



Universidad
de La Laguna



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Grado en Trabajo Social

Curso 2013/2014

Trabajo Fin de Grado

Conocimientos de la población diabética en Tenerife sobre el pie diabético y sus necesidades sanitarias y psicosociales.

Autor: D. Airam Dorta Flores

Director: D. Juan Manuel Herrera Hernández

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.....	3
2. INTRODUCCIÓN (JUSTIFICACIÓN).....	5
2.1. Factores que influyen en la diabetes y su impacto en la población canarias.....	6
2.1.1. Alimentación.....	6
2.1.2. Tabaquismo.....	7
2.1.3. Forma física	7
2.1.4. Otras variables.....	8
2.1.4.1. Variabilidad genética.....	9
2.1.4.2. El factor geográfico.....	9
2.2.El pie diabético.....	9
2.2.1. Úlceras.....	10
2.2.2. Causas y clasificación del pie diabético.....	11
2.2.3. La amputación.....	12
2.2.4. ¿Cómo se debe tratar un pie diabético? Un enfoque holístico.....	12
2.3.Educación para la salud. La intervención profesional.....	14
2.3.1. Modelo de las 7 esferas.....	15
2.3.2. Modelo ABC.....	16
2.3.3. Modelo de potenciación en la educación para la salud	16
2.4.Consecuencias psicosociales.....	18
2.4.1. Dolor relacionado con la prótesis	19
2.4.2. Sensación fantasma.....	19
2.4.3. Consideraciones sociales.....	19
2.4.4. Conducta del amputado.....	20
3. METODOLOGÍA.....	23
3.1.Objetivo.....	23
3.2.Método.....	23
3.2.1. Participantes. Descripción y muestra	23
3.2.2. Diseño	26
3.2.3. Instrumento.....	26
3.2.4. Procedimiento.....	26
4. RESULTADOS.....	28
5. DISCUSIÓN	52
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	66

1. PRESENTACIÓN

Este proyecto de investigación representa la continuación del trabajo llevado a cabo durante la realización de las prácticas externas del Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Estas prácticas se desarrollaron en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, donde estuvieron enfocadas entre los meses de septiembre y diciembre de 2013 a la intervención con pacientes de pie diabético, donde se hacía un estudio extenso de su situación y se derivaba a los recursos pertinentes para su caso.

Teniendo en cuenta que la diabetes mellitus se presenta como una pandemia para la humanidad en las próximas décadas, ya que según alerta la Organización Mundial de la Salud, para 2030 habrá 500 millones de diabéticos en el mundo, cobrará más importancia este proyecto ya que si la relación es proporcional, crecerá el número de amputaciones por complicaciones de la diabetes.

Viendo estas estadísticas cabe recordar que los pacientes con los que interveníamos desde la UTS del HUNSC ya habían sido amputados, acudiendo a nosotros cuando el tratamiento había fallado y no quedaba otra opción. Pero para llegar a ese punto, los pacientes atraviesan por un conjunto de factores que agravan su situación y les lleva a la amputación. Si se conoce bien estos factores se puede llegar a evitar la amputación o retrasarla, ya que las tareas preventivas llevadas a cabo por personas diabéticas son muy eficaces y permiten llevar una buena calidad de vida, pero si nos referimos al pie diabético, estos parámetros son más específicos y quizás resulten más difíciles de adoptarlos el paciente.

El pie diabético es una complicación que surge a través de la enfermedad de la diabetes, donde la zona afectada del cuerpo son las extremidades inferiores, apareciendo en ellas un deterioro arterial pudiendo aparecer combinado con otras dificultades nerviosas que produce que en situación de existencia de una herida en el pie, el riego sanguíneo no llegue perfectamente y la herida no se recomponga perfectamente.

Canarias presenta una elevada tasa de amputaciones en las extremidades inferiores. Esta tasa, no solo destaca a nivel nacional, sino que también lo hace a nivel mundial, siendo una de las más altas, ya que España es, por detrás de Estados Unidos, el segundo

país donde más amputaciones de miembros inferiores se realizan por causa de la diabetes tipo 2. ¹

Muchas de estas amputaciones surgen como una complicación de la diabetes mellitus. Un estudio reciente llevado a cabo en Las Palmas de Gran Canarias (2002) ², muestra una media de 326 amputados por cada 100.000 pacientes, donde la media mundial es de 25 casos por cada 100.000 afectados, según Karel Bakker y Phil Riley, (2005). ³

Por lo tanto, con este estudio se pretende una aproximación de los conocimientos que tiene el paciente sobre esta patología en concreto y reflejar esos factores que inciden directamente en la evolución del tratamiento de la diabetes.

2. INTRODUCCIÓN (JUSTIFICACIÓN)

La Organización Mundial de la Salud (1999) define la diabetes mellitus como: *“un desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas cosas a la vez”*. 4

La diabetes es un importantísimo problema sanitario en Canarias por la repercusión social que tiene por la alta mortalidad y morbilidad y sus complicaciones y por la alta prevalencia en las islas. La diabetes mellitus, en adelante (DM), es una de las primeras causas de mortalidad, en las mujeres ocupa el tercer lugar. Canarias junto con Andalucía y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla presentan la mayor mortalidad, con una tendencia descendente. Los diabéticos tienen una mayor mortalidad que los no diabéticos, sus complicaciones son las principales causas de la mayor mortalidad, sobre todo la enfermedad isquémica del corazón 5.

En Canarias el 13% de la población, unos 270.000 habitantes, padece esta patología y casi 100.000 enfermos desconocen que la sufren. El 95% de los diabéticos padecen el tipo 2, esto es, que además de la falta de insulina poseen un elevado índice de lípidos en la sangre fruto de la obesidad. 6

En la población canaria, el número de personas con esta patología ha aumentado desde 2008 en unos 20.000 enfermos al año. Esta patología, como hemos dicho, es una de las principales causas de mortalidad, la primera son las enfermedades cardiovasculares, muchas de las cuales son provocadas por problemas de diabetes. 7

En 2008, Canarias se situaba por encima de la media del Estado de prevalencia de diabetes al registrar un 8,7 por ciento para el conjunto de población de 18 a 75 años, pudiendo llegar hasta el 20,9 por ciento en la diabetes del tipo 2, en el grupo de edad de 65 a 75 años. 8

Aunque Canarias no lidera el índice de enfermos de diabetes a nivel nacional, sí lo hace en cuanto al número de complicaciones de la enfermedad. Con el mismo tratamiento, los pacientes canarios evolucionan peor que en el resto de comunidades. La incidencia de diabetes en Canarias (15%) es el doble respecto al nivel mundial (7%), mientras que

la media nacional es del 10% o del 12%. Esto se debe a nuestro hábito cultural de poco ejercicio y mala alimentación. 9

Prestando atención a esto último, podemos observar los datos que refleja la Encuesta de Salud en Canarias realizada en 2009 sobre estos factores que están directamente relacionados con la evolución que puede desarrollar la diabetes: 10

2.1. Factores que influyen en la diabetes y su impacto en la población canaria.

2.1.1 Alimentación

La Encuesta Nutricional de Canarias (1998) mostró que la alimentación no era adecuada respecto a otras comunidades puesto que: 11

- Un elevado consumo de grasas no saludables y una alta ingesta energética.
- Un consumo bajo en hidratos de carbono y altos en papas y dulces.
- Un bajo consumo de alimentos saludables como legumbres (39% menos) y frutas y verduras (32% menos) que otras comunidades.

Sin embargo, la Encuesta de Salud de Canarias 2009, los canarios han mejorado sus hábitos alimenticios en los últimos cinco años, según los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias 2009, que destaca el incremento de hasta 10 puntos (55,16%) en el porcentaje medio de personas que consume frutas diariamente con respecto a 2004 (65,91%), mientras que el consumo diario de carne, pescado, legumbres y, sobre todo, de pasta y arroz ha descendido.

Según este estudio, los hábitos alimenticios de la población canaria de uno y más años muestran que los productos lácteos y el pan o los cereales son consumidos diariamente por el 88,8 y 86,6 por ciento, respectivamente. Además, un 65,9 por ciento afirma consumir frutas fresca a diario y un 34,8 por ciento, verduras y hortalizas. Por otro lado, el 22,8 por ciento de la población consume dulces y el 34,8 por ciento embutidos, cada día.

Aun así, esta encuesta también refleja que en Canarias, entre la población de 2 y 17 años, hay un 11,84% de obesidad y un 19,45 con sobrepeso. Siendo Tenerife un 10,86 % en obesidad y un 19,22% en sobrepeso. En cuanto a la población adulta (<18 años),

Canarias refleja que un 36,83% padece de sobrepeso y un 18,58% de obesidad, siendo Tenerife, un 37,54% de sobrepeso y un 17,13% de obesidad.

La alimentación es importante en la vida de las personas y fundamental en el tratamiento de la diabetes. El tipo de alimentación es básicamente el mismo que se recomienda para toda la familia.

2.1.2 Tabaquismo

Otro factor a tener en cuenta para prevenir complicaciones de la diabetes es el tabaquismo. El mismo, perjudica seriamente la circulación sanguínea, lo que proviene a agravar los problemas relacionados con los pies. 12

En canarias hay un 28,43% de fumadores de la población total, los cuales un 91,48% fuman diariamente. Estos datos están referidos a la población mayor de 16 años.

2.1.3 Forma física

La actividad física adaptada a las posibilidades de cada persona y realizada de una manera regular puede contribuir de forma positiva al control e la diabetes, a la reducción de los factores de riesgo vascular (obesidad, colesterol...) e influir en la sensación de bienestar físico y mental. 13

En canarias podemos ver cuál es el porcentaje, y entre que edades, realizan ejercicio de forma habitual:

Tabla 1: Realización de ejercicio físico en las distintas edades

Edades	Si	No
De 16-29 años	61,55%	38,45%
De 30-44 años	50,14%	49,86%
De 45-64 años	55,71%	44,29%
Más de 65 años	52,80%	47,20%

La actividad física constituye una parte importante del tratamiento de la diabetes tipo 2, tanto como la alimentación y la toma de medicación. Por ello se deberá planificar siempre un programa de ejercicio físico adaptado a las necesidades individuales y llevadas a cabo entre 3 y 4 días por semana. Las personas con diabetes tipo 1, deben saber que el ejercicio físico no forma parte de su tratamiento pero es recomendable, ya que influye directamente sobre la glucemia. Siempre se deberá realizar el ejercicio ajustando la insulina y la alimentación. Sin embargo, en este caso se presenta algunas contraindicaciones en caso de presentar hiperglucemia, sobre todo si se acompaña de acetona la orina, se desaconseja no realizar actividad física. Una dieta sana, ejercicio físico y controles sanitarios rutinarios conforman la piedra angular en la prevención de la enfermedad. ¹⁴

2.1.4 Otros factores

Existen otros factores que influyen en la prevalencia de la diabetes, a este conjunto de factores pertenecen aspectos como:

- La edad (cuando la persona es mayor de 45 años).
- El sobrepeso.
- La historia familiar de la diabetes.
- Inactividad física habitual.
- La dieta y estilo de vida.
- Ser miembro de grupo étnico con alta prevalencia de diabetes (los más afectados son los afroamericanos y latinos).
- Sexo.
- Mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional o recién nacidos macrosómicos.
- Hipertensión, dislipemia o antecedentes de enfermedades vasculares.

Todos estos factores influyen sobre el desarrollo de la diabetes mellitus, y a su vez favorecen a que esta enfermedad genere complicaciones. ¹⁵

2.1.4.1 Variabilidad Genética

Si tomamos la variabilidad genética de los habitantes canarios como un factor a tener en cuenta para conocer si los canarios están más predispuestos a sufrir esta enfermedad, no se puede afirmar, pero algunos datos podrían declinarse por el sí. Por ejemplo el 90% de los pacientes con insuficiencia renal por diabetes tipo 2 tenían a todos sus antepasados canarios (dos padres y cuatro abuelos) afectados por esta enfermedad. Además en sus familias existían muchas personas con diabetes. Atendiendo a sus hermanos, uno de cada tres presentaba diabetes.

2.1.4.2 El factor geográfico

Tampoco podemos olvidar el tipo de territorio que es Canarias, caracterizado por ser insular y periférico. Esto puede indicar que las personas con las complicaciones que acabamos de nombrar podrían estar muy agregadas familiar y territorialmente. En el 50% de los casos toda la familia del paciente procedía del mismo núcleo poblacional y en el 75% de los casos procedían de un territorio menos a un radio de 10 Km. Más del 65% de los pacientes vivían en zonas rurales, al revés de lo que ocurre en la población general (35%).¹⁶

2.2 El pie diabético

El desarrollo de la diabetes puede conllevar que aparezcan complicaciones, como la insuficiencia renal, problemas oftalmológicos, problemas vasculares... Una de estas complicaciones que puede generar la diabetes mellitus y sobre la cual enfocamos este estudio es la aparición del *pie diabético*.

El pie diabético es la infección y destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior (Working Group on the Diabetic Foot, 1998).¹⁷

Bajo la denominación de Pie Diabético se engloba una serie de alteraciones neurológicas, vasculares, infecciosas. Las infecciones del pie son la principal causa de hospitalización del paciente diabético y conducen con frecuencia a la amputación mayor o menor.

El pie diabético se presenta del 15 al 20% de todos los diabéticos y constituye un problema de salud pública por su alta frecuencia y por sus enormes costos sanitarios y

sociales generados por el elevado número de ingresos hospitalarios, las prolongadas internaciones, la demanda de atención médica, y la incapacidad laboral de los pacientes, entre otros. Esta enfermedad, secuela de la diabetes mellitus, es un problema creciente que todo el mundo.

El pie diabético se produce por la acción aislada o conjunta de:

- La vasculopatía
- La neuropatía periférica.
- Las alteraciones ortopédicas.
- Infección.

Generalmente las infecciones son severas y son producidas por úlceras y grietas que se infectan; éstas pueden ser, desde infecciones superficiales en la piel o tejido graso del dorso del pie o de los dedos, hasta infecciones más serias en hueso o problemas circulatorios, pudiendo llegar a aparecer gangrena.

2.2.1 Úlceras

Las úlceras del pie diabético son llagas o heridas abiertas que en general se producen en la planta del pie en aproximadamente el 15 % de los pacientes con diabetes. Un 6% de los diabéticos que presentan una úlcera en el pie, deben ser hospitalizados debido a una infección u otra complicación relacionada con la úlcera. Las úlceras se forman debido a una combinación de factores, como la falta de sensibilidad en el pie, la mala circulación, deformaciones en el pie, irritación (a causa de fricción o presión) y traumatismos, así como también el tiempo que lleva padeciendo diabetes. Los pacientes que hace muchos años tienen diabetes pueden sufrir una neuropatía, la disminución o pérdida total de la sensibilidad en los pies como consecuencia de un daño nervioso provocado por la hiperglucemia (altas concentraciones de glucosa sanguínea) a lo largo de los años. El daño nervioso a menudo se produce sin dolor y de esa manera el problema puede pasar desapercibido. El podólogo puede examinar sus pies en busca de neuropatía con una herramienta simple e indolora conocida como monofilamento. 18

La prevalencia de úlceras varía según el sexo, edad y población actualmente se sitúa en torno al 8% – 13%, afectando con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años.

Se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente han padecido una úlcera.

2.2.2 Causas y clasificación del pie diabético.

Las complicaciones pueden ser de variada naturaleza, y por ello es necesario especificar el tipo de complicación predominante en cada caso, para poder tratarlo de manera correcta con el procedimiento indicado, para evitar así una complicación mayor.

Las principales causas que generan un pie diabético son:

- La utilización de un calzado inadecuado, que se sitúa como causa desencadenante en aproximadamente el 40% de los casos.
- La realización de una pedicura incorrecta.
- Las lesiones térmicas.
- Los traumatismos punzantes producidos por un cuerpo extraño.

Cerca de la mitad de los enfermos diabéticos con úlceras en los pies presentan deformaciones en los mismos, y en el 12% de ellos, la deformidad es la causa directa de la lesión.

Para poder clasificar de manera adecuada el tipo de lesión sufrido se ha desarrollado la clasificación patogénica del pie diabético, la cual clasifica los pies diabéticos en:

- Pie diabético séptico
- Pie diabético Isquémico
- Pie diabético Ortopédico
- Pie diabético neurológico
- Pie diabético dermatológico

Esta clasificación tiene como propósitos:

- Plantear los objetivos para la capacitación de los profesionales de la salud.
- Incide sobre la programación de la educación médica de pre y postgrado.
- Facilita la derivación de los pacientes hacia los especialistas.

- Coloca a los diferentes especialistas ante la necesidad de asumir su rol en el complejo manejo de la afección.
- Ordena la acción de los diferentes especialistas en el diagnóstico y tratamiento 19

2.2.3 La amputación

En general, teniendo en cuenta diversas medidas preventivas, se puede evitar la aparición de estas llagas o úlceras pero las mismas pueden llegar a ser tan graves que en ocasiones, puede ser necesaria la amputación del miembro.

El término 'amputación' se refiere al corte y separación enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él. (RAE, 2014)

Para los casos de Pie Diabético puede haber distinción entre diferentes amputaciones:

La amputación menor se produce a un nivel inferior de la rodilla, con la que se pretende limitar el alcance del problema que se presenta con el fin de mantener la función de mantenimiento razonable de la extremidad)

La amputación mayor se produce por encima de la rodilla y se reconoce el fracaso del tratamiento ante una enfermedad incurable.

Los factores que influyen en que haya o no una amputación son prácticamente los mismos que los que tratamos anteriormente para la diabetes. Sin embargo hay razones que influyen sobre la incidencia de amputaciones como las cuestiones médicas, culturales y sociales, la estructura de los servicios sanitarios, así como en las actitudes de los profesionales implicados. 20

2.3.4 ¿Cómo se debe tratar un pie diabético? Un ejemplo de enfoque holístico

Como decíamos anteriormente y a modo de resumen, muchas amputaciones llegan a través de la aparición de una úlcera en el pie y se puede concluir que hay una complejidad de factores relacionados con los resultados de las úlceras del pie en pacientes con diabetes mellitus. La evaluación y el reconocimiento de estos factores, así como el uso de un enfoque holístico, son de suma importancia tanto para el éxito de la gestión y la prevención. Con el conocimiento actual de los factores relacionados con el corto y el resultado a largo plazo y el desarrollo de tecnologías más avanzadas en la

cicatrización de heridas, se debe de ser capaces de elegir las estrategias de intervención más selectivos. 21

Para llevar a cabo este enfoque holístico del pie se precisa la implantación de una unidad multidisciplinar en los hospitales y centros sanitarios para poder llevar a cabo una gestión de la situación más eficaz e intentar dar siempre la mejor solución al paciente.

Estudios como el que se llevó a cabo en 1999 en la Unidad de Diabetes de Pistoia (Italia) muestran las repercusiones que tuvo crear esta iniciativa.

En el período de estudio, hubo un aumento tanto en el número total de lesiones del pie diabético y el número de pacientes observados con diabetes recomendados para la evaluación de la Unidad de Diabetes de Pistoia. Después de la implementación, el número total de hospitalizaciones por lesiones del pie diabético y la duración de la clínica se redujeron la estancia. La incidencia total de amputaciones por cada 100.000 Habitantes Disminución de 10,7 en 1999 a 10,1 en 2000, 2,7 en 2001, 6,3 en 2002 y 6,24 en 2003.

En particular, mientras que la incidencia de amputaciones mayores disminuyó en el tiempo, el número relativo de amputaciones menores aumentó en el primer año, estabilizándose en una tasa más alta en los últimos años.

Por último, mientras que antes de 1998, la mayoría de personas de la zona de Pistoia fueron remitidas a diversos hospitales en Toscana para problemas del pie diabético, que cae en el período de ejecución Casi todos fueron remitidos a la Unidad de Diabéticos de Pistoia.

Dentro de los métodos usados para la atención sanitaria para diabéticos, los médicos realizan regularmente tareas muy sencillas para identificar un pie de alto riesgo:

1) La inspección del pie en los pacientes diabéticos: un examen cuidadoso del pie debe incluir una evaluación de las deformidades del pie, de la hiperqueratosis, de la presencia de amputaciones previas, así como el tipo de calzado.

2) La evaluación de la arteriopatía utilizando métodos más sencillos: la observación de pie color de la piel, la temperatura, la presencia de pulso del pie, y por la respuesta que piden los pacientes preguntas con respecto a la presencia de dolor de caer al caminar.

3) Evaluación de la neuropatía sensorial.

También se instauró un equipo de atención para el cuidado del pie en los casos de pie alto riesgo, donde se podía solicitar una evaluación por parte del equipo clínico del pie.

Cabe destacar, los diferentes profesionales que crearon la unidad de pie diabético que se creó en Pistoia en 1999, que incluyó un diabetólogo, enfermeras especializadas, un podólogo, un cirujano vascular, cirujano ortopédico y un cirujano general.

Los principales objetivos de la Clínica fueron:

A) El diagnóstico de las lesiones del pie diabético mediante pruebas más especializadas (para identificar la vasculopatía y neuropatía)

B) La gestión rápida de todos los problemas del pie diabético.

C) Identificación del pie de riesgo e intervención en pacientes de alto riesgo tras la evaluación clínica.

D) La educación de los pacientes, las familias y la salud-Su profesionales sanitarios.

2.3 Educación para la Salud: la intervención profesional

Una gran ventaja para combatir y prevenir esta enfermedad en el cuidado de los pacientes diabéticos es la mejora en los procesos del tratamiento y el refuerzo de la prevención de complicaciones. Para ello se deben incluir profesionales especializados y programas gubernamentales. La iniciativa gubernamental consistirá en la creación de más centros especializados en la diabetes y en una atención integral, las leyes que facilitan el tratamiento, las campañas de incentivo...

La educación de los pacientes y los profesionales de la salud en la prevención y tratamiento de las complicaciones es muy importante. La prevención de las úlceras de pie diabéticos, las infecciones del pie y amputación de las extremidades ha sido considerado como la clave por muchos profesionales para evitar una situación grave del pie diabético. Sin embargo, cuando el paciente se someta a amputación de miembros inferiores, tenemos que optimizar el programa de rehabilitación para ofrecer una mejor calidad de vida que el estado funcional previo. 22

Se define educación para la salud como un proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludable, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios de comportamiento y estilos de vida no saludables o de riesgo.

La Educación para la salud, por su incidencia en los determinantes de la salud, es considerada como una práctica de apoyo a las estrategias de promoción de la salud, y por extensión, a las políticas de salud pública, de las que la promoción de la salud constituye una función esencial y estratégica. La promoción de la salud ha sido definida como una combinación de prácticas de Educación para la salud y de apoyos de tipo organizativo, legislativo, económico y ambiental para facilitar prácticas saludables y para que los individuos, grupos y comunidades mejoren su control sobre determinantes personales y ambientales de la salud (Kikbusch, 1998). ²³

El propósito de este tipo de educación no es otro que el de influir positivamente en la salud, llevado a cabo desde 3 estrategias de intervención: la prevención de la enfermedad, la captación de las personas y el fortalecimiento de los contextos en los que viven.

Algunos modelos que se vinculan con la educación para la salud son:

2.3 1. Modelo de las 7 esferas.

Este es un modelo conceptual que nos va a permitir comprender y explicar la génesis, el aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de los niños y adolescentes, saludables o de riesgo, predecir con probabilidad el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza- aprendizaje de las EPS, diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias al cambio.

En su estructura, este modelo incorpora componentes de la Teoría del aprendizaje Social o teoría Sociocognitiva, de la Teoría del Conductismo Social y del modelo Interconductual. ²⁴

2.3.2. Modelo ABC

El modelo ABC es un enfoque conceptual y metodológico radical que puede satisfacer nuestro deseo de saber y comprender. Está basado en los principios de la psicología, como ciencia de la conducta humana y es radical porque penetra hasta la raíz profunda de los comportamientos, estilos de vida y experiencias vitales de los niños y adolescentes y nos permite analizarlos, comprenderlos y explicarlos. Al mismo tiempo, nos orienta para planificar y diseñar proyectos de enseñanza- aprendizaje y de cambio desde la Eps. En el acrónimo ABC, cada letra designa cada uno de los tres componentes estructurales y funcionales que son; Antecedentes, Biografía y consecuencias. Este modelo parte de que cada persona es un mundo y se pretende desvelar la ABC de cada niño o adolescente.

2.3.3. Modelo de potenciación en la educación para la salud

Recordando el Modelo ABC, era un proceso pedagógico activo, una intervención transformadora sobre los comportamientos y estilos de vida. En esta intervención se pretende influir en los niños y adolescentes facilitándoles poder y control para vivir. Se intenta que esto influya en las elecciones, decisiones y acciones propias de su vida y de su salud, con el aprendizaje de nuevos comportamientos y estilos de vida.

La influencia de las EpS está vertebrada por la potenciación, investida de una pedagogía de la potenciación inspirada y dirigida por el propósito de empoderar y fortalecer, de modo que convierte a quienes hacen EpS en agentes potenciadores. Este propósito de empoderar se inspira en el Modelo de Potenciación de competencia, que constituye una nueva perspectiva estratégica de esta en el mundo por parte de quienes hacen EpS, un estilo de vida profesional que incorpora valores, creencias y principios acordes con hábitos saludables.

La potenciación es un complejo de proceso de intervención que persigue unas metas estratégicas que se afianza en las certezas radicales que ofrece el modelo ABC y muy especialmente su mirada transaccional y que se hace patente en los encuentros interpersonales de las Eps.

Las metas estratégicas de la potenciación se podrían agrupar en estas 5:

1. Empoderar, facilitar a los niños y adolescentes experiencias de dominio, de poder y de control sobre su propia vida, en relación con la iniciación y el sostenimiento de las elecciones que conducen al cambio y en relación con el acceso equitativo al uso de las oportunidades y recursos y apoyos personales y del contexto que afectan a su vida y de los que dependen sus decisiones y acciones.
2. Potenciar desde una perspectiva pedagógica, el aprendizaje, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y competencias.
3. Promover los factores de protección frente a los factores de riesgo y las fuentes de estrés, y los factores de recuperación después de la crisis y la adversidad.
4. El foco principal de la intervención es la potenciación de los recursos personales y del contexto y redes de apoyo social, su disponibilidad y accesibilidad y su competencia y validez.
5. Fortalecer los recursos profesionales para las intervenciones transformadoras de las EpS.

Pero en muchas ocasiones los programas de prevención no funcionan o cumplen sus propósitos. Nunca como en la actualidad, niños, adolescentes y adultos del mundo desarrollado han tenido acceso a tanta información de naturaleza preventiva con la existencia de una amplia oferta en programas preventivos construidos sobre bases teóricas sólidas. Sin embargo el número de problemas no parece detenerse, incluso algunos de ellos se incrementan. Si estos programas no impregnan los contextos de la vida cotidiana resultará difícil producir un cambio significativo en los estilos de vida. Un factor a destacar es la escasa relevancia que le dan en los medios de comunicación a estos programas. La única posibilidad de que los programas de prevención tengan influencia es que vaya de la mano de la promoción de la salud y se desarrolle en el marco de una perspectiva intersectorial e interdisciplinar que impulse cambios en los contextos de la vida cotidiana. 25

Por lo tanto, es posible devolver proporcionalmente una buena calidad de vida en diabéticos amputados, una vez que está correlacionada directamente con el nivel de amputación funcional, consignó abordaje quirúrgico, rehabilitación multidisciplinaria adecuada, buenos componentes de la prótesis combinación cuando es posible, y el control adecuado mórbida. 26

Con todo ello se busca que las tasas de amputación quirúrgica se redujesen para mejorar la calidad de vida para los pacientes y para aumentar los recursos disponibles para el tratamiento de heridas. Para lograr alcanzar este objetivo, la gestión eficaz de la enfermedad arterial periférica en los riesgos en pacientes diabéticos mediante asesoramiento, la educación y el cambio terapéutico es el punto de partida, recordando que la diabetes es la principal causa de amputaciones de las extremidades inferiores en todo el mundo. 27

Si nos fijamos en una muestra de la tasa de amputación en Canarias estudiando la tasa de amputaciones de las extremidades inferiores en el sur de Gran Canaria, la tasa de incidencia por 100.000 fue 319,7 por año en los sujetos diabéticos.

Comparando con Málaga, una comunidad española con alta incidencia en amputaciones, la incidencia de amputación inferior fue de 6,3 por cada 100.000 personas al año en la población no diabética y 136,1 en personas con diabetes mellitus.

Comparando datos entre ambas localidades deducimos que 319,7 por 100.000 amputaciones diabéticas personas por año son 2,3 veces el número en Málaga y 50,7 veces el número en Madrid. Otros autores han informado acerca de la variación geográfica en las tasas de amputaciones inferior en la misma población con la atención de la salud. Estas variaciones pueden ser explicadas por las actitudes y habilidades impulsadas para diabéticos. 28

2.4 Consecuencias psicosociales.

Considerando el estímulo que experimenta el amputado, habrá que examinar los problemas reales que supone esta incapacidad. Estos se desarrollan por la permanencia de la pérdida producida por la amputación un número de problemas estrictamente físicos, psicológicos y sociales específicos y de naturaleza única. Después, estos problemas físicos y psicológicos deben considerarse la relación que puede haber de unos con otros por sus complejas interacciones.

La importancia de los problemas asociados con la amputación, la situación de llevar una prótesis y el reajuste personal es grande y merecen una detallada identificación.

2.4.1 Dolor relacionado con la prótesis.

Esta dificultad se presenta en el proceso de adaptación de la prótesis y se intenta que el individuo no tenga ni dolor ni tensión y esté tan cómodo como sea posible.

2.4.2 Sensación fantasma.

Otro tipo de incomodidad que se deriva es el fenómeno de sensación fantasma un dolor que aparece especialmente durante el período post-operativo inmediato, casi todos los amputados continúan sintiendo la existencia de los segmentos distales de la extremidad que han perdido como si éstos fueran todavía parte del cuerpo. En un gran porcentaje de casos, esta sensación fantasma es primero dolorosa como si la parte del cuerpo que se siente estuviera en una posición anormal o comprimida. Con el tiempo, tienden a desaparecer los aspectos dolorosos de la sensación fantasma en la mayoría de los amputados de todas formas, en algunos casos permanece indefinidamente la sensación fantasma. En especial entre los amputados de avanzada edad, la sensación fantasma es siempre dolorosa y presenta un problema importante. En el mejor de los casos, la sensación fantasma es un estímulo moderado de distracción, en otras es bastante dolorosa y molesta.

2.4.3 Consideraciones sociales.

Tal vez el requisito psicológico más importante para una vida productiva y bien adaptada es el respeto y status que recibe la persona de sus asociados e iguales.

Por encima de las satisfacciones físicas de la vida, es muy importante la satisfacción que da el cuidado y afecto de la gente que nos rodea (amigos, familia, compañeros de trabajo). En relación con el amputado, hay la posibilidad de una pérdida de aceptación por parte de sus iguales. El amputado no está normalmente obligado a adivinar lo que los demás piensan de él. Él puede (excepto en el caso de un amputado congénito) reflejar simplemente lo que pensaba acerca de otra gente inválida antes de que él mismo lo fuera. Estas actitudes que tenía hacia la gente inválida, están dirigidas ahora hacia sí mismo.

Es probable que en estas reflexiones, la palabra lisiado entre en el pensamiento del amputado acompañada de varias connotaciones de insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo y culpabilidad. Obviamente, cuando un individuo se mira a sí mismo o siente

que los demás le miran en estos términos, se considera objeto de una disminución del respeto que merece y reaccionará de acuerdo a este cambio de estado. Estas actitudes probablemente no aumentan el concepto que tiene sobre sí mismo, sino más bien lo disminuyen y el paciente supone que debe defenderse de estos ataques contra su integridad.

La utilización de la prótesis es la primera señal de la capacidad y deseo del individuo de volver a entrar en la sociedad. Como tal, su aceptación y uso es frecuentemente un buen pronóstico del efecto de todo el esfuerzo que se va a hacer con la rehabilitación, donde se muestra el deseo del individuo de volver a entrar en la sociedad. Los valores humanísticos de nuestra sociedad sugieren que debe realizarse el mayor esfuerzo posible en favor de la vuelta a la función independiente, como primer paso a la reintegración social del individuo.

2.4.4 Conducta del amputado.

Conducta a largo plazo

Después de que han pasado los efectos traumáticos psicológicos inmediatos de la cirugía de la amputación y su realización, la conducta se vuelve más relacionada con la personalidad del individuo antes de la amputación. Después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos normal.

Psicodinámica del amputado

En esta área de discusión enfocaremos la atención a los procesos psicodinámicos que actúan como un puente entre las experiencias individuales y la conducta resultante.

A. Percepción de la incapacidad

En muchos casos, estas percepciones tienen una mayor influencia en el proceso de rehabilitación y su resultado. El propio concepto refleja el significado personal de la pérdida para el individuo. La naturaleza de estas percepciones también depende mucho del valor estructural del individuo.

No sabe qué puede esperar de la vida como persona amputada y, a la vista de la trama producida por la pérdida del miembro, enfoca sus ansiedades en la amputación y considera la invalidez en su vida futura como un factor más central de lo que realmente es. De todos modos, probablemente es más correcto decir que una persona debe aprender a vivir con las percepciones de su invalidez mejor que con su invalidez.

Como el amputado actúa de acuerdo con sus percepciones, y no con la realidad, las consecuencias de una estimación muy distorsionada de su invalidez se reflejan en una mayor dificultad en aceptar las exigencias del proceso de rehabilitación.

Si no se dan los pasos necesarios para corregir estas percepciones antes de la prescripción del ajuste del miembro artificial y del entrenamiento para su uso, sería casi imposible llegar a cumplir estos procesos.

B. Consecuencias de la frustración

La manera con que la gente responde al desastre, a la muerte de un ser querido, la destrucción de su casa o la enfermedad de un niño, varía de innumerables formas. Igualmente, las reacciones a la amputación son también muy variables. Se puede esperar cualquier respuesta en la misma proporción de conductas normales, neuróticas y psicóticas que hay en el resto de la gente.

Las emociones que se despiertan pueden ser bastante específicas, como la cólera o el temor, o pueden ser difusas, como la ansiedad. Como resultado de la amputación, las reacciones emotivas suelen ser casi siempre negativas (p. ej. ansiedad, cólera, temor) como opuestas a los sentimientos positivos (p. ej. amor, afecto, alegría).

Cuando se experimentan fuertes emociones negativas, tienden a expresarse directamente a través de una conducta abierta, mientras que las emociones menos fuertes y menos específicas pueden inhibirse y modificarse más fácilmente.

En cualquier caso, es muy raro que las fuertes tensiones del amputado se revelen a través de un solo tipo de respuesta emocional.

La reacción inicial es de shock psicológico como amenaza de la propia preservación o de existencia de consecuencias individuales de la intensa ansiedad generada por la crisis de la amputación. Los síntomas asociados con el shock muy frecuentemente incluyen entorpecimiento emocional y pasividad. A nivel cognoscitivo, el individuo no tiene un

plan de acción, pues tiene sus recursos intelectuales congelados. La realidad de lo que ha sucedido es demasiado para manejarse y, por tanto, responde con un sentimiento de desamparo. Muy a menudo, el individuo refleja un tipo de conducta despersonalizada, automática, estereotipada, con un cuadro reducido de conformidad

Este choque inicial, a su vez, abre el camino a un estado secundario de adaptación, retraimiento defensivo, que está caracterizado por una dependencia del pasado, con los recuerdos más satisfactorios de una vida anterior. El individuo utiliza una variedad de mecanismos de evasión. 29

Con las consecuencias psicosociales que pueden producir una amputación concluimos este marco teórico que ha servido para explicar y dar a conocer los aspectos más importantes que trataremos a lo largo de la investigación y para facilitar la comprensión de los mismos. En el siguiente apartado expondremos los objetivos que se intentan alcanzar con la realización de este estudio y posteriormente el desarrollo de la investigación y sus resultados.

3. METODOLOGÍA

3.1 Objetivo.

General:

Conocer si hay diferencias entre pacientes diabéticos amputados y no amputados respecto a hábitos de salud, autocuidados, apoyos y conocimiento de la enfermedad.

3.2 Método

3.2.1. Participantes: Descripción y muestra

Como ya hemos dicho, los datos obtenidos para poder realizar esta investigación han sido posibles gracias a la colaboración de dos grupos de personas:

A) Personas diabéticas

Este grupo lo han compuesto personas de a pie que padecen diabetes y hemos contabilizado un total de 22 personas entrevistadas, siendo 15 mujeres y 7 hombres. De los cuales:

Tabla 2: Edad personas diabéticas encuestadas

Edad	Fr	%
Menos de 30 años	13	59
Entre 30 y 50 años	0	0
Más de 50 años	9	41
Total	22	100

Tabla 3: Datos sociodemográficos personas diabéticas encuestadas

Variable	Ítem	Fr	%
Estado civil	Casado/as	3	13,7
	Soltero/as	12	54,5
	Pareja de hecho	1	4,5
	Pareja estables*	2	9,1
	Separados/as	2	9,1
	Viudos/as	2	9,1
Convivencia	Familia	14	63,7
	Amigos/as	3	13,6
	Pareja	2	9,1
	Solo/a	3	13,6
Nº personas convive	Ninguno	3	13,6
	1 persona	6	27,3
	2 personas	5	22,7
	3 personas	5	22,7
	4 personas	2	9,1
	6 personas	1	4,5
Situación profesional actual	Trabajo doméstico	1	4,5
	Otros	5	22,7
	Trabaja por cuenta propia	1	4,5
	Trabaja por cuenta ajena	4	18,2
	Desempleados	6	27,3
	Jubilados	5	22,7
Estudios Max. alcanzados	Saben leer y escribir	3	13,6
	Estudios primarios	3	13,6
	Graduado escolar	3	13,6
	Bachillerato	4	18,2
	Enseñanzas profesionales	1	4,5
	Estudios universitarios o superiores	8	36,4

*Hace referencia a parejas que no están registradas oficialmente, pero comparten un proyecto de vida juntos

B) Personas diabéticas amputadas

Este grupo está compuesto por pacientes de rehabilitación del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y hemos contabilizado un total de 21 personas entrevistadas, siendo 17 hombres y 4 mujeres. De los cuales:

Tabla 4: Edad de personas diabéticas amputadas encuestadas

Edad	Fr	%
Más de 50 años	21	100
Total	21	100

Tabla 5: Datos sociodemográficos de personas diabéticas amputadas encuestadas

Variable	Ítem	Fr	%
Estado civil	Casado/as	8	38,1
	Soltero/as	6	28,5
	Pareja estables*	1	4,8
	Separados/as	5	23,8
	Viudos/as	1	4,8
Convivencia	Familia	15	71,4
	Amigos/as	2	9,5
	Pareja	1	4,8
	Solo/a	3	14,3
Nº personas convive	Ninguno	3	14,3
	1 persona	9	42,8
	2 personas	5	23,8
	3 personas	2	9,5
	5 personas	1	4,8
	Residencia	1	4,8
Situación profesional actual	Incapacidad Laboral	8	38,1
	Trabaja por cuenta propia	1	4,8
	Desempleados	4	19
	Jubilados	8	38,1
Estudios Max. alcanzados	Sin estudios	1	4,8
	Saben leer y escribir	1	4,8
	Estudios primarios	8	38,1
	Graduado escolar	1	4,8
	Bachillerato	2	9,5
	Enseñanzas profesionales	6	28,5
	Estudios universitarios o superiores	2	9,5

**Hace referencia a parejas que no están registradas oficialmente, pero comparten un proyecto de vida juntos*

3.2.2. Diseño

El tipo de diseño es pre- experimental, ya que el investigador observa la realidad con la que va a trabajar sin intervenir en ella y se basa en un análisis de las variables estudiadas para conocer el efecto que pueden darse entre ellas.

3.2.3 Instrumento

Como ya mencionamos anteriormente, el instrumento utilizado para la obtención de datos fue la elaboración de una encuesta estructurada compuesta por variables cualitativas en su mayoría y algunas cuantitativas.

- A) Datos de identificación
- B) Hábitos de salud, relaciones personales y familiares
- C) Datos de Salud
- D) Apoyos recibidos y satisfacción de los mismos
- E) Datos de autocuidados e información de la diabetes

Cabe destacar que en la encuesta utilizada para tomar la muestra de personas diabéticas amputadas se añadió un sexto apartado complementario titulado “Impacto de la amputación”.

3.2.4 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación hemos entrevistado a personas diabéticas y personas diabéticas que han sufrido cualquier tipo de amputación en sus extremidades inferiores a través de un cuestionario estructurado y que combina variables cualitativas y cuantitativas.

Tras el trabajo de campo, se analizaron estadísticamente los datos obtenidos con el programa SPSS Statistics teniendo el objetivo de obtener un análisis que permita elaborar una serie de conclusiones basándonos en los resultados obtenidos en la investigación.

En primer lugar, tras introducir los datos en el SPSS procedimos a la depuración de la base de datos de la investigación. Ya en el mismo paquete estadístico se procedió al análisis de los datos.

Es necesario destacar que tanto las variables relativas a los *apoyos recibidos* (familiares, de amistades, de asociaciones, del Centro de Salud, de otras persona y de Servicios comunitarios) como al tipo de *autocuidado* practicado (información a través de internet, a través de otros pacientes...) son de tipo multi-respuesta, por lo que en el análisis estadístico se han tratado como tal. Además, para nuestra investigación se procedió a la recodificación de algunas variables para evitar que, dado el tamaño de la muestra, quedaran categorías vacías. De esta forma, se recodificó la variable *edad* (en tres grupos), la variable *años desde que debutó en la diabetes* (también en tres grupos), las *horas de sueño* (dos grupos) y las *comidas al día* (dos grupos). Por último, las variables *edad* y *peso* se utilizaron para elaborar el *Índice de Masa Corporal* (IMC) y, para determinar a los individuos que sufrieron una amputación, se procedió a crear una variable denominada *amputación* (categorizada en *sí* y *no*) para estudiar tanto los impactos psicológicos y físicos como los hábitos de los que se les ha amputado algún miembro.

En la encuesta también recogemos algunas escalas que clasifican de 1 a 5 la satisfacción de los apoyos (siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho) y en el grado de dificultad para llevar a cabo algunas tareas del día a día que se preguntan a las personas diabéticas amputadas, siendo 1 nada de esfuerzo y 5 muchísimo esfuerzo.

Ya en el análisis descriptivo, se procedió a elaborar en primer lugar el perfil de los encuestados para después exponer los datos acerca de los hábitos de los encuestados, las características de su diabetes, sus autocuidados, los apoyos recibidos y el impacto de la amputación si la ha habido.

Ya en el análisis estadístico, se procedió a cruzar las variables independientes con las variables dependientes que se consideraron de interés para la investigación. Para realizar el análisis propuesto se utilizó el procedimiento de Tablas de Contingencia y el estadístico Chi cuadrado, marcando la relación que es estadísticamente significativa con un 95% de confianza

4. RESULTADOS

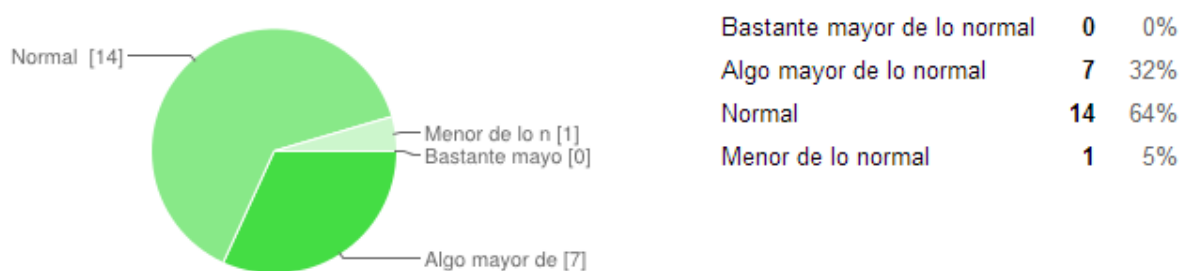
En este apartado se exponen los resultados del trabajo realizado. Los mismos se presentan de manera conjunta (grupo de amputados y no amputados) y se exponen en cuatro apartados:

4.1. HÁBITOS DE SALUD, RELACIONES PERSONALES Y FAMILIARES

Tabla 6: IMC personas diabéticas y opinión de su peso en relación a su estatura.

Índice de Masa Corporal	Personas
Peso normal	20
Sobrepeso	1
Obesidad	1

Gráfica 1: Opinión de su peso en relación a su estatura (personas diabéticas)

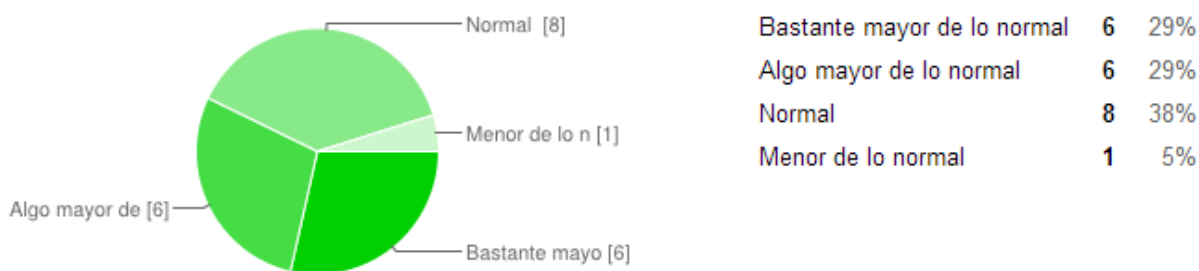


Un porcentaje destacable de personas diabéticas (32%) creen que su peso es algo mayor de lo normal, pero el cálculo de su IMC muestra que se encuentran en un peso ideal

Tabla 7: IMC personas diabt. amputadas y opinión de su peso en relación a su estatura.

Índice de Masa Corporal	Personas
Peso normal	8
Sobrepeso	3
Obesidad	10

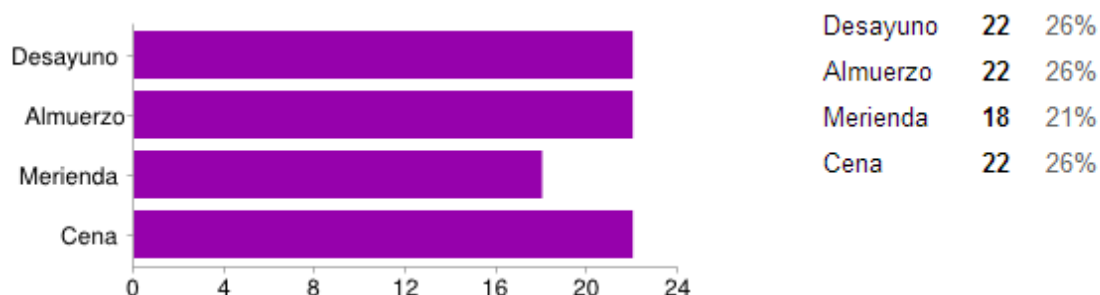
Gráfica2: Opinión de su peso en relación a su estatura (personas diabéticas amputadas)



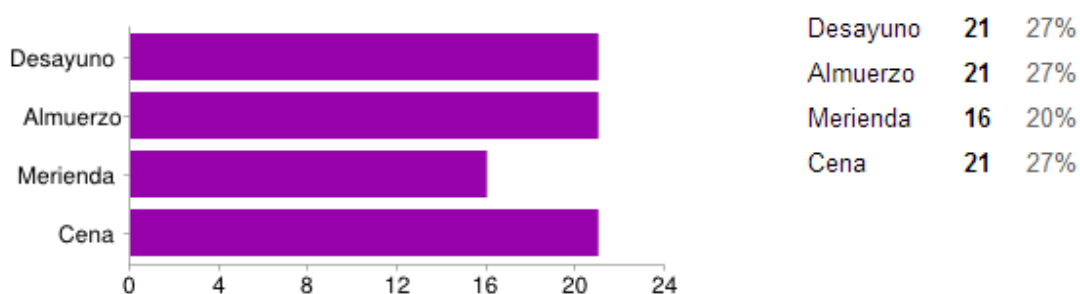
Por lo contrario, casi la mitad de este grupo presenta obesidad, y en su percepción de su peso parece haber confusión entre obesidad y sobrepeso

4.1.2 .Comidas que realizan.

Gráfica 3: Comidas que realizan personas diabéticas



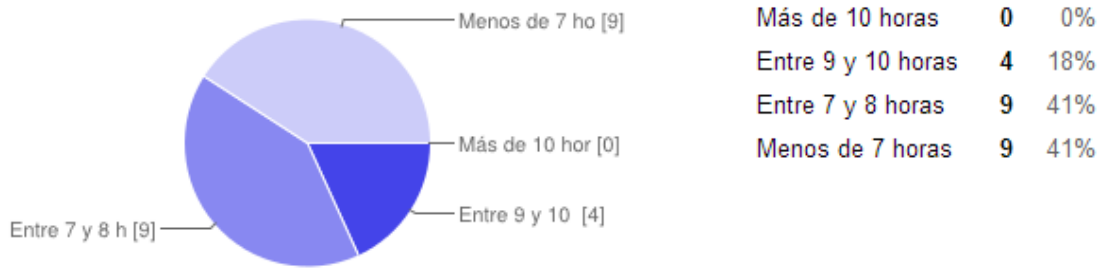
Gráfica 4: comidas que realizan personas diabéticas amputadas



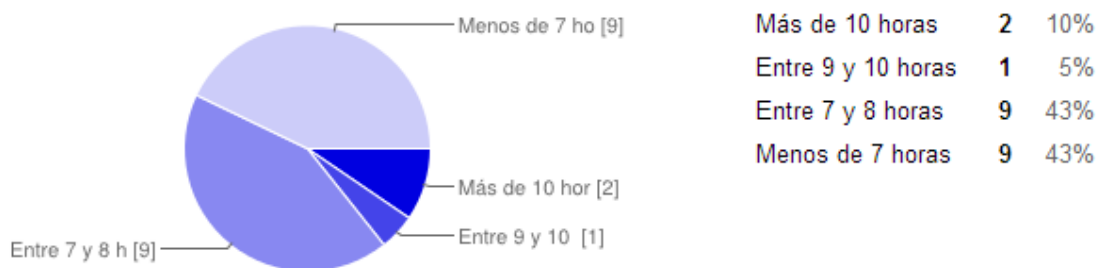
Por lo general, no hay diferencias en cuanto a la toma de comidas entre ambos grupos.

4.1.3. Horas de sueño

Gráfica 5: Horas de sueño personas diabéticas



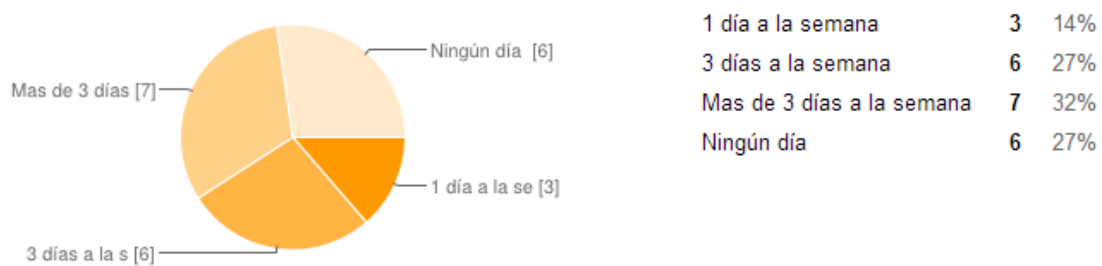
Gráfica 6: Horas de sueño personas diabéticas amputadas



En ambos grupos, las horas de sueño son muy similares como demuestran las gráficas.

4.1.4. Ejercicio físico

Gráfica 7: Ejercicio físico en personas diabéticas



Más de la mitad de las personas diabéticas encuestadas (59%) realizan actividad física 3 o más días a la semana, pero el resto solo un día o ninguno.

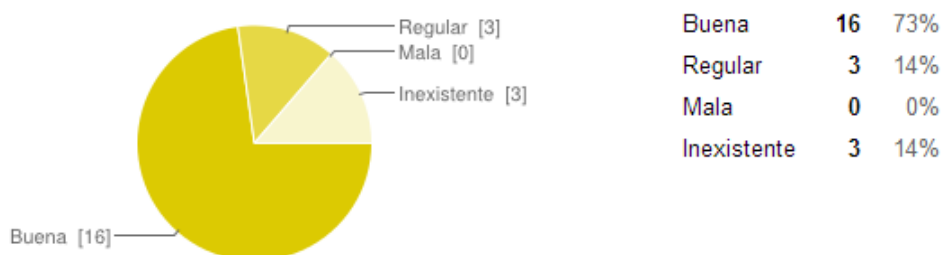
Gráfica 8: Ejercicio físico en personas diabéticas amputadas



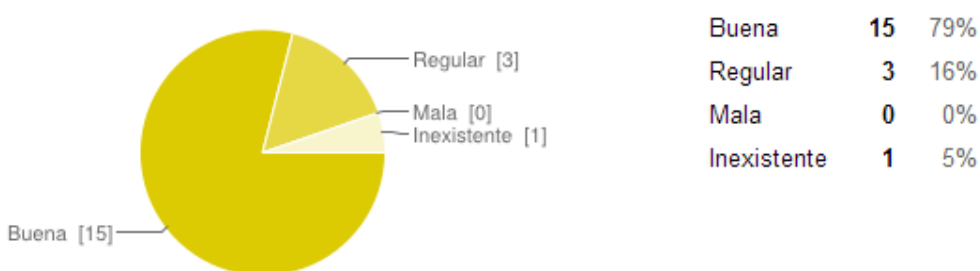
Por lo contrario, las personas diabéticas amputadas, el 48 % realiza ejercicio 3 días (siendo estas sesiones de rehabilitación) y un 38% hace más ejercicio fuera del hospital. El 10% restante son pacientes ingresados pero que no están acudiendo a rehabilitación.

4.1.5. Relación con las personas que convives

Gráfica 9. Relación con las personas que conviven las personas diabéticas



Gráfica 10: Relación con las personas que conviven personas diabéticas amputadas

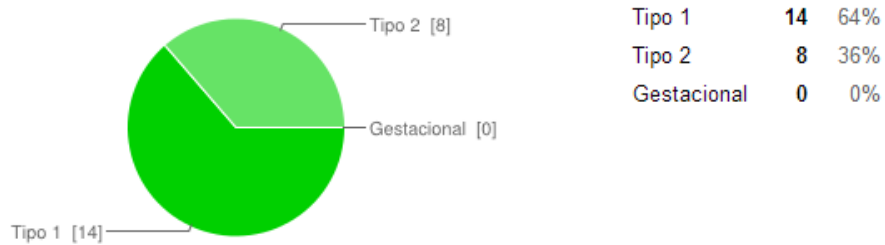


En ambos grupos, destaca la buena relación que tienen estas personas con las que convive. Los casos de “inexistente”, en los casos de los encuestados, se aplica para aquellos que viven solos.

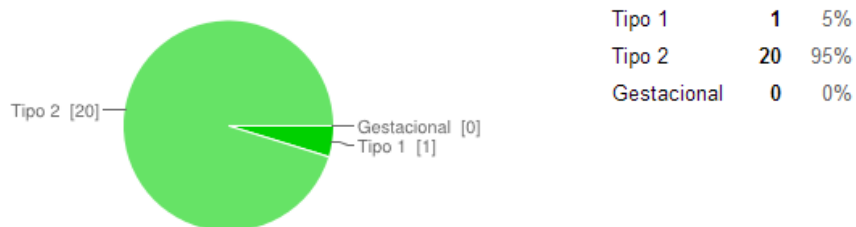
4.2. DATOS DE SALUD.

4.2.1 Tipo de diabetes

Gráfica 11. Tipo de diabetes de las personas diabéticas encuestadas



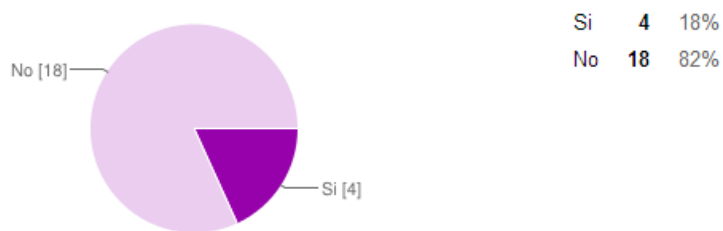
Gráfica 12. Tipo de diabetes en las personas diabéticas amputadas encuestadas.



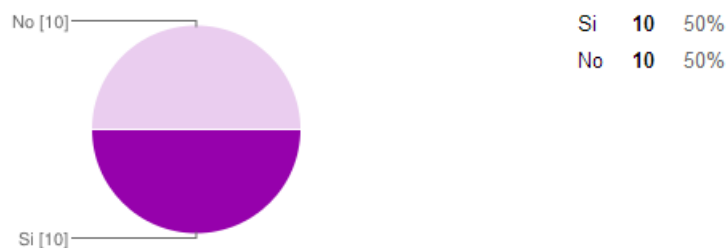
Casi la totalidad de las personas diabéticas amputadas presentan un tipo 2 de diabetes mientras que en el resto de personas diabéticas hay un reparto entre el tipo 1 y 2.

4.2.2. Otras enfermedades físicas diagnosticadas

Gráfica 13. Enfermedades físicas en personas diabéticas



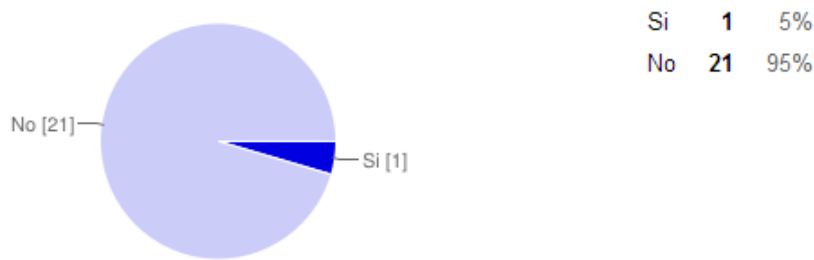
Gráfica 14: Enfermedades físicas en personas diabéticas amputadas



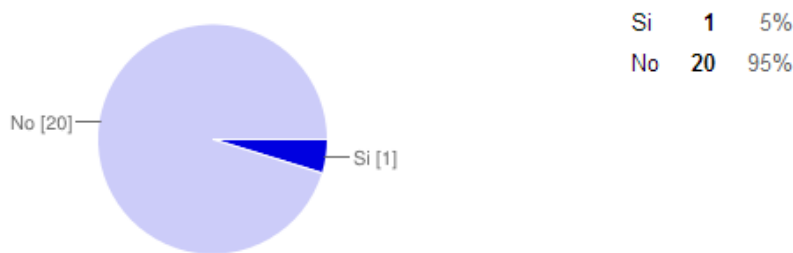
Según los datos de las muestras recogidas, hay más probabilidad de existencia de otras enfermedades físicas en las personas amputadas.

4.2.3. Problemas de salud mental o psicológicos diagnosticados

Gráfica 15. Problemas de salud mental en personas diabéticas



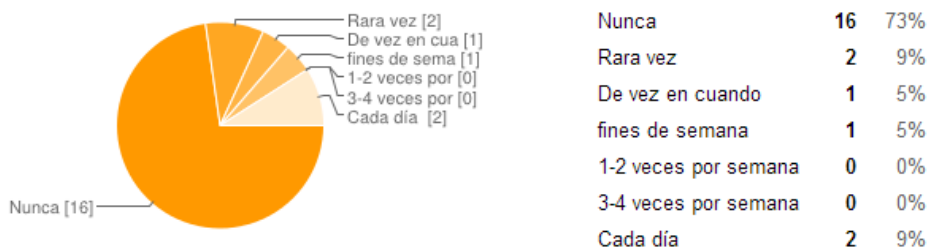
Gráfica 16: Problemas de salud mental en personas diabéticas amputadas



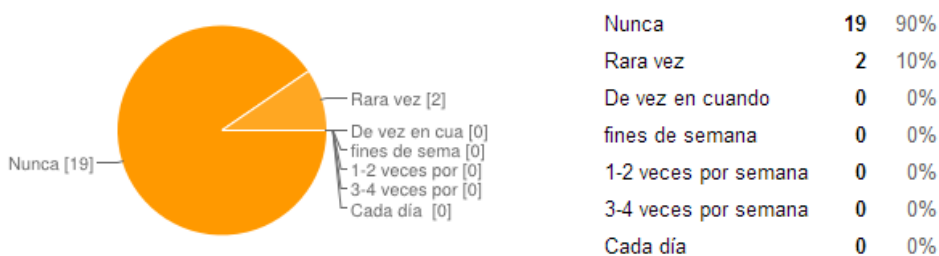
El estar o no amputado, parece no afectar en la presencia de enfermedades psicológicas.

4.2.4. Consumo de tabaco

Gráfica 17. Consumo de tabaco en personas diabéticas



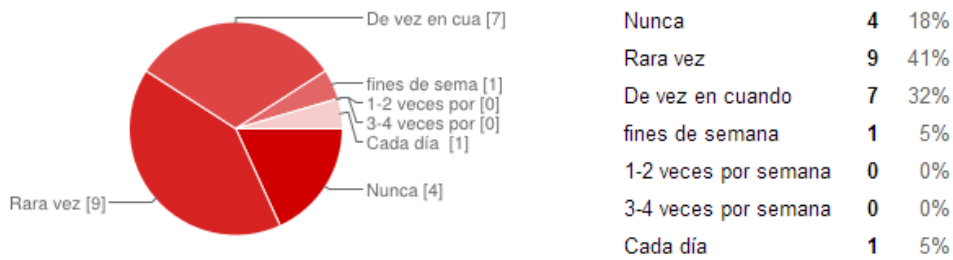
Gráfica 18. Consumo de tabaco en personas diabéticas amputadas



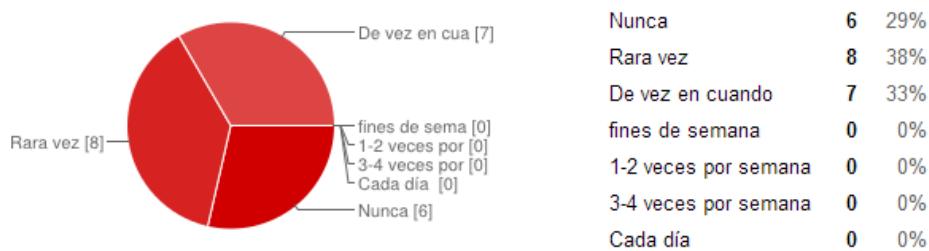
Un 28% de las personas diabéticas encuestadas se declaran fumadoras ante el 10% de las personas amputadas y aunque se refleje un 90% de que estas personas no son fumadoras, lo dejaron cuando se le diagnosticó diabetes o tuvieron alguna complicación a causa de ella.

4.2.5. Consumo de alcohol

Gráfica 19. Consumo de alcohol en personas diabéticas



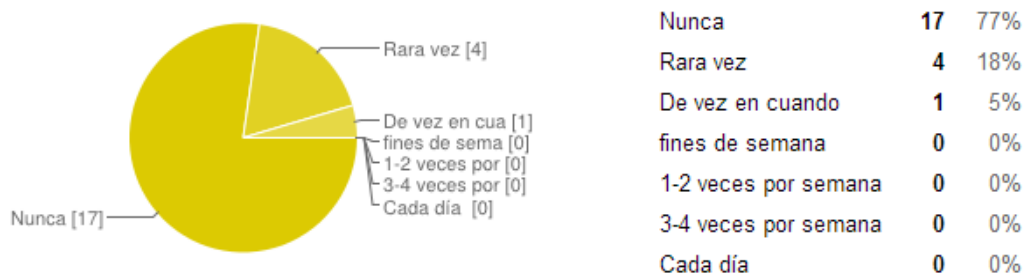
Gráfica 20. Consumo de alcohol en personas diabéticas amputadas



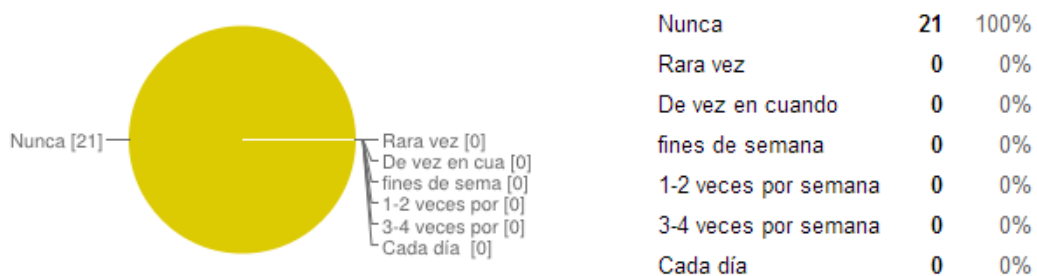
En ambos grupos, los resultados son similares. Muchas personas amputadas dejaron de beber por diagnóstico de la diabetes o alguna complicación.

4.2.6. Consumo de otras sustancias

Gráfica 21. Consumo de otras sustancias en personas diabéticas



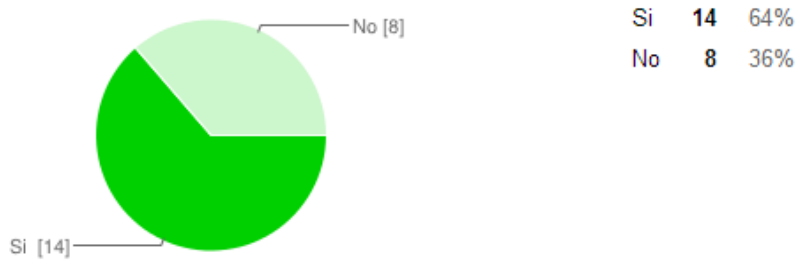
Gráfica 22. Consumo de otras sustancias en personas diabéticas amputadas



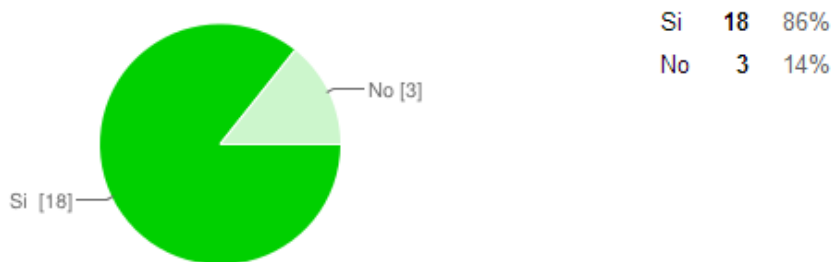
Mientras que en las personas diabéticas amputadas, nadie de los sujetos encuestados toman otras sustancias, en las personas diabéticas lo hacen un 23%.

4.2.7. Familiares u antecedentes familiares con diabetes

Gráfica 23. Antecedentes familiares en personas diabéticas



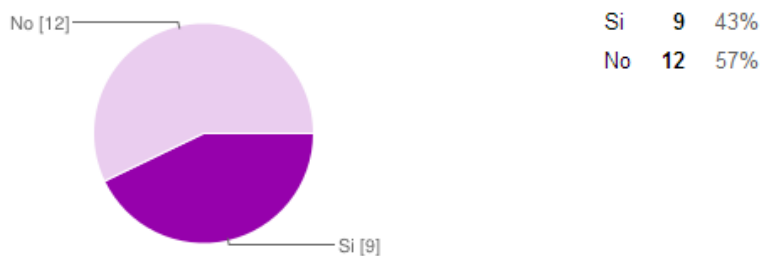
Gráfica 24. Antecedentes familiares en personas diabéticas amputadas



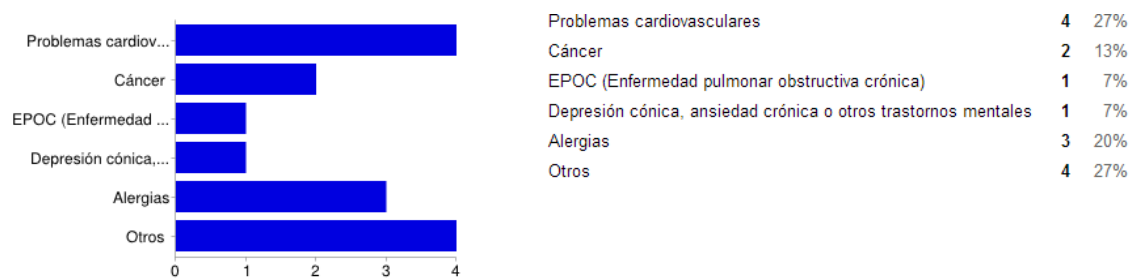
En ambos grupos, los resultados son bastante similares. Esto se puede deber a la zona geográfica de Canarias y la variabilidad genética.

4.2.8. Familiares u antecedentes familiares con enfermedades de tipo crónico

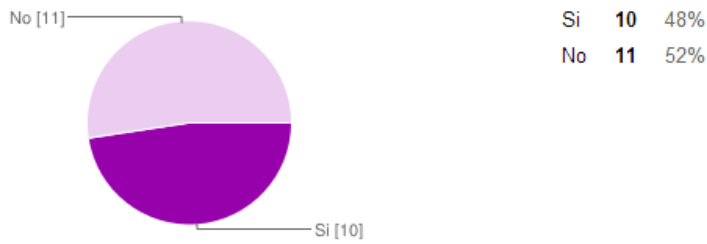
Gráfica 25. Antecedentes familiares con enfermedades crónicas de personas diabéticas



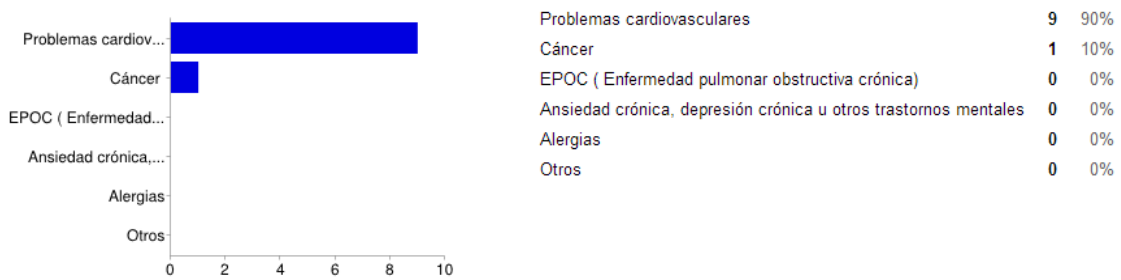
De las cuales: (Gráfica 27. Tipo de enfermedad crónica de familiares de personas diabéticas)



Gráfica 28. Antecedentes familiares con enfermedades crónicas en personas amputadas por diabetes



De las cuales: (Gráfica 29: Tipo de enfermedad de antecedentes familiares de personas diabéticas amputadas)

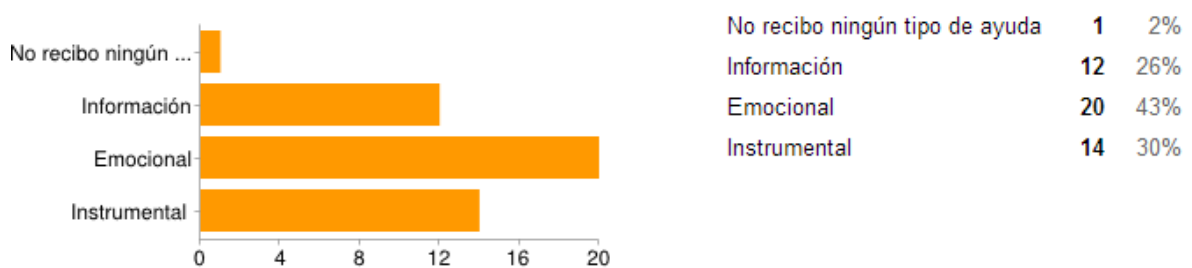


En los dos grupos, aproximadamente la mitad posee familiares con alguna enfermedad de tipo crónico predominando los problemas cardiovasculares y destacando las alergias y otras enfermedades en el grupo de personas diabéticas.

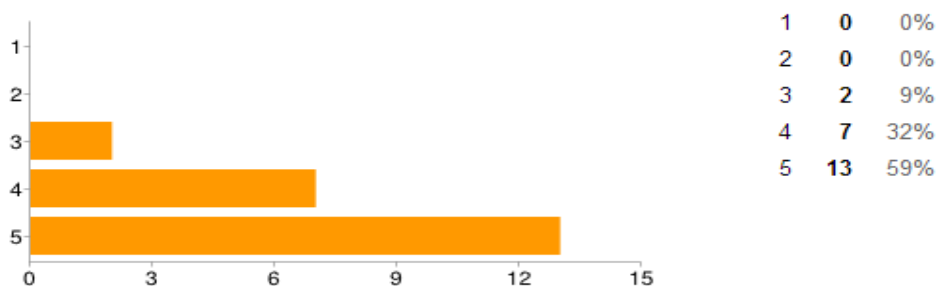
4.3. APOYOS RECIBIDOS Y SATISFACCIÓN CON LOS MISMOS

4.3.1. Apoyo de sus familiares

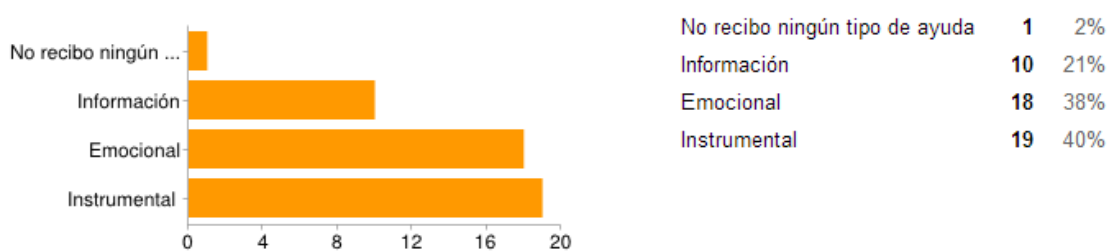
Gráfica 30: Apoyos familiares en personas diabéticas



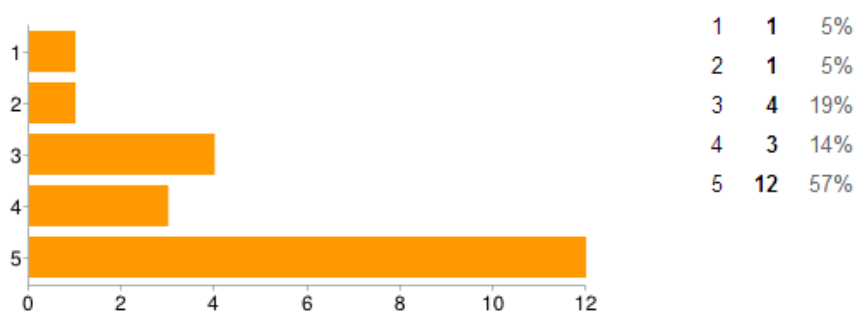
Satisfacción: (Gráfica 31: Satisfacción de apoyos familiares en personas diabéticas)



Gráfica 32: Apoyos familiares en personas diabéticas amputadas



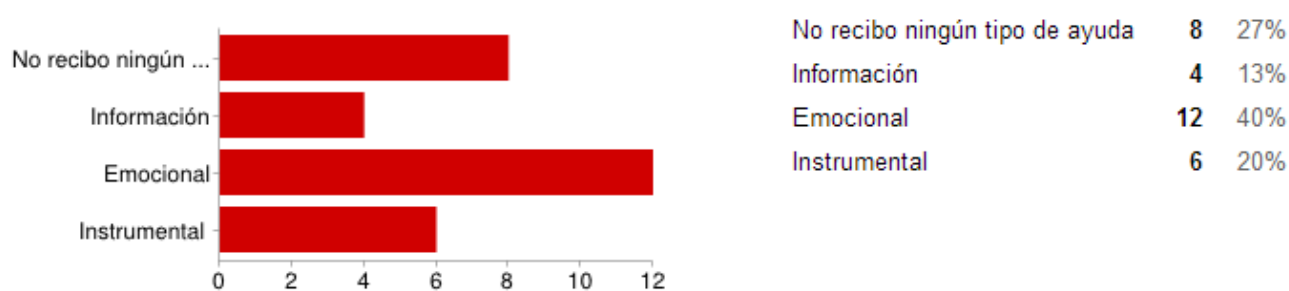
Satisfacción: (Gráfica 33: Satisfacción de apoyos familiares en personas diabéticas amputadas)



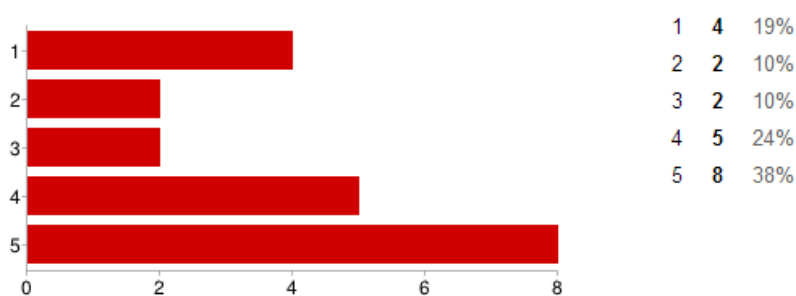
En los dos grupos la familia aporta de los tres tipos de apoyo, siendo la emocional e instrumental las que predominan. La satisfacción de este apoyo es clasificada como muy buena por ambos grupos.

4.3.2. Apoyo de sus amistades

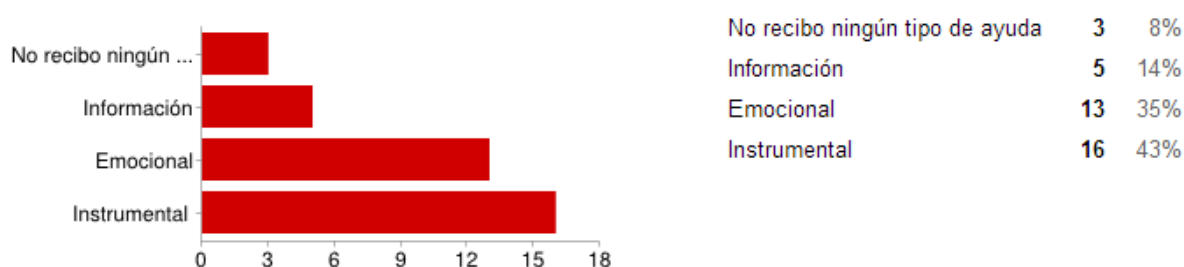
Gráfica 34. Apoyo de amistades en personas diabéticas



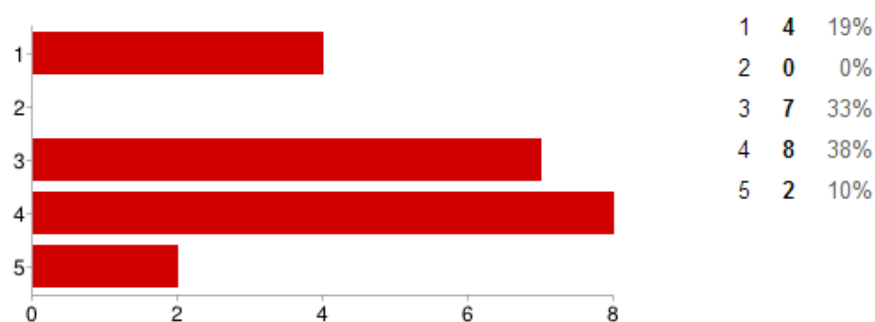
Satisfacción: (Gráfica 35. Satisfacción de apoyos de amistades en personas diabéticas.)



Gráfica 36. Apoyos de amistades de personas diabéticas amputadas



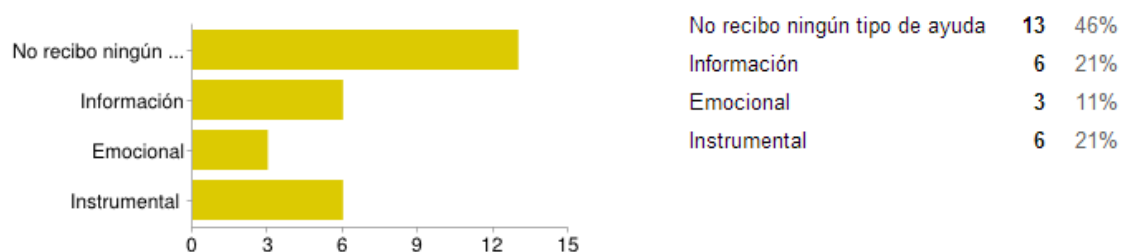
Satisfacción: (Gráfica 37: Satisfacción apoyo amistades en personas diabéticas amput)



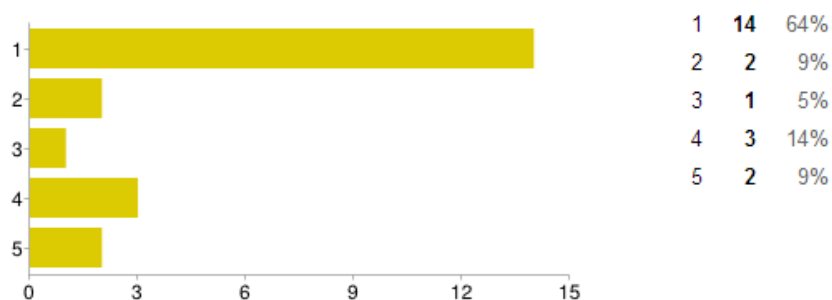
En las personas diabéticas, el apoyo emocional es el destacable en sus amistades, aunque un gran porcentaje refleja que muchos no reciben ayuda de estos. En las personas amputadas, el apoyo instrumental es el que predomina seguido del emocional. En este grupo es menor el porcentaje de los que no reciben ayuda de sus amigos.

4.3.3. Asociaciones

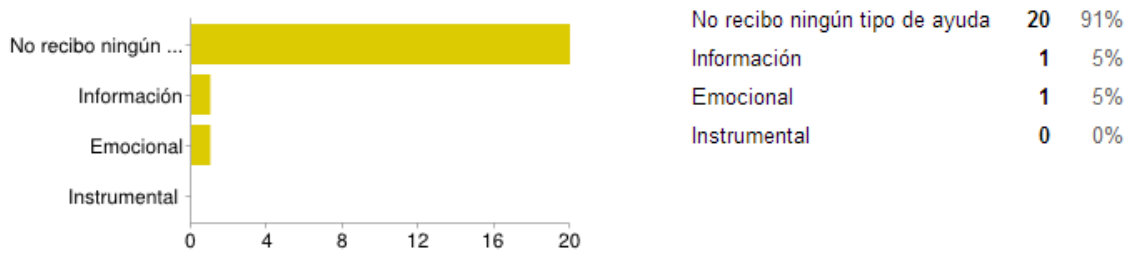
Gráfica 38. Apoyo de asociaciones en personas diabéticas



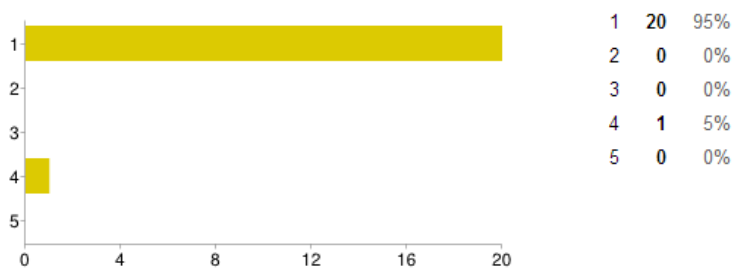
Satisfacción: (Gráfica 39. Satisfacción de apoyo de asociación en personas diabéticas)



Gráfica 40. Apoyo de la asociación en personas diabéticas amputadas



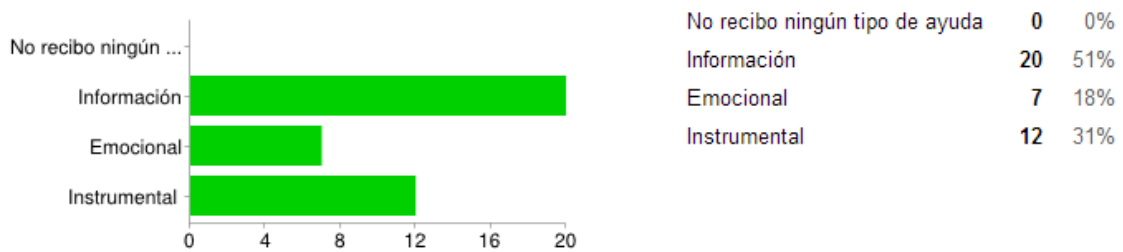
Satisfacción: (Gráfica 41. Satisfacción del apoyo de la asociación en personas diabéticas amputadas)



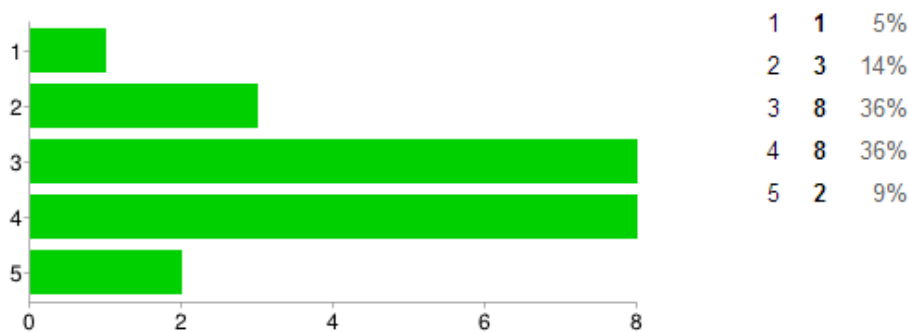
El 54% de las personas diabéticas reciben apoyo de asociaciones (predominando la información y el apoyo instrumental) mientras que el 95% las personas diabéticas amputadas no reciben ningún tipo de apoyo de estas.

4.3.4. Centro de Salud

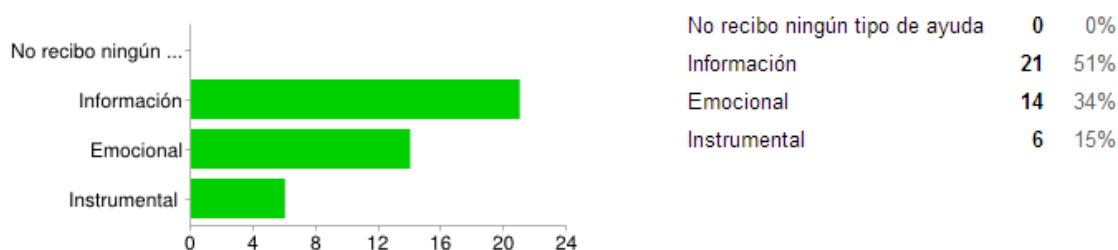
Gráfica 42. Apoyo del centro de salud en personas diabéticas



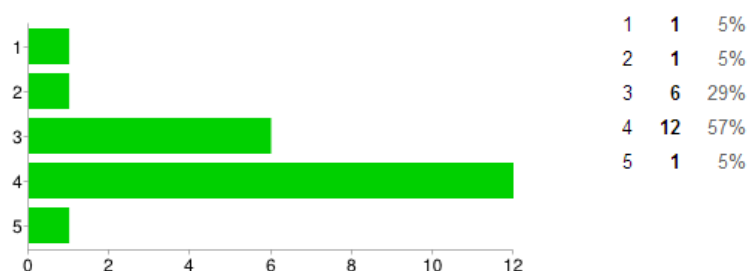
Satisfacción: (Gráfica 43: Satisfacción apoyo centro de salud en personas diabéticas)



Gráfica 44: Apoyo del centro de salud en personas diabéticas amputadas



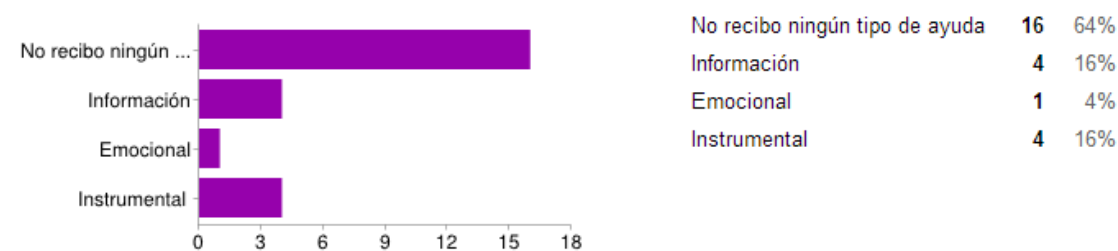
Satisfacción (Gráfica 45: Satisfacción del apoyo del centro salud en personas diabéticas amputadas)



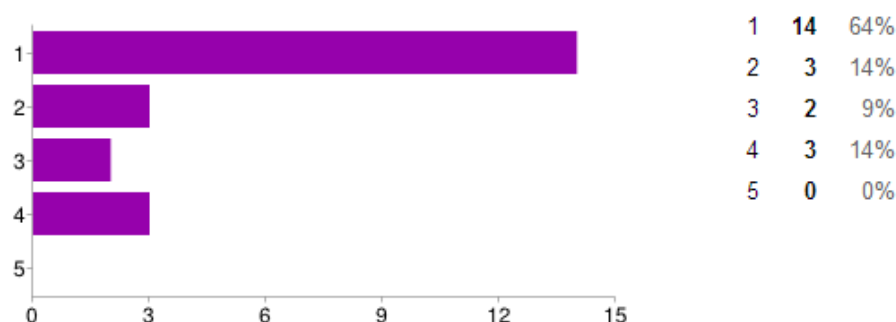
En las personas diabéticas predominan los apoyos de información e instrumental desde su centro de salud, mientras que en las personas diabéticas amputadas son la información y el apoyo emocional los más destacados. La satisfacción oscila entre “algo satisfecho” y “bastante satisfecho” en ambos grupos.

4.3.5. Recursos o servicios de la comunidad

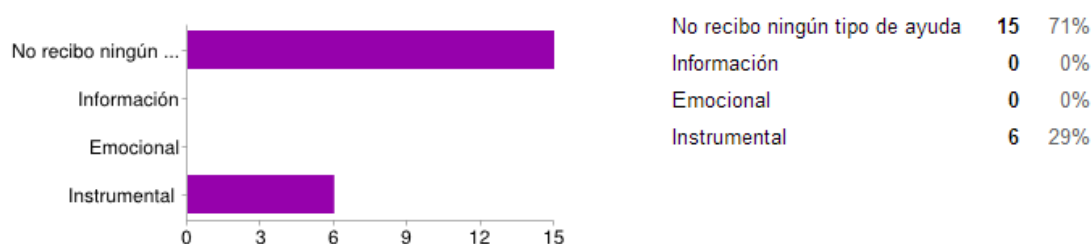
Gráfica 46. Apoyos de recursos comunitarios en personas diabéticas



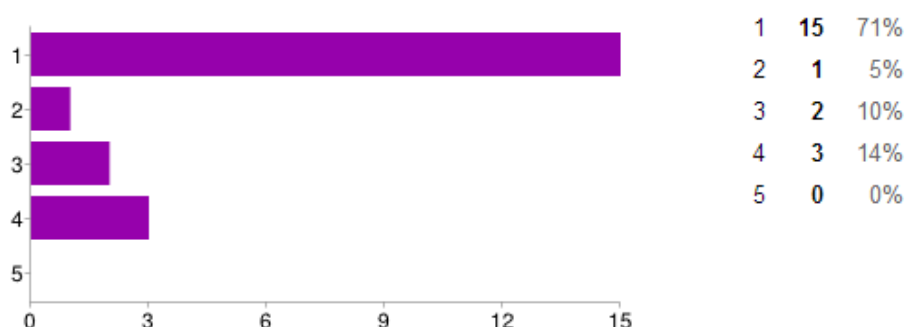
Satisfacción: (Gráfica 47: Satisfacción de recursos comunitarios en personas diabéticas)



Gráfica 48. Apoyos de recursos comunitarios en personas diabéticas amputadas



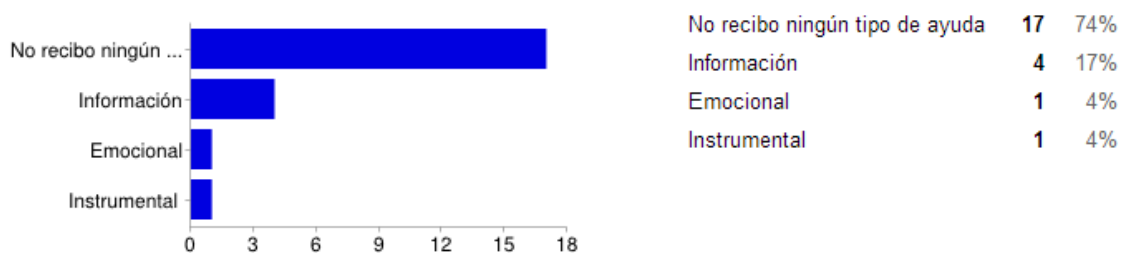
Satisfacción: (Gráfica 49. Satisfacción de recursos comunitarios en personas diab ampt.)



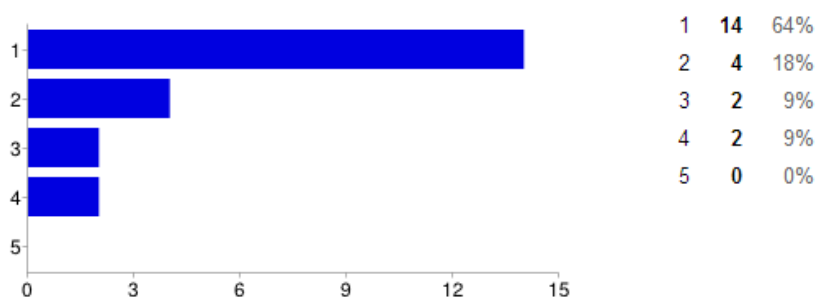
Tanto el 64% de personas diabéticas como el 71% de personas diabéticas amputadas no reciben ningún tipo de ayuda de este tipo de recursos comunitarios. La información y el apoyo instrumental predominan en las personas diabéticas que si reciben ayuda de estos recursos y el apoyo instrumental es el que destaca en personas diabéticas amputadas.

4.3.6. Otras personas o instituciones

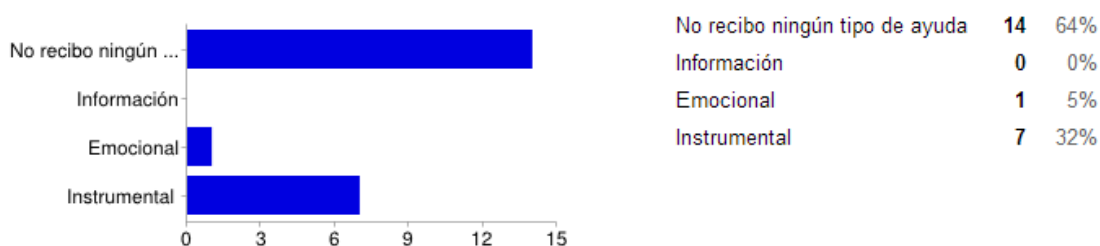
Gráfica 50. Apoyos de otras personas o instituciones en personas diabéticas



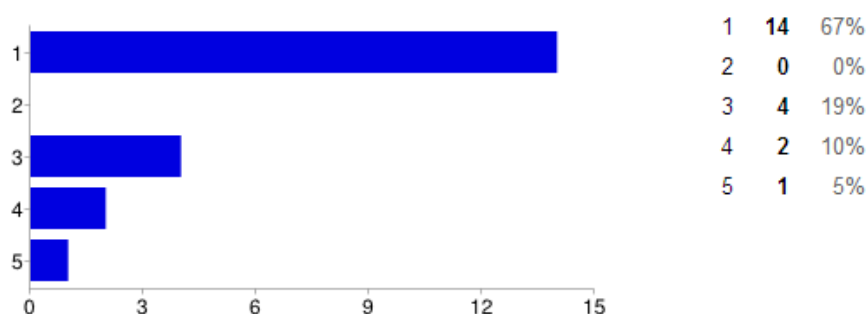
Satisfacción: (Gráfica 51: Satisfacción otras personas o instituciones en personas diab.)



Gráfica 52: Apoyos de otras personas o instituciones en personas diabéticas amputadas



Satisfacción: (Gráfica 53. Satisfacción de apoyos de otras personas o instituciones en personas diabéticas amputadas)

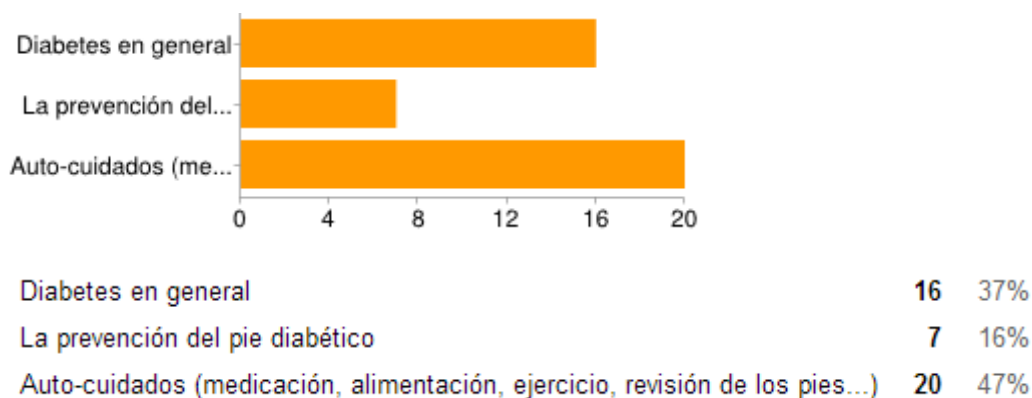


El 74% de personas diabéticas y el 67% de personas diabéticas amputadas tampoco reciben apoyos de otras personas o instituciones. Sin embargo las personas diabéticas que si lo reciben son en forma de información y las personas diabéticas amputadas como apoyo instrumental.

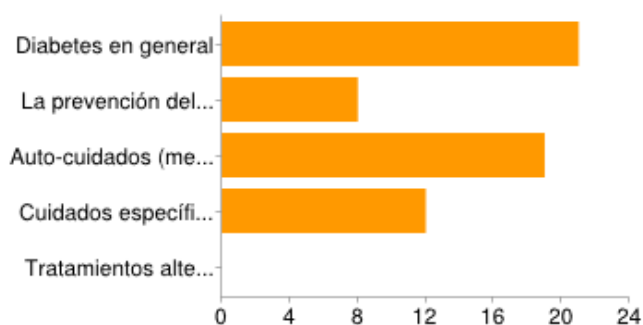
4.5. DATOS DE AUTOCUIDADO E INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES

4.5.1. Información recibida por personal sanitario, asociaciones... sobre:

Gráfica 53. Información recibida en personas diabéticas



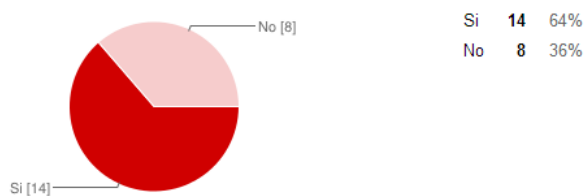
Gráfica 54. Información recibida en personas diabéticas amputadas



Diabetes en general	21	35%
La prevención del pie diabético	8	13%
Auto-cuidados (medicación, alimentación, ejercicio, revisión de los pies...)	19	32%
Cuidados específicos sobre amputaciones y prevención de las mismas	12	20%
Tratamientos alternativos para evitar o retrasar la amputación	0	0%

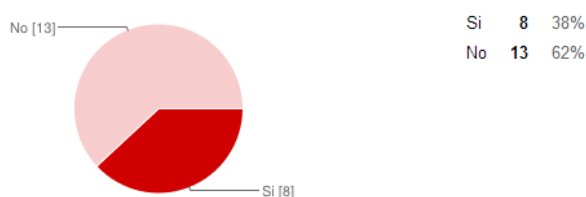
Por lo general, desde el personal sanitario, asociaciones... la información mayoritaria que han recibido ambos grupos trata acerca de la diabetes y los autocuidados a tener en cuenta para hacer un buen control de la misma. Menos de la mitad de las personas encuestadas en ambos grupos ha recibido información acerca del pie diabético. Un dato a destacar es que ninguna persona diabética amputada ha recibido información sobre tratamientos alternativos para intentar evitar la amputación.

Gráfica 55. ¿Sabe lo que es el pie diabético? (Personas diabéticas)



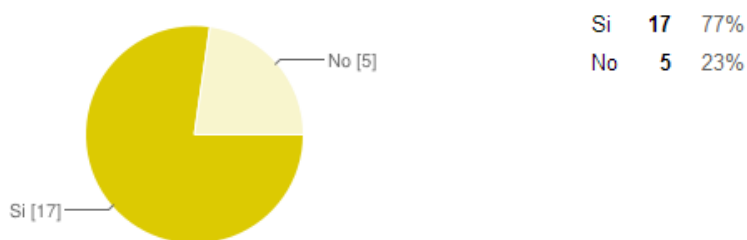
Sin embargo, más de la mitad de las personas diabéticas contesta que si saben lo que es el pie diabético.

Gráfica 56. ¿Sabía lo que era el pie diabético antes de la amputación? (Personas diabéticas amputadas).

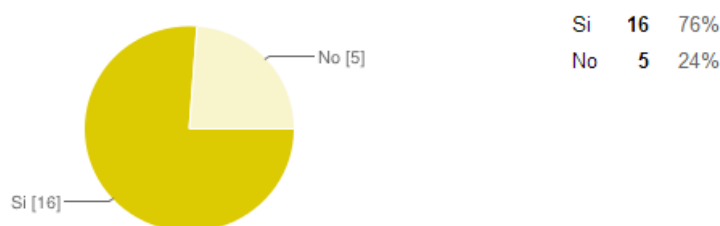


Menos de la mitad de las personas diabéticas amputadas sabían lo que era el pie diabético antes de sufrirlo.

Gráfica 57. ¿Conoce las complicaciones de la diabetes en las extremidades inferiores? (Personas diabéticas)



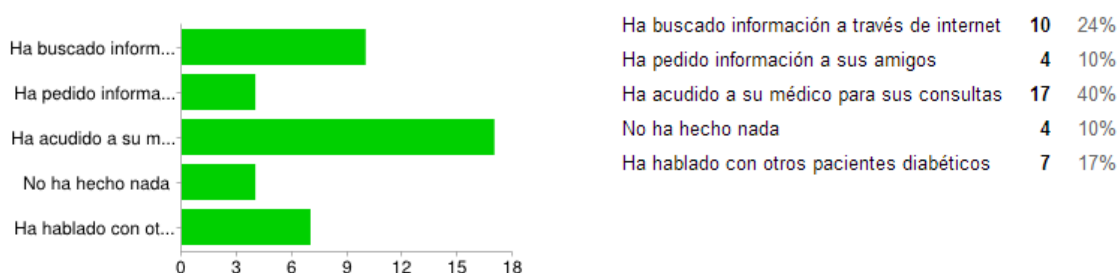
Gráfica 58. ¿Conocía las complicaciones de la diabetes en las extremidades inferiores antes de la amputación? (Personas diabéticas amputadas)



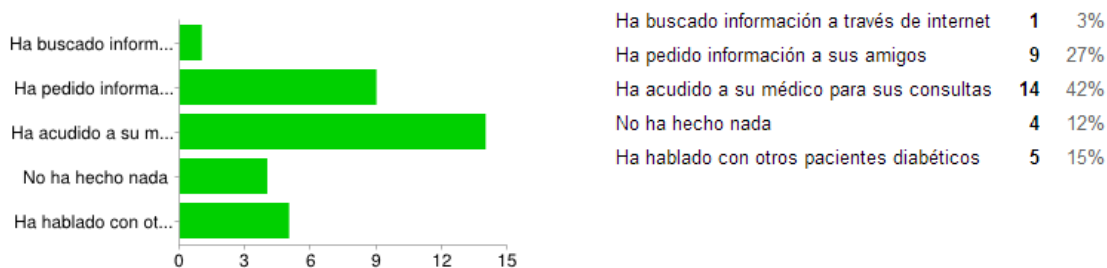
El 76% en personas diabéticas y el 77% en personas diabéticas amputadas conocían o conoces las complicaciones que se pueden generar en las extremidades inferiores.

4.5.4. Desde que es diabético, que ha hecho para prevenir complicaciones

Gráfica 59. Procedimientos para prevenir complicaciones de personas diabéticas



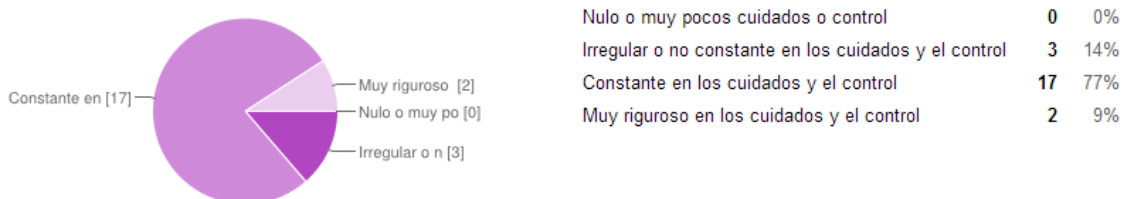
Gráfica 60. Procedimientos para prevenir complicaciones de personas diabéticas amputadas



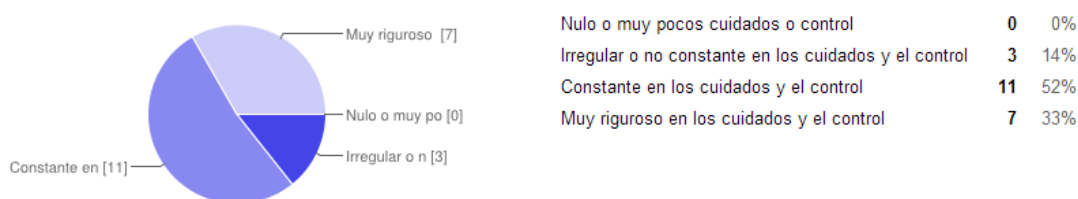
En ambos grupos destaca el haber consultado a su médico, sin embargo en las personas diabéticas acuden más a internet para posibles dudas mientras que las personas diabéticas amputadas hacen lo propio con sus amigos.

4.5.5. Opinión sobre su percepción del control que lleva de la diabetes

Gráfica 61. Opinión de la percepción del tratamiento en personas diabéticas



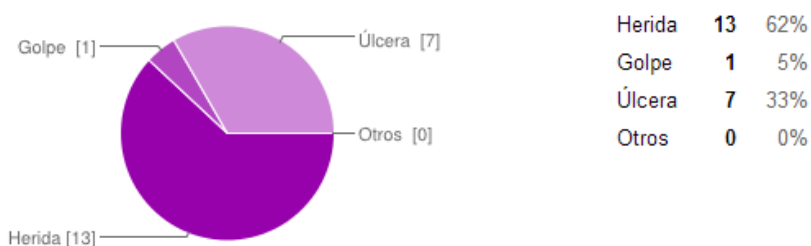
Gráfica 62. Opinión de la percepción del tratamiento en personas diabéticas ampt.



Por lo general, su opinión sobre el control que realizan es que son constantes en su tratamiento, pero en las personas diabéticas amputadas hay un 33% destacable de la muestra que lo considera como riguroso, lo que se entiende por su situación.

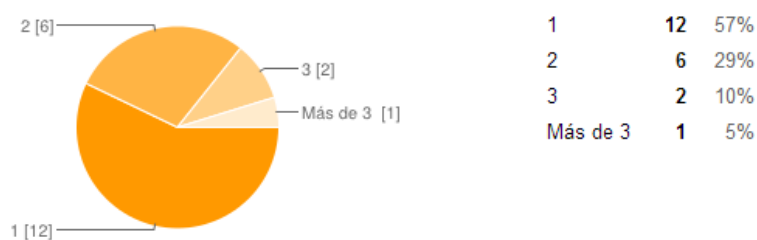
4.6. IMPACTO DE LA AMPUTACIÓN (SOLO PERSONAS DIABÉTICAS AMPUTADAS)

Gráfica 63. Causa de la amputación.



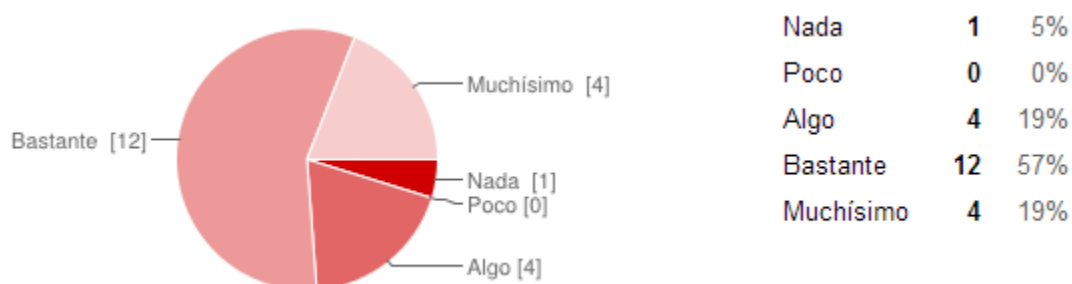
El 62% de las personas encuestadas, sufrieron la amputación a causa de heridas, estas cuando empeoran y no cicatrizan generan úlceras, por lo que el 33% que han sufrido la amputación por causas de úlcera aquí reflejado ha sido por úlceras de presión, úlceras cutáneas, úlceras vasculares...

Gráfica 64. Número de amputaciones realizadas.



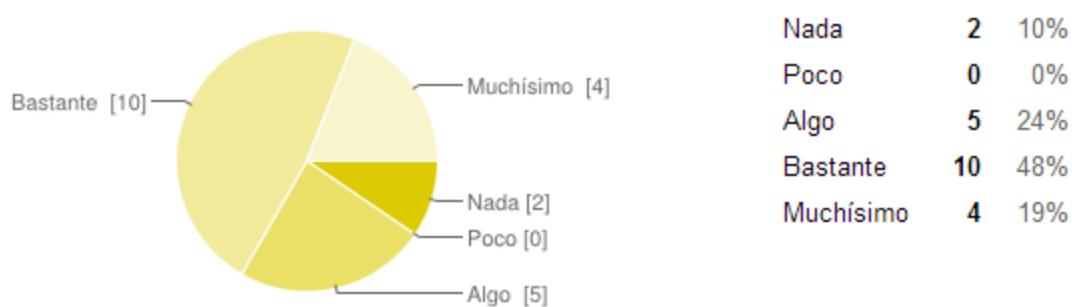
El 57% de las personas encuestadas de este grupo han sufrido solo una amputación mientras que el 29% ha recibido 2. El resto han sufrido 3 o más.

Gráfica 65. Como ha afectado a su calidad de vida



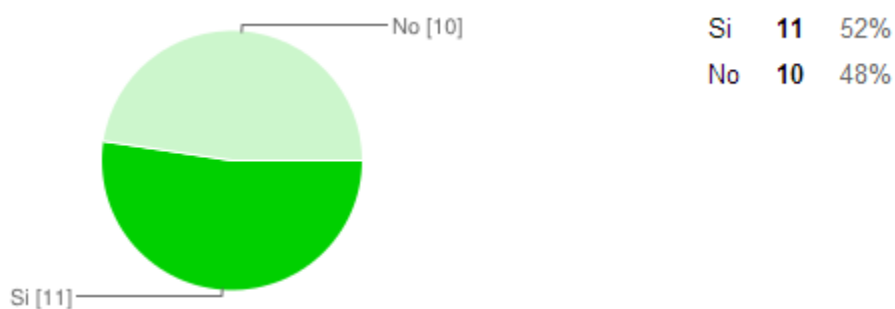
El 57% de las personas diabéticas amputadas declara que la amputación ha afectado bastante a su calidad de vida.

Gráfica 66. Impacto psicológico de la amputación



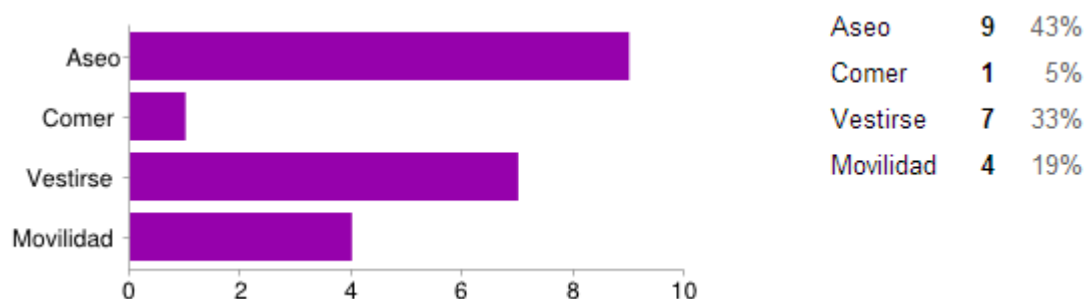
El impacto psicológico también ha afectado bastante a este grupo, el 48% lo declara.

Gráfica 67. Demanda de atención psicológica



Más de la mitad de las personas amputadas encuestadas han necesitado o al menos demandado atención psicológica.

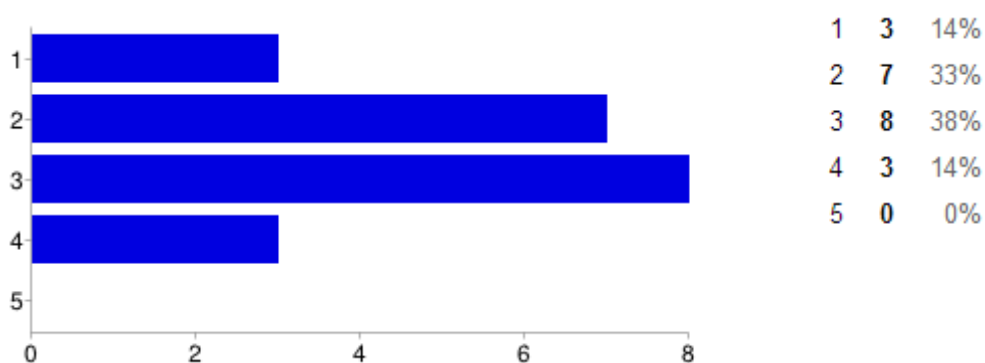
Gráfica 68. Necesita apoyo para realizar estas actividades básicas



Donde más necesitan apoyo las personas diabéticas amputadas en las actividades básicas del día a día son en el aseo y vestirse.

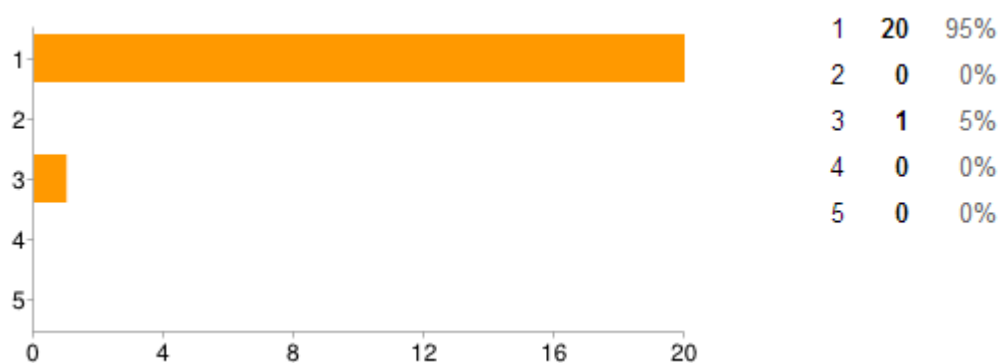
Dificultad que presenta para realizar dichas actividades

Gráfica 69. Dificultad aseo



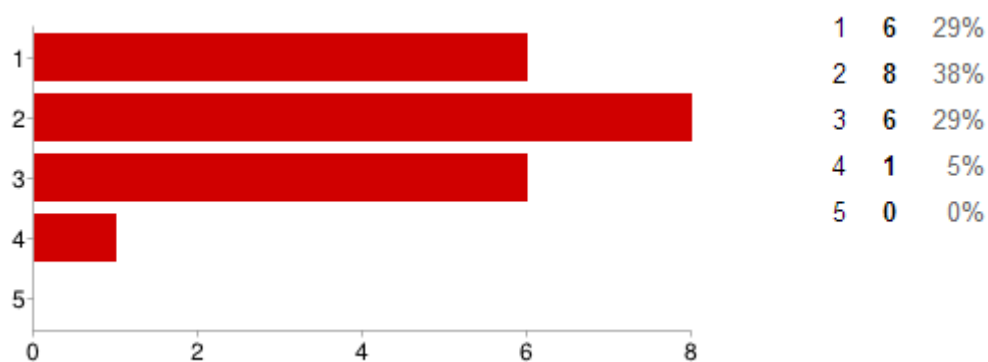
La dificultad que presenta este grupo a la hora de realizar el aseo oscila entre poca dificultad y una dificultad media.

Gráfica 70. Dificultad comer



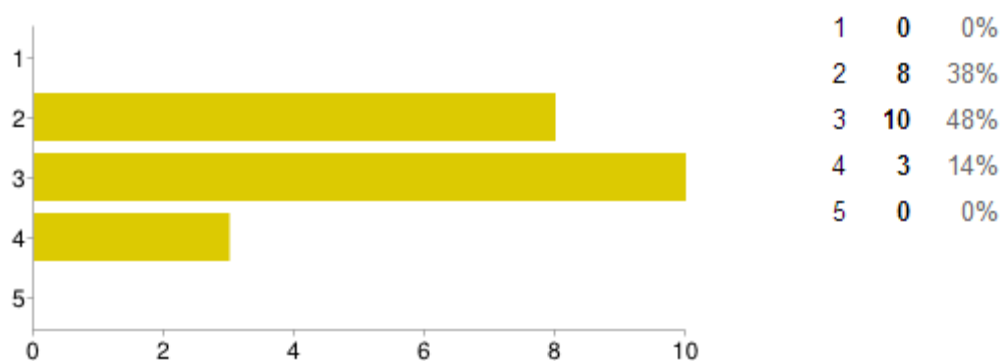
Este grupo no presenta dificultades para comer.

Gráfica 71. Dificultad vestirse

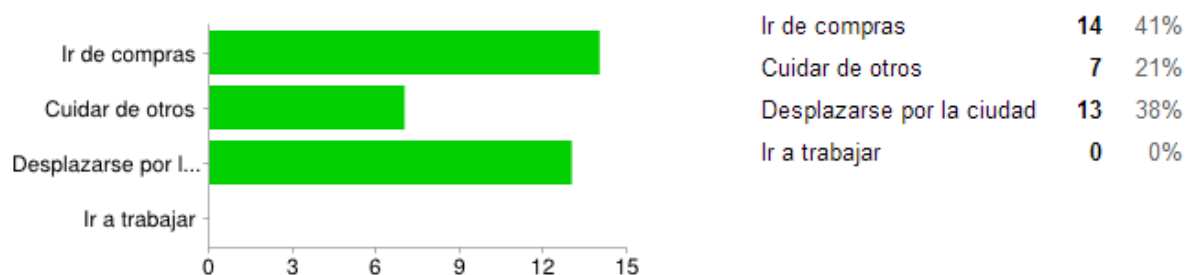


Por lo general, aunque necesiten apoyo no supone un gran esfuerzo el vestirse para este grupo.

Gráfica 72. Dificultad movilidad



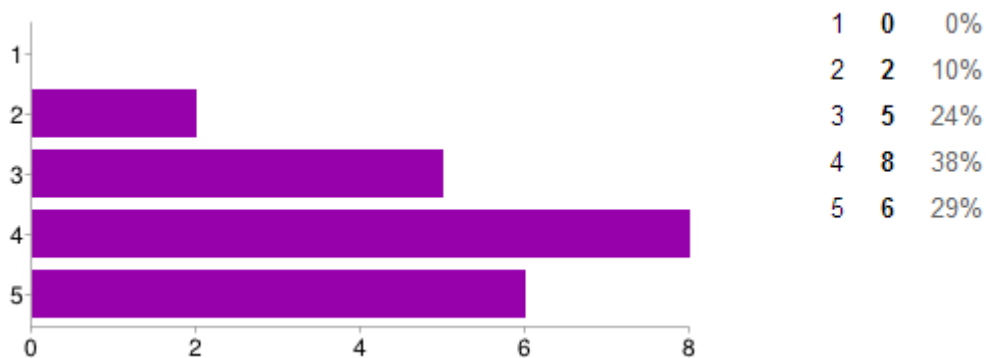
Gráfica 73. Necesita apoyo para estas actividades instrumentales



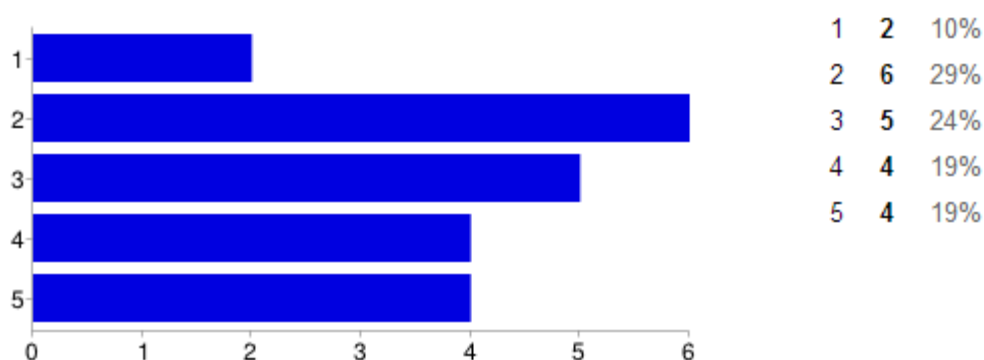
Ir hacer algún tipo de compra y desplazarse por la ciudad son las actividades que más cuestan.

Dificultad para llevarlas a cabo

Gráfica 74. Dificultad ir de compras

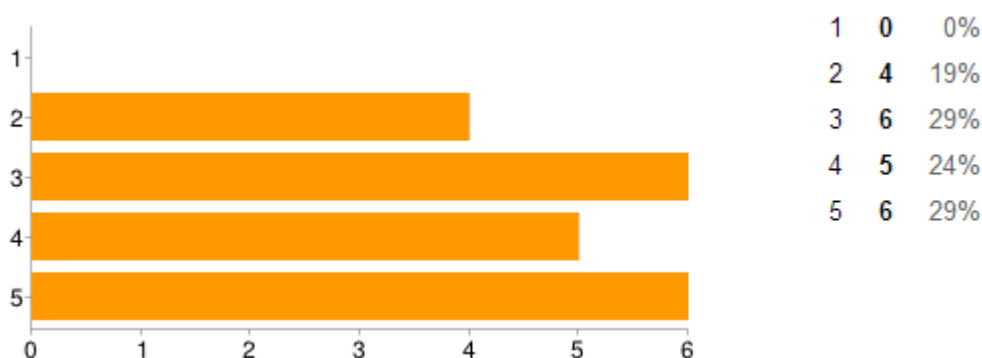


Gráfica 75. Dificultad para cuidar de otros



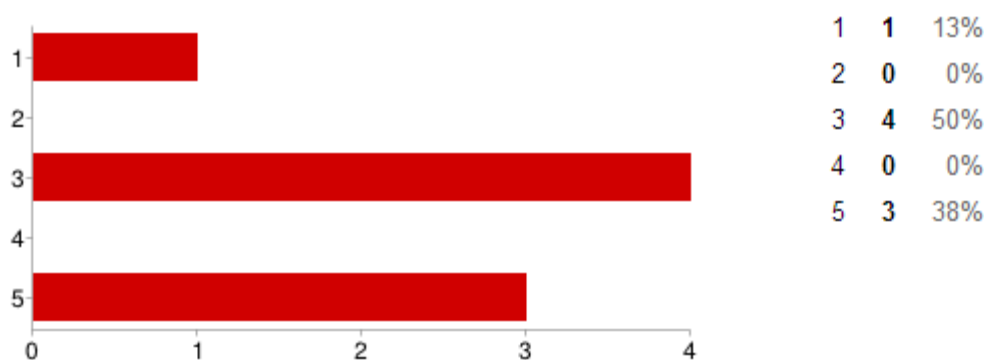
Más de la mitad declara una dificultad poca o media y una proporción inferior bastante o muchísimo esfuerzo a la hora de cuidar a otra persona.

Gráfica 76. Dificultad para desplazarse por la ciudad



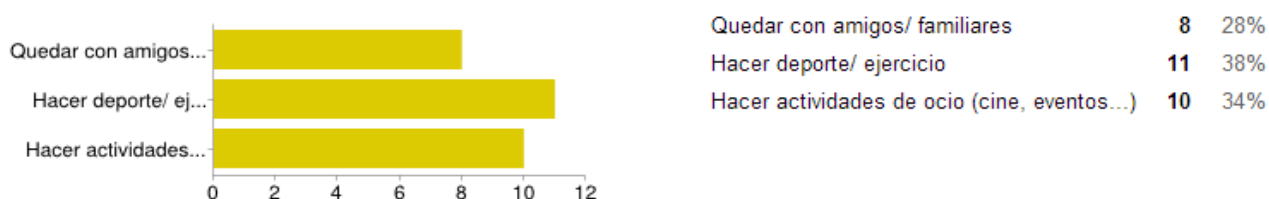
Las proporciones son iguales entre algo de esfuerzo, bastante esfuerzo y muchísimo esfuerzo a la hora de desplazarse por la ciudad.

Gráfica 77. Dificultad para ir a trabajar



Aquí se mide la dificultad que tienen las personas diabéticas amputadas que pueden trabajar, porque su trabajo no requiere grandes esfuerzos.

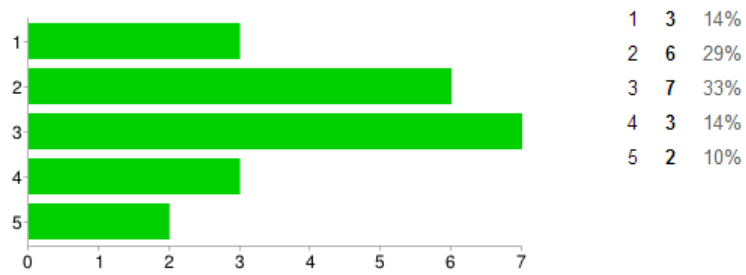
Gráfica 78. Necesita apoyo para las siguientes actividades avanzadas



En este tipo de actividades, las personas diabéticas amputadas presentan más dificultades para llevarlas a cabo y necesitan bastantes apoyos para llevarlas a cabo.

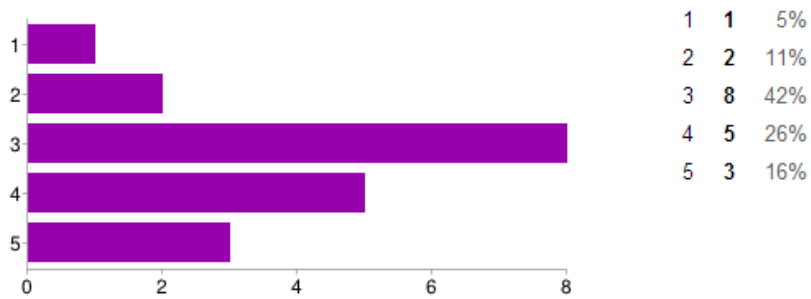
Dificultad para llevarlas a cabo

Gráfica 79. Dificultad para quedar con amigos o familiares



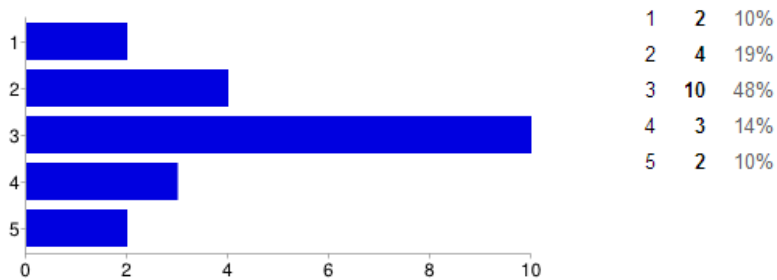
Quedar con amigos o familiares supone poco o un esfuerzo medio por lo general.

Gráfica 80. Dificultad para hacer ejercicio/ deporte



Hacer deporte supone un esfuerzo medio o bastante para este grupo.

Gráfica 81. Dificultad para actividades de ocio



5. DISCUSIÓN

Respecto a los datos de autocuidados e información sobre la diabetes, donde se solicitaba a las personas encuestadas que indicaran en los varios campos de la diabetes que hubieran sido informados(*“diabetes en general”, “prevención del pie diabético”, “autocuidados” y para personas que habrían sufrido una amputación se complementaban dos campos que eran “cuidados específicos sobre la amputación” y “información sobre tratamientos alternativos para evitar o retrasar la amputación”* y partiendo de los resultados, ambos grupos, en su mayoría, habían recibido información mediante personal sanitario, asociaciones... sobre diabetes, autocuidados y en personas amputadas, conocimientos específicos y de autocuidado sobre la amputación.

En ambos grupos, menos de la mitad de la muestra recogida recibió información sobre el pie diabético y ningún amputado recibió información sobre posibles tratamientos alternativos para evitar o retrasar la amputación.

Como tratamientos alternativos para evitar o retrasar la amputación encontramos las terapias de ozono. Actualmente la combinación de las terapias con oxígeno-ozono por vía sistémica y las aplicaciones locales, han provocado una revolución en el tratamiento de esta enfermedad, ya que se sabe que la administración de ozono-oxígeno en el organismo interviene en los procesos metabólicos.

En el Tercer Simposium Internacional Sobre Aplicaciones del Ozono, celebrado en La Habana, en el año 2000, se presentó un seguimiento de 1153 casos a lo largo de un año; todos fueron tratados con ozonoterapia sistémica. Esta muestra presentaban diversas afecciones vasculares periféricas. La evaluación de los resultados fue satisfactoria en un 80% de los casos tras aplicar una terapia de 15 sesiones por paciente a una concentración de 40-50 microgramos por ml de ozono. Se pudo registrar una marcada disminución en el número de ingresos, en los tiempos de estancia hospitalaria y en el número de amputaciones, con el consecuente ahorro sanitario.

European Journal of Pharmacology es un ensayo clínico aleatorio con 101 pacientes diabéticos tipo II aquejados de pie diabético. Se formaron dos grupos, uno de los cuales (n=52) fue tratado con ozonoterapia tópica junto a insuflaciones rectales, y otro (n=49) que se trató con antibiótico-terapia tópica y sistémica. Al final del estudio se comprobó que el grupo tratado con ozonoterapia mejoró en el

control de la glucemia y con un aumento de la superóxido dismutasa (relacionada con al menos cuatro vías metabólicas relacionadas con la diabetes y sus complicaciones). En este grupo no se registraron complicaciones ni efectos adversos. 31

Acerca del pie diabético y la información recibida, se establece una relación de haber con el nivel de estudios máximos alcanzado. Dentro de la muestra de personas diabéticas fueron encuestadas algunas personas con un nivel máximo de estudios equivalente al universitario o superiores. Este grupo muestra un alto porcentaje de haber recibido este tipo de información frente al resto.

Si realizamos este mismo análisis, pero en vez de compararlo con el nivel máximo de estudios alcanzados lo realizamos con el sexo, no se aprecian diferencias significativas, salvo en el grupo de amputados, donde hay un gran porcentaje de hombres que recibió información sobre cuidados específicos sobre la amputación. Pero esto se puede deber a que la muestra recogida de este grupo principalmente son hombres. Pasa lo mismo en torno a la edad, ya que al ser todo el grupo de amputados mayor a 50 años se establecen grandes diferencias con el resto en este campo. Cabe destacar que una diferencia más significativa de la edad se da en la información percibida de la diabetes en general, donde los grupos de entre 30 y 50 años y mayores de 50 años declaran haber recibido este tipo de información en un 100% de los encuestados en ambos grupos, mientras que en los menores de 30 llegan al 70%.

Centrándonos en cómo puede afectar el apoyo de asociaciones y centros de salud en que las personas tengan más conocimientos acerca de los autocuidados de la diabetes, comprobamos que obviamente muchos de estos conocimientos sobre la diabetes en general y los autocuidados para llevar un buen control de la misma los perciben a través de su centro de salud. Sin embargo hay un vacío de información en la prevención del pie diabético, donde no es tan abundante que informen. Pasa todo lo contrario en aquellas personas que reciben algún tipo de apoyo de asociaciones o son asociados a la Asociación de la Diabetes de Tenerife, donde existe una relación entre recibir información sobre la prevención del pie diabético y tener apoyo de las asociaciones aparte de cumplimentar esa información la de la diabetes en general, autocuidados...

Si hacemos un estudio de las formas o métodos que emplean los encuestados a la hora de la prevención en general de cualquier complicación que pueda generarse a partir de la diabetes, observamos que una parte destacable de los hombres no hacen nada, sin

embargo en el resto encuestados no hay mucha diferencia según el sexo a la hora de emplear uno u otro método para prevenir complicaciones, salvo en que las mujeres tienden más a hablar con otros pacientes diabéticos que los hombres. También es más frecuente en ambos grupos que los que tienen apoyo de sus amistades acudan a ellos para intentar solventar cualquier duda o consulta.

Otra variable que influye en el método de prevenir complicaciones es nuevamente el nivel de estudios máximos alcanzados. Aquellos que han alcanzado la ESO, Bachillerato y estudios universitarios tienden más a buscar información a través de internet (también es frecuente esta forma de prevención en las personas menores de 30 años), mientras que las personas que tienen un nivel mínimo o nulo de estudios consulta a otras personas diabéticas. Según el análisis de datos, favorece mucho la existencia de apoyo del centro de salud a la hora de que las personas puedan establecer contacto con otras personas diabéticas para consultar posibles dudas.

En cuanto a los conocimientos de lo que es el pie diabético, antes ya nombrábamos el nivel de estudios máximos alcanzado como una variable influyente. A esto también hay que sumarle la edad, ya que una importante parte de las personas encuestadas menores de 30 años declaran conocer lo que es el pie diabético y el sexo, siendo las mujeres las mejores informadas. Sin embargo, cuando preguntamos a las personas encuestadas si conocen las posibles complicaciones que se pueden generar en las extremidades inferiores a causa de la diabetes, parece ser que el nivel de estudios máximos no influye tanto, ya que en los diferentes sub-grupos que se crean al clasificar la muestra según nivel de estudios alcanzados coinciden positivamente en conocerlas, Esto sucede de igual manera si lo relacionamos con el sexo o la edad.

Todo esto lo podemos relacionar en gran parte con lo expuesto en el marco teórico sobre Educación para la salud.

En la actualidad existe multitud de información registrada de todas las enfermedades y diversidad de recursos donde podemos acceder para informarnos, pero como bien decía, a pesar de la existencia de todos estos recursos, no se garantiza que la prevención sea efectiva. Se debe estudiar primero la población a la que va destinada dicha información y adaptarla para que la comprendan y sepan aplicarla, teniendo en cuenta multitud de variables, como la edad, el sexo...

Por ejemplo, las personas que tienen un alto nivel de estudios sepan manejar mejor algunos estos recursos, como por ejemplo internet, aunque el uso de este recursos también vaya acompañado de la edad, ya que la población menores de 30 años hace bastante uso de ello, puede ser porque han crecido en una generación que ha tenido una fuerte vinculación al uso de esta tecnología.

Sin embargo, el estudio Dawn2 que trata sobre las actitudes, los deseos y las necesidades, no sólo de las personas con diabetes y los profesionales sanitarios muestra una gráfica, donde el 70% de los profesionales sanitarios encuestados en España afirman que el sistema sanitario de su país está bien articulado para la gestión de enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. ³²

Respecto al apoyo familiar percibido, se analizó la posibilidad de que el estado civil pudiera afectar a que la persona recibiera apoyo de su familia o no. Atendiendo a los datos obtenidos procedentes de los encuestados vemos que el estado civil de una persona no actúa como un factor determinante a la hora de recibir apoyo de sus familiares, pero cabe destacar que las personas que están casadas reciben más apoyos que el resto (En las tablas realmente salen los viudos como el colectivo que más apoyo recibe, pero nos decantamos por los casados debido a que la muestra puede llegar a ser más significativa que la de personas viudas).

La relación que tiene la persona con el resto de convivientes puede ser un factor clave a la hora de recibir o no apoyo familiar, pero como ya hemos visto en los resultados, Un alto porcentaje de la muestra total tiene una buena relación con estas personas.

Por lo general, en la muestra obtenida, las personas diabéticas reciben bastante apoyo de su familia, predominando el apoyo emocional en ambas muestras. Según el estudio Dawn2, que nombramos anteriormente una proporción de familiares expresó la necesidad de participar en los cuidados de las personas con diabetes, pero muchos reflejaron su frustración por creer que su apoyo es insuficiente. Este estudio completa reflejando que más de la mitad de personas diabéticas encuestadas por ellos, necesitan apoyo a la hora de realizar su autocontrol en su tratamiento de la diabetes, siendo la familia la principal fuente de apoyo.

En este estudio se recoge que aunque el padecer diabetes puede afectar negativamente en la relación con la familia y grupos de iguales, se valora positivamente el esfuerzo

que hace su familia para ayudarla y el surgimiento de nuevos apoyos provenientes de otras personas. Observando los resultados de muestra de apoyo de otras personas o instituciones dentro de la muestra recogida podemos decir que solo una pequeña parte de las personas encuestadas reciben ayuda desde este sector, siendo en las personas amputadas más destacable el apoyo instrumental y en las personas diabéticas la información, aun así el grado de satisfacción que han declarado estas personas con este tipo de apoyo no es muy alto.

Los profesionales sanitarios coinciden en que hacen falta recursos para prestar un apoyo psicosocial sólido a las personas con diabetes para tratar sus problemas emocionales y reconocen la falta de formación para prestar este apoyo de una manera más eficiente y eficaz. Puede ser por ello, por lo que el principal tipo de apoyo que ofrece la familia es el emocional. ³²

Centrándonos en los hábitos saludables de las personas diabéticas podemos comenzar verificando que la mayor parte de los encuestados pertenecen o tienen una diabetes tipo 2, confirmando los datos que se exponían al principio, al igual que muchos poseen familiares o antecedentes familiares que padecen diabetes.

Haciendo una división entre sexo y edad para comprobar su relación con otras variables apreciamos que tomando como referencia la primera variable de estas dos, destacamos su relación con el IMC, donde casi un 95% de las mujeres encuestadas se sitúan en un peso normal y los hombres se distribuyen entre un 48% que tienen un peso idóneo, un 17% que tienen sobrepeso y un 35% que padecen obesidad. A su vez hay que explicar que casi el total de hombres que se sitúa entre sobrepeso y obesidad son del grupo de hombres que han sufrido una amputación. Esto se contrapone en cierta medida a la opinión que dan las personas sobre su peso, donde aproximadamente un 57% declaran que su peso es normal y solo el 67% de las mujeres cree que su peso es el idóneo.

Posteriormente estudiamos variables en las que no se aprecian muchas diferencias según estos criterios. Estos son las comidas que realiza durante el día o las horas de sueño.

En el ejercicio físico realizado tampoco hay grandes diferencias un 70% de hombres y 72% de mujeres emplean 3 o más días en realizar ejercicio. Cabe recordar que una gran muestra de hombres se sitúa en el grupo de personas diabéticas amputadas y la actividad física que realizan son las actividades de rehabilitación. También encontramos

bastante similitud en lo que refiere a los porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en relación al sexo.

Si hacemos este mismo análisis pero tomando como referencia la edad comprobaremos que el IMC está fuertemente relacionado con la edad en la muestra recogida. El 100% de los menores de 30 años encuestados poseen un peso idóneo, pero por ejemplo, entre los mayores de 50 años hay una distribución a destacar; un 54% peso normal, 15% sobrepeso y 31% obesidad. Y si atendemos a la percepción del peso de estos grupos, comprobamos que un 39% de los menores de 30 años creen que su peso no es normal.

En cuanto al ejercicio, las personas menores de 30 años tienden a ser más activas (77% de personas menores de 30 años frente al 65% de personas mayores de 50 años hacen ejercicio 3 o más días en semana).

La edad tampoco tiene una influencia destacable en cuanto al consumo de tabaco y alcohol dentro de la muestra obtenida. Sí que se aprecian diferencias significativas en el consumo de otras sustancias, donde un 31% de los menores declara que rara vez hace uso de este tipo de sustancias

Cabe destacar que todas estas cifras tratadas guardan bastante similitud con la Encuesta de Salud en Canarias de 2009, como podemos comprobar en el marco teórico de este proyecto.

Para conocer el impacto que puede tener el hecho de sufrir una amputación analizamos el grupo de personas diabéticas amputadas que se seleccionó para realizar este estudio y que proceden del grupo de rehabilitación del HUNSC, en él, la mayoría eran hombres y entre todos los pacientes sumaban una edad de media de 61 años. (Relacionar con IMC, ejercicio físico etc...)

Enfocando a la influencia de la amputación en relación a la calidad de vida, en términos generales ha afectado de “bastante” a “muchísimo”, y separándolo por sexo, todas las mujeres encuestadas han clasificado este suceso como bastante complicado de afrontar, habiendo un parte superior de hombres que se sitúan el impacto en su calidad e vida como muchísimo.

Un análisis que se llevó a cabo fue el de relacionar el impacto en su calidad de vida con el número de personas con las que convive y estado civil de la persona encuestada pero

no se apreciaron diferencias significativas. Aunque si hubo una relación entre como había afectado a su calidad de vida en relación con aquellas personas que padecían otra enfermedad diagnosticada. Ellos mismos clasificaron entre “bastante” y “muchísimo” el cambio sufrido y quizás podemos deducir que el padecer otra enfermedad hace más complicado llevar esta nueva situación en la persona. Pero si nos fijamos en el impacto psicológico, los resultados no muestran que haya una relación entre padecer o no otra enfermedad para que este impacto de grande.

Independientemente de que el sufrir una amputación es un acontecimiento bastante negativo para la persona, podríamos sumar otros factores que agravan la situación como es la consideración social de la persona, ya que puede verse relegada de status al ocupar otra posición en la sociedad, recordando que está posición se construye mediante sus pensamientos o ideas y entorno a las ideas, pensamientos o prejuicios del resto de personas.

Otro punto clave es la percepción de la persona. Como se exponía al principio del proyecto, este hecho se manifestaba más durante la rehabilitación, por lo que en parte quizás se justifique el haber afectado en gran medida a las personas el impacto psicológico y en el de calidad de vida a las personas que están recientemente amputadas que a las que ya han vivido con este hecho un largo periodo de tiempo. También podemos hacer referencia a que cuando una persona inicia un proceso de rehabilitación, su capacidad física puede empezar siendo bastante débil y para reforzar esta capacidad puede pasar mucho tiempo, por lo que esto puede generar desespero, angustias... e implicar directamente a cómo afecta esta situación a la persona, fruto de la frustración.

Pudiendo servir una referencia anterior del estudio Dawn2, cabe recordar como este reflejaba que muchos médicos cuestionaban el apoyo psicosocial que se daba a este colectivo de pacientes y que se debería ampliar la formación de los responsables en esta materia para que fuera aún más efectivo.

Si nos referimos a la dificultad que pueden tener algunas personas a la hora de realizar ciertas actividades como las que nombramos en el apartado anterior, cabe destacar que un factor a tener muy en cuenta y que puede afectar proporcionalmente a la dificultad o esfuerzo para realizarla es el dolor que produce la prótesis en las personas amputadas.

Para finalizar este apartado, trataremos de nuevo con variables como el IMC, consumo de tabaco, ejercicio físico... pero comparándolo con la autopercepción que tiene el paciente sobre la forma en que lleva su tratamiento.

Comenzando con la comparación entre la opinión del paciente y su IMC, podemos destacar que:

- De los que indicaron que si tratamiento era irregular, un 50% de los encuestados poseía un peso normal.
- De los que indicaron que en su tratamiento eran constantes, un 81%, posee un peso normal.
- De los que indicaron que en su tratamiento eran muy riguroso, un 11% tiene sobrepeso y un 44% obesidad.

Cuando comparamos su opinión del tratamiento con su opinión acerca de su peso nos encontramos con:

- Un 33% de los que dicen que su tratamiento es irregular dicen tener un peso idóneo.
- Un 69% de los que dicen ser constantes en su tratamiento declaran que tienen un peso normal.
- Un 56% de los que afirman llevar un tratamiento riguroso dicen tener un peso normal, por lo que vemos una pequeña diferencia si nos fijamos con la comparación del IMC en el párrafo anterior.

En cuantos a las comidas realizadas durante el día, tomando las 4 comidas al día o más como un punto positivo en el tratamiento, solo podemos distinguir que en los que declaran ser constantes en su tratamiento, un 23% solo realiza 3 comidas durante el día.

En cuanto al ejercicio físico:

- Los que consideran que llevan un tratamiento irregular, el 50% hace ejercicio 3 o más días y la otra mitad menos de 1 o ninguno.
- Los que dicen ser constantes, un 23% realiza 1 o ningún día ejercicio a la semana.
- Los que dicen ser rigurosos, un 33% realiza 1 o ningún día ejercicio a la semana.

Si relacionamos la percepción del tratamiento con el estar o no amputado, cabe destacar que del 100% de personas encuestadas que marcó que su tratamiento era muy riguroso, el 78% son personas que han sufrido una amputación.

En el consumo de tabaco, los que marcaron tanto que llevaban un tratamiento irregular como muy riguroso, el 100% de personas en ambos casos no fuma nunca, sin embargo de los que declaran ser constante en su tratamiento, prácticamente una cuarta parte (17%), si consumen tabaco, distribuyéndose esta parte en varios periodos de frecuencia a la hora de consumir.

En el consumo de alcohol, los que marcaron que llevan un tratamiento irregular, un 66,7% consumen alcohol, siendo un 16,7% cada día. Los que marcaron que son constantes, tan solo el 19,2% declaran que nunca beben y los encuestados que marcaron que son muy riguroso en su tratamiento, solo el 22,2% declaran no beber nunca. El resto de los porcentajes cabe recordar que se distribuye entre diferentes periodos de frecuencia.

Atendiendo al sexo de las personas encuestadas, los hombres lideran los dos extremos de la escala. De todos los encuestados que escogieron que si tratamiento era irregular, los hombres predominan con un 83%, sucede lo mismo los que escogieron que si tratamiento era muy riguroso, con un 89%. De todas las personas que escogieron que eran constantes en su tratamiento, el 62% equivale a mujeres.

Si nos fijamos en la edad, destacamos que en las personas que eligieron que su tratamiento era muy riguroso, el 78% eran mayores de 50 años. Esto puede coincidir con el grupo de amputados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Podemos concluir con la finalización de este estudio que:

- Una gran parte de las personas diabéticas encuestadas no saben lo que es el pie diabético y otra gran parte de las personas diabéticas amputadas no lo sabían antes de la amputación.
- Gran porcentaje de las amputaciones son a causa de heridas que no son curadas correctamente.
- Aunque no de forma radical, existen algunos desajustes entre los hábitos de vida de las personas diabéticas y su autopercepción de tratamiento. Cabe destacar que la continuidad de estos hábitos puede perjudicar en el desarrollo de la diabetes y aumentar la probabilidad de que surjan complicaciones.
- Las familias son la principal fuente de apoyo en las personas diabéticas.
- Asociaciones, recursos comunitarios y otras instituciones no destacan como fuente sólida de apoyo en las personas diabéticas.
- El hecho de sufrir una amputación genera un impacto psicosocial muy grave en la persona, que persiste por un periodo largo de tiempo y en el que se necesita atención y apoyo profesional en muchos casos para superarlo.
- El sufrir una amputación generará un determinado nivel de dependencia según las características que presente la persona.

6.2. Recomendaciones

- Fomentar más información sobre el pie diabético desde las instituciones sanitarias y haciéndolas llegar mediante los recursos pertinentes a la población.
- Mejorar la calidad de la información y adaptarla según el grupo poblacional al que nos dirijamos, teniendo en cuenta factores como la edad, el nivel de estudios... buscando siempre que la información llegue clara a la persona y sepa utilizarla.
- Intensificar la educación en las personas diabéticas sobre los factores que pueden afectar al desarrollo de complicaciones, ya que al ser una enfermedad lenta, muchas personas restan importancia a estos factores ya que su estado de salud puede ser bueno en un momento puntual.

- Formar a las familias de personas diabéticas en materia de diabetes, para facilitarles el que puedan dar un mejor apoyo y comprender mejor a la persona diabética.
- Promocionar agentes como las asociaciones u otras instituciones, ya que muchas personas diabéticas ni siquiera las conocen, y el recibir apoyo de estas podría suponer una menor carga de responsabilidad para la familia, promoviendo así un bienestar común.
- Componer una atención más integral y especializada durante los primeros meses de haber sufrido una amputación, para intentar reducir el impacto psicológico que genera este hecho.
- Hacer un análisis complejo sobre la implantación de terapias alternativas a la amputación.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, (2014, 19 de abril). España, segundo país con más amputaciones por diabetes. *La nueva España*. Extraído el 17 de mayo de 2014 de: <http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2014/04/19/espana-segundo-pais-amputaciones-diabetes/1573423.html>
2. Aragón F.J., García A., Lázaro J.L., Quintana Y., Maynar M., Rabellino M., Hernández M.J., Cabrera J.J. (2009). Epidemiology of diabetes-related lower extremity amputations in Gran Canaria, Canary Islands (Spain). *Diabetes research and clinical practice*.
3. Karel B., Phil R. (2005). El año del pie diabético. Bélgica. *Diabetes Voice*, 50 (01). Extraído de: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_318_es.pdf
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, (2011). *Definición de la diabetes mellitus*, OMS (1999) en Guía de protocolo de pie diabético. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.86 (2009) e6–e8.
5. Ruiz M., Escolar A., Mayoral E., Corral F. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*. 20 (11):15-24.
6. Llamas, T. (2013, 11 de noviembre). Influencia de la diabetes en Canarias. *La Provincia*. Extraído el 30 de enero de 2014 de: <http://www.laprovincia.es/sociedad/2013/11/13/diabetes-afecta-270000-personas-canarias/570837.html>
7. De León, E. (2013, 14 de noviembre). El aumento de la diabetes en Canarias. *La Provincia*. Extraído el 30 de enero de 2014 de: <http://www.laprovincia.es/sociedad/2013/11/14/diabetes-aumenta-canarias-ritmo-20000/571077.html>
8. La prevalencia de la diabetes en Canarias. Extraído del diario El Día el 30 de enero de 2014 de: <http://eldia.es/2008-11-04/canarias/17-prevalencia-diabetes-Canarias-situa-encima-media-Estado-registrar-ciento.htm>

9. Merino, D. (2010, 26 de septiembre). Complicaciones graves de la diabetes en Canarias. *El Día*. Extraído el 3 de febrero de 2014 de: <http://www.eldia.es/2010-09-26/SOCIEDAD/1-Canarias-hay-complicaciones-graves-diabetes-falta-control.htm>
10. Instituto Canario de Estadística. (2009). Encuesta de Salud en Canarias. Extraído el 29 de enero de 2014 de: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html
11. Plataforma Ciudadanas de Atención a la Diabetes. (1998) ¿Qué pasa con la diabetes en Canarias? Extraído el 24 de enero de 2014 de: https://www.fundaciondiabetes.org/div/diabetes_canarias/preguntas1a4.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. (2013). Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Extraído el 5 de febrero de 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
13. Jansá M., Vidal M. (2008). *Guía para personas con diabetes*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.
14. De la Calle, H. (2011). Los factores ambientales, clave en el desarrollo de la diabetes tipo 2. *Revista Española de Economía de la Salud*. 7 (2). Extraído el 5 de febrero de 2014 de: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisfactoresderiesgo.pdf
15. Causas del Pie Diabético. Extraído el 5 de febrero de 2014 de: <http://pie-diabetico.net/causas-del-pie-diabetico/>
16. Consejo General de colegios Oficiales de Podólogos, (2011). Definición de pie diabético, Working Group on the Diabetic Foot, (1998) en Guía de protocolo de pie diabético. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.
17. Causas del pie diabético. Extraído el 5 de febrero de 2014 de: <http://pie-diabetico.net/causas-del-pie-diabetico/>
18. Tipos de pie diabético. . Extraído el 7 de febrero de 2014 de: <http://pie-diabetico.net/causas-del-pie-diabetico/>
19. Jeffcoate W. J., Van Houtum W. H. (2004). Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes. *Diabetologia*. 47:2051–2058.
20. Apelqvist J. (2008). The foot in perspective. *Diabetes/ metabolism research and reviews*. 24 (1): 110-115

21. Anichini R., Zechini F., Cerretini I., et al. (2007). Improvement of diabetic foot care after the implementation of International Consensus of Diabetic Foot. *Elsevier*. 75: 153-158
22. Batista F., Monteiro A.C., Miranda Jr. F., Lopes A. Diniz. (2005). The Quality of Life in Diabetic Amputee: A Pilot Study. *Medimond*. pp: 351-354.
23. Concepto educación para la salud. Kikbusch (1998), extraído de: Educación para la salud (2008) Madrid. Ed, Pirámide.
24. Costa M., López E. (1996). Modelos de la educación para la salud. *Educación para la Salud*. Madrid. Ed. Pirámide.
25. Costa M., López E. (2008). Modelos de la educación para la salud. *Educación para la salud*. Madrid. Ed. Pirámide.
26. Batista F., Monteiro A.C., Miranda Jr. F., Lopes A. Diniz. (2005). The Quality of Life in Diabetic Amputee: A Pilot Study. *Medimond*. pp: 351-354.
27. Krentz A.J., Shearman C.P. (2003). Diabetic foot amputation: The need for an objective assessment tool. *Medscape*. 15 (7): 241-245.
28. Aragón F.J., García A., Lázaro J.L., Quintana Y., Maynar M., Rabellino M., Hernández M.J., Cabrera J.J. Epidemiology of diabetes-related lower extremity amputations in Gran Canaria, Canary Islands (Spain). *Diabetes research and clinical practice* 86 (2009) e6–e8.
29. B. Norman; Fishman, S; Warren, P. (1998). Aspectos psicológicos de la amputación. *Protesica del miembro inferior*. Extraído el 10 de abril de <http://www.oandp.com/news/jmcorner/library/protesica/LLP-02.pdf>
30. Instituto Valenciano de Ozonoterapia. (2014). La ozonoterapia vs pie diabético. Extraído el 1 de julio de: <http://institutovalencianoodeozonoterapia.com/ozonoterapia-vs-pie-diabetico/>
31. Hermans, N; Pouwer, F. (2013). Los resultados del estudio Dawn2 ponen de manifiesto la necesidad del aumentar el apoyo psicosocial y educación para el autocuidado. *Diabetes voice*. 58 (2):17-20. Extraído el 1 de julio de 2014 de: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/Espa%C3%B1ol%20DV58-4.pdf.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario para personas con diabetes

Se solicita su colaboración para rellenar esta encuesta de forma anónima. Los resultados obtenidos de la misma serán utilizados para llevar a cabo el Proyecto de Fin de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, enfocado a la investigación de la forma de vida y necesidades sanitarias y psicosociales de las personas con diabetes en Tenerife.

A. Datos identificación

- Fecha:
- Sexo: Hombre Mujer
- Edad:
- Localidad:
- Estado civil actual:

Soltero/a	Casado/a	Pareja estable	Pareja de hecho	Viudo/a	Separado/a o Divorciado/a

- N° personas con las que convive:
- Situación/ actividad profesional que realiza:

Trabaja por cuenta ajena	
Trabaja por cuenta propia	
Incapacidad laboral	
Pensionista / Jubilado	
Desempleado/a	
Trabajo doméstico	
Otros	

- Estudios máximo alcanzados:

Sin estudios	
No sabe leer y escribir	
Sabe leer y escribir	
Estudios primarios	
Graduado escolar (ESO)	
Bachillerato (EGB)	
Enseñanzas profesionales	
Estudios universitarios o superiores	

B. Hábitos de salud, relaciones personales y familiares

Cuánto Pesas:								
Cuánto mides:								
En relación a tu estatura, dirías que tu peso es:	Bastante mayor de lo normal		Algo mayor de lo normal		Normal		Menor de lo normal	
Comidas que realizas:	Desayuno		Almuerzo		Merienda		Cena	
Horas de sueño:	Más de 10 horas		Entre 9 y 10 horas		Entre 7 y 8 horas		Menos de 7 horas	
Ejercicio Físico:	1 día a la semana		3 día a la semana		Más de 3 días		Ningún día	
¿Con quién vives?	Familia		Amigos		Pareja		Solo/a	
La relación que tienes con ellos es	Buena		Regular		Mala		Inexistente	

C. Datos de salud

- Debut (años con la diabetes):
- Tipo de diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Gestacional
- ¿Padece alguna otra enfermedad física diagnosticada? :
Si No

- ¿Padece algún otro problema de salud mental o psicológico diagnosticado (ansiedad, depresión, miedos, etc...)?:
Si No
- Consumo de sustancias: (En caso de marcar “si”, indicar la frecuencia con la que se consume dicha sustancia)

<i>Sustancia</i>	<i>Consumo</i>		<i>Frecuencia de consumo</i>					
	No	Si	Rara vez	De vez en cuando	Fines de Semana	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Cada día
Tabaco								
Alcohol								
Otras sustancias								

- Tiene antecedentes familiares u otros familiares con los que convive, con:

Diabetes: Si No

Otras enfermedades de tipo crónico Si No

*En caso de tener familiares con algún tipo de enfermedad crónica especificar cual:

Problemas cardiovasculares

Cáncer

EPOC

Ansiedad

Alergias

Otros

D. Apoyos recibido y satisfacción con los mismos

Marque con una cruz en caso de que posea el tipo de apoyo que se indica y de quién lo tiene. También indique el grado de satisfacción que tiene, donde 1 es “nada satisfecho”, 2 “poco satisfecho”, 3 “algo satisfecho” 4 “bastante satisfecho” y 5 “muy satisfecho”.

<i>Yo tengo apoyo de:</i>		<i>Tipo de apoyo</i>			<i>Satisfacción</i>				
		Información	Emocional	Instrumental	1	2	3	4	5
Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Asociaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Recursos o servicios de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5

E. Datos de autocuidados e información sobre la diabetes

- Ha recibido información de algún profesional del ámbito socio-sanitario, asociaciones, etc. sobre: (marque en tantos campos como haya sido informado)
 - Diabetes en general
 - La prevención del pie diabético
 - Auto- cuidados (medicación, alimentación, ejercicio, revisión de los pies, etc...)
- ¿Sabe usted lo que es un pie diabético? Si No
- ¿Conoce las complicaciones que ocasiona la diabetes en las extremidades inferiores? Si No

- Desde que usted sabe que es diabético que ha hecho para prevenir estas posibles complicaciones:

Ha buscado información a través de internet

Ha pedido información a sus amigos

Ha acudido a su médico para sus consultas

No ha hecho nada

Ha hablado con otros pacientes diabéticos

- En su opinión, el control y cuidados que usted lleva con su diabetes (medicación, alimentación, ejercicio, revisión de los pies, etc...) lo considera:

Nulo o muy pocos cuidados o control	Irregular o no constante en los cuidados y el control	Riguroso en los cuidados y el control	Muy riguroso en los cuidados y el control

OBSERVACIONES

ANEXO 2: Cuestionario para personas diabéticas amputadas

Se solicita su colaboración para rellenar esta encuesta de forma anónima. Los resultados obtenidos de la misma serán utilizados para llevar a cabo el Proyecto de Fin de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, enfocado a la investigación de la forma de vida y necesidades sanitarias y psicosociales de las personas con diabetes en Tenerife.

A. Datos identificación

- Fecha:
- Sexo: Hombre Mujer
- Edad:
- Localidad:
- Estado civil actual:

Soltero/a	Casado/a	Pareja estable	Pareja de hecho	Viudo/a	Separado/a o Divorciado/a

- N° personas con las que convive:
- Situación/ actividad profesional que realiza:

Trabaja por cuenta ajena	
Trabaja por cuenta propia	
Incapacidad laboral	
Pensionista / Jubilado	
Desempleado/a	
Trabajo doméstico	
Otros	

- Estudios máximo alcanzados:

Sin estudios	
No sabe leer y escribir	
Sabe leer y escribir	
Estudios primarios	
Graduado escolar (ESO)	
Bachillerato (EGB)	
Enseñanzas profesionales	
Estudios universitarios o superiores	

B. Hábitos de salud, relaciones personales y familiares

Cuánto Pesas:								
Cuánto mides:								
En relación a tu estatura, dirías que tu peso es:	Bastante mayor de lo normal		Algo mayor de lo normal		Normal		Menor de lo normal	
Comidas que realizas:	Desayuno		Almuerzo		Merienda		Cena	
Horas de sueño:	Más de 10 horas		Entre 9 y 10 horas		Entre 7 y 8 horas		Menos de 7 horas	
Ejercicio Físico:	1 día a la semana		3 día a la semana		Más de 3 días		Ningún día	
¿Con quién vives?	Familia		Amigos		Pareja		Solo/a	
La relación que tienes con ellos es	Buena		Regular		Mala		Inexistente	

C. Datos de salud

- Debut (años con la diabetes):
- Tipo de diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Gestacional
- ¿Padece alguna otra enfermedad física diagnosticada? :
Si No

- ¿Padece algún otro problema de salud mental o psicológico diagnosticado (ansiedad, depresión, miedos, etc...)?:
Si No
- Consumo de sustancias: (En caso de marcar “si”, indicar la frecuencia con la que se consume dicha sustancia)

<i>Sustancia</i>	<i>Consumo</i>		<i>Frecuencia de consumo</i>					
	No	Si	Rara vez	De vez en cuando	Fines de Semana	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Cada día
Tabaco								
Alcohol								
Otras sustancias								

- Tiene antecedentes familiares u otros familiares con los que convive, con:

Diabetes: Si No

Otras enfermedades de tipo crónico Si No

*En caso de tener familiares con algún tipo de enfermedad crónica especificar cual:

Problemas cardiovasculares

Cáncer

EPOC

Ansiedad

Alergias

Otros

D. Apoyos recibido y satisfacción con los mismos

Marque con una cruz en caso de que posea el tipo de apoyo que se indica y de quién lo tiene. También indique el grado de satisfacción que tiene, donde 1 es “nada satisfecho”, 2 “poco satisfecho”, 3 “algo satisfecho” 4 “bastante satisfecho” y 5 “muy satisfecho”.

<i>Yo tengo apoyo de:</i>		<i>Tipo de apoyo</i>			<i>Satisfacción</i>				
		Información	Emocional	Instrumental	1	2	3	4	5
Familiares	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5
Amistades	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5
Asociaciones	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5
Centro de salud	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5
Recursos o servicios de la comunidad	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5
Otros	<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5

E. Datos de autocuidados e información sobre la diabetes

- Ha recibido información de algún profesional del ámbito socio-sanitario, asociaciones, etc. sobre: (marque en tantos campos como haya sido informado)
 - Diabetes en general
 - La prevención del pie diabético
 - Auto- cuidados (medicación, alimentación, ejercicio, revisión de los pies, etc...)
- ¿Sabía usted lo que es un pie diabético antes de la amputación? Si No
- ¿Conocía las complicaciones que ocasiona la diabetes en las extremidades inferiores? Si No

- Desde que usted sabe que es diabético que ha hecho para prevenir estas posibles complicaciones:

Ha buscado información a través de internet

Ha pedido información a sus amigos

Ha acudido a su médico para sus consultas

No ha hecho nada

Ha hablado con otros pacientes diabéticos

- La causa de la amputación fue:

Herida

Golpe

Úlcera

Otros

- En su opinión, el control y cuidados que usted lleva con su diabetes (medicación, alimentación, ejercicio, revisión de los pies, etc...) lo considera:

Nulo o muy pocos cuidados o control	Irregular o no constante en los cuidados y el control	Riguroso en los cuidados y el control	Muy riguroso en los cuidados y el control

E. IMPACTO DE LA AMPUTACIÓN

- ¿Cuántas amputaciones se le han realizado?

1

2

3

Más de 3

- La/as amputaciones, cuanto han afectado a su calidad de vida:

Nada Poco Normal Mucho Muchísimo

- El impacto psicológico de vivir con una amputación es:

Nada Poco Normal Mucho Muchísimo

- Ha precisado o demandado atención psicológica para asumir o aprender a vivir con la amputación:

Si No

- Ha precisado apoyos tras la amputación para:

(Marque con una cruz en caso de necesitar algún tipo de apoyo e indique el grado de esfuerzo que supone para usted realizar cada actividad de las que se exponen a continuación, donde 1 es “ningún esfuerzo”, 2 “un poco de esfuerzo”, 3 “le supone un esfuerzo medio” 4 “bastante esfuerzo” y 5 “mucho esfuerzo”)

Apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria

Actividades	Necesita apoyo	Grado de dificultad para llevarlo a cabo				
		1	2	3	4	5
<i>Aseo</i>						
<i>Comer</i>						
<i>Vestirse</i>						
<i>Movilidad</i>						

- *Apoyo para realizar las actividades instrumentales para la vida diaria:*

Actividades	Necesita apoyo	Grado de dificultad para llevarlo a cabo				
<i>Ir a trabajar</i>		1	2	3	4	5
<i>Ir a comprar</i>		1	2	3	4	5
<i>Cuidar de otros</i>		1	2	3	4	5
<i>Desplazarse por la ciudad</i>		1	2	3	4	5

- *Apoyo para realizar las actividades avanzadas para la vida diaria:*

Actividades	Necesita apoyo	Grado de dificultad para llevarlo a cabo				
<i>Quedar con amigos/familiares</i>		1	2	3	4	5
<i>Hacer deporte</i>		1	2	3	4	5
<i>Hacer actividades de ocio (cine, eventos...)</i>		1	2	3	4	5

OBSERVACIONES