

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



TESIS

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON AMPUTACIÓN
DE EXTREMIDADES POR DIABETES MELLITUS II - HOSPITAL
REGIONAL DE ICA, 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

Br. ANTONIO MACHADO RENGIFO

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento y a mis hermanas por sus deseos de verme salir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Universidad Alas Peruanas, a mis profesores por sus sabios consejos y por transmitirme toda su sabiduría, a mi asesor por brindarme su conocimiento para las correcciones necesarias.

RESUMEN

El objetivo del siguiente trabajo es precisar la medida en que se presenta la depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades en el Hospital Regional de Ica del primero al treintaiuno del mes de julio de 2016.

Se encuestó a 42 pacientes que sufrieron amputación de alguna de sus extremidades como consecuencia de sufrir de diabetes mellitus tipo II. Se aplicó el inventario de Beck para clasificar el nivel de depresión que presentan los pacientes. Es un estudio observacional, transversal y prospectiva de nivel descriptivo.

Se llegaron a las siguientes conclusiones. El 38.1% de los pacientes presentan depresión leve, el 28.6% depresión moderada, 23.8% depresión severa y el 9.5% depresión extrema en los pacientes amputados.

El 33.3% son de 40 a 59 años y 66.7% de 60 a más años, la depresión leve es más frecuente en los de 40 a 59 años y la severa y extrema en los de 60 a más años. El 59.5% son de sexo masculino y el 40.5% de sexo femenino, la depresión leve es más predominante en el sexo femenino, la severa y extrema en el sexo masculino. El 50% tienen menos de 1 año de amputados, y el 50% tienen de 1 año a más, la depresión leve predomina en los que tienen de 1 año a más de amputación, y la severa y extrema predomina en los que tienen menos de 1 año de amputados. El 52.4% presentaron amputación en el pie y el 47.6% en la pierna, la depresión leve y moderada predominan en los que tienen el pie amputado, los niveles severos y

extrema en los que tienen la pierna amputada. El 50% manifiestan tener apoyo familiar insuficiente y el 50% apoyo familiar suficiente, la depresión leve es más frecuente en los que tienen apoyo familiar suficiente, y los niveles de depresión severa y extrema en los que tienen apoyo familiar insuficiente. El 64.3% pertenecen al estatus socioeconómico bajo y el 37.5% al medio, siendo la depresión leve más frecuente en los del estatus medio, y los niveles de depresión severa y extrema son más frecuentes en el estatus bajo.

PALABRAS CLAVE: Depresión, diabetes mellitus II amputación extremidades.

ABSTRACT

Objective: Specify the extent that depression occurs in diabetic patients who suffered amputation of any of his limbs in the Ica Regional Hospital 1° to 31° to July 2016.

Methods: 42 patients who suffered amputation of one of his limbs as a result of suffering from diabetes mellitus type II were surveyed. Beck inventory was applied to classify the level of depression experienced by patients. observational, cross-sectional and prospective study of descriptive level.

Conclusions: 38.1% of patients have mild depression, 28.6% moderate depression, severe depression 23.8% and 9.5% extreme depression in patients amputees. 33.3% are 40 to 59 years and 66.7% over 60 years, mild depression is more common in 40 to 59 years and severe and extreme in 60 more years. 59.5% are male and 40.5% female, mild depression is more prevalent in females, severe and extreme in males. 50% have less than 1 year of amputees, and 50% have 1 year later, mild depression predominates in those aged 1 year to more than amputation, and severe and extreme prevalent in those with less than 1 year of amputees. 52.4% had amputation in the foot and leg 47.6%, mild and moderate depression predominate in those with the amputated foot, severe and extreme levels in those with the amputated leg. 50% gross have insufficient family support and 50% adequate family support, mild depression is more common in those with adequate family support, and levels of severe depression and extreme in those with insufficient family support. 64.3% belong to low socioeconomic status and 37.5% above the average, the most common in middle status mild depression, and severe and extreme levels of depression are more common in the low status.

KEYWORDS: Depression, diabetes mellitus II limb amputation.

ÍNDICE

| | |
|--------------|----|
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 6 |
| ÍNDICE | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |

TABLAS Y GRÁFICOS

| | |
|----------------------|----|
| TABLA Y GRÁFICO N°1 | 66 |
| TABLA Y GRÁFICO N°2 | 67 |
| TABLA Y GRÁFICO N°3 | 68 |
| TABLA Y GRÁFICO N°4 | 69 |
| TABLA Y GRÁFICO N°5 | 70 |
| TABLA Y GRÁFICO N°6 | 71 |
| TABLA Y GRÁFICO N°7 | 72 |
| TABLA Y GRÁFICO N°8 | 73 |
| TABLA Y GRÁFICO N°9 | 74 |
| TABLA Y GRÁFICO N°10 | 75 |
| TABLA Y GRÁFICO N°11 | 76 |
| TABLA Y GRÁFICO N°12 | 77 |
| TABLA Y GRÁFICO N°13 | 78 |

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1. | DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA | 13 |
| 1.2. | DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 15 |
| 1.3. | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 16 |
| 1.3.1. | PROBLEMA PRINCIPAL | 16 |
| 1.3.2. | PROBLEMAS SECUNDARIOS | 16 |
| 1.4. | OBJETIVOS | 17 |
| 1.4.1. | OBJETIVO GENERAL | 17 |
| 1.4.2. | OBJETIVOS SECUNDARIOS | 17 |
| 1.5. | JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN | 18 |

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

| | | |
|------|----------------------------------|----|
| 2.1. | ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 21 |
| 2.2. | BASES TEÓRICAS | 26 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | | |
|--------|---|----|
| 3.1. | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 57 |
| 3.2. | DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 58 |
| 3.2.1. | MÉTODO | 58 |
| 3.3. | POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN | 59 |

| | |
|---|----|
| 3.3.1. POBLACIÓN | 59 |
| 3.3.2. MUESTRA | 59 |
| 3.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES | 60 |
| 3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 63 |
| 3.4.1. TÉCNICAS | 63 |
| 3.4.2. INSTRUMENTO | 63 |
| 3.5.3. PROCEDIMIENTOS | 64 |

CAPÍTULO IV:

PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

| | |
|------------------------|----|
| 4.1. RESULTADOS | 65 |
| 4.2. DISCUSIÓN | 79 |
| 4.3. CONCLUSIONES | 83 |
| 4.4. RECOMENDACIONES | 85 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 87 |
| ANEXOS | 91 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA | 92 |
| MODELOS DE INSTRUMENTO | 95 |

INTRODUCCIÓN

En los últimos 15 años el aumento de enfermedades crónicas no-transmisibles (ECNT), como la diabetes, es causa del 60% de las muertes en el mundo, se calcula que entre 30 y 60% de los enfermos desconoce su enfermedad, ya sea por sus características relativamente asintomáticas o porque sus signos y síntomas no se identifican como graves, consecuentemente con pérdida de bienestar, calidad y años de vida, lo cual repercute no solo en quienes los padecen sino también en sus respectivas familias. (Heredia J. 2014)

Las enfermedades crónicas cada vez tienen mayores impactos económicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, el más importante para el paciente afectado es el grado de deterioro que observa en su funcionamiento como ente biopsicosocial, dado que enfrenta limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, como sucede cuando un sujeto sufre una amputación, un suceso que afecta su estado emocional, sus relaciones familiares y sociales, ya que se percibe a sí mismo y será visto como una persona discapacitada en una o más de estas tres esferas: física, psicológica y social.

En el caso de los diabéticos se han determinado niveles de depresión, en una incidencia mayor en comparación con la población que presenta otras patologías crónicas, algunas de ellas ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía.

Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia. Las personas con diabetes corren un riesgo notablemente mayor de experimentar sufrimiento mental, especialmente depresión; sin embargo, ésta a menudo se pasa por alto en las personas con diabetes. La coexistencia de diabetes y depresión tiene un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en comparación con la depresión por sí sola, o con otras afecciones crónicas. En ésta investigación se determinará la magnitud de la depresión en el paciente diabético que sufrió amputación de cualquiera de sus extremidades y conoceremos sus características sociodemográficas relacionada con su salud mental.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, tenemos la diabetes mellitus tipo II, considerada como un problema de salud pública mundial, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes mellitus; siendo la de tipo II el 90% de esta población calculada y es probable que esta cifra aumente a más del doble al año 2030, constituyendo Latinoamérica una de las poblaciones que doblará el número de los pacientes diabéticos de 12 millones en 1994 a 24 millones en el 2010. Meingüer-Cuevas (2014).

La concepción sobre las personas con limitaciones y las actitudes que ante ellas se asumen, están ligadas a la historia de la sociedad y a sus sistemas de valores. Como resultado surgieron formas diversas de abordar la problemática. A través de

la evolución de la humanidad, se pueden identificar tres formas de comportamiento social frente a las personas con limitaciones: Rechazo, Protección y Justicia social, en la cual todos los miembros que conforman una sociedad pueden ser autónomos y participar en igualdad de oportunidades. En el Perú se reporta que existe una prevalencia de diabetes del 5% de la población general, siendo esta una prevalencia de 6.7 -7.6% en la Costa Peruana (Piura y Lima respectivamente), 1.3% en la Sierra (Huaraz) y 4.4% en la Selva (Tarapoto).

Los pacientes diabéticos sufren un estrés psicológico importante; pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado, el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo.

Es por ello que se diseña esta investigación sobre la base que aparentemente la incidencia de pies diabéticos en la Región está en aumento con las implicancias psicológicas que esta patología trae consigo, por lo que es necesario realizar un estudio que mida la magnitud de esta enfermedad y conocerle sus características

sociodemográficas asociadas a fin de poder abordar el problema de una manera holística.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación temporal

La investigación se desarrolló del mes de marzo a setiembre del 2016.

1.2.2. Delimitación geográfica

El estudio se llevó cabo en el Hospital Regional de Ica ubicado en camino a Huacachina S/N en la ciudad de Ica.

1.2.3. Delimitación social

El estudio se desarrolló con pacientes con diabetes mellitus tipo II que sufrieron amputación de sus extremidades y que se encuentran hospitalizados o en consulta ambulatoria o que visitan el nosocomio por cualquier motivo, tomando en cuenta el sexo, la edad y el nivel socioeconómico.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según grupo etario, con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según género, con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según el tiempo de transcurrida la amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según segmento amputado de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?

- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según percepción subjetiva de apoyo familiar, con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes según condición socioeconómica, con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de depresión en pacientes con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según grupo etarios.
- Establecer el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según género.

- Identificar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según tiempo que transcurrió después de la amputación.
- Establecer el nivel de depresión en los pacientes diabéticos según segmento amputado.
- Indicar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según percepción subjetiva de apoyo familiar.
- Precisar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según su condición socioeconómica.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

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

quién la padece, imponiendo una gran carga económica a los sistemas de salud y a las familias.

Dentro de estas complicaciones tenemos al pie diabético que es definida como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie. Una de los rasgos característicos de las úlceras de pie diabético, que las distingue del resto de las heridas crónicas, es que no suele provocar dolor, como resultado de las lesiones nerviosas de origen diabético que afectan a las piernas y los pies (neuropatía periférica) lo que genera que se profundice la lesión, llevando al paciente a una amputación para preservar su vida; causando un profundo efecto sobre los aspectos psicosociales, como la falta de observancia de los cuidados personales preventivos y el tratamiento respectivo.

Durante el curso de enfermedades crónicas como la diabetes, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se enfatiza que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. El ambiente social es muy importante por lo que las instituciones de salud y los médicos en la práctica clínica consideren estos factores asociados a la mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto mejor control metabólico.

Se ha calculado que en torno al 70% de los pacientes entre 40 y 60 años sometidos a una amputación requieren apoyo psicológico, idealmente iniciado antes de la cirugía y no únicamente en la fase final de adaptación a la prótesis. Existe menos información, causa efecto, en el caso de las personas mayores (sujetos entre 65 y 75 años), los ancianos (entre 75 y 85 años) y en los muy ancianos o mayores de 85-90 años en los que probablemente exista también menor asistencia psicológica. Para ellos se ha calculado una necesidad de asistencias en, al menos, la mitad de los casos. Aun reconociendo las diferencias posibles entre poblaciones, la experiencia emocional del paciente amputado, considerada de manera general, puede ser traumática y como cualquier acontecimiento vital desestructurante, puede dar lugar a una profunda angustia en el paciente y en sus familiares, despertando miedos e inseguridades.

Sobre esta base y conociendo la alta frecuencia de esta patología invalidante en la Región se cree importante desarrollar esta investigación que pondrá en conocimiento sobre la depresión que presentan estos pacientes que sufrieron amputación de alguna extremidad y poder abordar el problema conociendo el entorno del paciente, así como la gravedad en que fue afectada su salud mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel Internacional. En Costa Rica, Henríquez (2009) realizó una investigación sobre la calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. La amputación es una resección total o parcial de una extremidad seleccionada. En nuestro medio las causas más frecuentes que llevan a la amputación de un miembro superior o inferior son las enfermedades vasculares, seguidas de las traumáticas, resultado de diabetes, infección de la extremidad por factores diversos, neoplasias, deformidades y lesiones nerviosas. Estas limitaciones dificultan el desarrollo normal de las funciones básicas y de la vida diaria de la persona afectada, y de quienes lo rodean, así como sus posibilidades de participación en las actividades sociales y laborales dentro de sus familias y su comunidad, así como

tener el derecho del paciente amputado a una terapia que le ayude tanto a su superación física como integral. El principal problema psicológico encontrado es la depresión en un número considerable de los amputados (35%), a tal punto que la valoración psiquiátrica y el uso de antidepresivos fue necesario en un 15%.

En México, García (2010) realizó un estudio de corte transversal en 741 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en la Caminata Anual del Paciente Diabético, para determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, donde se aplicó un cuestionario estructurado por el mismo investigador, encontrando síntomas de ansiedad en un 8%, síntomas de depresión en 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%.

En Estados Unidos, Vileikyte (2011) realizó un estudio sobre el impacto psicosocial de las lesiones de pie diabético. Más de la mitad del total de amputaciones de extremidad inferior tiene origen diabético. De hecho, la ulceración del pie es un problema creciente en todo el mundo y existen pocas pruebas que muestren una reducción del número de úlceras y amputaciones del pie en personas con diabetes. Las úlceras de pie diabético son fuente de graves disfunciones físicas, dolor emocional y mala calidad de vida. Las personas suelen responder a las complicaciones diabéticas del pie creándose sus propios modelos o comprensión de esta afección, que son inconsistentes con el punto de vista biomédico del profesional sanitario que las atiende, y esto genera una falta de cuidados personales del pie. La capacidad del profesional sanitario de comprender y empatizar con la perspectiva del sentido común de sus pacientes es, por lo tanto, fundamental para que exista una comunicación eficaz. Esto en potencia podría

generar una disminución del número de úlceras y un mejor funcionamiento físico y psicosocial de las personas de alto riesgo de desarrollar lesiones de pie diabético.

En Venezuela, Dorta (2011) investigó sobre el riesgo de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según tiempo de evolución, con el objetivo de describir el riesgo de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, según años de evolución. Fue realizado un estudio transversal con 45 pacientes, en los cuales se evaluó riesgo de depresión con test "Yesavage" en su versión reducida. Se registraron variables sociodemográficas y antigüedad del diagnóstico (0 a 5,6 a 9 y >10 años). Los resultados reportaron edad promedio 60 años; 57% femenino, 43% masculino; casados 47%, ocupación en el Hogar 55%; Escolaridad 54% los cuales realizaron estudios primarios y el Riesgo de depresión fue en >10 años de evolución, se presentó en el 80% depresión establecida y un 20% con riesgo para depresión, El grado de instrucción primaria es un factor determinante de condiciones de vida que favorece los riesgos y complicaciones crónicas de la diabetes. Finalmente, los pacientes con DM2 con más de 10 años de evolución, a predominio femenino con ocupación del Hogar y con edad promedio de 67 años, constituyen factores determinantes de calidad de vida.

En Jamaica, Cox (2011) realizó una investigación llamada: La vida Tras la Amputación de las Extremidades Inferiores por Diabetes, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida y la independencia funcional de diabéticos amputados de las extremidades inferiores, de uno a tres años tras la amputación, a partir de variables tales como la edad, el género, y el nivel de amputación. Método: Un total de 87 participantes del Hospital Saint Ann Bay. Estos participantes completaron las

evaluaciones de la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO QOL-BREF) y la Medida de Independencia Funcional (MIF). Valores promedios de la calidad de vida y la independencia funcional. Resultados: Entre los 35 varones y 52 mujeres que participaron en el estudio, los amputados por debajo de la rodilla registraron puntuaciones más altas para la calidad de vida ($p < 0.05$) y la independencia funcional ($p < 0.0001$) en comparación con los amputados por arriba de la rodilla. El resultado también mostró una puntuación promedio significativamente más alta en las mujeres que en los varones, en los cuatro dominios de la escala de calidad de vida. Se obtuvieron resultados similares de Medida de Independencia Funcional, en los que de nuevo las mujeres tenían puntuaciones significativamente más altas que los varones ($p < 0.0001$). La mayoría de las mujeres en todos los grupos etarios reportaron desde una escala de calidad de vida promedio a una escala de calidad de vida alta ($p < 0.0001$) en comparación con los varones. Se halló una correlación positiva ($r = 0.5999$, $p < 0.0001$) entre la independencia funcional y la calidad de vida de todos los participantes. Conclusión: Los resultados mostraron que los amputados por debajo de las rodillas funcionaban mejor que aquéllos con amputaciones por encima de la rodilla, y que las mujeres presentaban una mayor probabilidad de lidiar y funcionar exitosamente con la discapacidad en comparación con los hombres.

A nivel nacional. En Chiclayo, Constantino (2011) hizo un estudio sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. La cual tuvo como objetivo estimar la frecuencia de Ansiedad y Depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con Diabetes tipo 2 atendidos en el Hospital Nacional

Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el año 2011. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal. La muestra fue de 270 pacientes diabéticos tipo 2 entre 19 a 60 años que acudieron al consultorio externo de Endocrinología. Se utilizó como instrumentos los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y una ficha epidemiológica. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y un análisis inferencial exploratorio mediante el cálculo de razones de prevalencia, intervalos de confianza al 95% y valores p . Resultados: Hubo 172 mujeres (64%) y 98 hombres (36%). El promedio de edad fue de 52 años \pm 6,5. Se hallaron 156 pacientes con Depresión (57,78%) y 176 con Ansiedad (65,19%). No se halló asociación entre el control glicémico con depresión (RP= 0,77, IC95% 0,42 –1,38, $p >0,05$) y ansiedad (RP= 0,86, IC95% 0,47–1,59, $p >0,05$). Conclusiones: La frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes diabéticos tipo 2 de este Hospital de Chiclayo fue elevada. En una exploración inicial no se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico.

En Tarapoto, Bartra (2013) realizó una investigación sobre la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal Hospital II MINSA-Tarapoto. La cual tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El tipo de investigación planteado fue cuantitativa, aplicada, descriptiva de corte transversal; se trabajó con el diseño descriptivo simple y la muestra estuvo conformada por 50 pacientes con pie diabético y pacientes amputados. Para medir la variable percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario modificado tipo Escala de Lickert. De los resultados obtenidos en el estudio se concluye con lo siguiente: en

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

A nivel local, no se encontraron investigaciones.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica que incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente. Al ingerir los alimentos estos se descomponen convirtiéndose en una forma de azúcar denominada glucosa, que es el combustible que utilizan las células para proveer al organismo de la energía necesaria. Este proceso de transformar los alimentos en energía se llama metabolismo. Para metabolizar la glucosa adecuadamente, el organismo necesita una sustancia llamada insulina. La insulina es una hormona producida en el páncreas (que es una glándula localizada debajo del estómago), y cuya función es regular el uso de la glucosa en el organismo y por lo tanto es esencial en el proceso metabólico.

La insulina trabaja permitiéndole a la glucosa alojarse en las células para que éstas la utilicen como combustible, manteniendo a su vez los niveles de glucosa en la sangre dentro de lo normal (70 a 110 mg./dl).

Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo tanto, la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía (metabolismo) y se acumula en la sangre en niveles elevados. La Diabetes es una enfermedad seria, pero las personas diabéticas pueden vivir una vida larga, saludable y feliz si la controlan bien.

Aunque aún no hay una cura para la Diabetes, ésta puede ser controlada. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible (70 a 110 mg./dl) durante la mayor cantidad de tiempo.

Existen dos tipos de diabetes (diabetes tipo 1, diabetes tipo 2) y el tratamiento depender del tipo de Diabetes.

Las personas con Diabetes (tipo 1 y tipo 2) pueden trabajar y estudiar, y lo hacen bien. La disciplina necesaria para mantener un buen control de la diabetes, generalmente hace de los diabéticos mejores trabajadores y estudiantes. Las personas con diabetes, requieren comer en horas

establecidas, sin embargo, pueden realizar incluso, actividades que requieren grandes esfuerzos físicos. (Ministerio de Salud 2013)

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial y que su incidencia se encuentra en aumento. Se estima que la prevalencia mundial de la diabetes en el año 2000 fue de 2.8% y se espera que para el 2030 esta se duplique (Dávila y Jiménez, 2005).

Al igual que en el caso de la prevalencia mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha proyectado que para el 2025 esta cifra se duplicará en América Latina y el Caribe. Un artículo publicado sobre la diabetes por Campero, indica que la Federación Boliviana de Diabetes ha declarado que un 12.5% de la población está afectada y otro 12% corre serios riesgos de padecerla (Mendizábal).

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

El pie diabético afecta al 15% de las personas con diabetes en algún momento de sus vidas, siendo más frecuente después de los 40 años, los mismos que se incrementan con la edad es decir 1 de cada 5 pacientes diabéticos hospitalizados tiene lesiones de pie diabético.

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

La frecuencia de pie diabético no se conoce con exactitud en el Perú. Zubiarte encontró una prevalencia de un 9.1% en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, y León Muñoz y colaboradores una frecuencia mucho mayor (17.8%) en el Hospital Dos de Mayo, lo que no evidencia la realidad de este problema. Sobre los efectos de la amputación en el paciente con diabetes mellitus, El Ministerio de Salud señala que hay cambios en el funcionamiento, bienestar físico y psicosocial de la persona. Asimismo, refiere que el pie diabético puede ser una fuente de graves disfunciones físicas, dolor emocional y mala calidad de vida. Díaz (Agea, J. 2013)

2.2.3. TIPOS DE DIABETES

Diabetes Tipo 1

En este tipo de diabetes el páncreas no produce insulina o produce muy poco. Aunque las causas exactas aún no se conocen realmente, los científicos saben que el propio sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) ataca y destruye las células productoras de insulina (células

beta) y éstas no pueden producir más insulina. Esto generalmente ocurre en niños y jóvenes, por eso también se le conoce como diabetes juvenil.

Debido a que la insulina es necesaria para poder vivir, las personas, con diabetes tipo 1 deben inyectarse insulina todos los días para poder metabolizar los alimentos que consumen, es por eso que también se llama Diabetes insulino-dependiente.

Diabetes Tipo 2 (no insulino dependiente)

En este tipo de diabetes el páncreas produce insulina, pero por alguna razón, el organismo no es capaz de usarla adecuadamente, por lo que a pesar de que existe insulina en cantidades adecuadas, los niveles de glucosa en la sangre no son normales. Afortunadamente en muchos casos la diabetes tipo 2, puede ser tratada con un adecuado control del peso (muchos diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso), dieta apropiada, reducción de ingesta de azúcar y ejercicios, en otros casos será necesario también el tratamiento con medicamentos orales y en casos más severos incluso podrán requerir insulina. La diabetes tipo 2, es conocida también como "Diabetes de adultos", ya que generalmente ocurre en personas mayores de 40 años, aunque últimamente se ha incrementado el número de casos en adolescentes y niños. Este tipo de diabetes, generalmente también ocurre en personas con sobrepeso, el chance de presentar diabetes tipo 2 se duplica con cada 20% de exceso de peso. Se cree que el exceso de grasa en el organismo, disminuye la función efectiva de la insulina.

La diabetes tipo 2 (no insulino dependiente), puede pasar inadvertida por muchos años, y en algunos casos ésta es diagnosticada cuando ya se han producido daños irreversibles en el organismo. Por lo que es recomendable que todas las personas se realicen un examen de glicemia por lo menos una vez al año. (Bonilla Toyos E. 2011)

2.2.4. PIE DIABETICO

Uno de los rasgos característicos de las úlceras de pie diabético, que las distingue del resto de heridas crónicas, es que no suelen provocar dolor, como resultado de las lesiones nerviosas de origen diabético que afectan a las piernas y los pies (neuropatía periférica). Esta pérdida de la sensación de dolor como respuesta a una lesión tiene un profundo efecto sobre los resultados psicosociales, como la falta de observancia de los cuidados personales preventivos.

La pérdida de la sensación de dolor genera la falta de observancia del tratamiento recomendado para las úlceras del pie (como llevar un mecanismo de descarga para las úlceras a fin de reducir el estrés mecánico) y contribuye de manera importante con la ralentización de la curación o incluso impide que se curen las úlceras del pie.

Mientras que las personas con lesiones no neuropáticas del pie evitan caminar sobre heridas de este tipo por el dolor que ello les causa, quienes tienen los pies insensibles siguen caminando sobre las úlceras. Esto, a su vez, prolonga la disfunción física y psicosocial de la persona, lo que suele

traducirse en limitaciones de las actividades diarias normales e ir asociado al dolor emocional.

Se llama pie diabético a las alteraciones en las extremidades inferiores de los diabéticos, que los exponen a deformaciones, infecciones, osteomielitis, gangrena, amputaciones, invalidez y un mayor riesgo de muerte. Esta frecuente complicación diabética en cuya génesis están implicados diversos mecanismos, como: la neuropatía diabética sensitivo-motora y autonómica, la vasculopatía arterial periférica y macrovascular, que son importantes tener en cuenta para un correcto manejo multidisciplinario del pie diabético.

FISIOPATOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO

A) FACTORES PREDISPONENTES

Neuropatía

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

Macroangiopatía

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

Microangiopatía

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

B) FACTORES DESENCADENANTES

Factores extrínsecos

Son de tipo traumático, y pueden ser mecánicos, térmicos o químicos: El traumatismo mecánico se produce habitualmente a causa de calzados mal ajustados, y constituye el factor precipitante más frecuente para la aparición de úlceras. El traumatismo térmico es directo y lesiona la piel. Habitualmente se produce al introducir el pie en agua a temperatura excesivamente elevada; utilizar bolsas de agua caliente; descansar muy cerca de una estufa

o radiador; andar descalzo por arena caliente o no proteger adecuadamente el pie de temperaturas muy bajas. El traumatismo químico suele producirse por aplicación inadecuada de agentes queratolíticos. Por ejemplo, con ácido salicílico.

Factores intrínsecos

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

C) FACTORES AGRAVANTES

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

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

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

-Grado 0: Es un pie en riesgo, en el cual existen deformaciones, dedos de martillo, hallus valgus, callosidades, antecedentes de úlceras anteriores, uñas deformadas, y onicomicosis.

- Grado 1: Se trata de úlceras superficiales no infectadas clínicamente; generalmente son úlceras neuropáticas.
- Grado 2: Úlcera profunda a menudo infiltrada, pero sin participación ósea.
- Grado 3: Úlcera profunda infectada con absceso con participación ósea.
- Grado 4: Son gangrenas localizadas en parte del pie. Puede tratarse de uno o más dedos o del talón.
- Grado 5: Es la gangrena total del pie. (Beneit Montesinos J. 2011)

2.2.5. AMPUTACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

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

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

- Amputaciones distales de los dedos: Están indicadas cuando la lesión necrótica se circunscribe a las zonas sacras de los dedos.
- Amputación transmetatarsiana: Se basa en la resección de la totalidad de las falanges y de la epífisis distal de los metatarsianos.

B) Amputaciones mayores

- Amputación de Syme: Se realiza a nivel de la articulación del tobillo. Se consigue un buen muñón de apoyo, restando espacio suficiente entre el extremo del muñón y el suelo, para la adaptación de la prótesis que supla sus funciones.
- Amputación infracondílea: Tiene la ventaja, sobre la supracondílea, de preservar la articulación de la rodilla, lo que facilita la prótesis de aquellos pacientes en los que, por sus condiciones físicas, no sería posible realizarla en el caso de amputaciones más proximales.
- Amputación supracondílea: En este tipo de amputación se pierde la articulación de la rodilla y la carga protésica se concentra en la zona isquiática y no directamente sobre el muñón, como sucede en la desarticulación de la rodilla.

- Amputación en guillotina: Indicada cuando la infección abarca amplias estructuras del pie con progresión extensa a través de las vainas tendinosas de la pierna. Consiste en una sección por encima de los maléolos y perpendicular al eje de la pierna, de la piel, tejidos blandos y huesos. (Neyra L. 2012)

2.2.6. IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO

Los resultados de un gran estudio prospectivo desarrollado los EEUU indican que la mayoría de las personas a quienes se les diagnostica neuropatía diabética creen que el desarrollo de una úlcera en el pie iría acompañado de dolor. Además, anticipan que las lesiones del pie de origen diabético serán vasculares y que estas lesiones vasculares se reflejarán en una mala circulación y unos “pies fríos”.

Un estudio, por ejemplo, comparó el estatus psicológico de las personas con úlceras crónicas del pie de origen diabético con el de quienes se habían sometido a la amputación de una extremidad inferior y el de las personas con diabetes sin antecedentes de ulceración del pie.

Se documentó que las personas con úlceras crónicas del pie y quienes se habían sometido a una amputación se habían ajustado psicosocialmente bastante peor a su situación dentro de su entorno doméstico y social y manifestaban una calidad de vida peor en general, en comparación con las personas sin lesiones del pie.

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

Con el fin de desarrollar intervenciones eficaces, es fundamental comprender la experiencia únicamente personal que es la calidad de vida. Esto refleja el modo en el que las personas perciben su estado de salud y reaccionan ante el mismo. En un estudio se documentó que aproximadamente la mitad de las personas entrevistadas o bien se habían jubilado anticipadamente o habían perdido tiempo de trabajo y que en ocasiones se habían perdido oportunidades laborales.

Además, la limitación de la movilidad causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales. Las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares.

Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida. Mientras que las respuestas emocionales específicas del pie diabético son prominentes e incluyen el miedo a las posibles consecuencias y la ira contra los profesionales sanitarios (que surgen de la percepción de una falta de explicaciones claras a tiempo de la naturaleza de las complicaciones del

pie), no hay pruebas de que exista una asociación entre la ulceración del pie y la depresión. Este hallazgo resulta de algún modo sorprendente, si consideramos las pruebas de que las úlceras del pie van asociadas a graves restricciones de la movilidad, pérdida de tiempo laboral y otras alteraciones de las actividades de la vida diaria. (Díaz A. 2015)

2.2.7. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CONTROL DE LA DIABETES

Este defecto de la insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además, los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios.

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas afectadas por este desorden, es controlarlo: mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles los normales. Un buen control puede ayudar enormemente a la prevención de complicaciones de la diabetes relacionada al corazón y el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios.

Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre. (Fabián M. 2010)

2.2.8. POSTOPERADO TRAS LA AMPUTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD

INFERIOR

Según WH Van Houtum (2005) del total de amputaciones de extremidad inferior llevadas a cabo en todo el mundo, entre el 40% y el 70% están relacionadas con la diabetes. En las personas con la afección, las lesiones nerviosas de origen diabético, la disminución de la movilidad debida a alteraciones del funcionamiento de las articulaciones del pie y el trastorno de los vasos sanguíneos que riegan las piernas y los pies (enfermedad vascular periférica) provocan ulceraciones. Cuando el pie ulcerado de una persona se infecta o cuando el riego sanguíneo se ve gravemente afectado, podría resultar inevitable la amputación del pie, o incluso de la pierna. Las personas con diabetes que han sufrido una amputación corren un mayor riesgo de desarrollo de úlceras en el futuro. La ulceración recurrente podría no curarse y tener como resultado más amputaciones. Sin embargo, las amputaciones se pueden prevenir en un 49%- 85% de los casos.

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

Las depresiones son frecuentes. Muchas personas viven con el miedo de que se repitan las infecciones y a la discapacidad de por vida. Además, tras una amputación, el paciente suele necesitar calzado especial o prótesis. Éstos hacen que la afección de la persona sea visible al público, a menudo causándole vergüenza, lo cual tiene un impacto negativo sobre su calidad de vida.

Las investigaciones han demostrado que las personas con diabetes que, como resultado de una depresión, no acuden a sus revisiones habituales, corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones. (Rendón C. 2013)

El apoyo psicológico, por lo tanto, es fundamental para cualquiera que se haya sometido a una amputación. Hay, sin embargo, factores positivos asociados con la amputación.

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

El calzado puede ser muy útil a la hora de prevenir problemas recurrentes. Una persona nunca debería volver a utilizar un calzado que le ha causado ulceración; tipos alternativos de calzado pueden ayudar a aliviar la presión.

Cuando una persona desarrolla una úlcera del pie, debería escogerse un calzado terapéutico para aliviar la presión y permitir que cure la úlcera. Una vez que haya curado la úlcera o tras una amputación, se necesita una solución más permanente, que implica la utilización de calzado de protección. Podría utilizarse una prótesis para llenar el espacio vacío tras la amputación de un dedo del pie.

La dificultad más grande que tiene que enfrentar un paciente afectado con pie diabético amputado es el cambio de su estilo de vida, que se produce cuando sienten la presencia de un daño significativo que amenaza su integridad física, afectándolo emocionalmente y su instinto de supervivencia se ve alterado, definiendo a la enfermedad como interminable.

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

desfavorecen su salud, los pacientes refieren que no percibieron la gravedad de la situación hasta que sufrieron las consecuencias discapacitantes irreversibles, ocasionando un cambio total o parcial en su vida y la de su familia. Al verse afectados por las devastadoras consecuencias de la enfermedad, consideran que los conocimientos y los estilos de vida que adoptan a lo largo de la vida influyen beneficiando o afectando su estado de salud. Resaltan que, si hubieran tenido los conocimientos necesarios de las consecuencias de esta enfermedad, se hubieran cuidado adecuadamente, o lo que señala en una frase "lo que hice antes, lo vivo ahora" Aceptan que no se sintieron preparados ni capaces para adoptar cambios en su estilo de vida, por ser este proceso largo y penoso. Iniciando así, una vida sedentaria, alejada del mundo, aislándose permanentemente, calificándola como una vida aburrida, inútil, triste y rutinaria.

Extrañan sus actividades anteriores, las reuniones con sus amigos, las actividades sociales que frecuentaban y sobre todo vivir tranquilos sin depender de nadie.

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

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

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

cosas sin molestar a nadie, aceptando la enfermedad y tratando de modificar su vida. (Amores V. 2013)

2.2.9. ESTADO EMOCIONAL

Estrés psicosocial

Se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que viven con diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad: De estos dos factores importante se han descrito, la depresión y el estrés (Kelly L. 2006)

Estrés de la vida diaria.

Se ha reportado que las experiencias estresantes de la vida diaria pueden ser importantes factores etiológicos en la patofisiología de enfermedades como la diabetes y la enfermedad vascular coronaria.

Otras investigaciones (Pierrot y col. 1992 y Garay y col. 2000) mostró que la percepción de mayor estrés se ha asociado con descontrol metabólico (aumento de la hemoglobina glucosilada) y este puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés trastorna la vida cotidiana, relacionada al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación; por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra

reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa. (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014)

Negación de la enfermedad

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Zorrilla –Hernández 1998).

La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad externa. El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa.

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La negación reduce la respuesta al estrés, sin embargo, tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad. Con relación a esto, encontramos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente con el nivel de hemoglobina

glucosilada. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente.

La negación aumenta con los años desde el diagnóstico antes de los cinco años, pero la asociación desaparece en los años posteriores (Garay y col. 1999). Esto indica que la desaparición de los síntomas que ocurre después de la instalación de la enfermedad, permite la aparición de este mecanismo de defensa, pero a largo plazo, las primeras evidencias de complicaciones, impiden sostener la negación.

Efectos sobre la calidad de vida

En investigaciones sobre los efectos de la ulceración del pie sobre el funcionamiento y el bienestar físico y psicosocial de la persona, se ha descubierto que las úlceras del pie pueden ser una fuente de discapacidad grave que, a su vez, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida.

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

Estos estudios utilizaron cuestionarios que no estaban diseñados específicamente para la ulceración de un pie; el contenido lo impusieron los investigadores. Por lo tanto, es posible que sus hallazgos dejaran un vacío entre la ulceración del pie definida de manera abstracta y la realidad de la experiencia de una persona al vivir con úlceras en el pie. Con el fin de desarrollar intervenciones eficaces, es fundamental comprender la experiencia únicamente personal que es la calidad de vida. Esto refleja el modo en el que las personas perciben su estado de salud y reaccionan ante el mismo.

Recientemente se desarrollaron varios cuestionarios que evalúan la calidad de vida desde la perspectiva de las personas afectadas por las úlceras del pie. Un ejemplo sería la Escala de Úlceras de Pie Diabético el Instrumento para medir la Calidad de Vida específico para Neuropatía y Úlceras del Pie.

Se desarrollaron una serie de entrevistas con personas con úlceras del pie y los profesionales sanitarios que las atienden a fin de conocer qué aspectos de vivir con úlceras del pie son importantes para la calidad de vida de una persona.

Estas entrevistas demostraron que la pérdida de movilidad causada por un tratamiento que alivie la presión (férulas, sillas de ruedas o muletas, por ejemplo) tiene una gran influencia sobre la experiencia de tener una úlcera en el pie. Genera graves restricciones sobre las actividades de la vida diaria, como el trabajo en casa, las actividades de ocio y el empleo. (Castillo J. 2010)

2.2.10. DEPRESIÓN

La Depresión

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes. Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. (OMS. 2011. PSICOMED).

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones.

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos.

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de

los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV).

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes mellitus, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica (Mendizábal 2006), hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse.

Se ha observado que la ansiedad y la depresión juegan un papel importante y complejo en la adaptación a la diabetes juvenil (Dantzer y col. 2003), otro estudio nos habla que la interacción de diabetes tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico y que predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro vasculares (Black y col. 2003). La depresión y la ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico.

Un estudio de seguimiento en adultos diabéticos mostró que, con un mejor control glucémico, los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con mal control los síntomas se incrementaban. Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del control glucémico o viceversa. La depresión se ha encontrado que impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sugiere que una evaluación de depresión debe

incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes (Kalsekar y col. 2006).

Es muy importante tomar en cuenta que el paciente con diabetes es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta por lo que al evaluarlo debemos examinar su entorno biopsicosocial. (Alex E 2008)

Enfoque sistémico de la depresión en diabéticos

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado la enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposición y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, que pueden variar entre persona y persona o ser inexistentes en última instancia (Oblitas, 2006).

Las personas no nacen con estas capacidades o muchas veces no tienen esta disposición para enfrentar una situación de crisis. Por esto toma gran importancia la vinculación de esta persona a redes de apoyo, básicas y especializadas, que sean agentes de salud, que sean fuentes de información fidedigna, que faciliten o den acceso a atención médica o psicológica, que sean un soporte emocional fuerte, que propicien la inclusión del paciente en actividades nuevas o grupos que enriquezcan y mejoren su experiencia en el curso de la situación que vive (Oblitas, 2006. Rolland, 2000).

Dado que la depresión es una enfermedad crónica como la diabetes es un fenómeno que afecta en primera instancia al seno de una familia, lo más apropiado será abordarlo desde una perspectiva relacional por la interdependencia del fenómeno con el enfermo y los miembros de la familia y viceversa. (Claude Mbanya J. 2011)

Para que el abordaje de problemáticas sociales como la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la depresión, etc., incluyan la participación no solo de los profesionales de la salud sino a organizaciones no gubernamentales, ministerios de salud, ministerios de cultura y deporte, alcaldías, apoyo de empresas que puedan contribuir económicamente a proyectos de prevención y proyectos o investigaciones de salud como se dieron algunos casos en la ciudad de La Paz donde empresas farmacéuticas y alimenticias patrocinaron juntamente con el gobierno municipal actividades como las caminatas de diabéticos para fomentar y promover la actividad física, campañas gratuitas de detección de diabetes, entre otras, incluyendo de esta forma también a los medios de comunicación, unidades educativas y público en general, haciendo posible una intervención holística y multidisciplinaria en el sentido más amplio de la palabra sobre este fenómeno clínico y social. (Gamarra J. 2012)

Al perder un miembro, los dos tipos de tristeza más comunes son la anticipatoria y la normal sin complicaciones. La tristeza anticipatoria llega antes de la pérdida y está asociada al diagnóstico de la enfermedad que pone en riesgo su vida y a la subsiguiente amputación.

Las cinco etapas del proceso de adaptación

Negación

La negación la suelen experimentar personas que se someten a amputaciones, normalmente aquéllas a las que se les ha practicado amputaciones quirúrgicas no la sufren.

Rabia

A menudo se culpa de la pérdida a Dios, al médico o a otras personas.

Regateo

En esta fase, los pacientes intentan posponer la realidad de la amputación y la mayoría intentará regatear con su doctor o alguna autoridad superior como, por ejemplo, una figura religiosa.

Depresión

En esta etapa, la depresión sustituye a la rabia. Ésta es probablemente la fase más complicada de la adaptación, pero también desaparecerá. No es una depresión clínica; es normal. Los síntomas más frecuentes son el exceso o la falta de sueño, los sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro,

los sentimientos de desesperación y hablar de la muerte. La depresión no es un signo de debilidad; sin embargo, no debería sentirse así. Es tratable y usted no debería dudar en pedir ayuda a su médico, enfermera, familiares y amigos.

Aceptación y esperanza

Con el tiempo, aceptará la pérdida y volverá a su hacer su vida normal. Esto se consigue más fácilmente si habla con alguien que haya superado todo el proceso y le pueda dar algunos consejos que le ayuden a afrontar la pérdida.

Tristeza complicada

Aunque no es común en pacientes amputados, debe ser consciente de sus síntomas, que incluyen aislamiento severo, comportamiento violento, ideas suicidas, adicción al trabajo, depresión severa o prolongada, pesadillas y evitar pensar en su amputación.

Múltiples factores

Además de la pérdida de un miembro, puede que experimente otras complicaciones, dependiendo de la situación y del apoyo que reciba de otras personas. Durante este periodo, probablemente se sienta muy estresado. Es posible que experimente una pérdida de autoestima, pérdida de confianza en sí mismo, miedo o rechazo de su pareja, problemas financieros y que se

cuestione su apariencia física. Probablemente, uno de los problemas más difíciles es perder el sentimiento de independencia y tener que depender de otros hasta en las necesidades más básicas. (Gamarra J. 2012)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La Investigación es de naturaleza cuantitativa, transversal y descriptiva. Es cuantitativa porque tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus elementos. Hurtado y Toro (1998).

Es transversal porque toma una instantánea de una población en un momento determinado, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una amplia población. Shuttleworth (2010).

Es descriptiva porque trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada. Sabino (1986).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que se seleccionó es descriptiva, que se representa de la siguiente manera:

M ----- O

Donde M representa una muestra con quien vamos a realizar el estudio, y O representa la información relevante o de interés que recogemos de la mencionada muestra.

3.2.1. MÉTODO

Inductivo, porque el análisis es de factores individualmente, para después realizar el análisis general.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. POBLACIÓN

Todos los pacientes diabéticos que fueron amputados sus extremidades que acudan al hospital durante el mes de julio y que se les pueda aplicar el cuestionario que son 42 pacientes.

3.3.2. MUESTRA

Será seleccionada según criterio de inclusión y exclusión.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente diabético que fue amputado alguna de sus extremidades

Paciente que desee colaborar con la investigación

Paciente consiente que pueda contestar el cuestionario en forma libre.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Paciente amputado de cualquier extremidad por otro motivo que no sea por complicación de la diabetes

Paciente que no desee colaborar con el estudio

Paciente que por otros motivos no se encuentre en condiciones libres de contestar el cuestionario.

3.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Variable de interés = Depresión

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes. Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño

prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. (OMS. 2011.
PSICOMED)

Variable de caracterización

- Edad
- Género
- Tiempo que transcurrió después de la amputación
- Segmento corporal amputado
- Percepción subjetiva de apoyo familiar
- Condición socioeconómica

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|------------------------------------|---|--------------------|--------------------|
| V. Interés Depresión | Enfermedad caracterizada por profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. Variable categórica que se medirá en escala ordinal | Depresión leve | De 0 a 20 |
| | | Depresión moderada | De 21 a 30 |
| | | Depresión grave | De 31 a 40 |
| | | Depresión extrema | + de 40 |

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

La técnica empleada es la entrevista estructurada, previa explicación del alcance de la investigación.

3.5.2. INSTRUMENTOS

- **Inventario de depresión de Beck (BDI)**

Ficha Técnica

- **Nombre de la adaptación en español:** Inventario de depresión (BDI).
- **Autores:** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg
- **Administración:** Individual o colectiva.
- **Duración aproximada:** 20 minutos.
- **Grupos de aplicación:** Adultos.
- **Técnica de Aplicación:** El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

- **Interpretación:** Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.
- **Material:** Cuadernillo, hoja de respuestas y plantilla.

3.5.3. PROCEDIMIENTOS

Los datos fueron procesados en programas estadísticos e informáticos de donde se obtuvieron las tablas y la estadística descriptiva. Los gráficos se presentan utilizando el programa Excel.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

A continuación, se presentarán una serie de tablas y gráficos mostrando los resultados obtenidos por las pruebas aplicadas a los pacientes con diabetes en el Hospital Regional de Ica. Tanto en tablas como en los gráficos se muestran los porcentajes obtenidos según el nivel de depresión que presentan, las mismas que están divididas según grupos etarios, según género, según tiempo transcurrido después de la amputación, según segmento corporal amputado, según apoyo familiar y según nivel socioeconómico.

TABLAS DESCRIPTIVAS

TABLA N° 01

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN**

| Depresión | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| LEVE | 16 | 38.1% |
| MODERADA | 12 | 28.6% |
| SEVERA | 10 | 23.8% |
| EXTREMA | 4 | 9.5% |
| Total | 42 | 100.0% |

En la tabla se observa que el 38.1% de los pacientes presentan depresión leve, el 28.6% depresión moderada, 23.8% depresión severa y el 9.5% depresión extrema.

GRÁFICO N° 01

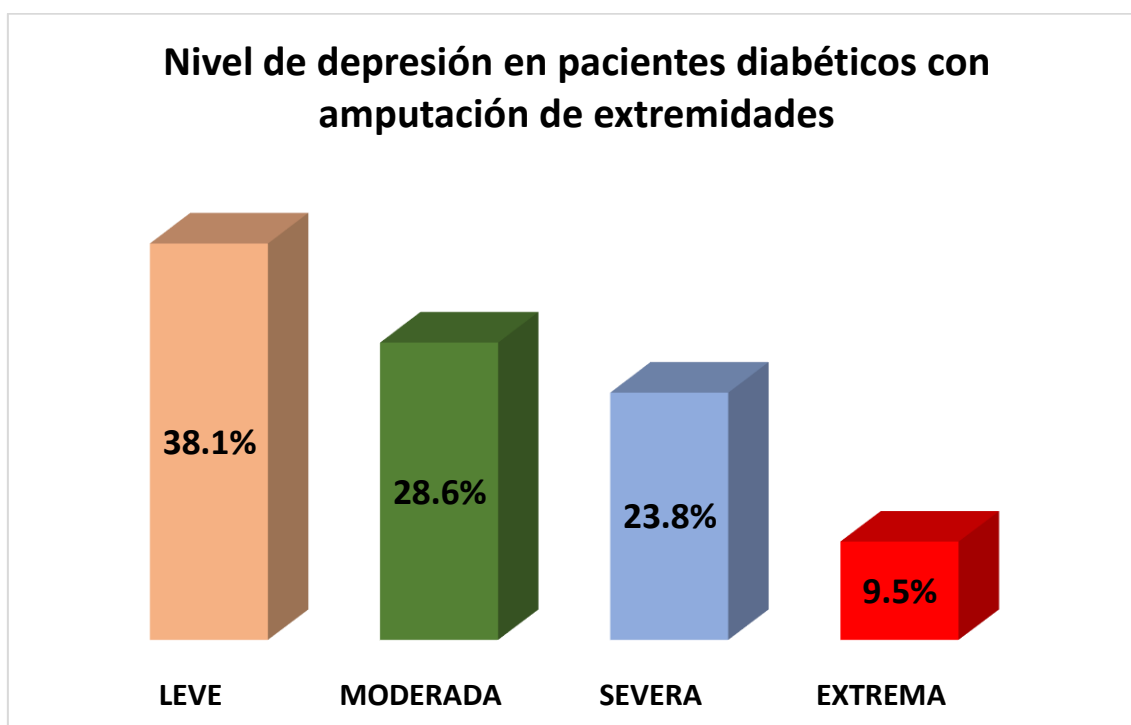


TABLA N° 02

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN GRUPO ETÁREO**

| Grupo etáreo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| De 40 a 59 años | 14 | 33.3% |
| De 60 a más años | 28 | 66.7% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 33.3% de los pacientes eran de entre 40 a 59 años y el 66.7% eran de 60 a más años.

GRÁFICO N° 02

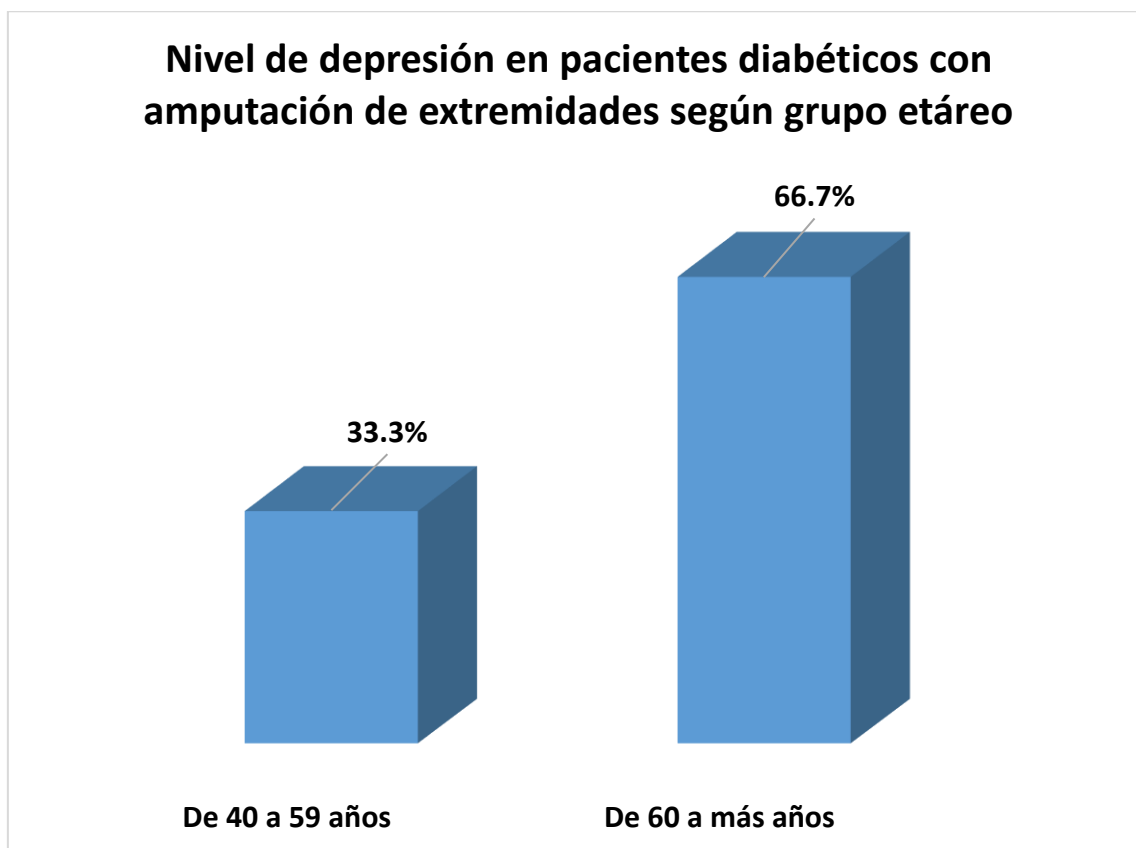


TABLA N° 03

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN SEXO**

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 25 | 59.5% |
| Femenino | 17 | 40.5% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 59.5% de los pacientes eran de sexo masculino y el 40.5% eran de sexo femenino.

GRÁFICO N° 03

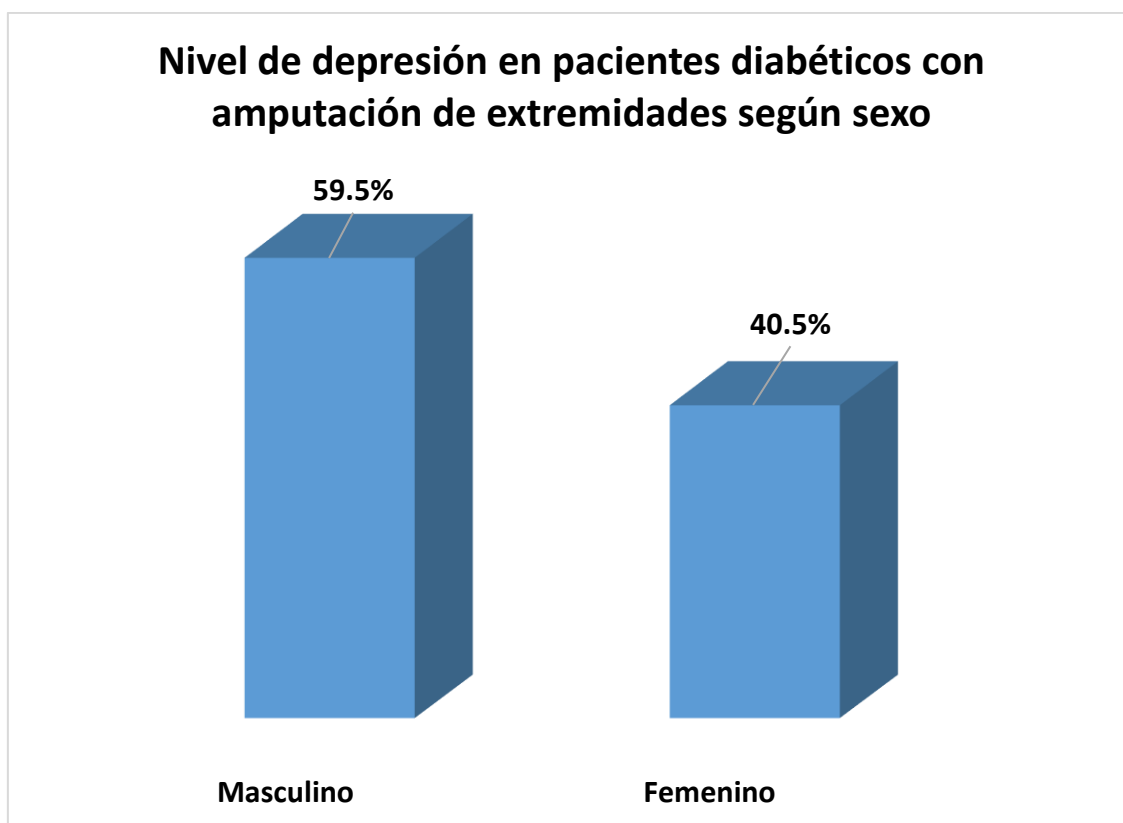


TABLA N° 04

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN TIEMPO TRANSCURRIDO
DESPUES DE LA AMPUTACIÓN**

| Tiempo transcurrido | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 1 año | 21 | 50.0% |
| De 1 a más años | 21 | 50.0% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 50% de los pacientes tenían menos de 1 año de haberse amputado y el 50% tenían de 1 a más años de haber sufrido la amputación.

GRÁFICO N° 04

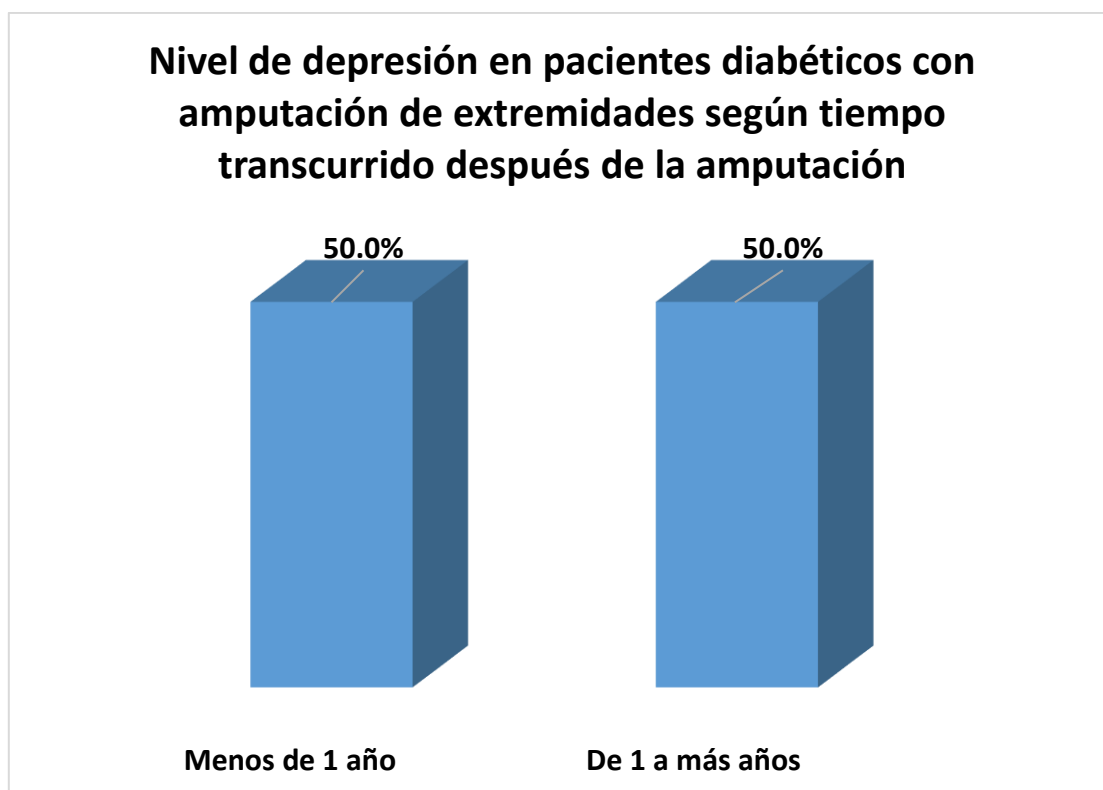


TABLA N° 05

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN SEGMENTO CORPORAL
AMPUTADO**

| Segmento corporal | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Pie | 22 | 52.4% |
| Pierna | 20 | 47.6% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 52.4% de los pacientes tenían como segmento corporal amputado a los pies y el 47.6% tenían como segmento amputado a la pierna.

GRÁFICO N° 05

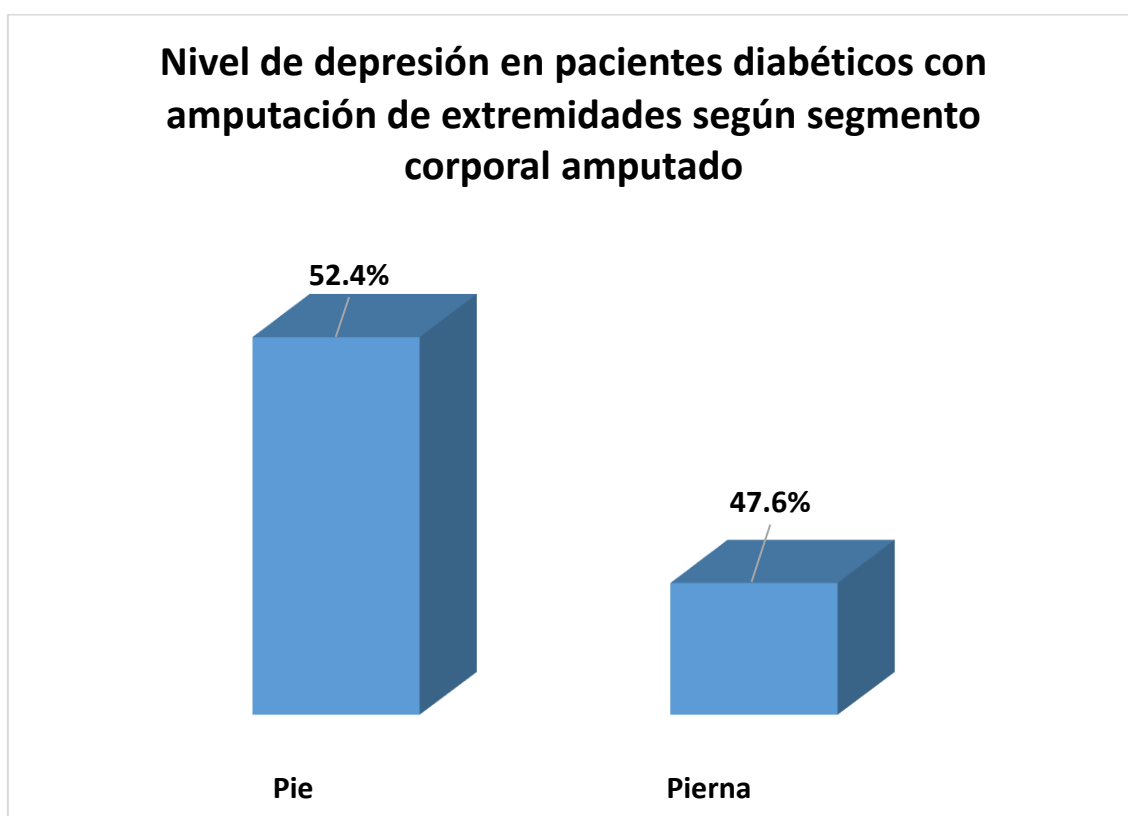


TABLA N° 06

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE
APOYO FAMILIAR**

| Apoyo familiar | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Insuficiente | 21 | 50.0% |
| Suficiente | 21 | 50.0% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 50% de los pacientes consideran que tienen un apoyo familiar insuficiente y el 50% considera que el apoyo familiar es suficiente.

GRÁFICO N° 06

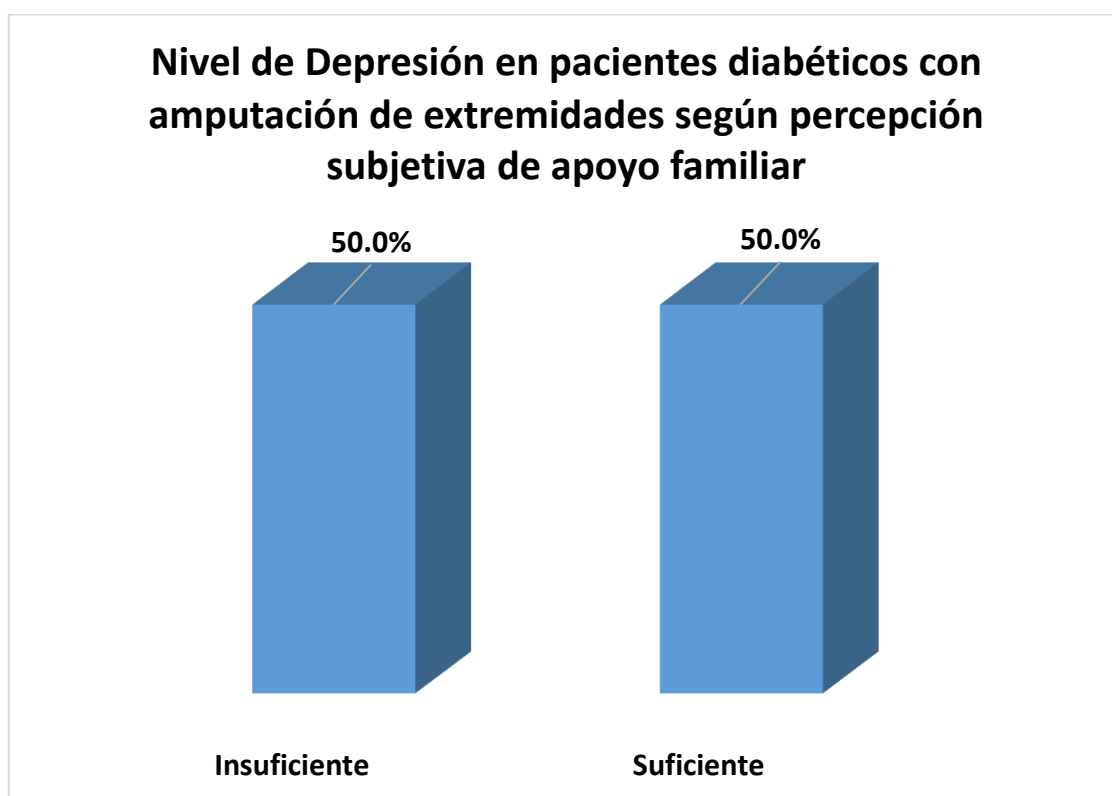


TABLA N° 07

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA JULIO 2016 SEGÚN SU CONDICIÓN
SOCIOECONÓMICO**

| Condición socioeconómico | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Bajo | 27 | 64.3% |
| Medio | 15 | 35.7% |
| Total | 42 | 100% |

La tabla muestra que el 64.3% de los pacientes son de condición socioeconómico bajo y el 35.7% son de condición socioeconómico medio.

GRÁFICO N° 07

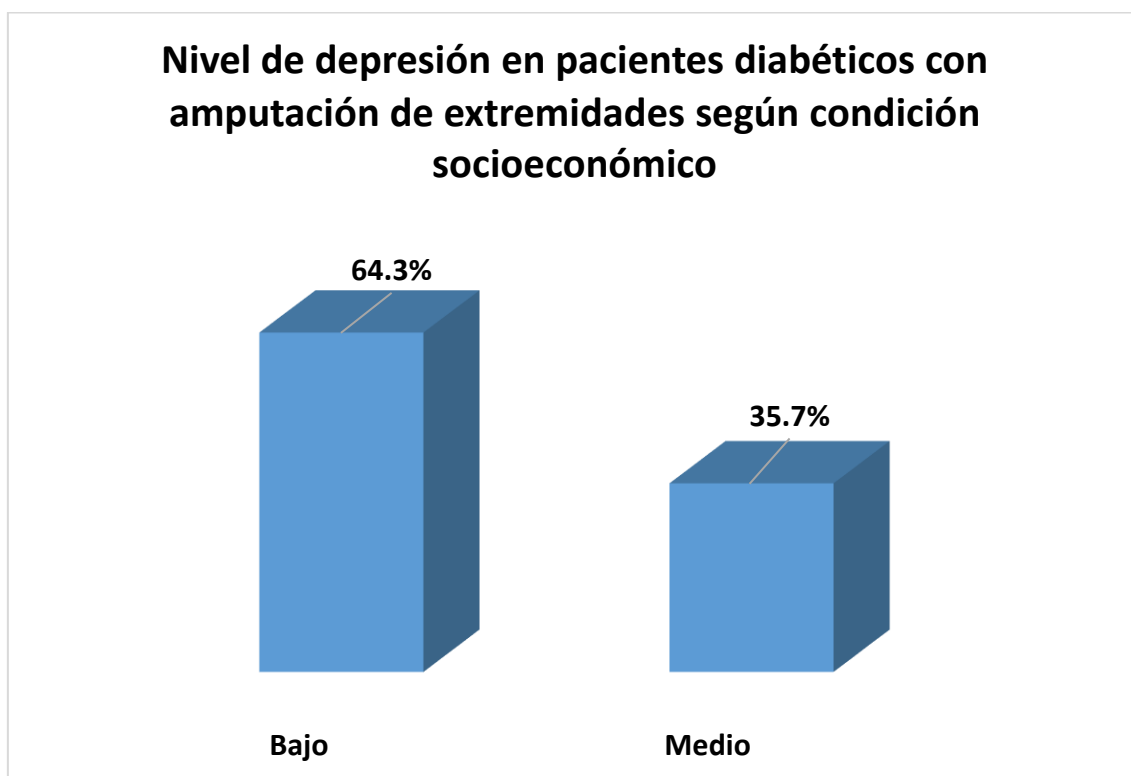


TABLA N° 08

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES SEGÚN GRUPOS
ETARIOS**

| Depresión | De 40 a 59 años | De 60 a más años | Total |
|-----------|-----------------|------------------|--------|
| LEVE | 7 | 9 | 16 |
| | 50.0% | 32.1% | 38.1% |
| MODERADA | 4 | 8 | 12 |
| | 28.6% | 28.6% | 28.6% |
| SEVERA | 2 | 8 | 10 |
| | 14.3% | 28.6% | 23.8% |
| EXTREMA | 1 | 3 | 4 |
| | 7.1% | 10.7% | 9.5% |
| Total | 14 | 28 | 42 |
| | 33.3% | 66.7% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve predomina en las edades de 40 a 59 años, la depresión severa es similar en ambos grupos, mientras que las depresiones severa y extrema se observa con mayor frecuencia en las edades de 60 a más años.

GRÁFICO N° 08

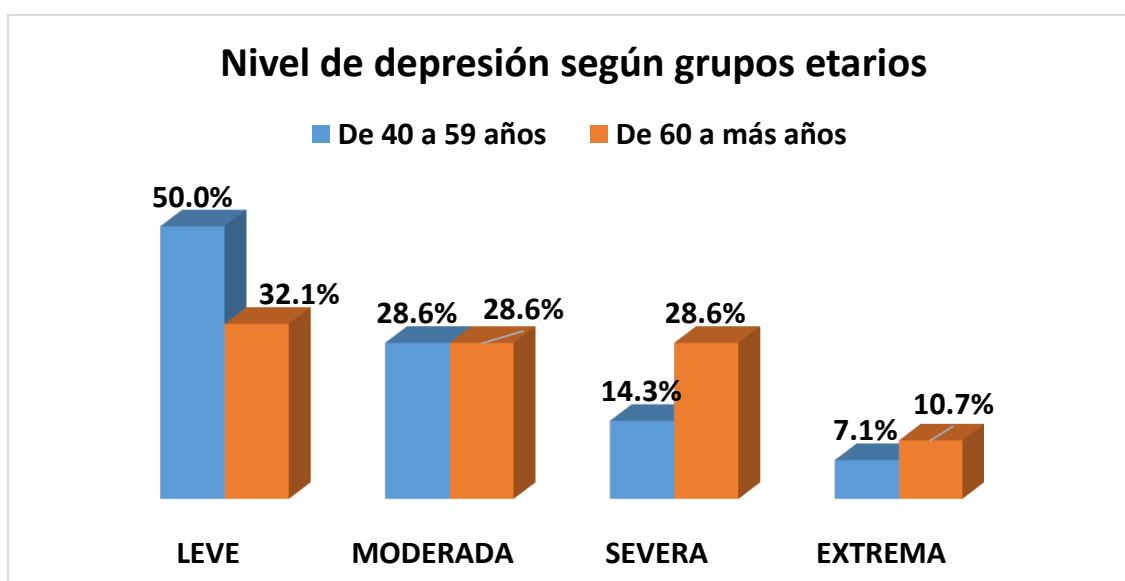


TABLA N° 09

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES SEGÚN GÉNERO**

| Depresión | Masculino | Femenino | Total |
|-----------|-----------|----------|--------|
| LEVE | 8 | 8 | 16 |
| | 32.0% | 47.1% | 38.1% |
| MODERADA | 7 | 5 | 12 |
| | 28.0% | 29.4% | 28.6% |
| SEVERA | 7 | 3 | 10 |
| | 28.0% | 17.6% | 23.8% |
| EXTREMA | 3 | 1 | 4 |
| | 12.0% | 5.9% | 9.5% |
| Total | 25 | 17 | 42 |
| | 59.5% | 40.5% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve y moderada se presenta con frecuencia similar en ambos sexos, aunque la leve es mas en el sexo femenino, mientras que la depresión severa y extrema se observa con mayor frecuencia en el sexo masculino.

GRÁFICO N° 09

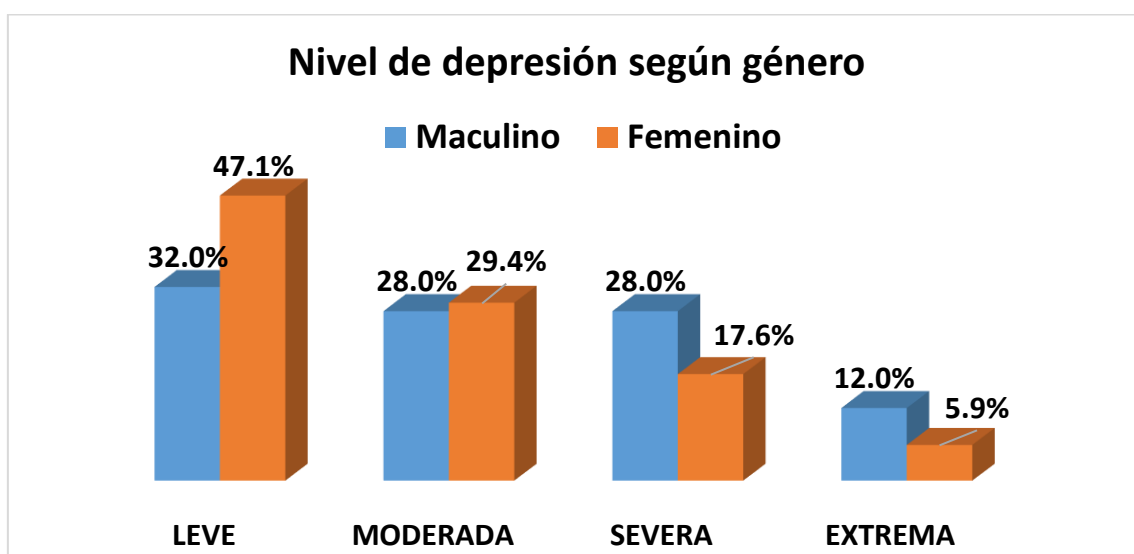


TABLA N° 10

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES SEGÚN TIEMPO
QUE TRANSCURRIÓ DESPUÉS DE LA AMPUTACIÓN**

| Depresión | Menos de 1 año | De 1 a más años | Total |
|-----------|----------------|-----------------|--------|
| LEVE | 6 | 10 | 16 |
| | 28.6% | 47.6% | 38.1% |
| MODERADA | 6 | 6 | 12 |
| | 28.6% | 28.6% | 28.6% |
| SEVERA | 6 | 4 | 10 |
| | 28.6% | 19.0% | 23.8% |
| EXTREMA | 3 | 1 | 4 |
| | 14.3% | 4.8% | 9.5% |
| Total | 21 | 21 | 42 |
| | 50% | 50% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve y moderada se presenta con mayor frecuencia en los que fueron amputados de 1 a más, mientras que las depresiones severa y extremas se observa con mayor frecuencia en los que fueron amputados hace menos de 1 año.

GRÁFICO N° 10

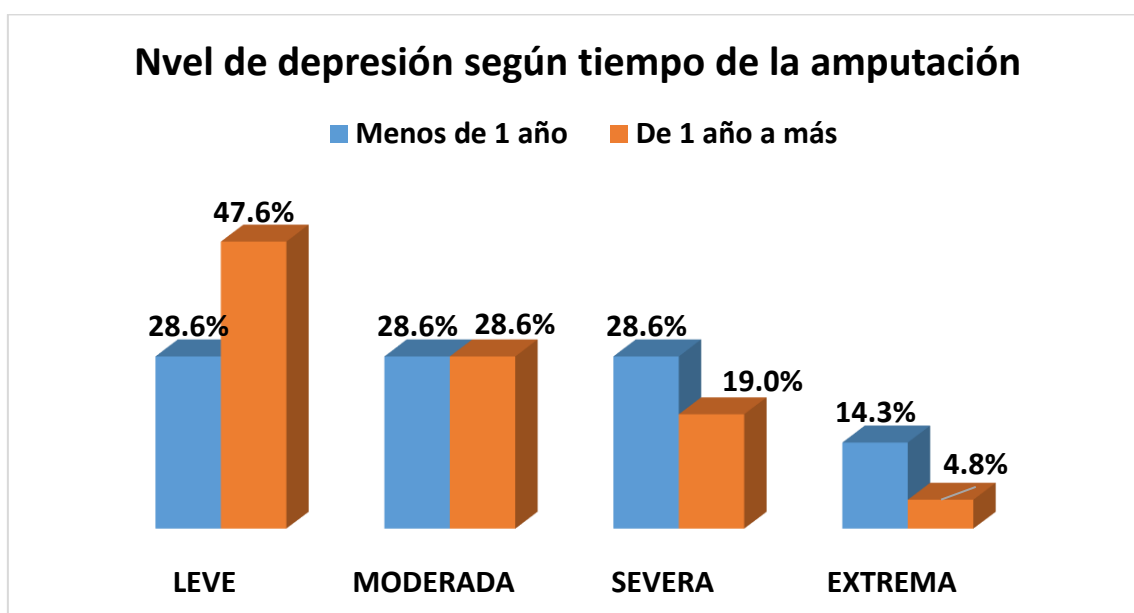


TABLA N° 11

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN
SEGMENTO CORPORAL AMPUTADO**

| Depresión | Pie | Pierna | Total |
|-----------|-------|--------|--------|
| LEVE | 12 | 4 | 16 |
| | 54.5% | 20.0% | 38.1% |
| MODERADA | 8 | 4 | 12 |
| | 36.4% | 20.0% | 28.6% |
| SEVERA | 2 | 8 | 10 |
| | 9.1% | 40.0% | 23.8% |
| EXTREMA | 0 | 4 | 4 |
| | 0.0% | 20.0% | 9.5% |
| Total | 22 | 20 | 42 |
| | 52.4% | 47.6% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve y moderada se presenta con mayor frecuencia en los que fueron amputados el pie mientras que las depresiones severa y extremas se observa con mayor frecuencia en los que fueron amputados la pierna.

GRÁFICO N° 11

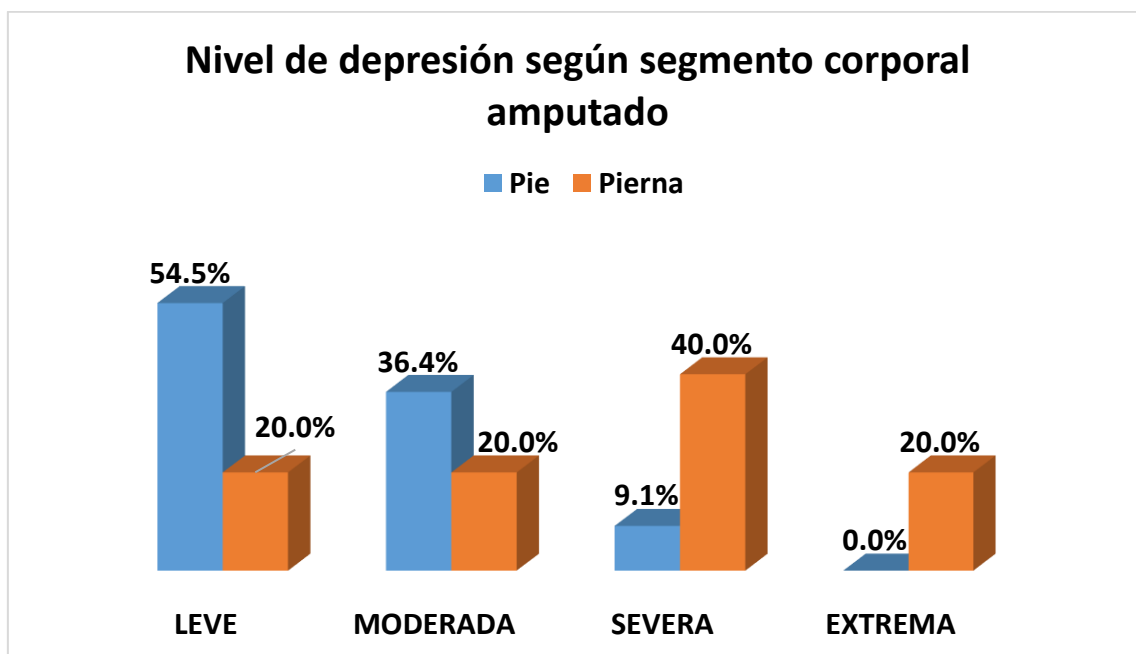


TABLA N° 12

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES SEGÚN
PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE APOYO FAMILIAR**

| Depresión | Insuficiente | Suficiente | Total |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|
| LEVE | 7 | 9 | 16 |
| | 33.3% | 42.9% | 38.1% |
| MODERADA | 6 | 6 | 12 |
| | 28.6% | 28.6% | 28.6% |
| SEVERA | 5 | 5 | 10 |
| | 23.8% | 23.8% | 23.8% |
| EXTREMA | 3 | 1 | 4 |
| | 14.3% | 4.8% | 9.5% |
| Total | 21 | 21 | 42 |
| | 50% | 50% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve se presenta con mayor frecuencia en los que consideran que el apoyo familiar es suficiente, mientras que las depresiones extremas se observa con mayor frecuencia en los que la percepción del apoyo familiar es insuficiente.

GRÁFICO N° 12

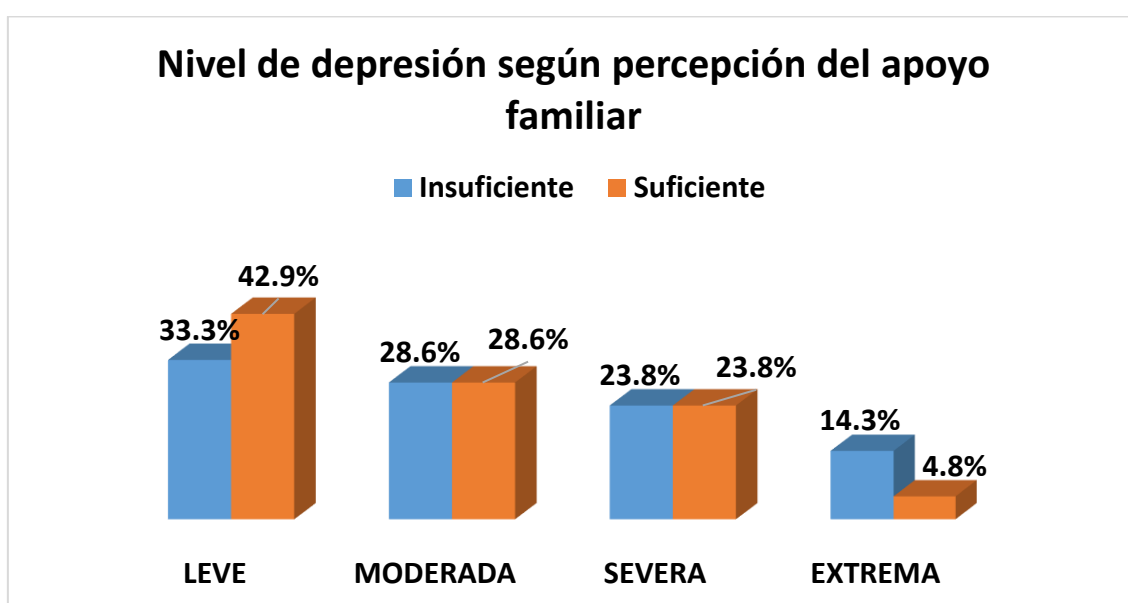


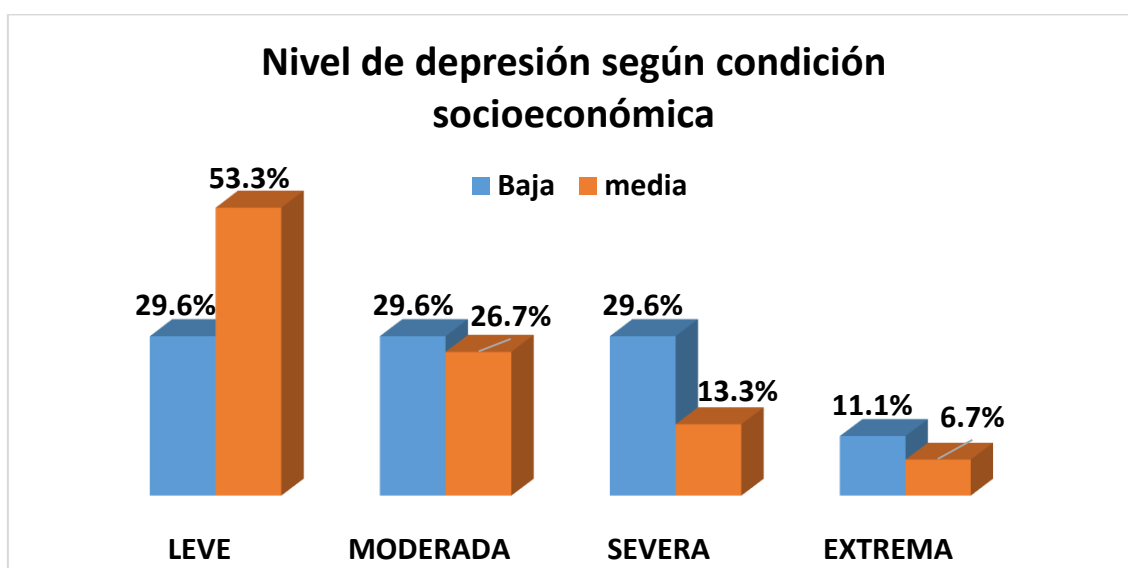
TABLA N° 13

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE
SUFRIERON AMPUTACIÓN DE SUS EXTREMIDADES SEGÚN SU
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICO**

| Depresión | Bajo | Medio | Total |
|------------------|-------------|--------------|--------------|
| LEVE | 8 | 8 | 16 |
| | 29.6% | 53.3% | 38.1% |
| MODERADA | 8 | 4 | 12 |
| | 29.6% | 26.7% | 28.6% |
| SEVERA | 8 | 2 | 10 |
| | 29.6% | 13.3% | 23.8% |
| EXTREMA | 3 | 1 | 4 |
| | 11.1% | 6.7% | 9.5% |
| Total | 27 | 15 | 42 |
| | 64.3% | 35.7% | 100.0% |

En la tabla se observa que la depresión leve se presenta con mayor frecuencia en los que son de condición económica media (53.3%), mientras que las depresiones moderada, severas y extremas se observa con mayor frecuencia en los que son de condición económica baja.

GRÁFICO N° 13



4.1. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad que si no existe un control adecuado y constante de la glicemia produce daños a los diferentes órganos y sistemas, siendo estos daños más notorios en el sistema nervioso perdiendo la sensibilidad, vasculares que producen estrechamiento de los vasos sanguíneos, ambos en los vasos y nervios de las extremidades sobretodo inferiores, lo que finalmente termina en heridas en los pies que por poner en riesgo la vida del paciente tiene que ser amputado la extremidad inferior, lo que finalmente produce una mayor agravamiento del estado depresivo de paciente que ya viene con cierto nivel de depresión por solo ser diabético.

Por ello al estudiar las características de la depresión en estos pacientes que sufrieron amputación de encontramos: Que el 38.1% presentan depresión leve según el inventario de Beck, el 28.6% depresión moderada, 23.8% depresión severa y el 9.5% depresión extrema, siendo este último grupo sobre todo el que su estado depresivo afecta severamente su calidad de vida y le predispone a enfermedades pues es conocido que la depresión produce baja en las defensas del organismo. Al respecto Henriquez García L. (2009) en Costa Rica encontró que el principal problema psicológico encontrado es la depresión en un número considerable de los amputados (35%). García F. (2010) en México encuentra síntomas de ansiedad en un 8%, síntomas de depresión en 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%. También Constantino A. (2011) en Chiclayo encuentra que 156 pacientes con Depresión (57,78%) y 176 con Ansiedad (65,19%).

Al comparar los niveles de depresión con el grupo etario, encontramos que el 33.3% eran de 40 a 59 años, mientras que el 66.7% eran de 60 años o más. En el estudio se observó que los niveles leve y moderado predominan en los que tienen edades comprendidas entre 40 a 59 años con 50% y 28.6% respectivamente, mientras que los niveles de depresión severa y extrema predominan en los que tienen edades de 60 años o más con 28.6% y 10.7% respectivamente, lo que pone de manifiesto que son de mayor riesgo para presentar depresiones más graves aquellos pacientes de mayor edad por lo que se requiere mayor apoyo psicológico sobre estos pacientes.

Se comparó también los niveles de depresión según género, al respecto el 59.5% de los encuestados eran masculinos y el 40.5% eran de sexo femenino, encontrándose que es más frecuente la depresión leve en el sexo femenino con 47.1% en éste género, mientras que la depresión moderada se presenta en frecuencias similares en ambos sexos, no ocurriendo así en los niveles de depresión severa pues ello predomina en el sexo masculino con 28% y la severa con 12%, frecuencias más altas que en las de sexo femenino. Ello estaría demostrando que las mujeres pueden tener estrategias de afrontamiento más adecuadas que los masculinos, que le permiten sobre llevar su problema con mejor ánimo. Así lo demuestra Cox P. (2011) en su estudio concluyendo que las mujeres presentaban una mayor probabilidad de lidiar y funcionar exitosamente con la discapacidad en comparación con los hombres.

El 50% de los pacientes llevaban menos de 1 año amputados, mientras que la otra mitad llevaban de 1 año a más. Al evaluar los niveles de depresión con el tiempo en que lleva amputado, se observó que los niveles de depresión leve son

más frecuentes en los que tienen un tiempo de amputación de 1 año a más, mientras que las depresiones moderadas se producen en porcentajes similares en ambos grupos, no ocurre así con las depresiones severas y extremas que son más frecuentes en los que tienen un tiempo de amputación menor de 1 año 28.6% y 14.3% respectivamente. Ello se debería que el tiempo ayuda a superar los problemas psicológicos que conlleva una amputación sin que esto manifieste las dificultades que los pacientes pueden haber pasado que afectaron su calidad de vida, por lo que fundamental el apoyo psicológico en los primeros días de la amputación. Dorta L. (2011) en Venezuela encuentra una relación de la depresión y el tiempo de evolución de la diabetes.

Se estudió además el nivel de depresión según el segmento corporal amputado, observando que el 52.4% presentó amputación del pie y el 47.6% presentó amputación de la pierna lo que se manifiesta en una frecuencia mayor de depresión leve y moderada en aquellos pacientes que fueron amputados sus pies mientras que la depresión severa y extrema es más frecuencia en aquellos que sufrieron amputación de la pierna, por lo que el segmento amputado prevé el nivel de depresión que podría presentar el paciente según sea este del pie o de la pierna. Ello estaría relacionada a un mayor compromiso de su autoestima e invalidez que le produce la amputación de la pierna. Cox P. (2011) en su estudio encontró que los amputados por debajo de las rodillas funcionaban mejor que aquellos con amputaciones por encima de la rodilla. Bartra Jiménez D. (2013) en Tarapoto encuentra que la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal el 78% presentaron percepción desfavorable.

La percepción de apoyo familiar también se evaluó con los niveles de depresión de los pacientes amputados, encontrándose que el 50% de los encuestados refirió que el apoyo familiar que reciben es suficiente mientras que el otro 50% manifiestan que es insuficiente. El nivel de depresión leve se observa sobre todo cuando el apoyo familiar recibido es suficiente con 42.9%, mientras que el nivel de depresión moderado y severa es similar en ambos grupos, no ocurre así en los niveles de depresión extrema que es más frecuente en los que manifiestan apoyo familiar insuficientes, por lo que el apoyo familiar es fundamental para superar la depresión en estos pacientes. Al respecto Vileikyte L. (2011) en su estudio concluye que la capacidad del profesional sanitario de comprender y empatizar con la perspectiva del sentido común de sus pacientes es, fundamental para que exista una comunicación eficaz.

Finalmente se estudió la condición socioeconómica con los niveles de depresión, encontrándose que el 64.3% son pacientes con nivel socioeconómico bajo, y el 37.5% son de nivel socioeconómico medio. Los niveles de depresión leve son más frecuentes en los estatus socioeconómicos medios con 53.3%, mientras que los niveles de depresión moderada severa y extrema se observa con mayor frecuencia en los status socioeconómicos bajos. Ello se debería a que los ingresos económicos son necesarios para solventar gastos que esta enfermedad condiciona, y si el paciente no cuenta con ello, entonces incrementa su nivel de depresión.

4.2. CONCLUSIONES

El 38.1% de los pacientes presentan depresión leve, el 28.6% depresión moderada, 23.8% depresión severa y el 9.5% depresión extrema en los pacientes amputados.

El 33.3% son de 40 a 59 años y 66.7% de 60 a más años, la depresión leve es más frecuente en los de 40 a 59 años y la severa y extrema en los de 60 a más años.

El 59.5% son de sexo masculino y el 40.5% de sexo femenino, siendo la depresión leve más predominante en el sexo femenino mientras que la severa y extrema en el sexo masculino.

El 50% tienen menos de 1 año de amputados, y el 50% tienen de 1 año a más, la depresión leve predomina en los que tienen de 1 año a más de amputación, y los niveles severa y extrema predominan en los que tienen menos de 1 año de amputados.

El 52.4% presentaron amputación en el pie y el 47.6% en la pierna, los niveles de depresión leve y moderada predominan en los que tienen el pie amputado, mientras que los niveles severos y extrema en los que tienen la pierna amputada.

El 50% manifiestas tener apoyo familiar insuficiente y el 50% apoyo familiar suficiente, la depresión leve se manifiesta con mayor frecuencia en los que tienen apoyo familiar suficiente, y los niveles de depresión severa y extrema en los que tienen apoyo familiar insuficiente.

El 64.3% pertenecen al estatus socioeconómico bajo y el 37.5% al medio, siendo la depresión leve más frecuente en los del estatus medio, mientras que los niveles de depresión severa y extrema son más frecuentes en el estatus bajo.

4.3. RECOMENDACIONES

-El médico que sospecha un trastorno depresivo debe realizar una anamnesis de los síntomas y el curso longitudinal de la enfermedad. Debe hacer preguntas específicas respecto a los síntomas criterio de los distintos trastornos del estado de ánimo y solicitar el apoyo psicológico correspondiente.

-En la depresión leve y moderada, debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico

-En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada.

-Las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada. Esto resulta especialmente importante en los casos más graves.

-Para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.

- Realizar seguimiento domiciliario a los pacientes con signos de depresión sobre todo moderado severo o extremo.

- Fomentar la terapia conjunta, profesional y familiares en el trato a los pacientes amputados con depresión.

- .

FUENTES DE INFORMACIÓN

- AMORES (2013). *Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2*. México. Disponible en:
www.redalyc.org/pdf/2390/239026287005.pdf
- BARTRA (2013). *Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal Hospital II MINSA-Tarapoto*.
- BENEIT (2011). *El Síndrome del “Pie Diabético”: El Modelo de la Clínica Podológica de la Universidad Complutense de Madrid*. Disponible:
www.ucm.es/.../3-2013-10-09-Lección%20Inaugural%202010-2011%2...
- BONILLA (2011). *Guía de protocolos de pie diabético. Grupo de trabajo pie diabético del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos*. Edición: 1ª Edición. España Mayo. Disponible en:
www.podocat.com/LinkClick.aspx?fileticket=X4cK0swl484%3D...72
- CASTILLO, BARRERA, PÉREZ, ÁLVAREZ (2010). *Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología*. Departamento de Neurociencias, Centro de Investigaciones Regionales. Hideyo Noguchi. Rev Neurol. 2010; 51(6): 347-357
- CLAUDE (2011). *Presidencia de la Federación Internacional de Diabetes*. Plan mundial contra la diabetes de un vistazo. Disponible en:
www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf
- CONSTANTINO (2011). *Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo – Perú*.

- COX (2011). *La vida Tras la Amputación de las Extremidades Inferiores por Diabetes*. West Indian Med J 2011; 60 (5): 536
- DÍAZ (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior*.
- DÍAZ (2013). *El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas*.
- DORTA (2011) *Riesgo de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según tiempo de evolución*. Centro diabetológico Aragua, Venezuela.
- ENDES (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Departamento de Ica.
www.ipe.org.pe/documentos/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014.
- FABIÁN, GARCÍA, COBO (2010). *Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades*. Rev Int Mex. 2010; 26(2): 100 – 108. Disponible en:
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/MARZOABRIL2010>
- GAMARRA (2012). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus*. Hospital de Barranca Perú. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/115707782/Proyecto-de-Tesis-2012-Original-Diabetes>
- GARCÍA (2010). *Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en diabéticos tipo II. México*.

- HENRÍQUEZ (2009). *Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXVI (589) 267-273 2009
- HEREDIA (2014). *Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico*
- HURTADO, Y TORO (2001). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Valencia (Venezuela).
- MEINGÜER (2014). *Aspectos psicológicos en el paciente amputado*.
- MINISTERIO DE SALUD. (2013). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) (Internet)*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- NEYRA (2012). *Pie diabético*. Rev Soc Peru Med Interna 2012; vol 25
www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25...2012/rev.%20spmi%20..
- OMS. (2011). *Programas y Proyectos de Salud Mental*. In: organization. Wh, ed. Vol. 2011: World Health Organization. 2011.
- PSICOMED – *Clasificación Estadística Internacional y Problemas Relacionados con la salud (CIE 10). Episodios depresivos*. Disponible en:
www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- RENDÓN (2012). *Incidencia emocional de los pacientes diabéticos en el tratamiento de su enfermedad en el Hospital del IESS*.
- RIVERA (2008). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC*. Tesis Lic.Enf. UNMSM. Lima-Perú. 44-46 p.
- SABINO (1986). *Metodología de la investigación*. Disponible en:
<https://bianneygirald077.wordpress.com/category/capitulo-iii/>
- SHUTTLEWORTH (2010). *Estudio transversal*. Sep 30, 2016. Disponible en: <https://explorable.com/es/estudio-transversal>

- VILEIKYTE (2011). *Impacto psicosocial de las lesiones de pie diabético. Más de la mitad del total de amputaciones de extremidad inferior tiene origen diabético.* Disponible en:
www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_370_es.pdf

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: DEPRESIÓN EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES POR DIABETES MELLITUS II DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2016

| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES E INDICADORES | MÉTODO Y DISEÑO | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|---|--|--|---|
| <p>Problema principal ¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades en el Hospital Regional de Ica julio 2016?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según grupo etarios?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron</p> | <p>Objetivo general Determinar el nivel de depresión en pacientes con amputación de extremidades por diabetes mellitus II del Hospital Regional de Ica, 2016.</p> <p>Objetivos específicos Precisar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según grupo etarios.</p> <p>Establecer el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron</p> | <p>Variable de Interés Depresión</p> <p>Indicadores Leve Moderada Grave Extrema</p> <p>Variables de caracterización - Edad - Género - Tiempo que transcurrió después de la amputación</p> | <p>La Investigación es de naturaleza cuantitativa, transversal y descriptiva. Es cuantitativa porque tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus</p> | <p>Población Todos los pacientes diabéticos que fueron amputados sus extremidades que acudan al hospital durante el mes de julio y que se les pueda aplicar el cuestionario que son 42 pacientes.</p> <p>Muestra Criterio de inclusión</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p>amputación de sus extremidades según género?</p> <p>¿Cuál es el nivel depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según tiempo que transcurrió después de la amputación?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos según segmento amputado?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según percepción subjetiva de apoyo familiar?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según su condición socioeconómica?</p> | <p>amputación de sus extremidades según género.</p> <p>Identificar el nivel depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según tiempo que transcurrió después de la amputación.</p> <p>Establecer el nivel de depresión en los pacientes diabéticos según segmento amputado.</p> <p>Indicar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según percepción subjetiva de apoyo familiar.</p> <p>Precisar el nivel de depresión en los pacientes diabéticos que sufrieron amputación de sus extremidades según su condición socioeconómica.</p> | <p>- Segmento amputado</p> <p>- Percepción subjetiva de apoyo familiar</p> <p>- Condición socioeconómica</p> <p>Indicadores</p> <p>De 40 a 59 años</p> <p>De 60 a más</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Menos de 1 año</p> <p>De 1 a más años</p> <p>Pie</p> <p>Pierna</p> <p>Insatisfecho</p> <p>Satisfecho</p> <p>Bajo</p> | <p>elementos. Hurtado y Toro (1998).</p> <p>Es transversal porque toma una instantánea de una población en un momento determinado, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una amplia población. Shuttleworth (2010).</p> <p>Es descriptiva porque trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características</p> | <p>Paciente diabético que fue amputado alguna de sus extremidades</p> <p>Paciente que desee colaborar con la investigación</p> <p>Paciente consiente que pueda contestar el cuestionario en forma libre.</p> <p>Criterio de exclusión</p> <p>Paciente amputado de cualquier extremidad por otro motivo que no sea por complicación de la diabetes</p> <p>Paciente que no desee colaborar con el estudio</p> <p>Paciente que por otros motivos no se encuentre en condiciones libres de</p> |
|--|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|-------|--|----------------------------|
| | | Medio | <p>fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada. Sabino (1986).</p> | contestar el cuestionario. |
| | | | | |



DATOS GENERALES

- Edad _____

(De 40 a 59 años) (De 60 a más)

- Género

(Masculino) (Femenino)

- Tiempo que transcurrió después de la amputación

(Menos de 1 año) (De 1 a más años)

- Segmento amputado

- Percepción subjetiva de apoyo familiar

(Satisfecho) (Insatisfecho)

- Condición socioeconómica

(Alto) (Medio) (Bajo)

INVENTARIO

Señor o Señora, lea detenidamente las preguntas y conteste. La información proporcionada será confidencial y de exclusivo uso para el presente proyecto de investigación.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

| Nº | Estado | Check |
|----|---|-------|
| 1 | No me siento triste | |
| | Me siento triste. | |
| | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. | |

| | | |
|---|---|--|
| | Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. | |
| 2 | No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. | |
| | Me siento desanimado respecto al futuro. | |
| | Siento que no tengo que esperar nada. | |
| | Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | |
| 3 | No me siento fracasado. | |
| | Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. | |
| | Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. | |
| | Me siento una persona totalmente fracasada. | |
| 4 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. | |
| | No disfruto de las cosas tanto como antes. | |
| | Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. | |
| | Estoy insatisfecho o aburrido de todo. | |
| 5 | No me siento especialmente culpable. | |
| | Me siento culpable en bastantes ocasiones. | |
| | Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. | |
| | Me siento culpable constantemente. | |
| 6 | No creo que esté siendo castigado. | |
| | Me siento como si fuese a ser castigado. | |
| | Espero ser castigado. | |
| | Siento que estoy siendo castigado. | |
| 7 | No estoy decepcionado de mí mismo. | |
| | Estoy decepcionado de mí mismo. | |
| | Me da vergüenza de mí mismo. | |
| | Me detesto. | |
| 8 | No me considero peor que cualquier otro. | |
| | Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. | |
| | Continuamente me culpo por mis faltas. | |
| | Me culpo por todo lo malo que sucede. | |
| 9 | No tengo ningún pensamiento de suicidio. | |
| | A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. | |
| | Desearía suicidarme. | |

| | | |
|----|--|--|
| | Me suicidaría si tuviese la oportunidad. | |
| 10 | No lloro más de lo que solía llorar. | |
| | Ahora lloro más que antes. | |
| | Lloro continuamente. | |
| | Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. | |
| 11 | No estoy más irritado de lo normal en mí. | |
| | Me molesto o irrito más fácilmente que antes. | |
| | Me siento irritado continuamente. | |
| | No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. | |
| 12 | No he perdido el interés por los demás. | |
| | Estoy menos interesado en los demás que antes. | |
| | He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. | |
| | He perdido todo el interés por los demás. | |
| 13 | Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. | |
| | Evito tomar decisiones más que antes. | |
| | Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. | |
| | Ya me es imposible tomar decisiones. | |
| 14 | No creo tener peor aspecto que antes. | |
| | Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. | |
| | Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. | |
| | Creo que tengo un aspecto horrible. | |
| 15 | Trabajo igual que antes. | |
| | Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. | |
| | Tengo que obligarme mucho para hacer algo. | |
| | No puedo hacer nada en absoluto. | |
| 16 | Duermo tan bien como siempre. | |
| | No duermo tan bien como antes. | |
| | Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. | |
| | Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. | |
| 17 | No me siento más cansado de lo normal. | |

| | | |
|----|---|--|
| | Me canso más fácilmente que antes. | |
| | Me canso en cuanto hago cualquier cosa. | |
| | Estoy demasiado cansado para hacer nada. | |
| 18 | Mi apetito no ha disminuido. | |
| | No tengo tan buen apetito como antes. | |
| | Ahora tengo mucho menos apetito. | |
| | He perdido completamente el apetito. | |
| 19 | Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. | |
| | He perdido más de 2 kilos y medio. | |
| | He perdido más de 4 kilos. | |
| | He perdido más de 7 kilos. | |
| | Estoy a dieta para adelgazar | |
| 20 | No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. | |
| | Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. | |
| | Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. | |
| | Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. | |
| 21 | No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | |
| | Estoy menos interesado por el sexo que antes. | |
| | Estoy mucho menos interesado por el sexo. | |
| | He perdido totalmente mi interés por el sexo. | |

Interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión

0-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

Para fines del estudio

0-20..... Depresión leve

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

Items evaluados.

| | | | |
|----|-----------------------|----|-----------------------------|
| 1 | Estado de ánimo | 12 | Aislamiento social |
| 2 | Pesimismo | 13 | Incapacidad de decisión |
| 3 | Fracaso | 14 | Imagen corporal |
| 4 | Descontento | 15 | Incapacidad para el trabajo |
| 5 | Sentimientos de culpa | 16 | Trastornos de sueño |
| 6 | Necesidad de castigo | 17 | Fatigabilidad |
| 7 | Odio a sí mismo | 18 | Pérdida del apetito |
| 8 | Autoacusaciones | 19 | Pérdida de peso |
| 9 | Impulsos suicidas | 20 | Hipocondría |
| 10 | Llanto | 21 | Pérdida de libido |
| 11 | Irritabilidad | | |