



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN  
CORPORAL HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO, PERIODO ABRIL - JULIO  
2013”**

**Para Obtener El Título Profesional de:  
LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA**

**AUTORES:**

**Bach.Enf. DELMIRA BARTRA JIMÉNEZ  
Bach. Enf. GRAZIELLA HESPERIS HERVIAS COBA**

**ASESORA:**

**Lic. Enf. LUZ KAREN QUINTANILLA MORALES**

**TARAPOTO- PERU**

**2013**

## RESUMEN

El presente estudio titulado: **“Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el Hospital II MINSA-Tarapoto, periodo Abril - Julio 2013”**, realizadas por las investigadoras Bach. Enf. Delmira Bartra Jiménez y Bach. Enf. Graziella Hesperis Hervias Coba, tuvo como objetivo: Determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social.

El tipo de investigación planteado fue cuantitativa, aplicada, descriptiva de corte transversal; se trabajó con el diseño descriptivo simple y la muestra estuvo conformada por 50 pacientes con pie diabético y pacientes amputados. Para medir la variable percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario modificado tipo Escala de Lickert.

De los resultados obtenidos en el estudio se concluye con lo siguiente: en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal el 78% (39) presentaron percepción desfavorable y un 22% (11) percepción favorable. Referente a las aspectos: en lo físico 70% (35) presentaron percepción desfavorable y un 30%(15) percepción favorable, en lo psicológico 56%(28) presentaron percepción desfavorable y un 44%(22) percepción favorable y en lo social 96%(48) presentaron percepción desfavorable y un 4%(2) percepción favorable.

Por lo que se concluye que se rechaza la hipótesis de estudio debido a que la mayoría presentan percepción desfavorable, referida en el aspecto físico por manifestar que antes de amputarle el miembro se sentían más atractivos; en el aspecto psicológico porque les mortifica pensar que podría perder alguna otra parte de su extremidad inferior y en el aspecto social sienten ser una carga para su familia, además sienten que su familia muestra desinterés cuando piden ayuda para realizar alguna actividad.

Sin embargo existe un menor porcentaje que presenta percepción favorable en el aspecto físico indicando que si bien es cierto algunos no cuentan con la extremidad inferior, 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. Por el cual se recomienda que como profesionales de Enfermería empoderarnos de su situación emocional de este tipo de pacientes, puesto que ellos necesitan mayor atención mental, para poder aceptar sus situaciones frente a la pérdida de un miembro, con la colaboración del paciente y familiares.

**PALABRAS CLAVES:** Percepción, pie diabético, imagen corporal

## **ABSTRACT**

The present study entitled "Perceptions of patients with diabetic foot on body image in the Hospital II MINSA-Tarapoto, period April-July 2013", conducted by researchers Bach. Enf. Delmira Bartra Jimenez and Bach. Enf. Graziella Hesperis Hervias Coba, aimed: To determine the perception of patients with diabetic foot on body image in the physical, psychological and social.

The research raised was quantitative, applied, descriptive cross-sectional, we worked with simple descriptive design and the sample consisted of 50 patients with diabetic foot patients and amputees. To measure the variable perception of diabetic foot patients about their body image was used as the interview technique and an instrument a modified form of Likert type scale.

From the results obtained in the study is concluded with the following: in terms of the perception of diabetic foot patients about their body image, 78% (39) had unfavorable perception and 22% (11) positive perception. Referring to the aspects: physical 70% (35) had unfavorable perception and 30% (15) positive perception in the psychological 56% (28) had unfavorable perception and 44% (22) positive perception and social 96% (48) had unfavorable perception and 4% (2) favorable perception.

So it is concluded that the hypothesis is rejected study because most have unfavorable perception, based on physical appearance by stating that before amputate the limb were more attractive, in the psychological aspect because they think they might lose mortifies elsewhere in the lower extremity and the social aspect

feel to be a burden to his family, and his family feel disinterest when asked for assistance for an activity.

However, there is a smaller percentage having a favorable perception in the physical appearance indicating that although some do not have the bottom end, but I assume and feel comfortable using crutches and / or wheelchair, in the psychological aspect not uncomfortable to talk about their health with others and the social aspect not dislike her new look and well in the company of his family because they are the best support to go ahead with the disease. By which it is recommended that as nursing professionals empower your emotional situation such patients, since they need more mental attention, accept their situations to cope with the loss of a limb, with the collaboration of the patient and family.

**KEYWORDS:** Perception, diabetic foot, body image.

## TITULO

# PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO, PERIODO ABRIL - JULIO 2013

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1.- MARCO CONCEPTUAL

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. **(35)**

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 y es probable que esta cifra aumente a más del doble al año 2030, constituyendo Latinoamérica una de las poblaciones que doblará el número de los pacientes diabéticos de 12 millones en 1994 a 24 millones en el 2010. **(36)** 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 **(37)**

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 **(27)**

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. **(6)** 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 **(9)**

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 **(5)**

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 amputaciones 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 **(23)**

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 **(8)**

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 **(28)**

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” **(29)**

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 no 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 **(19)**

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 **(18)**

Durante nuestras prácticas pre profesionales de Enfermería pudimos 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 mí 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 mí 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 II MINSA- Tarapoto existe un consultorio externo y servicio de hospitalización de Medicina general donde labora un equipo profesional multidisciplinario (Medico, enfermera, nutricionista, psicólogo, Asistente Social, Personal Técnico de enfermería, personal de Laboratorio) responsable de la recuperación y rehabilitación del paciente con pie diabético; es así que se puede apreciar en la sala de espera que la mayoría de los pacientes diabéticos con una amputación se movilizaban mediante muletas o silla de ruedas, además se 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.

## **1.2.- 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:

### **1.2.1.- A nivel internacional**

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 pacientes con diabetes mellitus tipo II 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” (16)

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”

### **1.2.2.- A nivel Nacional**

En el I Curso Regional “Actualización del Manejo Integral de la Diabetes Mellitus y pie Diabético”, realizado por el Colegio Médico del Perú – Consejo Regional XVIII Callao de los temas planteados se enfatizó lo siguiente:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que constituye un problema serio de salud nacional por su gravedad, su alta prevalencia y los altos costos que representa. La Diabetes no sólo acorta la vida productiva de la persona que la padece, sino que tiene serias repercusiones sobre su calidad de vida y la de su familia, por las consecuencias invalidantes que produce. Se considera que la expectativa de vida en el Diabético es 15 años menos que en el no diabético.

La Diabetes es responsable del 15% de los Infartos, el 48% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, y el 15% de las hemodiálisis. Se considera un problema mundial, se calcula que 250 millones de personas padecen de diabetes, constituye 8 veces el número de casos de HIV/SIDA. Proyectado a incrementarse a 350 millones en el 2025. Según Paul Zinnet, “La Diabetes está configurada para ser una de las mayores catástrofes”.

Siendo la prevalencia en América Latina de 8 a 7%. La diabetes es un disturbo heterogéneo y enfermedad progresiva, y se considera que a los 5 a 8 años de detectada la Diabetes en un 50 % de los casos la reserva pancreática puede llegar a 0.

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” **(18)**

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.

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)**

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 no 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” (20)

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” **(31)**

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 si 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 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” **(38)**

**1.2.3.- A nivel regional y local:** no se ubicaron estudios similares que faciliten la investigación.

### **1.3.- BASES TEÓRICAS**

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

#### **1.3.1.- 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. Esta 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 **(21)**

### **1.3.2.- 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 qué 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 externé 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 **(30)**

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.

### **1.3.3.- 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.

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 prótesis 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 **(10)**

#### **1.3.4.- LA DIABETES MELLITUS**

La diabetes mellitus es una afección crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usar de forma eficaz la insulina producida. La diabetes mellitus es una afección muy frecuente en el mundo entero. Ocasionalmente produce síntomas desde su inicio y otras veces no presenta ninguno y pasa totalmente inadvertida **(2)**

La diabetes es una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que se ingieren, especialmente de los azúcares, debido a una carencia total o parcial de una hormona llamada insulina. Una persona normal ingiere en su alimentación azúcares, proteínas y grasas. El alimento es digerido en el estómago y absorbido en el intestino delgado. Luego llega al hígado, donde una parte se transforma en glucosa, que entra en el torrente sanguíneo y hace que el páncreas produzca insulina. La insulina permite que la glucosa entre en las células y produzca calor y energía.

### **1.3.5.- PIE DIABÉTICO**

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)**

#### **1.3.5.1.- 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 pre ulcerosas, 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 **(8)**

#### **1.3.5.2.- 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 onicomycosis.
- **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.

#### 1.3.5.3.- 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.

#### 1.3.5.4.- 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 de 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 **(12)**

### **1.3.6.- 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.

### **1.3.7.- 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 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” **(24)**

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 **(15)**



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 había n jubilado anticipadamente o habían perdido tiempo de trabajo y que en ocasiones se habían perdido oportunidades laborales **(13)**

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 **(25)**

### **1.3.8.- 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 **(22)**

### **1.3.9.- ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO**

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 normoglucemia. 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:

- A) Información de supervivencia:** se le debe ofrecer a cualquier paciente con diabetes tipo I de diagnóstico reciente o tipo II 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).

**B) 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 **(7)**

### **1.3.10.- 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”.



### 1.3.11.- EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

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

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 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 por qué 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.
  - 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: **“Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”**

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.

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”. 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 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.”

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) **(14)**

### **1.3.12.- COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL**

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

#### **A) Un componente perceptual (físico)**

Hace referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a la subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales, respectivamente. Dentro de los trastornos del comportamiento alimentario se encuentra frecuentemente a personal con baja autoestima.

## **B) Un componente subjetivo (psicológico)**

Incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones del propio cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, las partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

## **C) Un componente conductual (social)**

Se refiere a las conductas inducidas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados( por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha, pesarse compulsivamente, etc.)

Integrando los tres componentes se puede concluir que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamiento, sentimiento y valoraciones que hacemos y sentimos y al modo de comportarnos derivado de los sentimientos que experimentamos. Por tanto, el tener una mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimiento y conductas, y además también en la forma en como nos respondan los demás **(26)**

#### 1.4.- 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.

Aunque las medidas de tratamiento están encaminadas en primer lugar hacia la prevención, cuando estas fallan se plantean diferentes alternativas de manejo su curación y reintegrar la salud del paciente, mejorar su calidad de vida, disminuir los costos de atención, por lo que cualquier alternativa posible está plenamente justificada. **(10)(30)**

Estas razones van a determinar, que las investigaciones de las lesiones que se producen en los pies del paciente diabético, denominadas Pie diabético, resultan un evento conveniente, si tenemos en cuenta la relevancia social de las mismas, plenamente demostrada a través de su magnitud, trascendencia, y gravedad, por su tendencia al incremento, consecutiva a un aumento de la prevalencia de la Diabetes mellitus, con una frecuencia elevada al afectar un porcentaje considerable de la población en edades productivas y en la temprana tercera edad, así como, la gravedad expresada en el peligro no solo para la viabilidad del miembro afecto, sino para la propia vida del paciente.

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.

### **1.5.- PROBLEMA**

Teniendo en cuenta lo que precede, nos formulamos el siguiente problema de investigación.

¿Cuál es la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el Hospital II MINSA – Tarapoto, periodo Abril - Julio 2013?



## **CAPÍTULO II. OBJETIVOS**

### **2.1.- OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el Hospital II MINSA – Tarapoto, periodo Abril-Julio 2013

### **2.2.- 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.

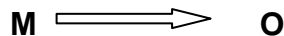
## **CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1.- Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo 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.

### **3.2.- Diseño de investigación**

Para contrastar la hipótesis se trabajó con el diseño descriptivo simple:



**M= muestra**

**O= resultado**

### **3.3.- Universo, Población y muestra**

Se encuestó al 100 % de los pacientes con pie diabético y pacientes amputados que acuden al Hospital II MINSA-Tarapoto durante los meses Abril a Julio.

### **3.4.- Criterios de inclusión**

- Pacientes con pie diabético, amputados, que asistan al Hospital II MINSA-Tarapoto.

- Pacientes con pie diabético, amputados, que acepten voluntariamente ser parte del estudio.
- Pacientes con pie diabético, amputados, que presenten problemas de visión, audición y lenguaje que autoricen a sus familiares ser parte del estudio.

### **3.5.- Criterios de exclusión**

- Pacientes con pie diabético que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes con pie diabético con problemas mentales.

### **3.6.- Procedimiento**

En el proceso de recolección de datos se aplicó una encuesta previamente validada por 3 expertos que conocen del tema, que laboran en instituciones diferentes, conformado por un Médico General, Psicólogo y enfermero, cuyo objetivo es determinar la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su imagen corporal.

Para iniciar la recolección de datos se solicitó la autorización del área de estudio mediante una carta de presentación dirigida a la Directora del Hospital II MINSA - Tarapoto, a fin de obtener los permisos para la realización del presente estudio, así como la 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 20 minutos por cada instrumento. Para la recolección de datos se pidió el consentimiento de las personas sujetas al estudio y luego se procedió a la aplicación del instrumento previa orientación.

### **3.7.- Métodos 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 se aplicó a los pacientes con pie diabético y pacientes 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 dió a conocer la finalidad del estudio, instrucciones, datos generales, datos específicos, y 30 ítems formulados como enunciados positivos y negativos, de las cuales las preguntas 1, 2 , 3 ,4 , 9, 10, 11, 13 ,14 ,15 ,17 ,21 ,25 ,26 ,28 , pertenecen a los enunciados **positivos** y las preguntas 5, 6 ,7 ,8 ,12 , 16 ,18 ,19 ,20 ,22 ,23 ,24 ,29 ,27 a los enunciados **negativos** y en cuanto a las preguntas del 1 al 9 pertenecen al **aspecto físico**; del 10 al 20 al **aspecto social** y del 21 al 30 al **aspecto psicológico**.

### **3.8.- Plan de tabulación y análisis de datos**

Luego de recolectados los datos se procesó en 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 utilizó la escala de Media Aritmética (**ANEXO N ° 02**)

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

<b>Percepción general</b>	<b>Puntajes</b>
Favorable	60-90
Desfavorable	30-59
<b>Percepción en el aspecto físico</b>	<b>Puntajes</b>
Favorable	20-30
Desfavorable	10-19
<b>Percepción en el aspecto psicológico</b>	<b>Puntajes</b>
Favorable	19-30
Desfavorable	10-18
<b>Percepción en el aspecto social</b>	<b>Puntajes</b>
Favorable	22-30
Desfavorable	10-21

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

**Cuadro N° 01:** Frecuencia y porcentaje según percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico.

PERCEPCION SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	N°	%
DESFAVORABLE	35	70
FAVORABLE	15	30
TOTAL	50	100

*Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación*

Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 70% (35) presentaron percepción desfavorable y un 30% (15) percepción favorable.

**Cuadro N° 02:** Frecuencia y porcentaje según percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico.

PERCEPCION SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	N°	%
DESFAVORABLE	28	56
FAVORABLE	22	44
TOTAL	50	100

*Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación*

Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 56% (28) presentaron percepción desfavorable y un 44% (22) percepción favorable.

**Cuadro N° 03:** Frecuencia y porcentaje según percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social.

PERCEPCION SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	N°	%
DESFAVORABLE	48	96
FAVORABLE	2	4
TOTAL	50	100

*Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación*

Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 96% (48) presentaron percepción desfavorable y un 4% (2) percepción favorable.

**Cuadro Nº 04:** Frecuencia y porcentaje según percepción general del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal del Hospital II MINSA – Tarapoto 2013

PERCEPCION SOBRE LA IMAGEN CORPORAL	PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
	Nº	%
DESFAVORABLE	39	78
FAVORABLE	11	22
TOTAL	50	100

*Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación*

Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 78% (39) presentaron percepción desfavorable y un 22% (11) percepción favorable.



## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

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

En el **cuadro N° 01**: Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 70% (35) tiene una percepción desfavorable lo cual puede repercutir en los efectos físicos que produce las lesiones del pie diabético; sin embargo tenemos que un 30%(15) 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 el autocuidado, ejercicios físicos y actividades cotidianas.

En el **cuadro N° 02**: Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico, que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 56% (28) tienen una percepción desfavorable lo cual evidencia que los pacientes no aceptan su nueva imagen

corporal viéndolo como una discapacidad grave, pudiendo causar en el paciente una inestabilidad emocional, que en muchos casos puede desencadenar cuadros depresivos e ideas suicidas de no buscar las respectivas fuentes de apoyo; sin embargo tenemos que un 44%(22), presentan una percepción favorable 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”.

**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.

En el **cuadro N° 03**: Observamos en cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social, que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 96% (48) presentan 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; sin embargo tenemos que un 4% (2) presentan una 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.

**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.

En el **cuadro N° 04**: Observamos en cuanto a la percepción general del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal que de los 50 pacientes en estudio manifestaron que: 78% (39) 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 22% (11) presenta percepción favorable lo que favorece su calidad de vida.

En cuanto a la percepción desfavorable en el aspecto físico manifiestan que antes de tener su miembro amputado se veían más atractivos que ahora, en el aspecto psicológico manifiestan que les preocupa pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores, 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 cómodo 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 están bien en compañía de su familia ya que son el mejor apoyo para seguir adelante con la enfermedad.

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.

**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 claves 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.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

1. El 70 % de la población en estudio, presentaron 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, y un 30% percepción favorable.
2. El 56 % de los usuarios investigados presentaron 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, y un 44% percepción favorable.
3. El 96 % de los usuarios investigados presentaron 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, y un 4% percepción favorable.
4. El 78 % de los usuarios investigados, presentaron una percepción desfavorable sobre su imagen corporal en general, 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 y un 22% percepción favorable.

## CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Informar los resultados obtenidos del presente estudio a la Dirección del Hospital II MINSA-Tarapoto.
- Que el equipo profesional de salud multidisciplinario (Médico, Enfermero, Nutricionista, Psicólogo, Asistente social, Personal técnico de enfermería y Personal de laboratorio) que laboran en diferentes instituciones, brinden orientación al paciente con pie diabético y pacientes diabéticos amputados y/o familia de forma integral a fin de mejorar la calidad de vida del paciente, minimizar las complicaciones biopsicosociales y fortalecer el soporte de apoyo.
- Como profesionales de Enfermería es necesario empoderarnos de su situación emocional de este tipo de pacientes, puesto que ellos necesitan mayor atención mental, para poder aceptar sus situaciones frente a la pérdida de un miembro, con la colaboración del paciente y familiares.
- Que los datos arrojados en el presente trabajo de investigación puedan ser utilizados en diferentes investigaciones con la finalidad de conocer la intervención de otras variables de estudio.

## CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Alex E. Hajar Rivera (2008). “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC”. Tesis Lic.Enf. UNMSM. Lima-Perú. 44-46 p.

(2) Aragón F (2003). 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 [Acceso 08 de Abril 2013] (Disponible en: [www.congresopiediabetico.com](http://www.congresopiediabetico.com).) 109 p

(3) Aragón F (2003) 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. [Acceso 08 de Abril](Disponible en: [www.congresopiediabetico.com](http://www.congresopiediabetico.com)).74-75 p

(4) Aragón F (2003). 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 [Acceso 08 de Abril] (Disponible en: [www.congresopiediabetico.com](http://www.congresopiediabetico.com).) 109 p

(5) Aragón F (2003) 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. [Acceso 08 de Abril] (Disponible en: [www.congresopiediabetico.com](http://www.congresopiediabetico.com)) 98 p



(6) Aragón F. (2003). 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. [Acceso 08 de Abril] (Disponible en: [www.congresopiediabetico.com](http://www.congresopiediabetico.com).) 105 p

(7) Alex E. Hajar Rivera (2008) “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC”. Tesis Lic.Enf. UNMSM. Lima-Perú. 24-26 p.

(8) Bernardo Millones Sergio (1999) Complicaciones vasculares de la diabetes mellitus en el Perú. EsSalud. Editorial Red Información Científica de EsSalud. Lima-Perú.

(9) Buscador: Google, Tema: Impacto psicosocial de la diabetes [Acceso 09 de Abril] (Disponible en: [www.diabetesvoice.org/files/attachments/article\\_370\\_es.pdf](http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_370_es.pdf))

(10) Buscador: Google, Tema: Aspectos claves del postoperatorio tras la amputación de la extremidad inferior. [Acceso 09 de Abril] (Disponible en: <http://www.diabetesvoice.org/es/articles/aspectos-clave-delpostoperatorio-Tras-la-amputacion-de-una-extremidad-inferior>)

(11) Buscador: Google, Tema: Etiopatogenia del pie diabético [Acceso 09 de Abril] (Disponible en: [www.esteve.es/EsteveArchivos/1\\_8/Ar\\_1\\_8\\_42\\_APR\\_14.PDF](http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_42_APR_14.PDF))

(12) Bernardo Millones Sergio (1999) Complicaciones vasculares de la diabetes mellitus en el Perú. EsSalud. Editorial Red Información Científica de EsSalud. Lima-Perú. 63-69p.

(13) Brod M. (1998) La calidad de vida en pacientes con la diabetes y úlceras de extremidad inferiores. México. 2 ed. 67 p.

(14) Buscador: Google, Tema: Imagen corporal [Acceso 09 de Abril] (Disponible en: [http://www.uned.es/catudela/revista/n002/baile\\_ayensa.htm](http://www.uned.es/catudela/revista/n002/baile_ayensa.htm))

(15) Carrington A. (1996) Estado psicológico de la gente diabética con o sin inhabilidad de miembro inferior. México. 1 ed. 43 p.

(16) Dolores Saavedra Martínez (2001). "Paciente Diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento? Guadalajara-México. 234 p.

(17) Evelyn Y Escobar Rodriguez (2008) "Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". Tesis Lic.Enf. UNMSM. Lima-Perú. 125 p.

(18) Evelyn Y Escobar Rodriguez (2008) "Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". Tesis Lic.Enf. UNMSM. Lima-Perú. 71-78 p.

(19) Judith S. León Rivera (2004) "Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el Hospital Central PNP". Tesis Mag. Enf. UNMSM. Lima-Perú. 9 p

(20) Judith S. León Rivera (2004) "Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el Hospital Central PNP". Tesis Mag. Enf. UNMSM. Lima-Perú. . 94-97 p.

(21) James Whittaker (1998) Psicología Motivacional. 4 ed. México. Ed: Interamericana. 179 p.

(22) Judith S. León Rivera (2004) "Vivencias y Estilo de Vida en pacientes con pie diabético que se controlan en el Hospital Central PNP". Tesis Mag. Enf. UNMSM. Lima-Perú. 94 p.

(23) Kshitij Shankhdhar (2009) Descarga del pie diabético en el mundo en desarrollo. India [Acceso 12 de abril] (Disponible en: [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009\\_3\\_Shankhdhar%20et%20al\\_E\\_S.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_3_Shankhdhar%20et%20al_E_S.pdf).) 3 p.

(24) Loreta Vileikyte (2003) Instrumento de calidad de vida de la neuropatía y úlcera de pie diabético. EE.UU-Miami. [Acceso 12 de abril] (Disponible en: [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_370\\_es.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_370_es.pdf)). 2 ed. 13 p.

(25)Loreta Vileikyte (2003). Instrumento de calidad de vida de la neuropatía y úlcera de pie diabético. EE.UU-Miami. [Acceso 12 de abril] (Disponible en: [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_370\\_es.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_370_es.pdf)). 32 p.

(26)María Raich (2001) Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid-España.1 ed. 24 p.

(27)(28)MINSa (2007). Nuevo Plan Nacional Concertado De Salud. Lima – Perú. 77p

(29)María Raich (2001). Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid-España.1 ed. 24,25 p

(30)María Francisca Abad García (1998) Investigación evaluativa en documentación. Valencia- España. 43-44 p.

(31)María Patricia Aragón Carreño (2002). “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”. Tesis para obtener el título de Especialista en Medicina Interna. UNMSM. Lima-Perú.

(32)(33)María Francisca Abad García (1998). Investigación evaluativa en documentación. Valencia- España. 7 p.

(34)Raúl Molero Tejeira (2003) Complicaciones tardías en pacientes con diabetes mellitus del hospital I Essalud - Quillabamba. 2 p

(35)Santisteban Segundo Seclén (2000) “La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública en el Perú”. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. Lima-Perú. 2 ed. 8p

(36)Santisteban Segundo Seclén (2000) “La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública en el Perú”. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. Lima-Perú. 2 ed. 11p

(37)Santisteban Segundo Seclén (2000) “La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública en el Perú”. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Gerontología. Lima-Perú. 2 ed. 66 p

(38)Víctor Soto Panta (1990) “Percepción que tiene de su imagen corporal los pacientes adenomectomizados en el servicio de urología del Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins”. En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.

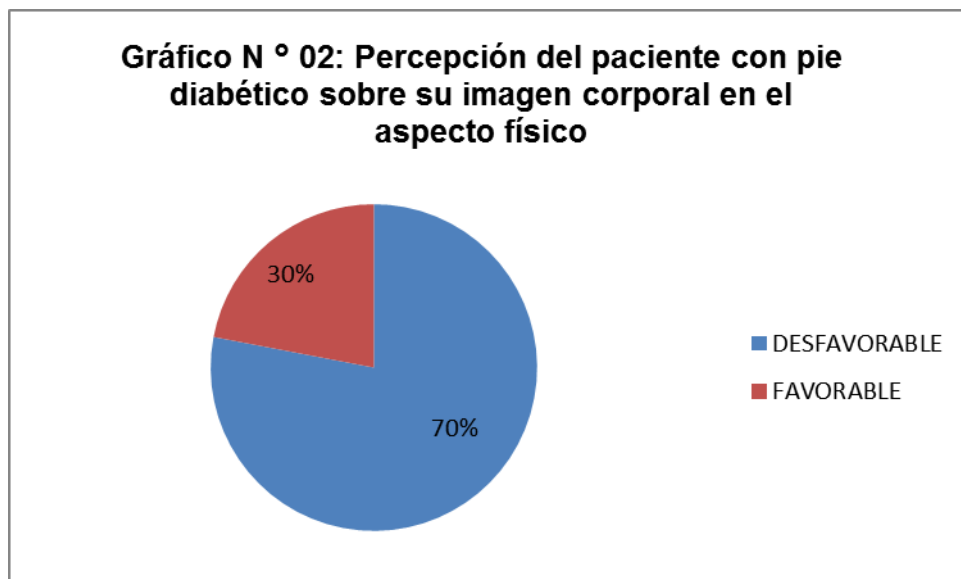
(39)Washington Rodríguez Gutiérrez (2008). Fisiopatología Endocrina. UNMSM. Lima-Perú. 110 p.

# **CAPÍTULO IX. ANEXOS**

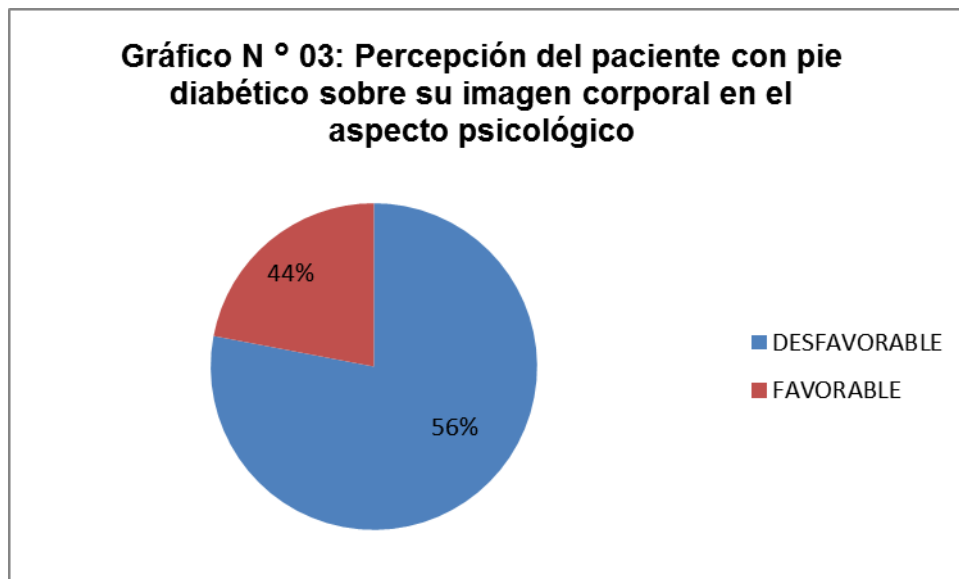
## ANEXO N° 01

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO, PERIODO ABRIL - JULIO 2013”

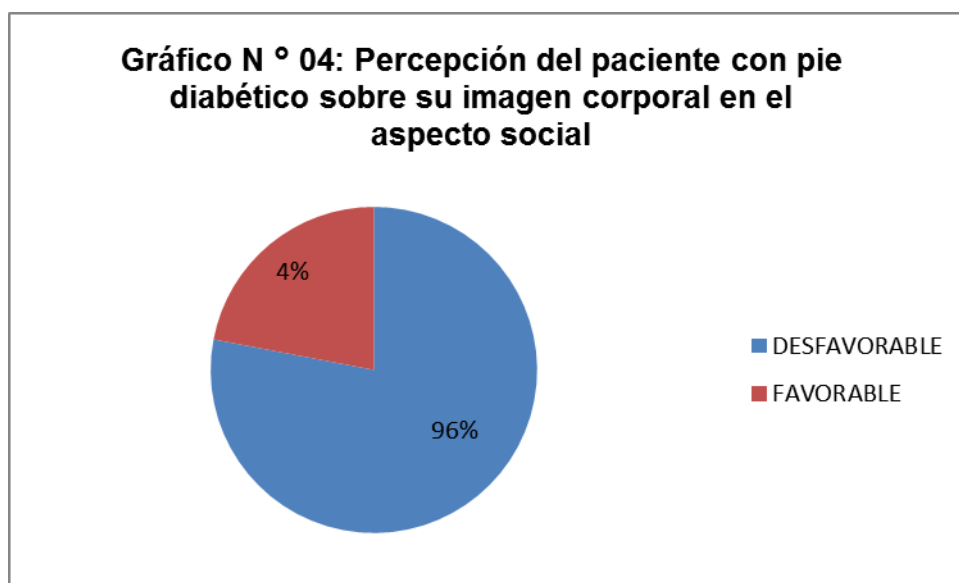
**OBJETIVO 1:** Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico.



**OBJETIVO 2: Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico.**

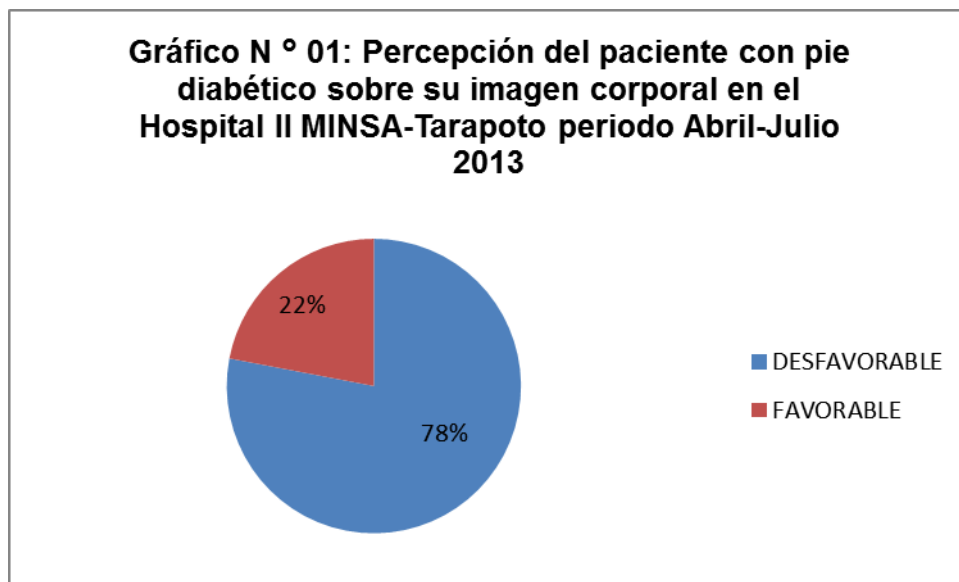


**OBJETIVO 3: Identificar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto social.**





**OBJETIVO 4: Determinar la percepción que tiene el paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el Hospital II MINSA – Tarapoto, periodo Abril-Julio 2013**



## **ANEXO N° 02**

### **CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN GENERAL DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL HOSPITAL II MINSA TARAPOTO**

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:

?=2656

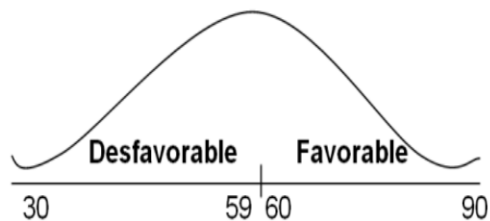
2. Se calculó el promedio:  $\bar{X}$

$x = 53.12$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 30 - 59

Favorable: 60 - 90



**CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE  
DIABÉTICO CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL  
ASPECTO FÍSICO HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO**

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

?=821

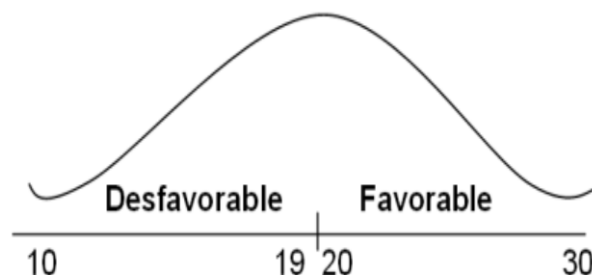
2. Se calculó el promedio:  $\bar{X}$

$x = 16.42$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 19

Favorable: 20-30



**CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE  
DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO  
HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO**

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$\Sigma = 931$

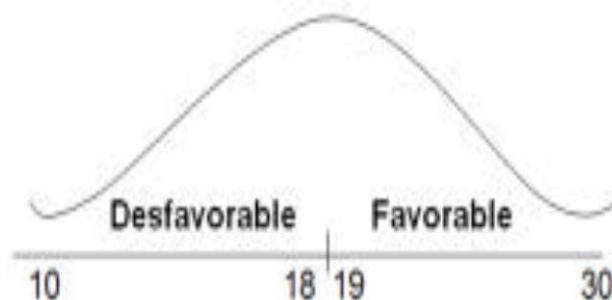
2. Se calculó el promedio:  $\bar{X}$

$\bar{x} = 18.48$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 18

Favorable: 19-30



**CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE  
DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO SOCIAL  
HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO**

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\Sigma = 904$$

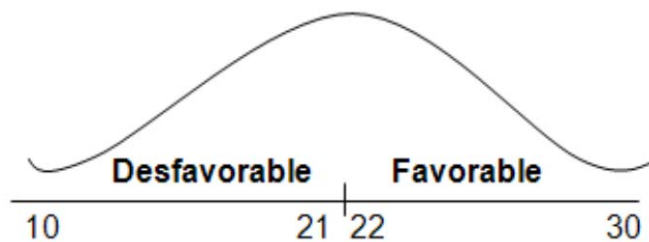
2. Se calculó el promedio:  $\bar{X}$

$$\bar{x} = 18.08$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 21

Favorable: 22-30



## **ANEXO N° 03**

### **FORMULARIO TIPO ESCALA DE LICKERT MODIFICADA**

#### **“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SOBRE SU IMAGEN CORPORAL HOSPITAL II MINSA-TARAPOTO, PERIODO ABRIL - JULIO 2013”**

#### **PRESENTACIÓN**

Buenos días somos Bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional De San Martín Delmira Bartra Jiménez y Graziella Hesperis Hervías Coba, estamos 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 solicitamos 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:

#### **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)**

Nº	ENUNCIADO	T/A	NA/ND	T/D
1	Se siente cómodo (a) al realizar sus actividades básicas , alimentación, baño, higiene, descanso, etc.			
2	Se siente cómodo (a) usando muletas o silla de ruedas.			
3	Ante la pérdida de su extremidad inferior le gustaría usar una prótesis.			
4	Le agrada verse en el espejo			
5	Siente angustia al observar lesiones en su pie.			
6	Observa que sus lesiones van empeorando en vez de mejorar.			
7	Le mortifica observar su miembro amputado.			
8	Piensa que antes de tener su miembro amputado se veía más atractivo que ahora.			
9	Cree usted que el calzado adecuado evitaría la			

	aparición de lesiones.			
<b>10</b>	Le agrada participar de las celebraciones, reuniones, sociales y familiares			
<b>11</b>	Le agrada recibir visitas de sus amigos y familiares.			
<b>12</b>	Se siente incomprendido por las personas que considera sus amigos			
<b>13</b>	Siente que después de su problema de salud sus amigos le prestan más atención.			
<b>14</b>	Le gusta ir de paseos.			
<b>15</b>	Le agrada estar en compañía de su familia a estar sólo			
<b>16</b>	Siente que las relaciones con sus familiares y amigos cambiaron desde el desarrollo de la enfermedad			
<b>17</b>	Su familia es el mejor apoyo para seguir adelante			
<b>18</b>	Siente que su familia muestra desinterés cuando usted les pide ayuda para hacer alguna actividad en su hogar.			
<b>19</b>	Piensa que es una carga para su familia.			
<b>20</b>	Le molesta que le pregunten sobre su miembro amputado			
<b>21</b>	Se siente cómodo hablando de su estado de salud con otras personas			

<b>22</b>	Piensa que su miembro amputado es un obstáculo para buscar nuevas oportunidades.			
<b>23</b>	Al observar que no presenta parte de su extremidad inferior o lesiones en el pie, le produce sentimientos de angustia, tristeza, ansiedad, miedo, etc.			
<b>24</b>	Se siente incómodo (a) que otras personas se den cuenta que tiene lesiones en el pie, o alguna amputación.			
<b>25</b>	Siente confianza de que todo mejorará.			
<b>26</b>	Se siente tranquilo cuando un personal de salud le evalúa y el trato que le brinda es agradable.			
<b>27</b>	Le preocupa pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores			
<b>28</b>	Durante el día suele sentirse tranquilo.			
<b>29</b>	Siente que sus labores en casa no son las mismas desde que fue amputado.			
<b>30</b>	Si tuvieras otra oportunidad te cuidarías adecuadamente para no pasar por este proceso (amputación de miembro inferior).			

Gracias por su colaboración



## ANEXO N° 04

### 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 confié en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confiabilidad

-----

**Firma del paciente**

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

Las investigadoras 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:** Delmira Bartra Jiménez DNI: 46443698

Graziella Hesperis Hervias Coba DNI: 47102353

Autoras del estudio

ANEXO N° 05

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

	DIMENSION FISICA									DIMENSION SOCIAL										DIMENSION PSICOLOGICO										SUB TOTAL		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30	
1	3	3	2	3	1	3	2	3	2	3	1	2	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	2	68	
2	2	3	3	3	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3	2	3	3	3	3	2	65	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	3	2	41	
4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	3	2	3	1	2	58	
5	2	2	3	3	1	3	3	1	1	2	1	3	1	2	3	1	3	1	1	1	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	60	
6	3	3	2	3	2	1	2	1	3	2	1	3	1	2	3	2	3	1	2	1	3	1	1	3	3	3	2	3	2	3	65	
7	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	41	
8	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	44	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	40	
10	2	2	1	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	2	45
11	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	45	
12	1	1	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	1	2	48	
13	1	2	1	1	3	2	1	2	3	1	1	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	49	
14	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	2	48	
15	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	44	
16	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	43	
17	1	2	1	3	1	3	2	1	2	2	2	3	1	3	1	1	3	1	2	1	2	1	1	3	1	3	1	2	1	2	53	
18	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3	1	1	3	1	1	1	3	1	1	3	2	2	3	1	1	2	62	
19	3	2	2	3	2	3	1	2	2	3	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2	59	
20	2	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	1	1	2	3	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	3	3	3	3	2	65	
21	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	1	2	1	1	3	1	3	3	2	50	
22	2	1	2	1	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	49	
23	1	1	1	3	3	3	1	2	3	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	1	2	51	
24	3	2	2	3	1	3	3	3	1	3	3	1	1	1	2	3	3	1	2	1	3	2	1	2	1	3	3	2	2	2	63	
25	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	3	1	3	3	3	2	2	3	3	67	
26	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	2	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2	3	1	3	3	3	2	2	3	3	67	
27	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	1	1	1	3	2	3	2	1	1	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	68	
28	3	3	3	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	2	3	3	3	1	2	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	2	64	
29	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	2	57	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	2	44	
31	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	43	
32	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	2	43	
33	1	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2	47	
34	1	1	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	2	44	
35	2	1	1	1	2	2	1	1	3	2	2	1	1	2	3	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	50	
36	2	1	1	3	1	1	1	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	53	
37	3	3	3	3	1	3	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	2	1	2	54	
38	3	3	3	2	1	3	2	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1	3	3	3	2	3	2	2	58	
39	3	3	3	3	2	3	1	2	1	3	3	1	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	1	3	3	2	1	3	3	2	61	
40	2	2	1	1	2	3	3	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1	1	3	3	3	1	2	3	2	56	
41	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	3	1	2	3	2	54	
42	1	1	2	3	3	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	2	1	1	2	1	3	1	1	3	2	53	
43	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	52	
44	2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3	3	1	3	1	2	56	
45	3	2	3	3	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	3	3	3	2	3	57	
46	3	3	1	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	3	3	55	
47	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	3	1	2	2	3	48	
48	1	1	2	2	2	1	3	1	1	3	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	3	49	
49	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	1	1	3	1	3	2	1	1	3	48	
50	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	1	1	3	3	2	3	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	3	52	
																															2656	