss será:</p> <p>? Favorable:60-90</p> <p>? Desfavorable:30-59</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicitará la autorización del área de estudio mediante una carta de presentación dirigida al Director del hospital “Guillermo Almenara Irigoyen”, a fin de obtener los permisos para la realización del presente estudio así como validación y aplicación respectiva del instrumento a la población de estudio (pacientes), los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 8am a 10:00 am. Con un tiempo de duración de 20min. Por cada instrumento.</p> <p>Para la recolección de datos se pidió el consentimiento de las personas sujetas al estudio y luego se procedió a la aplicación del instrumento.</p>	<p>? Instrumento: Cuestionario tipo de escala de lickert modificada</p> <p>? Técnica: Encuesta</p>	<p>O</p> <p>R</p> <p>D</p> <p>I</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>L</p>

	<p>Aspecto físico:</p> <p>? Favorable:20-30 ? Desfavorable:10-19</p>  <p>Aspecto psicológico:</p> <p>? Favorable:19-30 ? Desfavorable:10-18</p>  <p>Aspecto social:</p> <p>? Favorable:22-33 ? Desfavorable:10-21</p> 			
--	--	--	--	--

ANEXO B

ESCALA MODIFICADA LICKERT

PRESENTACIÓN

Buenos días mi nombre es Magaly Contreras Samaniego, soy interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y estoy realizando un estudio con la finalidad de obtener información sobre la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Por lo que le solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a los enunciados que a continuación se presentan, expresándole de antemano que la información brindada es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su colaboración.

I.- DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo:
3. Ocupación:
4. Estado civil:
5. Grado de instrucción:
6. Tiempo de enfermedad en años:

II.- DATOS ESPECÍFICOS

A continuación se le presenta una serie de enunciados los cuales usted deberá responder en forma sincera. Cada enunciado presenta 3 alternativas de respuesta que deberá marcar con un aspa (x) el enunciado que considere estar de acuerdo con su opinión- Las alternativas de respuesta son:

Totalmente de acuerdo (TA) Ni acuerdo/Ni desacuerdo (NA/ND)
Totalmente desacuerdo (DA)

Nº	Enunciado	(TA)	(NA/ND)	(TD)
1.	Le agrada restringir su número de comidas.			
2.	Al observar que no tiene parte de su extremidad amputado le produce sentimientos de rechazo.			

3.	Le entusiasma participar de las celebraciones y reuniones sociales.			
4.	Le desagrada comer las comidas con bajo azúcar y sal.			
5.	Acepta tener una extremidad inferior amputada.			
6.	Le desagrada salir a pasear a lugares públicos.			
7.	Se siente cómodo usando muletas y/o sillas de rueda			
8.	Se siente inútil de no poder colaborar a realizar las labores en casa.			
9.	Le entusiasma recibir visita de sus amistades.			
10	Ante la pérdida de su extremidad inferior le desagradaría usar una prótesis.			
11	Siente que su miembro amputado no le es impedimento para buscar nuevas oportunidades.			
12.	Se siente incomprendido por las personas que consideraba sus amigos			
13.	Se siente cómodo al realizar la higiene de su miembro amputado			
14	Siente vergüenza que otras personas se den cuenta de su miembro amputado			
15.	Siente que después de su problema de salud sus amigos le prestan más atención.			
16.	Le mortifica tener que observar su miembro amputado.			
17	Se siente cómodo hablando de su estado de salud con otras personas.			

18.	Le molesta que sus amigos le pregunten sobre miembro amputado			
19.	Le agrada verse en un espejo.			
20.	Tiene temor de no volver a caminar con normalidad.			
21.	Le agrada estar en compañía de su familia a estar sólo.			
22.	Piensa que antes tener su miembro amputado se veía más atractivo que ahora.			
23.	Siente confianza de que las lesiones de su pie intacto sanarán.			
24.	Siente que su familia muestra desinterés cuando usted les pide ayuda para hacer alguna actividad en su hogar			
25.	Se siente tranquilo cuando un personal de salud inspecciona sus extremidades inferiores.			
26.	Le mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores.			
27.	Su familia es el mejor apoyo para seguir adelante con su enfermedad.			
28.	A pesar del tratamiento que lleva en el hospital nota que sus lesiones se van empeorando.			
29.	Durante el día suele sentirse tranquilo.			
30.	Piensa que es una carga para su familia.			

Gracias por su colaboración

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
con DNI N°: _____, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el proyecto de investigación titulada percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confiabilidad.

Firma del paciente

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

La investigadora del estudio para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE

Magaly Contreras Samaniego

Autora del estudio

ANEXO D
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEM A EVALUAR	Nº DE JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035

Se ha considerado **SI**= 1, **NO**= 0

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

Los resultados obtenidos por cada juez fueron menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL . HNGAI LIMA - PERÙ 2009

Coefficiente de correlación R de Pearson: Correlación ítem – test

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[(N \sum x^2 - (\sum x)^2)^{1/2} [(N \sum y^2 - (\sum y)^2)^{1/2}]}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: sumatoria de puntajes simples de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

rx: coeficiente de regresión el conjunto x é y

Si $r > 0.2$ el instrumento es válido; por lo tanto según los resultados es válido para cada uno de sus ítems.

ÍTEMS	R. de Pearson
01	0.492
02	0.537
03	0.323
04	0.640
05	0.431
06	0.203
07	0.580
08	0.835
09	0.539
10	0.750
11	0.870
12	0.654
13	0.723
14	0.632
15	0.589

ÍTEMS	R. de Pearson
16	0.540
17	0.334
18	0.520
19	0.211
20	0.633
21	0.642
22	0.633
23	0.895
24	0.694
25	0.456
26	0.310
27	-0.352
28	0.345
29	0.398
30	0.235

ANEXO F
DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL .HNGAI
LIMA - PERÙ
2009

Coefficiente de Confiabilidad Alfa de Crombach:

$$a = \left[\frac{K}{K-1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

Donde:

a: Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

K: Número de ítems

s²_i: Varianza de cada ítem

s²_t: Varianza total

Obteniéndose los siguientes resultados:

$$a = \frac{30}{29} \left(1 - \frac{18.02}{124} \right)$$

$$a = 1.03 (1 - 0.14)$$

$$a = 0.89$$

a > 0.50 significativo

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 89%. Además todo valor a superior a 0.5 indica que el instrumento utilizado es confiable y fuertemente consistente.

ANEXO G

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita; para lo cual se considera:

N= Tamaño la población

P= Proporción poblacional =0.5

Q= (1-p) = 0.5

E= Error muestral = 0.1

Za= Intervalo de confianza = 1.96 (95% de confianza)

n= Muestra poblacional

$$n = \frac{N \cdot P (1-P)}{(N-1) \left(\frac{E}{Za} \right)^2 + P(1-P)}$$

$$n = \frac{100 (0.25)}{99 \left(\frac{0.1}{1.96} \right)^2 + 0.25}$$

$$n = \frac{25}{0.51}$$

$$n = 50$$

La muestra poblacional debe estar conformada por un mínimo de 50 pacientes.

ANEXO H

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN GENERAL DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL. HNGAI LIMA-PERÚ 2009

Para la clasificación de la percepción general del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal se utilizó la Escala de Media Aritmética, para ello se siguió el siguiente proceso

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\Sigma = 2932$$

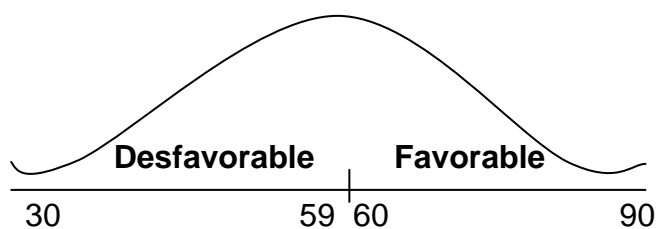
2. Se calculó el promedio: \bar{X}

$$\bar{x} = 58,64$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 30 - 59

Favorable: 60 - 90



ANEXO I

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL ASPECTO FÍSICO HNGAI. LIMA- PERÚ 2009

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\sum = 936$$

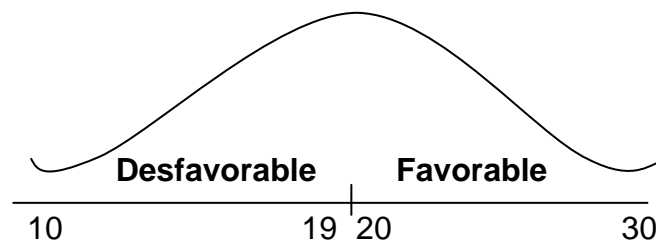
2. Se calculó el promedio: X

$$x = 18.72$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 19

Favorable: 20-30



ANEXO J

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO . HNGAI LIMA- PERÚ 2009

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\Sigma = 924$$

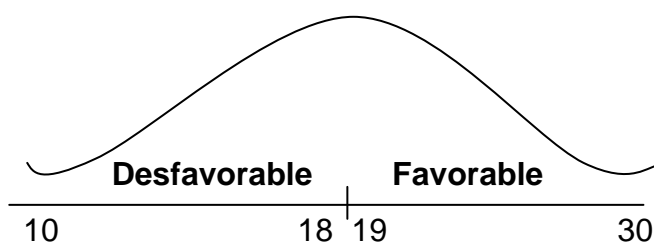
2. Se calculó el promedio: \bar{X}

$$\bar{x} = 18.48$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 18

Favorable: 19-30



ANEXO K

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO SOCIAL. HNGAI LIMA- PERÚ 2009

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\Sigma = 1072$$

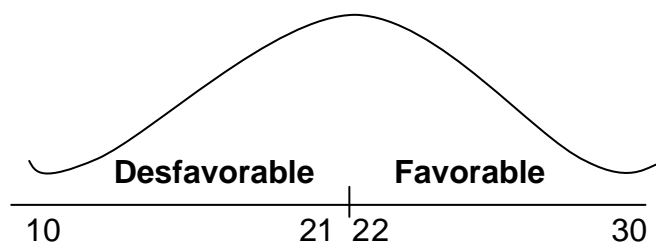
2. Se calculó el promedio: \bar{X}

$$\bar{x} = 21.44$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 21

Favorable: 22-30



ANEXO L

TABLA Nº 1

TABLA MATRIZ DE INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN: FORMULARIO ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT

	DIMENSÓN FÍSICA										DIMENSÓN PSICOLÓGICA										DIMENSÓN SOCIAL										
	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	SUB TOTAL
1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	85	
2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	84	
3	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	2	42	
4	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	1	2	68	
5	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2	3	1	3	73	
6	3	2	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	2	3	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	74	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3	1	3	2	3	1	46	
8	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	44	
9	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	3	1	1	43	
10	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	3	2	1	2	46	
11	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	3	2	3	2	1	2	47	
12	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	1	3	48	
13	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	2	3	3	2	3	52	
14	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	2	3	3	2	3	47	
15	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	3	45	
16	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	3	3	3	2	1	2	47	
17	1	2	2	1	3	2	1	1	3	3	1	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	1	3	59	
18	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	2	2	3	1	3	3	74	
19	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	3	2	3	1	1	2	1	2	2	73	
20	3	3	3	3	1	3	3	3	1	1	3	2	3	3	1	3	3	3	1	3	3	2	3	3	1	3	3	1	2	71	
21	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	3	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2	3	1	3	3	1	1	51	
22	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	3	1	3	3	1	1	48	
23	1	1	1	1	3	1	1	2	3	3	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	3	3	2	3	3	2	2	53	

TABLA Nº 1

**TABLA MATRIZ DE INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN
DE LA PERCEPCIÓN: FORMULARIO ESCALA
MODIFICADA TIPO LICKERT**

	DIMENSIÓN FÍSICA										DIMENSIÓN PSICOLÓGICA										DIMENSIÓN SOCIAL										SUB TOTAL
	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	
24	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	3	1	3	3	2	2	2	2	3	2	72
25	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	1	3	3	1	3	2	2	1	3	76
26	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	1	2	3	2	3	3	2	3	1	76
27	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	78
28	3	2	3	3	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	2	75
29	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	60
30	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	3	1	2	1	1	3	3	46
31	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	3	40
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	3	44
33	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	3	3	2	3	3	48
34	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	3	1	1	2	1	3	2	3	3	3	3	1	50
35	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1	55
36	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	51
37	3	1	3	3	3	1	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	1	1	2	2	1	3	2	3	1	2	3	2	1	63	
38	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	1	3	3	1	3	1	2	2	2	3	2	1	72
39	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	1	3	1	3	3	2	3	1	2	1	3	3	1	2	68
40	2	2	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	1	2	67	
41	1	3	1	1	2	3	1	3	3	3	3	1	3	1	3	2	1	3	1	2	3	1	2	2	2	3	2	3	2	1	62
42	1	1	1	2	3	3	1	3	3	2	3	1	3	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	3	55
43	3	1	3	3	3	1	3	2	3	1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1	3	3	57
44	2	2	3	3	3	1	3	1	3	1	1	2	1	3	1	3	1	3	1	3	3	1	2	3	2	2	3	1	3	1	62
45	3	3	2	3	3	1	2	1	2	1	2	3	2	3	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	2	3	2	2	1	67
46	3	3	3	1	1	3	3	1	2	1	2	3	3	3	2	2	1	3	1	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	64
47	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	3	1	2	3	2	3	2	2	3	3	1	1	1	52
48	1	1	1	2	2	3	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	3	1	1	2	48
49	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	3	1	2	1	2	3	1	1	3	1	3	2	49
50	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	3	3	1	1	3	1	2	3	3	3	1	3	3	2	3	1	55

ANEXO M

TABLA N° 2

FRECUENCIA POR ITEMS - INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL . HNGAI LIMA-PERÚ 2009

ASPECTO FISICO									
ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Le agrada restringir su número de comidas.	18	36	9	18	23	46	50	100
4	Le desagrada comer las comidas con bajo azúcar y sal.	23	46	9	18	18	36	50	100
7	Se siente cómodo usando muletas y/o sillas de rueda.	16	32	20	40	14	28	50	100
10	Ante la pérdida de su extremidad inferior le desagradaría usar una prótesis.	25	50	9	18	16	32	50	100
13	Se siente cómodo al realizar la higiene de su miembro amputado	18	36	10	20	22	44	50	100
16	Le mortifica tener que observar su miembro amputado.	24	48	12	24	14	28	50	100
19	Le agrada verse en un espejo.	18	36	8	16	34	68	50	100
22	Piensa que antes tener su miembro amputado se veía más atractivo que ahora	27	54	7	14	16	32	50	100
25	Se siente tranquilo cuando un personal de salud inspecciona sus	23	46	16	32	11	22	50	100

	extremidades inferiores.								
28	A pesar del tratamiento que lleva en el hospital nota que sus lesiones se van empeorando.	28	56	8	16	14	28	50	100
ASPECTO PSICOLÓGICO									
ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	Al observar que no tiene parte de su extremidad amputado le produce sentimientos de rechazo.	24	48	14	28	12	24	50	100
5	Acepta tener una extremidad inferior amputada	15	30	11	22	24	48	50	100
8	Se siente inútil de no poder colaborar a realizar las labores en casa.	20	40	12	24	18	36	50	100
11	Siente que las lesiones en sus pies no le es impedimento para buscar nuevas oportunidades.	17	34	10	20	23	46	50	100
14	Siente vergüenza que otras personas se den cuenta de su miembro amputado	20	40	12	24	18	36	50	100
17	Se siente cómodo hablando de su estado de salud con otras personas.	16	32	19	38	15	30	50	100
20	Tiene temor de no volver a caminar con normalidad.	28	56	11	22	11	22	50	100
23	Siente confianza de que las lesiones de sus pies sanarán.	14	28	11	22	25	50	50	100
26	Le mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores.	28	56	13	26	9	18	50	100

29	Durante el día suele sentirse tranquilo.	16	32	20	40	14	28	50	100
ASPECTO SOCIAL									
ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3	Le entusiasma participar de las celebraciones y reuniones sociales.	19	38	17	34	14	28	50	100
6	Le desagrada salir a pasear a lugares públicos.	17	34	24	48	9	18	50	100
9	Le entusiasma recibir visita de sus amistades.	23	46	20	40	7	14	50	100
12	Se siente incomprendido por las personas que consideraba sus amigos	7	14	15	30	28	56	50	100
15	Siente que después de su problema de salud sus amigos le prestan más atención.	12	24	22	44	16	32	50	100
18	Le molesta que sus amigos le pregunten sobre miembro amputado	7	14	14	28	29	58	50	100
21	Le agrada estar en compañía de su familia a estar sólo.	30	60	15	30	5	10	50	100
24	Siente que su familia muestra desinterés cuando usted les pide ayuda para hacer alguna actividad en su hogar	22	44	14	28	14	28	50	100
27	Su familia es el mejor apoyo para seguir adelante con su enfermedad.	24	48	16	32	10	20	50	100
30	Piensa que es una carga para su familia.	24	48	15	30	11	22	50	100

ANEXO N

TABLA N° 3

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009

EDAD	TOTAL		SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30-39	3	6	1	2	2	4
40-49	4	8	3	6	1	2
50-59	11	22	5	10	6	12
60-69	23	46	10	20	13	26
70-80	9	18	3	6	6	12
TOTAL	50	100	22	44	28	56

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO Ñ

TABLA N° 4

ESTADO CIVIL Y SEXO DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN LIMA - PERÙ

ESTADO CIVIL	TOTAL		SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	3	6	2	4	1	2
Casado	25	48	12	24	13	26
Viudo	17	34	6	12	11	22
Divorciado	2	4	0	0	2	4
Conviviente	3	6	2	4	1	2
TOTAL	50	100	22	44	28	56

2009

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO O

TABLA N°5

CONDICIÓN LABORAL Y SEXO DE LOS PACIENTES
CON PIE DIABÉTICO. HNGAI
LIMA - PERÙ
2009

CONDICIÓN LABORAL	TOTAL		SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independiente	11	22	3	6	8	16
Dependiente	9	18	4	8	5	10
Desempleado	20	40	5	10	16	32
Ama de casa	10	20	10	20	0	0
TOTAL	50	100	22	44	28	56

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO P

TABLA N° 6

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SEXO DE LOS PACIENTES CON PIE
DIABÉTICO. HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL		SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	24	48	14	28	10	20
Secundaria	16	32	5	10	11	22
Superior	10	20	2	4	8	16
TOTAL	50	100	22	44	28	56

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO Q

TABLA N° 7

TIEMPO DE ENFERMEDAD CON LA DIABETES MELLITUS Y SEXO
DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÙ
2009

TIEMPO DE ENFERMEDAD	TOTAL		SEXO			
	Nº	%	FEMENINO		MASCULINO	
			Nº	%	Nº	%
0-4	3	6	2	4	1	2
5-9	4	8	3	6	1	2
10-14	10	20	4	8	6	12
15-19	11	22	4	8	7	14
+20	22	44	7	14	13	26
TOTAL	50	100	22	44	28	56

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO R

TABLA N° 8

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU
IMAGEN CORPORAL. HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009

PERCEPCIÓN SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	Nº	%
FAVORABLE	22	44
DESFAVORABLE	28	56
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO S

TABLA N° 9

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO
FÍSICO. HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009**

PERCEPCIÓN SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	Nº	%
FAVORABLE	23	46
DESFAVORABLE	27	54
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO T

TABLA Nº 10

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO
PSICOLÓGICO. HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009

PERCEPCIÓN SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	Nº	%
FAVORABLE	22	44
DESFAVORABLE	28	56
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.

ANEXO V

TABLA Nº 11

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL
ASPECTO SOCIAL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2009

PERCEPCIÓN SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	Nº	%
FAVORABLE	31	42
DESFAVORABLE	29	58
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes diabéticos amputados en el HNGAI. Lima-Perú 2009.