



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA- LEÓN
UNAN- LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PSICOLOGÍA**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TEMA:

Calidad de Vida y efectos psicosociales percibidos por los Pacientes con Pie Diabético atendidos en Ortopedia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) León, Noviembre 2008 – junio 2009.

AUTORES:

*Monica Lilieth Alvarado Rodríguez.
María Agustina Sevilla Báez.*

TUTORA:

Lic. María Isabel Caballero.

ASESOR METODOLÓGICO:

Lic. Julio Rocha

León, Octubre del 2009.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-
UNAN LEON**



RESUMEN

Ser diagnosticado con pie diabético trae repercusiones a nivel personal, familiar, social y laboral, afectando la calidad de vida, ya que el diagnóstico supone sufrimiento sobre la persona enferma. Partiendo de esto surgió como pregunta de investigación ¿Cómo es la calidad de vida y los efectos psicosociales percibidos por los pacientes con pie diabético atendidos en ortopedia del HEODRA.? La investigación tiene el objetivo: Determinar la calidad de vida y especificar los efectos psicosociales, habiendo realizado un estudio descriptivo con aplicación del cuestionario SF-36, para evaluar calidad de vida y un cuestionario sobre los principales efectos psicosociales, la muestra fue de 52 pacientes, los resultados indican que los pacientes son mayores de 60 años, sexo masculino, primaria incompleta, casados, de la zona urbana y con 0-24 meses de ser diagnosticado. Obteniendo baja calidad de vida según el punto de cohorte utilizado para su evaluación, los principales efectos psicosociales fueron: dificultad para conciliar el sueño, encontrarse preocupados por su salud, consideran ser una carga y no comprenden su condición de enfermo, piensan que existen otras personas que se preocupan por ellos y presentan dificultad para realizar tareas que antes desempeñaban sin dificultad. Se puede concluir que los pacientes con pie diabético presentan baja calidad de vida en relación a su estado de salud y perciben la presencia de los efectos psicosociales como consecuencia de esta enfermedad. Se recomienda: realizar un abordaje multidisciplinario a los pacientes, establecer pautas para mejorar como tener un adecuado control del tratamiento, tener actividades recreativas.



DEDICATORIA

A DIOS:

Señor y dador de vida, fuente de sabiduría que nos dio salud, fuerza y dedicación para realizar nuestra investigación.

A NUESTROS PADRES:

Que con su esfuerzo día a día nos apoyaron económica y moralmente para seguir adelante, por ser maestros de sabiduría, guías de superación y concejeros al recordarnos que no existe obstáculos grandes que con esfuerzo se puedan superar.

A ellos nuestro respeto

*Thomas Sevilla y Lucia Báez
Mónico Alvarado y Georgina Rodríguez.*

A MAESTROS:

Por compartir sus conocimientos y ser guías de educación.

A FAMILIAS:

Por su amor y ayuda mutua

María Agustina Sevilla.



Mónica Lilieth Alvarado

AGRADECIMIENTO

*AGRADEZCO DE CORAZÓN A TODOS AQUELLOS QUE ME MOTIVARON PARA LA
REALIZACIÓN DE MI INVESTIGACIÓN*

Principalmente a DIOS:

Magnífico creador de la vida, el amor y la sabiduría, fuente infinitas de luz que por su misericordia me dio la gracia para alcanzar con éxito un peldaño más en mi vida.

A mis padres:

Thomas Sevilla Videa y Lucía Báez Martínez.

Por todo el apoyo económico, moral, sentimental, el cariño, la comprensión y amor que siempre me brindaron, que con sus esfuerzos y sacrificios hicieron posible culminar esta meta, por la confianza y la flexibilidad que sin duda depositaron en mí para ellos mi respeto y admiración.

A mis hermanas:

Janett, Yadira y Tania Por el apoyo y entusiasmo que me inspiraron para continuar día a día con este trabajo

A licenciados:

Mi reconocimiento a quienes en el fan de la enseñanza y sin más recompensa que el honor y la satisfacción del deber cumplido supieron guiarnos a nivel científico en esta investigación, siendo fuentes de sabiduría a ellos mis más sinceros respeto:

Licenciada María Isabel Caballero

Licenciado Julio Rocha

A mi compañera de tesis:

Por brindarme la confianza, la amistad sincera y por supuesto la ayuda que sin ella esto no hubiera sido posible, para ella mis gracias sinceras y mi cariño incondicional

Mónica Lilieth Alvarado Rodríguez.



María Agustina Sevilla

AGRADECIMIENTO

Principalmente a DIOS:

Por haberme permitido llegar a culminar con éxitos y satisfacción un peldaño más de mi formación personal y profesional, por haber estado siempre a mi lado y guiarme por el camino del bien.

A mis padres:

Mónico Alvarado y Georgina Rodríguez

Por el sacrificio de su trabajo en mi educación y formación, brindándome mucho amor, comprensión y confianza, que sin duda alguna sin ella no hubiera sido posible.

A mis hermanas:

Johaida, Johana y Reyna. Porque sin más responsabilidad que el amor de hermana compartieron conmigo, los deseos de superación, apoyo emocional y económico, por enseñarme que las cosas que uno consigue son las que más se valoran.

A mi novio:

Lesther Alberto Chávez. M. Por ser parte de mi crecimiento profesional, por su ayuda mutua, por brindarme su confianza, comprensión y su tiempo en el transcurso de mi investigación y estar siempre conmigo.

A licenciados:

Licenciada María Isabel Caballero y Licenciado Julio Rocha. Mis sinceros agradecimientos quienes fueron fuente de sabiduría y guías científicos, con su confianza, comprensión y paciencia compartieron sus conocimientos.

A mi compañera de tesis:

María Agustina Sevilla. B. Por ser una buena amiga y compañera en el transcurso de esta etapa de mi vida, por su apoyo incondicional haciendo posible culminar esta meta.



Mónica Lilieth Alvarado.

INDICE

I.	Introducción.....	7
II.	Planteamiento problema.....	10
III.	Objetivos.....	11
IV.	Marco teórico.....	12
V.	Diseño metodológico.....	21
VI.	Resultados.....	29
VII.	Discusión de los resultados.....	34
VIII.	Conclusión.....	36
IX.	Recomendaciones.....	38
X.	Bibliografía.....	40
XI.	Anexos	38



I. INTRODUCCIÓN

La medicina ha tenido amplios avances en cuanto a diagnóstico y tratamiento se refiere, pero aún no se consigue la cura de muchas enfermedades que se vuelven crónicas, las que modifican globalmente la calidad de vida, entendiéndose esta actualmente como la percepción que el individuo tiene en las diferentes áreas de satisfacción personal. (1).

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas metabólicas degenerativas más comunes que puede asociarse a patologías como: enfermedad coronaria, insuficiencia renal crónica o enfermedades micro vasculares de gran peso como es el pie diabético, este último como tal puede incluir medidas terapéuticas como la amputación de un miembro, trayendo repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.(2) Siendo esta una de las complicaciones que disminuyen la funcionalidad del individuo alterando profundamente la esfera psicológica provocándoles; miedo, ansiedad, soledad, incertidumbre, tristeza, pérdida de confianza en sí mismo, miedo al rechazo de su pareja, problemas financieros y pérdida de autoestima por su apariencia física, por tanto la respuesta del paciente variará según su particular manera de afrontar su condición médica. (3)

La organización mundial de la salud, refirió que la diabetes se ha disparado en todo el continente ya que en el año 2000, se habían diagnosticado 13 millones de casos de diabetes, pero en la actualidad las cifras alcanzan los 32 millones y probablemente dentro de unos 5 años la cantidad aumente a nivel mundial donde el 40-50% de los diabéticos posiblemente desarrollarán pie diabético y un 65-70% de ellos necesitarán ingreso hospitalario. Dichos datos se incrementan exponencialmente con la edad del paciente asociándose a mayor morbilidad. (4).



Alberto Barceló, colaborador de la Organización Panamericana de la Salud en Washington (2005), considera la diabetes como una de las enfermedades crónicas degenerativas, que afecta a más de 194 millones de personas en todo el mundo,

ocupando el primer lugar como la causa de muerte entre las enfermedades crónicas con el 16.7% y un 20 % desarrolla úlceras en los pies ⁽⁵⁾. En los Estados Unidos de América, la diabetes mellitus es responsable del 45-60% de todas las amputaciones del miembro inferior no traumáticas, la mitad ocurren en personas con una edad promedio de 65 años ⁽⁵⁾.

Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, (2008) revela que la poli neuropatía se presenta en casi el 50% de pacientes que padecen diabetes, advirtiendo que Nicaragua y Belice son los países de América Latina donde el riesgo de desarrollar diabetes es mayor. ⁽⁶⁾

A nivel mundial se han hecho múltiples evaluaciones de la calidad de vida del paciente diabético en general, en México en el año 2006, se realizó una evaluación con 100 pacientes que acudían a la consulta externa del Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” con el objeto de determinar el deterioro de la calidad de vida por Diabetes Mellitus tipo II. El estudio fue medido con la escala de calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados revelaron que el 43% de la muestra presentó deterioro en la calidad de vida, concluyendo que el grado de deterioro en este tipo de paciente es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad. ⁽⁷⁾ Juan Manuel López y Raymundo Rodríguez, en México en el mismo año, realizó un estudio con 249 pacientes que acudían a la unidad de Medicina Familiar, el objetivo del estudio fue adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide la calidad de vida, en los pacientes con pie diabético, encontrando que la mayor parte de los pacientes diabéticos tenían baja calidad de vida principalmente cuando tenían 5 años o más de padecer Diabetes.

⁽⁸⁾



Los estudios encontrados actualmente que relacionan la calidad de vida con pacientes con pie diabético fueron el de F. Alvarez-Udes, E Vicente y X. Bandia en Barcelona en 1995, acerca de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con pie diabético, mostrando que estos pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente altas, lo que indica alta calidad de vida. ⁽⁹⁾ En México, 2008 en la universidad autónoma de nuevo León, se realizó un estudio con 137 sujetos para valorar la calidad de vida del paciente con pie diabético aplicando DQOL, obteniendo en sus resultados puntuaciones por debajo del nivel mínimo, lo que indica baja calidad de vida.⁽¹⁰⁾

Nicaragua actualmente no dispone de estudios sobre la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con pie diabético, a pesar que existen muchas personas con esta enfermedad. El hospital Amistad de Granada (Japón-Nicaragua), en el 2006, se reportó que el 48% de los pacientes ingresados con diagnóstico de pie diabético fueron internados posteriores a una amputación y el 18% fue internado después de un dermoinjerto ⁽¹¹⁾

En el 2008 se atendieron en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León un total de 115 pacientes con pie diabético, de ellos un 60% se complicó y requirió de una amputación mayor, a pesar de que en Nicaragua los datos de la diabetes mellitus con complicación de pie diabético son muchos, especialmente en la ciudad de León, no se disponen de estudios que relacionen la calidad de vida y los efectos psicosociales que perciben los pacientes con pie diabético, aún cuando este constituye un tema de especial relevancia en la salud pública, por la manera en que afecta al paciente que es diagnosticado con esta patología, provocando altos niveles de preocupación y tensión a nivel individual y familiar.

Por lo antes expuesto consideramos de mucha relevancia llevar a cabo este estudio con los pacientes atendidos en la sala de ortopedia del HEODRA, con el fin de valorar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético y identificar los efectos que tiene en el ámbito psicológico y social de la persona. También se



pretende brindar pautas para posteriores investigaciones que puedan generar alternativas de cambio en el comportamiento de estos pacientes para mejorar su calidad de vida y de esta manera evitar complicaciones quirúrgicas y psicológicas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Ser diagnosticado con pie diabético y perder una extremidad constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad con importantes repercusiones a nivel personal, familiar, social y laboral, afectando la calidad de vida, que suele asociarse con una serie de temores, perplejidad, incomprensión, incertidumbre, así como otros aspectos; ya que el diagnóstico de esta enfermedad supone sufrimiento en mayor o menor grado sobre la persona enferma es por eso que se hace necesario conocer la respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo es la calidad de vida y cuáles son los efectos psicosociales percibidos por los pacientes con pie diabético atendidos en sala de ortopedia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA), durante el periodo Noviembre 2008-Junio 2009?



III. OBJETIVOS:

GENERAL

Determinar la calidad de vida y los efectos psicosociales percibidos por los pacientes con pie diabético atendidos en sala de ortopedia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de León durante el periodo Noviembre 2008- Junio 2009.

ESPECÍFICOS:

- ✚ Describir las características Socio demográficas de los pacientes con pie diabético.

- ✚ Valorar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de Ortopedia

- ✚ Identificar los principales efectos psicosociales percibidos por los pacientes con pie diabético.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1 PIE DIABETICO

El pie diabético es una complicación de la diabetes ocasionada por el mantenimiento de cifras elevadas de glicemia, que actúan sobre los nervios provocando su degeneración, impidiendo o retardando la transmisión de órdenes (estímulos dolorosos) desde el cerebro a los órganos periféricos. La hiperglucemia también actúa sobre los capilares arteriales provocando un engrosamiento de sus paredes, dando lugar a un déficit de riesgo sanguíneo del pie y de los dedos del mismo. (12)

Se define pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropatía e inducida por la hiperglucemia sostenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión o ulceración del pie.

Los factores de riesgo asociados a la amputación son: el ser varón, tener edad mayor de 60 años, ciertos grupos étnicos, haber tenido un pobre control glicémico, larga duración con la diabetes mellitus y recibir escasa información por parte del personal de salud. Son indicaciones para la amputación todas las circunstancias que afectan la vitalidad, estructura o función de una extremidad, que la convierten en no funcional, o de manera indirecta deterioran el estado general del paciente y ponen en riesgo la vida. (13)

El pie diabético es una causa importante de morbilidad y constituye una de las principales complicaciones crónicas de la diabetes mellitus que repercute en la



calidad de vida de los pacientes, a partir de situaciones invalidantes como consecuencia de las terapias quirúrgicas que a veces es necesario aplicar, y de no ser a sí, se afectaría aún más la vida del paciente. ⁽¹⁴⁾

4.1.2. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, las relaciones sociales de su entorno. ⁽¹⁵⁾

Aceptar que la calidad de vida es una categoría muy compleja y multideterminada, exige plantear aquellas variables que puedan, desde su doble naturaleza (objetiva y subjetiva), incidir de manera más directa sobre las percepciones y valoraciones que las personas realizan sobre la calidad de vida, al menos para aquellas ciencias, como la psicología, que intentan no solo comprender lo que pasa en el interior de los individuos al valorar o proyectar su vida, sino que persigue que los individuos se desarrollen en otras áreas y de esta manera propiciarles una vida más plena y positiva. ⁽¹⁶⁾

García Riaño y Soriano Pastor (1991) plantean que a pesar de no contarse con un concepto de calidad de vida asumido por consenso, y de la ausencia de su distinción conceptual en relación con otros conceptos erróneamente identificados, como son el de felicidad, satisfacción y salud, está de acuerdo con Aristegui



cuando la define (1998) como un sentimiento de satisfacción y un estado de ánimo positivo determinado por elementos de índole psicológico y conductual. (17)

En el campo de la psicología la calidad de vida en los enfermos crónicos es una respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Sin embargo aunque retoma los componentes de bienestar objetivo se centra en la percepción y estimación de ese bienestar en el análisis de los procesos que conducen a la satisfacción. (18)

López Carmona, Rodríguez Moctezuma y Munguía Miranda (2003), consideran el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. En relación con la salud, vale la pena recordar lo planteado por José Peinado Atable, quien expresara: "El curso que adopta una enfermedad y lo que implica para el destino de un hombre, depende no de la enfermedad, sino fundamentalmente del enfermo, de su actitud hacia la vida, y de su situación en ella. Todo enfermo no solo tiene su enfermedad, sino que él mismo y su destino hacen su enfermedad". (19)

De modo que la calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. La calidad de vida relacionada con la salud de los enfermos crónicos hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación del estatus funcional, cognitiva, emocional, social y laboral de la persona enferma, vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. (19)

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres



categorías; auto cuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento. En el caso de pacientes con diabetes y con complicación del pie diabético, los síntomas que se reportan con mayor frecuencia son dolor, fatiga, malestar corporal, cansancio y trastornos del sueño. El funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas y con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad, lo cual trae serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros. (20)

Los padecimientos crónicos degenerativos como el pie diabético, requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal para tener un final tranquilo y en paz. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. (21)

La calidad de vida de los pacientes con pie diabético frecuentemente se ve afectada por las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad como por los molestos efectos secundarios de los medicamentos, por lo cual, muchas veces estos pacientes no siguen las indicaciones médicas, lo que ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas, pues el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento. (22)

Se ha observado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas,



físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, lo que repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético. (7)

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren cortantes evaluaciones en relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (1)

4.2 PRINCIPALES EFECTOS PSICOSOCIALES PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO.

Los pacientes con pie diabético suelen presentar signos leves o agudos de importancia física, psicológica y social que afectan la calidad de vida. La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y las situaciones de tensión son factores muy importantes en el proceso de ajuste de la enfermedad y el inicio del tratamiento. (7)

Padecer pie diabético trae numerosas implicaciones en los pacientes debido a que pasan por etapas de tensión emocional al someterse a tratamientos exclusivamente prolongados, dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos importantes. Este tipo de estudios manifiesta que los individuos con pie diabético no sólo se ven afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad al requerir la amputación de algunos de sus miembros inferiores. (7)

Las situaciones de tensión son factores muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento durante los primeros días o semanas ya que pueden generar temores y resentimientos por la angustia producida ante dicha situación, en la medida que interfiere con la capacidad para realizar las actividades cotidianas que antes se desempeñaban sin problemas. (23)

Los aspectos que más se ven afectadas cuando se padece esta enfermedad son:



- ❖ **Aspecto físico:** cansancio, vigor, resistencia, agilidad, dolor, etc.
- ❖ **Aspecto fisiológica:** calidad de sueño, dificultad de respiración, nerviosismo,
- ❖ **Aspecto psicológico:** estado de ánimo, desinterés por las cosas, inseguridad en sí mismo, ansiedad, depresión, angustia, aislamiento social etc.
- ❖ **Aspecto social:** dificultad en las relación social, familiar, contacto y relación con el exterior, desarrollo profesional y laboral.⁽²⁴⁾

4.2.1 Aspectos psicológico

Desde el punto psicológico, posiblemente el paciente con pie diabético no conserve el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse a si mismo de la misma manera como él piensa que los demás lo ven, siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que empiece a sentirse como tal. Es tanta la tristeza y la infelicidad, que el paciente se sumerge en la más profunda de las depresiones y llega a pensar que es preferible la muerte, el riesgo de suicidio en este tipo de pacientes es muy grande. ⁽⁷⁾

Algunos de los principales aspectos psicológicos que se ven alterados son:
Emociones: Cuando se tiene una enfermedad crónica o de larga duración, las emociones que se despiertan pueden ser bastante específicas, como la cólera, temor, angustia, tristeza, también se pueden sentir solos, abandonados. A pesar de que alguna de estas emociones puede predominar, generalmente oscilan entre una y otra. El no poder manejar dichas emociones, aumenta la sensación de incapacidad. Como resultado de la amputación, las reacciones emotivas pueden ser casi siempre negativas. Algunos pacientes pueden presentar síntomas, que incluyen aislamiento severo, comportamientos violentos, pesadillas y evitar pensar en su amputación. ⁽²⁵⁾



Identidad y autoimagen: ser diagnosticado con una enfermedad crónica, sobre todo de cierta gravedad o con mayores limitaciones, todas características parecen perder importancia y sólo destaca la enfermedad y se vuelve una tarjeta de presentación. (25)

Pensamientos negativos: Cuando se diagnostica una patología crónica como pie diabético, el pensamiento se vuelve negativo y pesimista, tienden a exagerar e Interpretar equivocadamente las situaciones, esto lleva a una actitud rígida, que perjudica tanto físicamente como emocionalmente y se dejan llevar por esta situación la autoestima se deteriorara hasta llegar a afectar la identidad y en ocasiones la autoimagen y puede reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad.

La depresión es probablemente unas de las consecuencias más comunes en estos pacientes, los síntomas más frecuentes son el exceso o la falta de sueño, los sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro, los sentimientos de desesperación hasta querer morirse que va desde negarse a recibir tratamiento farmacológico. Otra consecuencia psicológica que trae consigo padecer una enfermedad crónica es la ansiedad, la que se puede manifestar como preocupación excesiva y constante, esta preocupación puede tener en algunas situaciones bases reales pero la mayoría de las veces esos motivos no existen.

Los pensamientos negativos son síntomas psicológicos comunes en la ansiedad, la depresión y el estrés, una persona que presenta estos síntomas piensa que todo está mal, que está viviendo una situación terrible y que el futuro será más negro aún, siente temor de lo que pueda suceder el día de mañana debido a una sensación de catástrofe o pérdida inminente. El temor al descontrol, la locura o llegar a atentar contra su propia vida está dentro de los pensamientos en personas que llegan a casos extremos de ansiedad (25)

4.2.2 Aspecto Social



Desde el punto de vista social, posiblemente el paciente con pie diabético no conserve el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad. Sus parientes y amigos probablemente empiecen a considerarlo una persona incapaz, por considerarlo débil y también tendrá que enfrentarse a aspectos estresantes de la enfermedad, lo cual implica el nivel de adaptación, comprometida a nivel familiar, condiciones de vida, éxitos alcanzados, salud y fe personal. (7) De modo que la forma de respuesta a la enfermedad depende de tres tipos de factores: unos relacionados con la enfermedad misma, otros personales, y otros que tienen que ver con el entorno físico, social y igualmente interfieren características personales como edad, sexo, clase social, creencias religiosas.

El impacto del diagnóstico de pie diabético supone, sin duda un reto, no solo para los pacientes, sino también para todo su entorno. Dentro del mismo, se debe situar como primordial la relación de pareja, pues suele ser una de las más importantes para el enfermo. Se destaca que si la pareja está unida y existe apoyo y solidaridad para hacer frente a la enfermedad, ésta es una carga compartida, en el otro extremo si el paciente no se siente apoyado por su pareja sentirá que esta solo(a) con su enfermedad, hay que añadir el estrés que supone detectar que el cónyuge se desentiende de la situación o no presta la ayuda esperada.

Además de la parte psicológica existen otras áreas que se ven afectadas al padecer una enfermedad crónica y degenerativa las que intervienen en el estilo de vida del paciente, tales como:

- 4.2.3 **Área Familiar:** se produce una pérdida del equilibrio familiar. Se manifiesta por:
- Pérdida del rol del enfermo.
 - Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
 - Separación del entorno familiar.
 - Problemas de comunicación en la familia.



Es importante conocer cuál es el tipo de función que el paciente tiene dentro del entorno familiar. Sin duda, no es lo mismo vivir con una familia o una pareja estable que hacerlo solo y con relaciones ocasionales. La implicación de otras personas en el cuidado es extremadamente deseable; esta implicación a menudo es importante para procurar que la enfermedad no interfiera en sus relaciones.

4.2.4 Área Social: los problemas que surgen son,

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

El estado de salud de los pacientes con pie diabético en muchas ocasiones deteriora las relaciones sociales, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis lo que provoca frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios, lo cual afecta indudablemente la vida social del enfermo, ya que se ve restringida la participación a las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos y de igual forma a la participación y realización de las funciones habituales como: trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y participar en actividades comunitarias. La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital.

4.2.5 Área laboral: Una de las mayores dificultades es la limitación de movilidad que causa problemas en las actividades que tienen que realizar en el trabajo. Las personas suelen percibir una disminución de sus fuerzas e incapacidad de realizar funciones que antes realizaba, lo que conlleva al abandono de la vida laboral y a su vez generar una reducción de la calidad de vida. ⁽²⁴⁾ Se debe conocer hasta qué punto el trabajo es importante y constituye una fuente de motivación para el individuo. En el caso de que así sea, es prioritario adaptar y flexibilizar las pautas



del tratamiento a la jornada laboral. En el caso de varones adultos jóvenes y de un cierto nivel profesional, el área laboral tiene mayor importancia y adquiere más frustración por no sentirse realizado en área laboral ⁽²⁶⁾

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio.

Sala de Ortopedia ubicada en el cuarto piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) situado al costado sur del colegio San Ramón de la Ciudad de León. La sala cuenta con una capacidad de 44 camas en total, de ellas 12 son disponibles para los pacientes con pie diabético.

Población y Muestra:

52 pacientes diagnosticados con pie diabético atendidos en la sala de ortopedia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de Noviembre 2008 - junio 2009. De estos 32 fueron visitados en sus casas y 20 estaban ingresados en la sala.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia

Fuentes de información:

Primaria. Información obtenida por medio de la aplicación del cuestionario que mide la calidad de vida relacionado con la salud SF-36 y un cuestionario sobre los efectos psicosociales, para identificar los principales efectos que perciben los pacientes.



Secundaria. Información obtenida en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA), bibliografía, Internet.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el período determinado para el estudio.
- Pacientes con pie diabético, atendidos en la sala de ortopedia durante la aplicación del test.
- Pacientes con pie diabético, que estuvieron ingresados en la sala de ortopedia desde noviembre 2008.
- Pacientes con pie diabético internados o egresados de la sala de ortopedia que estuvieran dispuestos a participar en el estudio.

Sesgos

Posibles sesgos	Control de sesgos
Tiempo de evolución de los síntomas que manifiesta el pie diabético.	Preguntar si los síntomas se deben a su enfermedad actual u a otra situación que esté pasando.
Dificultad en la comprensión del instrumento.	Dar tiempo a los pacientes para revisar los cuestionarios y posterior a explicar algunas dudas antes de la aplicación
Bajo nivel educativo	Utilización de lenguaje claro y sencillo
Desconfianza de los pacientes para participar en el estudio	Proporcionar la confianza necesaria para obtener información veraz a través de un buen report.

Instrumento o Método de recolección de datos.

Una vez seleccionada la muestra se procedió aplicar los instrumentos que dieron respuesta a los objetivos planteados.



Para valorar la Calidad de Vida de los pacientes con pie diabético se aplicó el cuestionario Short-Form, SF-36 sobre el Estado de Salud, el cual es un instrumento validado psicométricamente por el Medical Outcomes Trust, sólido para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en términos de función física y psicológica, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Consta de 36 ítems que se agrupan en escalas: funcionamiento físico, rol

físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, y salud mental, además incluye la evolución de la enfermedad en un año.

Se establece una escala de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor puntuación se obtenga mejor es el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada escala se transforma en puntajes que oscilan de 0 a 100. Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0-50-100; con 5 categorías se puntúan 0-25-50-75-100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Los ítems 1, 2, 6, 7, 8 y 9, el rango de las puntuaciones es de 100-0 y los ítems 3, 4, 5, 10 y 11, el rango de las puntuaciones es inverso de 0-100. Luego, los puntajes de los ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntos de las 8 escalas, posteriormente se suman para obtener una puntuación global de la Calidad de Vida.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de sus máximos y mínimos estados de salud posibles. Sin embargo los mismos autores proponen para las nuevas investigaciones un punto de cohorte basado en normas, cuya principal ventaja es que los resultados sean directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud. Por esta razón en este estudio se interpretará el



cuestionario Short-Form, SF-36, según este criterio, para lograr una mejor comprensión de los resultados obtenidos.

Para identificar los principales Efectos Psicosociales percibidos por los pacientes con pie diabético, se aplicó un cuestionario sobre los Efectos Psicológicos y Sociales en Pacientes con Enfermedades Crónicas, el cual fue elaborado en esta

investigación; teniendo como referencia para su realización el cuestionario del Perfil de Salud de Nottingham, el cual es un instrumento genérico utilizado para medir los síntomas físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y el grado en que dicho síntomas afectan la vida de los individuos, también se tomó en cuenta los síntomas que presenta el cuestionario de Beck sobre Depresión.

El cuestionario cuenta con 28 preguntas, con respuestas cerradas SI-NO. Se agruparon en dos partes con 14 preguntas cada una. La primer parte aborda los efectos psicológicos (desánimo, alteraciones del apetito, sueño, autoestima y emociones) y la segunda parte comprende los efectos sociales (familia, amistad y trabajo).

Procedimiento de recolección de datos:

El procedimiento para recolectar los datos se realizó de la siguiente forma:

En primer lugar se hizo una solicitud de manera escrita, al Director del hospital Oscar Danilo Rosales, donde se le explicaron los objetivos del estudio, para obtener su autorización y poder realizarlo, así como pedir la colaboración del personal administrativo, con el fin de tener acceso a los datos estadísticos y demográficos de la población que fue atendida en la sala de ortopedia por complicaciones de pie diabético en el periodo del año Noviembre 2008- Junio 2009.



Antes de aplicar los instrumentos para valorar la Calidad de Vida y conocer los Efectos Psicosociales se realizó una prueba piloto con 15 pacientes de la sala de ortopedia del HEODRA, que no pertenecían a la muestra en estudio, teniendo como objetivo valorar la comprensión de estos cuestionario y de ser necesario realizar cambios en el contenido si este no fuera comprendido para posteriormente aplicarlo

Una vez obtenida la información de los datos demográficos de las personas que fueron atendidas en el período de estudio, se procedió a visitarlos en sus domicilios para darle a conocer el propósito de la investigación y a continuación pedir su participación de forma voluntaria en el estudio brindando la información necesaria. Así mismo se visito la sala de ortopedia del Hospital para continuar con el estudio, tomando en cuenta la disponibilidad de los pacientes y de esta manera cumplir con los objetivos planteados. La aplicación de los instrumentos se hizo de manera individual y voluntaria.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SSPS versión 17, haciendo uso del estadístico descriptivo de frecuencia porcentual. Los resultados se muestran a través de gráficas y tablas de frecuencia.

Consideraciones éticas:

Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas promulgadas en la convención de Helsinki:

- Todos los participantes en esta investigación fueron informados suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear.
- Se usó un lenguaje razonable, comprensible a fin de obtener su consentimiento informado.



- Toda información captada se obtuvo de manera voluntaria de parte de los participantes con consentimiento verbal.
- Se mantuvo el respeto para los diferentes participantes incluidos en la investigación, evitando la emisión de juicios o críticas por parte del equipo investigador.
- Se respetó siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Se tomaron todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad físico mental y su personalidad.
- Se mantuvo la mayor confidencialidad de la información.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto de variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica
Características socio demográficas de los pacientes en estudio	Conjunto de datos propios de cada sujeto que definen a la persona.	Edad	Años	Cuestionarios sobre los Efectos Psicosociales
		Sexo	1-Masculino 2-Femenino	
		Escolaridad	1-Primaria concluida 2-Primaria inconclusa 3-Secundaria concluida 4-Secundaria inconclusa 5-Técnico medio 6-Universitario. 7-Sin estudios	
		Procedencia	1-Urbano 2-Rural	
		Estado civil	1-Soltero 2-Casado 3-Unión libre 4-Viudo	
		Tiempo del diagnóstico	Meses	



<p>Calidad de Vida</p>	<p>Percepción global que el paciente tiene del su estado de salud en general, que incluye tanto características personales y factores externos. (incluye las esferas física, psicológica y social de la salud)</p>	<p>Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental</p>	<p>0-50 Baja Calidad de Vida 51-100 Alta Calidad de Vida</p>	<p>Cuestionario Short form, SF-36 sobre Calidad de Vida relacionada al Estado de Salud global.</p>
------------------------	--	--	--	--

<p>Efectos Psicosociales</p>	<p>Disfunción psicológica producto de una experiencia traumática que anula los mecanismos normales de defensa de una persona, derivando en miedo y otras complicaciones, sociales y psicológicas</p>	<p>Área psicológica: desanimo, alteraciones del apetito, sueño, emociones, autoestima Área social: relaciones familiares, amistades y trabajo</p>	<p>Si – 1 No - 0</p>	<p>Cuestionario de Efectos Psicosociales</p>
------------------------------	--	---	---	--



VI. RESULTADOS

I. Características Socio demográficas de los pacientes con pie diabético.

El 51.9% de los pacientes son mayores de 60 años, y el 19.2% se encuentran entre las edades de 40-60 años, el 53.8% es del sexo masculino, el 28.8% tienen primaria incompleta, el 19.2% ningún nivel académico, el 51.9% son casados, y el 25% son viudos, el 78.8% procede de la zona urbana, el 78,4% tiene entre 0-24 meses de ser diagnosticado con pie diabético. Ver tabla nº1

Tabla Nº:1 Características socio demográficas de los pacientes con pie diabético atendidos en sala de ortopedia del HEODRA

Dimensión	Edad	
	Frecuencia	Porcentaje
<40	5	9.6
40-50	10	19.2
51-60	10	19.2
>60	27	51.9
Total	52	100.0
	Sexo	
Femenino	24	46.2
Masculino	28	53.8
Total	52	100.0
	Escolaridad	
Ninguna	10	19.2%
Primaria incompleta	15	28.8%
Primaria completa	6	11.5%
Secundaria incompleta	7	13.5%
secundaria completa	9	17.3%
Técnico	2	3.8%
Universidad	3	5.8%
Total	52	100.0%
	Estado civil	
Soltero	6	11.5%
Unión libre	6	11.55
Casado	27	51,9%
Viudo	13	25.0%
Total	52	100.0%



Domicilio		
Urbano	41	78.8%
Rural	11	21.1%
Total	52	100.0%

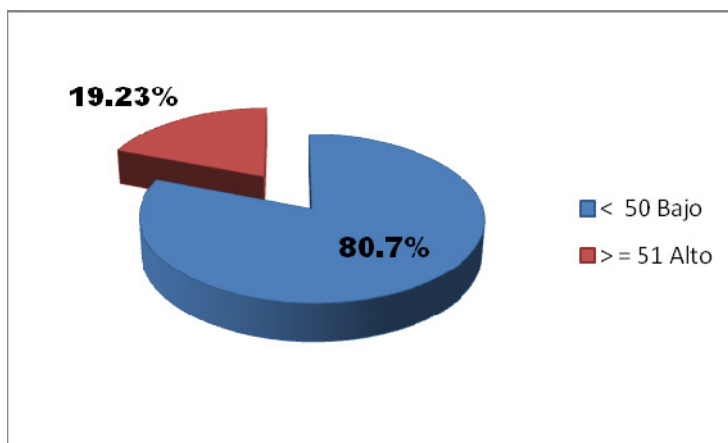
Tiempo del diagnostico		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
0-24 meses	27	51.9%
25-49 meses	6	11.5%
50-74 meses	3	5.8%
75-99 meses	2	3.8%
100-124 meses	5	9.6%
125- 149 meses	2	3.8%
Más de 149 meses	7	13.5%
Total	52	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre efectos psicosociales.

2. Calidad de vida de los pacientes con pie diabético.

El 80.7% de los pacientes obtuvieron una puntuación menor del punto de cohorte (50) presentando baja calidad de vida. Ver grafico n°1

Grafico N° 1 Calidad de vida de los pacientes con pie diabético atendidos en sala de ortopedia del HEODRA



Fuente: Cuestionario SF36



Principales efectos psicológicos percibidos por los pacientes con pie diabético después de su diagnóstico

El 86.5% de la población percibe dificultad para conciliar el sueño y se encuentra preocupado por su salud respectivamente, el 82.7% siente que los cambios en su apariencia le hacen ser diferentes a los demás, el 78.8, tienen problemas de concentración el 76.9% sienten que han presentado disminuido o aumentado de apetito, el 75% está a menudo inquieto, el 67.3% espera ser más feliz de lo que es ahora, el 61.5% creen que vale la pena seguir viviendo, el 57.7% se enfada con facilidad, todo le desagrada y se ha sentido inútil respectivamente. Ver tabla N°2

Tabla N°. 2. Principales efectos psicológicos percibidos por los pacientes con pie diabético después de su diagnóstico atendido en el HEODRA.

EFECTO PSICOLÓGICOS PERCIBIDOS	Si	%	No	%
Después del diagnóstico ha tenido problemas de concentración	41	78.8	11	21.2
Esta a menudo inquieto	39	75	13	25.0
Últimamente se enfada con facilidad.	30	57.7	22	42.
Se siente que disminuido o aumentado su apetito	40	76.9	12	23.1
Después que recibió su diagnóstico, le ha costado conciliar el sueño.	45	86.5	7	13.5
Se encuentra preocupado por su salud más de lo habitual.	45	86.5	7	13.5
Se ha sentido bien emocionalmente.	16	30.8	36	69.2
Cree que todo le aburre o le desagrada.	30	57.7	22	42.3
Espera ser más feliz de lo que es ahora.	35	67.3	17	32.7
Después del diagnóstico se ha sentido útil	30	57.7	22	42.3
Se siente culpable buena parte del tiempo.	21	40.4	31	59.6
Disfruta las cosas como solía hacerlo antes.	13	25.0	39	75.0
Cree que vale la pena seguir viviendo.	32	61.5	20	38.5
Siente que los cambios en su apariencia le hacen ser diferentes a los demás.	43	82.7	9	17.3

Fuente: Cuestionario sobre efectos psicosociales

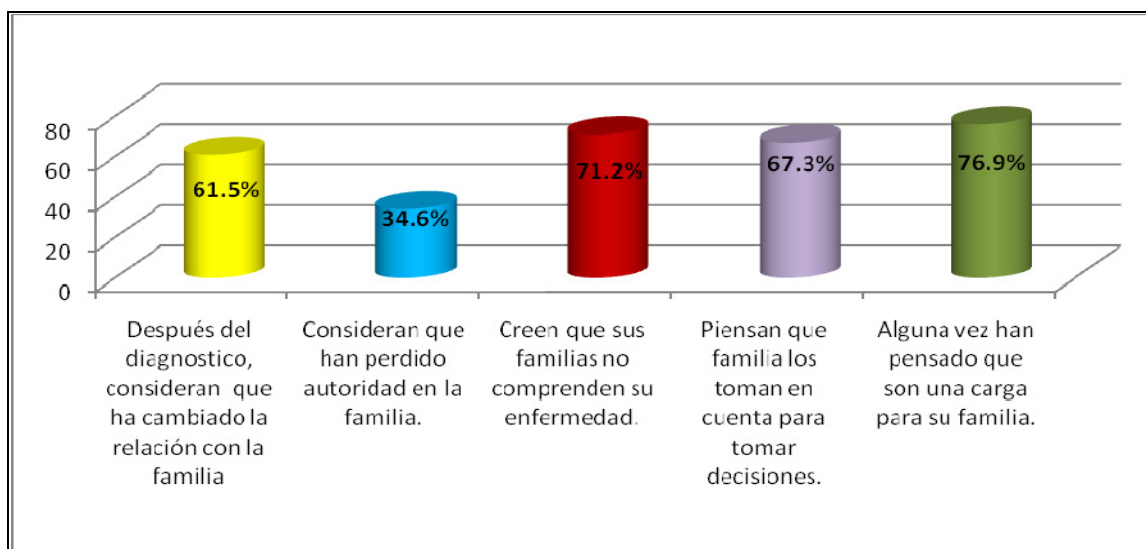


Principales Efectos Sociales percibidos por los pacientes con pie diabético después de su diagnóstico

Principales efectos percibidos en la familia

El 76.9% de los pacientes perciben ser una carga para la familia, el 71.2% cree que su familia no comprende su enfermedad, el 67.3% perciben que la familia lo toman en cuenta para tomar decisiones, el 61.5% consideran que ha cambiado la relación con la familia después del diagnóstico y el 34.6% considera que ha perdido autoridad en la familia. Ver grafico N° 2

Grafico N° 2_Efectos percibidos en la familia por la pacientes atendidos en la sala de ortopedia después de ser diagnosticado con pie diabético



Fuente: Cuestionario sobre efectos psicosociales

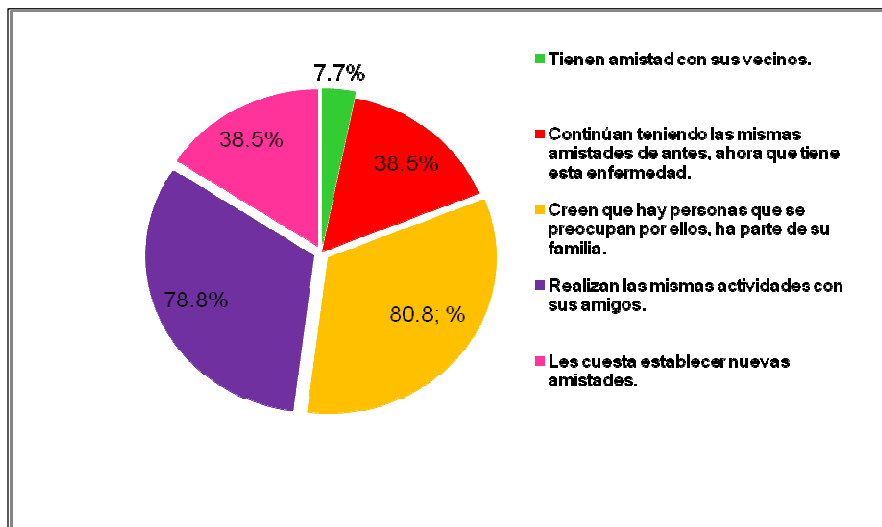
Principales efectos percibidos en las relaciones sociales

El 80.8% consideran que hay personas que se preocupan por ellos a parte de su familia y el 78.8% realiza las mismas actividades con sus amigos y un 38.5% respectivamente continúan teniendo las mismas amistades de antes, ahora que



tiene esta enfermedad, pero a la vez les cuesta establecer nuevas amistades. Ver grafico N°3

Grafico N° 3_Efectos percibidos en las relaciones sociales por los pacientes atendidos en la sala de ortopedia después de ser diagnosticado con pie diabético

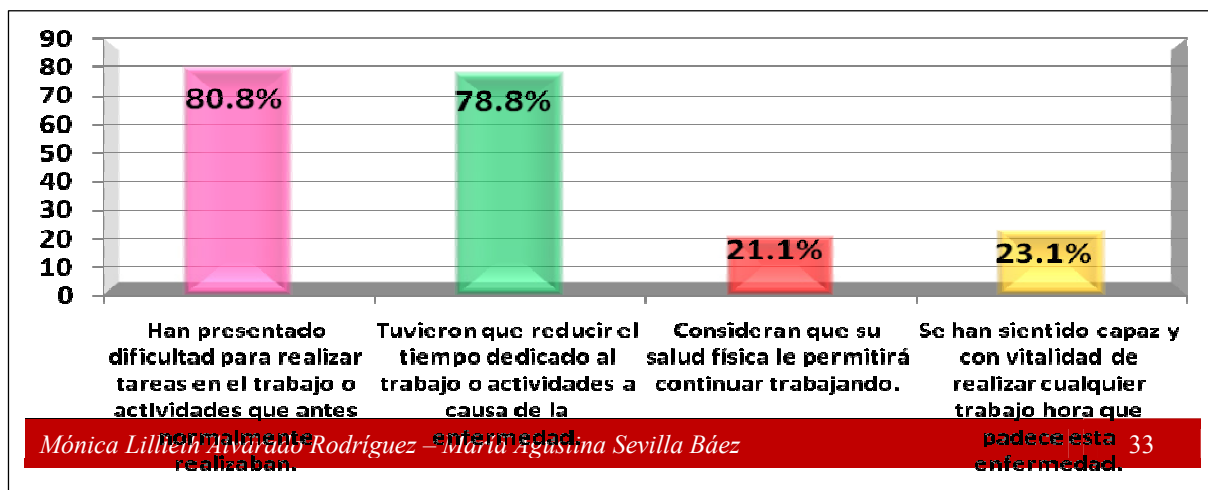


Fuente: Cuestionario sobre efectos psicosociales

Principales efectos percibidos en el trabajo

El 80.8% perciben que han presentado dificultad para realizar tareas en su trabajo o actividades que antes normalmente realizaban y el 78.8% considera que tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo. Ver grafico N°4

Grafico N° 4 Efectos percibidos en el trabajo por la pacientes atendidos en la sala de ortopedia después de ser diagnosticado con pie diabético





Fuente: Cuestionario sobre efectos psicosociales

VI. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio acerca de la edad y el sexo revelaron que la mayor parte de las personas que padecen pie diabético son mayores de 60 años y del sexo masculino, estos datos confirman la epidemiología nacional e internacional acerca del pie diabético

El nivel de educación con mayor predominancia que presentaron los pacientes del estudio fue primaria incompleta, al igual como lo indica el estudio realizado por Cárdenas Villareal en la Universidad Autónoma de México en el 2008 sobre la Calidad de Vida del paciente con pie diabético donde sus resultados muestran que la mayoría de los pacientes solo tenían 5 años de estudio cursados, ⁽²⁷⁾

La procedencia de la mayoría de los pacientes atendidos pertenecían a la zona urbana y el estado civil con mayor predominio fueron los casado, lo que coincide con el estudio realizado por Cecilia Colunga Rodríguez sobre Diabetes Tipo II en Guadalajara, México 2005, donde muestra que el estado civil más predominante son los casado. ⁽²⁸⁾

En relación a la Calidad de Vida en este estudio se demuestra que la mayoría de los pacientes obtuvieron una puntuación baja de acuerdo al punto de cohorte, lo cual coincide con Velia Cárdenas Villareal en su estudio en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 2008, para valorar la Calidad de Vida del paciente con pie diabético aplicando DQOL, obteniendo en sus resultados puntuaciones por debajo del nivel mínimo, lo que indica baja calidad de vida. ⁽²⁵⁾ Sin embargo los resultados del presente trabajo no coinciden con el estudio realizado por F. Alvares-Udes, E Vicente y X. Bandia en Barcelona, acerca de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con pie diabético, mostrando que estos pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente altas, lo que indica que tienen buena calidad de vida. ⁽²⁹⁾ Probablemente estas diferencias



pueden ser producto de unas mejores condiciones de vida que se presentan en España, país del primer mundo, en contraste a las precarias condiciones socioeconómicas de nuestro país.

Los principales efectos psicológicos que perciben los pacientes después de haber sido diagnosticados con pie diabético son: preocuparse por su salud más de lo habitual más de lo habitual, problemas para conciliar el sueño, cambios en la apariencia que lo hacen ser diferente a las demás personas, problemas de concentración, cambios en el apetito, estos resultados, lo que coinciden con el estudio realizado por el Dr. Francisco J. Carod Artal, en Madrid, con el objetivo de conocer sobre el perfil de las consecuencias de la enfermedad del pie diabético tomando en cuenta las dimensiones física y psicosocial, donde se mostró que dimensión psicosocial estaba más deteriorada y en mayor medida el área emocional presentado cambios de estado de ánimo, alteraciones en el sueño y alimentación, baja autoestima al sentirse inferior a las demás personas, alteraciones cognitivas, etc.⁽⁹⁾

En los resultados de nuestro estudio se afirma que los pacientes socialmente se ven afectados: en el ámbito familiar al considerar que son una carga para la familia, y que no comprenden su enfermedad y además por esta razón sus relaciones familiares han cambiado. En las relaciones sociales con otras personas, perciben que hay personas que se preocupan por ellos además de su familia, realizan las mismas actividades con sus amigos y continúan teniendo las mismas amistades antes del diagnóstico, pero tienen dificultad para establecer nuevas amistades. En el ámbito laboral consideran que han presentado dificultad al realizar las tareas que antes normalmente realizaban y han tenido que reducir el tiempo de trabajo, lo que coincide con Loretta Vileikyte en el estudio realizado en el 2005, titulado Impacto psicosocial de las lesiones de pie diabético donde demostraron que existen complicaciones a nivel social en los pacientes ya que les afectan las actividades de la vida diaria, como el trabajo en casa, las actividades de ocio y el empleo, por lo que estos pacientes presentan dificultad para ajustarse psicosocialmente a su entorno social.⁽³⁰⁾



VIII. CONCLUSION

Se concluye que:

Los pacientes atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales diagnosticados con Diabetes Mellitus con complicación de pie diabético, fueron mayores de 60 años, pertenecían al sexo masculino, teniendo un nivel de educación de primaria incompleta, casados, de la zona urbana y la mayor frecuencia del tiempo de diagnóstico fue de 0-24 meses.

La mayor parte de los pacientes obtuvieron puntuaciones inferiores a 50 lo que indica la prevalencia de una baja calidad de vida.

Después de haber sido diagnosticados con esta patología los pacientes perciben la presencia de efectos psicológicos siendo los principales: dificultad para conciliar el sueño, preocupación por su salud más de lo habitual, perciben que los cambios en su apariencia le hacen ser diferentes a los demás, tienen problemas de concentración, han tenido cambios de apetito, están a menudo inquietos, esperan ser más feliz de lo que son ahora, creen que vale la pena seguir viviendo, se enfadan con facilidad, todo le desagrada y se han sentido inútil.

La mayoría de los efectos sociales percibidos por los pacientes después del diagnóstico fueron:

En relación a la familia: Creer ser una carga, consideran que no comprenden su enfermedad, perciben que son tomados en cuenta para tomar decisiones y han habido cambios en su relación familiar.

En las relaciones sociales con otras personas: consideran que hay personas además de su familia que se preocupan por ellos, aún realizan las mismas



actividades con sus amigos y continúan teniendo las mismas amistades de antes del diagnóstico, pero tienen dificultad para establecer nuevas amistades.

En el trabajo: perciben que han presentado dificultad para realizar tareas o actividades que normalmente realizaban, consideran haber reducido el tiempo dedicado al trabajo y una minoría perciben que su salud física les permitirá continuar trabajando.



IX. RECOMENDACIONES

Al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA)

- ▶ Brindar atención psicológica a los pacientes que han sido diagnosticados con esta patología tanto a nivel individual como familiar, para que aprendan a manejar sus miedos e inquietudes ante el diagnóstico, ya que esto garantiza un mayor éxito en el manejo de la enfermedad y en el ajuste psicosocial del paciente.
- ▶ Promover la realización de grupos o de club de diabéticos con el apoyo de su familia, con el objetivo de brindar información acerca de los temas de interés del paciente sobre el transcurso de esta enfermedad, los cuidados que se debe de tener y brindar estrategias para tener una vida saludable y por ende mejorar su calidad de vida.

A familiares

- ▶ Revisar que los pacientes tengan un control adecuado del tratamiento.
- ▶ Fomentar la comunicación y empatía con toda la familia.
- ▶ Apoyar al paciente emocional y físicamente en el transcurso de la enfermedad para lograr un mejor afrontamiento.
- ▶ Formar y participar en grupos de autoayuda con los familiares de pacientes con pie diabético, esto le permita afrontar los cambios que genera la enfermedad de su familiar.

A pacientes

- ▶ Que establezcan pautas para mejorar su calidad de vida como tener un adecuado control del tratamiento, realizarse revisión médica



constantemente, realizar ejercicio, tener un pasatiempo, mantener una dieta saludable, usar calzado adecuado para evitar complicaciones, participar en actividades recreativas, realizar nuevas amistades, visitar a los amigos y familiares consecutivamente y evitar el aislamiento.

- ▶ Tratar de mantener una actitud positiva ante la vida.
- ▶ Participaren grupos de autoayuda que les permitan intercambiar experiencias, aprender de su enfermedad y aprender a vivir con la enfermedad.



X. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Fernández, Ofelia Escobar. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II y pie diabético. México. ISSN 0121-4381. 2006, vol. 13 (1): 5-31
- 2) Roca Reinaldo. Medicina Interna. Diabetes Mellitus, 4^{ta} ed. Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2002.
- 3) De los Ríos Castillo José Lauro. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatía. México Versión definitiva: 24 de junio de 2004. lauroser@hotmail.com
- 4) Organización Mundial de la Salud. Neuropatías periféricas. Grupo de estudio Ginebra. Consultado febrero 2009.
- 5) Organización Panamericana de la Salud. Diabetes: Datos y Cifras. Diabetes Care. Editorial Biblio STM.2005.
- 6) Organización Panamericana de la Salud. Nicaragua: la diabetes ya es una epidemia. Con información de la agencia EFE. | mayo 22, 2008. consultado febrero 2009.
- 7) De los Ríos Castillos José Lauro, Sánchez Sosa Juan José /Calidad de vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Rev. MED IMMS 2006 42 2 109-116
- 8) López Carmona Juan Manuel, Rodríguez Moctezuma Raymundo Adaptación y validación del instrumento Calidad de Vida Diabetes 39en Pacientes Mexicanos con Diabetes Mellitus Tipo II salud Publica de México, vol.48 N° 3, 2007
- 9) Carod Artal Dr. Francisco J perfil de las consecuencias de la enfermedad del pie diabético. Madrid, 1999; 15: 19-23.
- 10) Cárdenas Villareal. Velia M. Calidad de vida del pie diabético. Universidad Autónoma de nuevo león. México.2008.
- 11) Indicadores de mortalidad por SILAIS, Nicaragua. www.minsa.org.ni disponible en las oficinas de estadísticas-Sistema Nacionales de Estadísticas Vitales (SINEV) consultado el 20 de enero, 2009.



- 12) Marinello J. Roura, I. Blanes Mompó, JR Escudero Rodríguez, V. Ibáñez Esquembre, J. Rodr. Tratado de pie diabético, Editado por el Centro de Documentación del Grupo Esteve, Madrid, Jarpyo Editores Antonio López Aguado, 4, 2002
- 13) González Gómez Antonio. protocolos de cuidados pie diabético. <http://geosalud.com/diabetesmellitus/piediabetico.htm>. Junio 2005 Pág. 2- 7.
- 14) S. Fishman, Amputación, practicas de psicología y diabetes, Press, Colombia Universidad, editado por J. Garret, 1961.
- 15) Organización Mundial de la Salud . Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Madrid, España. 1998.
- 16) Velarde Jurado Elizabeth. Evaluación de la calidad de vida (Tesis Doctoral), salud pública México: 349-361, 2002. Disponible en <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- 17) Rodríguez Marín Jesús, Pastor María de los Ángeles. Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. Nuevas esferas de investigación, México, spicothema, 1995, (5):349-370.
- 18) Alves da Costa Filipa, Guerrero José Pedro, Análisis de la calidad de vida relacionada con la diabetes: SNCF, (en línea) 2005, (fecha de acceso 11 de enero de 2009); 46 (26). URL disponible en: www.farmacare.com
- 19) Lorenzo Rafael. Aspectos Psicológicos y Sociales. Boletín fundación para la diabetes. infundiab. 2005; 20(7): pág. 4-6. www.fundacionindiab.org
- 20) Guerrero Sustaita Verónica. Calidad de vida de pacientes con pie diabético. Revista médica del IMSS. 2004, 24 (2): 109-116
- 21) Beran, David, Atlan Corea Catherine, Tapia Brenda, Atención diabética en Nicaragua: resultados del estudio RAPIA, DiabetesVoice, 2007. 52 (4); 38-40.
- 22) Ventura Ana Isabel, Influencia de la diabetes en el deterioro cognitivo. Jornadas de Foment de la Investigación, España, desniss, 2000.
- 23) Méndez N, Hernández S, Morejón L, Rodríguez A: Manifestaciones psiquiátricas en enfermedades endocrinas. Rev Cubana Med Milit 1996; 25: 525-530
- 24) Morris Saúl, Los aspectos psicológicos de la amputación, First y Step, 2003, 30,(6):38-40
- 25) Gallardo Pérez Ulises de Jesús. Perfil epidemiológico del pie diabético. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vasculat 2009.



- 26) Saavedra Martínez Dolores. Paciente diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento? México Hospital General Regional 46, Guadalajara, JAL. (8) 10 00 10 Ext. 394
- 27) Colunga-Rodríguez Cecilia, Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005 Rev. Salud pública. 10 (1):137-149 Volumen 10 (1),
- 28) Fernández Hamilton. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Universidades de San Buenaventura, Colombia 2006, Psicológica, Vol. 13 N° 16.
- 29) F. Álvarez-Ude*, E. Vicente* y X. Badía Acerca de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con pie diabético en Barcelona, 1995. Vol.1
- 30) Loretta Vileikyte. Impacto psicosocial de las lesiones de pie diabético. España. 2005. 30, (5):38.