



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

**COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO**

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

FACULTAD DE MEDICINA

“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO
2019.”

Trabajo de graduación previo a la obtención
del título de MÉDICO

AUTOR:

CHRISTIAN ANDRÉS CONTRERAS CHÁVEZ

DIRECTOR / ASESOR:

DR. JORGE DE JESUS BUELVAS MUZA

CUENCA – ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: Una de las complicaciones a las que se encuentra en riesgo un paciente diabético es el síndrome de pie diabético. En estadios tempranos la enfermedad no presenta sintomatología, sin embargo, al avanzar se manifiesta con mayor repercusión para el enfermo llevando a un cambio drástico de la calidad de vida y la forma en que ellos la perciben, deteriorando el estado de salud tanto física como psicológicamente.

Objetivo: Determinar la percepción de Calidad de Vida en personas con Pie Diabético en el Hospital Homero Castanier de Azogues en el periodo Enero-Agosto 2019.

Métodos Estudio cualitativo, fenomenológico descriptivo. Se realizó un muestreo a conveniencia del investigador. La información se obtuvo mediante encuestas únicamente para la caracterización de los pacientes, y entrevistas individuales y de un grupo focal, para el posterior análisis con la ayuda del software Atlasti.

Resultados: Entre los 8 pacientes en estudio, se evidenciaron sentimientos de abandono familiar, aislamiento y apoyo familiar/social, también sentimientos de frustración en cuanto a inutilidad y no productividad, así como estados anímicos negativos en su mayoría influyen directamente en la percepción de su calidad de vida.

Conclusión: Las percepciones de la calidad de vida en personas con pie diabético es relativamente mala, debido a que estas son expresadas negativamente, refiriéndose a los aspectos social, emocional y físico.

Palabras Clave: Calidad de vida, percepción, pie diabético.

ABSTRACT

Background: One of the complications at risk a diabetic patient is diabetic foot syndrome. In the early stages the disease does not show symptoms, however, as it progresses, it manifests with higher impact, leading to a drastic change in the quality of life and the way they perceive it, declining both physical and psychological health.

Objective: To determine the perception of the Quality of Life in people with Diabetic Foot at the "Homero Castanier" Hospital of the city of Azogues during January to August 2019.

Methods: Qualitative descriptive phenomenological research. The sampling was realized for the researcher convenience. The information was gathered through surveys only for the classification of patients, and, individual and a focus group interviews for subsequent analysis with the help of the Atlasti software.

Results: Among the 8 patients under research, there were senses of family abandonment, isolation and family / social support, also senses of frustration in terms of uselessness and non-productivity, as well as negative mood states that directly influence the perception of their quality of life.

Conclusion: The perceptions of the quality of life in people with diabetic foot is relatively terrible, because they are expressed negatively, referring to social, emotional and physical aspects.

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, PERCEPTION, DIABETIC FOOT.

Índice de Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	¡Error! Marcador no definido.
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTOS	10
CAPITULO 1	11
INTRODUCCIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPITULO 2	16
FUNDAMENTO TEORICO	16
PIE DIABÉTICO.....	16
Antecedentes.....	16
Factores de Riesgo.....	18
Fisiopatología	19
Diagnóstico	20
Clasificación.....	20
Prevención.....	21
Calidad de vida.....	21
CAPITULO 3	23
OBJETIVOS.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivo Específico	23
CAPITULO 4	24
METODOS Y TÉCNICAS	24
Tipo de estudio	24
Área de estudio.....	24
Universo.....	24
Muestra.....	24
Variables.....	25
Categorías Apriorísticas.....	25

Criterios de Heterogeneidad	26
Codificación:	26
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión.....	26
PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	27
PLAN DE ANÁLISIS.....	29
ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPITULO 5	31
RESULTADOS.....	31
Aceptación social.....	32
Frustraciones	34
Estado anímico	36
CAPITULO 6	38
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	48
Anexo 1. Oficio de Bioetica	48
Anexo 2. Oficio de Coordinación de Investigación.....	49
Anexo 3. Oficio de autorización del Hospital Homero Castanier	50
Anexo 4. Consentimiento Informado	51
Anexo 5. Formulario para recolección de datos.....	53
Anexo 6. Guía de entrevista semiestructurada.	55
Anexo 7. Carta de aprobación de Director de Tesis.....	56
Anexo 8. Decodificación, análisis e interpretación.	57
Anexo 9. Informe de Antiplagio.	66
Anexo 10. Certificado de Centro de Idiomas.....	67
Anexo 11. Rúbrica de pares revisores.	68
Anexo 12. Rúbrica de revisión de dirección de carrera.....	70
Anexo 13. Informe final de investigación.....	71



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Christian Andrés Contreras Chávez, con cédula de identidad número 0104721808, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO 2019.", de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

Christian Andrés Contreras Chávez
C.I.: 0104721808
AUTOR



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Christian Andrés Contreras Chávez, autor del trabajo de titulación “PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO 2019.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

Christian Andrés Contreras Chávez
C.I.: 0104721808
AUTOR



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Christian Andrés Contreras Chávez, con cédula de ciudadanía N° 0104721808, autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO 2019.", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá determinar la percepción de Calidad de Vida en personas con Pie Diabético en el Hospital Homero Castanier de Azogues; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

Christian Andrés Contreras Chávez

C.I.: 0104721808

AUTOR

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, quienes a lo largo de la vida y de mi formación, supieron comprenderme y apoyarme en cada una de las decisiones a tomar, sabiendo que en base a sus enseñanzas y consejos he llegado a conseguir cada uno de mis logros.

A toda mi hermosa familia, abuelitos, tíos y tías, primos y primas, que indudablemente vieron algo en mí y siempre lo mencionaron, con cada una de las palabras de aliento y esperanza, me brindaron fuerza y motivo para seguir adelante.

Es a ellos a quienes dedico esto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con gran admiración a cada uno de los docentes quienes, con verdadera vocación, comparten sus conocimientos con el estudiante y vela por su correcta formación.

Agradezco al director y asesor de esta investigación Dr. Jorge Buelvas, quien, de manera desinteresada, compartió su tiempo y conocimientos en el campo para permitirme elaborar este trabajo bajo su tutoría. De igual manera a todos los docentes involucrados en el área de titulación.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la Diabetes Mellitus (DM) es considerada un problema de salud pública, ya que presenta cifras muy altas en cuanto a su incidencia y prevalencia. Esta enfermedad produce un impacto en gran parte de los órganos y sistemas del organismo debido al desequilibrio metabólico característico de la DM.(1) Es una enfermedad metabólica crónica y compleja en la que se presenta una deficiencia de insulina ya sea esta absoluta o relativa, hiperglucemia crónica y una serie de trastornos en el metabolismo de lípidos y carbohidratos.(2)

Las complicaciones de la DM se presentan por un inadecuado control metabólico, que en la población adulta mayor de 65 años es más frecuente, además de la interacción de factores de riesgo que no se identifican a tiempo por falta de intervenciones oportunas, lo que lleva al desarrollo de lesiones en órganos blanco.(2,3) Entre las complicaciones que se pueden presentar están los trastornos microangiopáticos (retinopatía diabética, nefropatía diabética, neuropatía diabética) y los macro vasculares (trastornos cardiovasculares).(4,5) Además, los diferentes trastornos asociados a un mal control de la DM, no solo producen un deterioro de la salud, sino que también constituyen un gran impacto socioeconómico que en adición a lo anterior, incrementan el riesgo de muerte en pacientes con DM.(6)

De las diferentes complicaciones derivadas de un mal control en el paciente con DM, las que más deterioro de la calidad de vida producen, son los trastornos neuropáticos y vasculares de los pies, que constituyen el Síndrome de Pie Diabético.(7) Dentro de este síndrome se engloban diferentes afecciones como son la neuropatía, isquemia e infección; en su conjunto producen una importante morbilidad e incapacidad, por las lesiones tisulares o úlceras generadas a partir de pequeños traumatismos.(8)

La calidad de vida de personas que presentan comorbilidades disminuyen respecto al estadio de su enfermedad, la forma en que un paciente se siente respecto a su existencia, objetivos en la vida, propósitos y normas bajo las que actúa en relación a la salud física, mental, social y emocional; engloban el

concepto de calidad de vida y su grado de percepción va relacionado a cuanta satisfacción presente durante cada uno de los días.(9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tal como se ha considerado a lo largo de los años, la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades con mayor morbilidad, ya que en nuestro continente afecta aproximadamente entre el 7-8% de la población en general.(10) Entre las diversas ramas de la medicina esta enfermedad puede pasar inadvertida, y la falta de control de la misma, puede llevar al paciente a consecuencias devastadoras como son sus complicaciones.(4,5,10)

Los prestadores de servicios sanitarios por lo general no están habituados a realizar un examen minucioso de los pies de forma correcta y periódica en personas con diagnóstico de DM. Este problema lleva a un subdiagnóstico y consecuentemente a una clasificación y tratamiento inadecuado para cada paciente.(11)

Es frecuente que en los pacientes diabéticos se presente las lesiones en el pie, característicos del Síndrome de pie diabético.(10) Debido a que los pacientes con diagnóstico de DM desarrollan complicaciones tanto micro vasculares como macro vasculares, que ocasionan daños a nivel periférico, estos daños pudiendo ser vasculares, nerviosos e infecciosos; impiden que el paciente con DM tenga la percepción periférica adecuada para identificar los daños a nivel de sus miembros inferiores.(8) Las lesiones que se producen en los pies de personas con DM generalmente no cursan con dolor, por lo cual pasan desapercibidas, llegando a generarse lesiones más graves, ulceraciones entre las más comunes, que escasamente son percibidas por los pacientes, siendo muy a menudo que cuando las identifican las lesiones se encuentran muy avanzadas, constituyendo un reto para el especialista.(10)

Las lesiones del Síndrome de pie diabético, por lo general constituyen un reto para los cirujanos ortopédicos, en vista de que cuando los pacientes asisten al servicio médico, las lesiones producidas son poco tratables y su manejo se vuelve más difícil, pudiendo llevar a la amputación en casos donde no se puedan tratar de forma más conservadora.(7)

La necesidad de identificar aquellos pacientes que presenten factores de riesgo es muy importante para la determinación de la posibilidad de que el paciente desarrolle lesiones en los pies, esto se ve afectado por la falta de médicos especialistas, quienes a partir de la prevención y promoción de la salud, pudiesen evitar la manifestación de las complicaciones de la DM.(12)

Las diferentes lesiones generadas en estos pacientes, si bien producen un gran impacto a su salud, constituyen también problemas en la calidad de vida, porque impiden un normal desenvolvimiento tanto en el ámbito social como laboral, aumentando así los costos del cuidado de la salud; estas limitaciones con el paso del tiempo pueden llegar a producir trastornos de ansiedad en los pacientes , afectando no solo a ellos sino que también a sus familiares; como consecuencia final de las complicaciones puede llegar a la incapacidad, incluso la muerte.(10,13)

Si bien uno de los objetivos de vida corresponde a mantener un buen estado de salud, así como una buena calidad de vida, las diferentes comorbilidades entre ellas la Diabetes mellitus, y aún más en específico, complicaciones de esta como es el pie diabético, impiden llegar a esta meta de vida, formando un problema de salud importante que disminuye la calidad de vida de los afectados tanto por las repercusiones físicas, sociales y psicológicas que son propias de la enfermedad. Siendo así que los pacientes perciben cierto grado de insatisfacción diaria al no poder cumplir actividades comunes debido a la enfermedad, así como también sentimientos de frustración, bajo estado de ánimo e incluso baja aceptación social.(9,14)

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones respecto a la calidad de vida de los pacientes con síndrome de pie diabético?

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos de los programas dirigidos a la prevención y promoción de salud de enfermedades crónicas no transmisibles, en este caso club de diabéticos tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de este grupo de personas, sin embargo, las complicaciones de esta comorbilidad como lo es el pie diabético, la misma que depende del estado y condiciones del paciente.(15) Recordemos que la constitución ecuatoriana garantiza la salud de los grupos vulnerables de la sociedad entre los cuales se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles, a través de programas de prevención y promoción, por lo que este tipo de estudio es indispensable para reconocer las diferentes estrategias que pudiesen surgir a partir de los resultados.(16)

Con la realización de este trabajo de investigación se busca saber cuál es la magnitud del impacto que produce el Síndrome de pie diabético sobre la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus, a través de cómo estos perciben el grado de afección en su salud. Así nosotros como prestadores de la salud, podríamos tener en cuenta cuales son los principales ámbitos en los que se ven afectados nuestros pacientes.

Mediante esta investigación también se puede intentar resolver varios aspectos prevenibles de la problemática de esta patología, como es evitar las amputaciones, que con la prevención y promoción de la salud podría disminuir la morbilidad e incapacidad.(11) La investigación sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes diabéticos con Síndrome de pie diabético, llega a ser beneficiosa socialmente, ya que, a través de ella, los pacientes diabéticos con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones puedan tener una vista más amplia del gran problema que los aqueja, mejorando así la prevención de la salud por parte de ellos.

Conocer la calidad de vida de pacientes diabéticos con complicaciones nos permitirá: asumir pautas de evaluación inicial para prevenir las complicaciones, comprender el grado de afección en nuestros pacientes, elaborar planes de promoción en la población de riesgo, y un desarrollo profesional personal para brindar una mejor atención, siendo los mayores beneficiados nuestros futuros pacientes.

Con esta investigación los pacientes en estudio son quienes se beneficiarán de los resultados al conocer su autopercepción respecto a la enfermedad, así también la importancia de realizarlo radica en que a través de ella podamos llegar a prevenir los factores que más influyen sobre la calidad de vida de los pacientes, siendo así la población futura para quienes va dirigido los resultados, mediante la aplicación y utilización de los conocimientos y datos brindados en este estudio por parte de profesionales y estudiantes del ámbito de la salud.

CAPITULO 2

FUNDAMENTO TEORICO

PIE DIABÉTICO

De acuerdo con la OMS el pie diabético se define como “ulceración, infección o gangrena del pie asociado a neuropatía periférica y diferentes grados de enfermedad arterial periférica y es el resultado de la interacción compleja de diferentes factores”.(13) Es una alteración clínica por hiperglicemia mantenida que produce un trastorno neuropático, que puede o no asociarse a isquemia, generando una lesión o ulceración del pie.(7)

El síndrome de pie diabético engloba un conjunto de manifestaciones por la presencia de neuropatía, isquemia e infección, que producen lesiones en los tejidos o úlceras a nivel de la piel debido a diversos factores etiopatogénicos teniendo como base siempre el pie de un paciente diabético, produciendo así una importante morbilidad.(8)

La principal causa de lesiones cutáneas de miembros inferiores, las úlceras entre las más frecuentes, es la neuropatía diabética que a su vez está implicada entre las complicaciones de la Diabetes Mellitus (DM). En su mayoría las lesiones son asintomáticas y se evidencian al examen físico sistemático, y alrededor del 50% de los pacientes diabéticos las presentan tras una evolución de 15 años de su enfermedad.(17) Y entre un 15% de pacientes con DM presentarán una ulceración en algún momento de su vida.(7)

Las úlceras a nivel del pie constituyen una de las complicaciones más peligrosa en pacientes con DM, ya que evidencias demuestran que alrededor del 70% de las amputaciones no traumáticas realizadas se deben al pie diabético.(14)

Antecedentes

La calidad de vida se ve afectada por los cambios físicos y psicológicos que trae consigo la enfermedad y más aún sus complicaciones, entre ellas el pie diabético. La autopercepción de los pacientes respecto a su salud en relación a la enfermedad se ve afectada por varias circunstancias, que en análisis llegan a determinar cierto nivel de calidad de vida. Es así que Cruz y Rojas en el artículo

“Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2” (Costa Rica, 2015), concluye que, tras la aplicación del Cuestionario de salud, los hombres muestran mejor calidad de vida que las mujeres, así como también relaciona a una menor calidad de vida mientras mayor es la edad. Puntos que se deben tomar en consideración durante los diferentes estudios.(18) De igual forma Fonseca et al. (Cuba, 2018) en su artículo cualitativo “Calidad de vida en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II” encontró que la calidad de vida percibida por pacientes adultos mayores es deficiente. (19)

Un estudio “Mi vida antes y después del diagnóstico de la diabetes tipo 2” (Yucatán, 2017) de tipo cualitativo, realizado en pacientes diabéticos mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas, comparado con estudios similares en Perú y Chile, en sus resultados muestra que existe la ausencia de apoyo familiar, de tal forma que tras la interpretación de los discursos de los pacientes determina que la presencia de comentarios mal intencionados genera sentimientos negativos y excluyentes, traducándose en aislamiento de los enfermos y consigo a una disminución de la calidad de vida. Así también indican sentimientos negativos en cuanto a las limitaciones físicas que la enfermedad trae consigo y por ende a una disminución de la productividad individual afectando la condición de vida y sustento. Y las emociones negativas expresadas por tristeza, debido a pensamientos negativos respecto a la enfermedad, consecuencias y cambios en la vida tras presentarse la patología.(20)

Pajuelo y Salvatierra (Perú, 2016) en su trabajo de tesis “Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Hospital II Chocope” donde buscó la relación de autoestima con calidad de vida, describe que pacientes quienes perciben menor calidad de vida, presentan autoestima baja, debido a sentimientos negativos tanto en esferas psicológicas, sociales y físicas. (21)

En el artículo cualitativo “Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con la diabetes” de Leitón-Espinoza et al. (Perú, 2018) en el que analiza los sentimientos de personas en la convivencia con la enfermedad a lo largo de la vida, éstas describen miedo, sufrimiento, minusvalía, tristeza, disminución de la sociabilidad, que en conjunto con las repercusiones físicas y psicológicas propias de la enfermedad llevan a una disminución de la calidad de vida percibida. Con

ello hace evidente la presencia de percepciones negativas debido a la patología en la población. (22)

También Núñez en su tesis “Creencias, percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus frente a las complicaciones de la enfermedad” (Colombia, 2015) de tipo cualitativa basada en entrevistas individuales, identifica que entre las principales percepciones de sus pacientes se encuentra la disminución de fuerza y limitación para realizar actividades cotidianas, llegando así a estados de frustración, que en conjunto a las creencias y actitudes frente a los problemas, disminuye su calidad de vida. (23)

Refiriendo al apoyo familiar Tayabas y Moreno (México, 2006) en su artículo de ámbito cualitativo “Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento”, donde busco la relación entre percepciones de enfermos y sus cuidadores, describe que el apoyo familiar es fundamental para una adaptabilidad por parte del enfermo ante el padecimiento, en vista de que al sufrir los diferentes cambios propios de esta hacen presentes angustias, dudas, tristeza, cambios de estado de ánimo, todo esto pudiendo ser sobrellevado de mejor manera con una buena base social y/o familiar. (24) Es así que la ausencia de este ente fundamental, llegaría a provocar cambios negativos en la calidad de vida y su percepción, lo cual relaciona Cunha (Portugal, 2008) en su estudio “Calidad de vida y diabetes. Variables Psico-sociales” refiriéndose al apoyo social como un amortiguador ante el impacto de las diferentes situaciones que se presentan ante la enfermedad. (25)

Castañeda y Malca (Perú, 2019) en su tesis “Vivencias del adulto mayor con diabetes mellitus” en forma cualitativa, buscaron conocer cuales son las principales percepciones descritas por los pacientes al presentar la enfermedad, siendo estas manifestadas a través de sentimientos de dolor tristeza y frustración. (26)

Factores de Riesgo

Dentro de los factores de riesgo del Síndrome de pie diabético, encontramos aquellos que son modificables y los no modificables de acuerdo a la intervención que pudiésemos ejercer sobre ellos. Aquellos factores relacionados con la expresión del síndrome, son aquellos que determinan la aparición de úlceras;

mientras que los factores relacionados a las complicaciones determinan la amputación.(27)

Modificables

- Descontrol metabólico
- Factores Sociales
- Deformidades anatómicas
- Aumento de la presión plantar
- Calzado inadecuado
- Sobrepeso corporal u obesidad
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Ingestión de b bloqueadores

No modificables

- Edad
- Tiempo de evolución de la DM
- Sexo
- Antecedentes de úlceras y amputaciones
- Limitación de los movimientos articulares

Las úlceras en los pies se pueden desarrollar en pacientes diabéticos, debido a la neuropatía, ya sea por déficit autonómico sensorial y motor, o por angiopatía; aunque puede ser resultado de ambas. La angiopatía es el factor que complica las úlceras del pie diabético en más del 60%.(28)

Fisiopatología

El paciente con pie diabético desarrolla las lesiones por interacción de 2 o más factores de riesgo, siendo los principales la neuropatía periférica y la enfermedad vascular periférica. La primera ocasiona una pérdida de sensibilidad y ciertas deformidades en el pie, llevando a una marcha anormal con una distribución de la carga anormal, llevando a la aparición de una hemorragia subcutánea. Le enfermedad vascular periférica junto a un pequeño trauma ocasiona una úlcera

que puede ser asintomática, llevando a la tendencia de infección, determinando así la necesidad de amputación.(29)

Diagnóstico

El síndrome de pie diabético se diagnostica a partir de una correcta evaluación clínica, la exploración física minuciosa de las extremidades inferiores es el principal pilar. La examinación debe incluir: inspección, medida de pulsos periféricos, y la evaluación de la sensación de defensa con monofilamento; constituyen los principales, aunque otro método de evaluación es el examen de la sensación vibratoria, o los reflejos aquilianos. (18)

En pie neuropático hay pérdida de la sensibilidad al estímulo con el diapasón, insensibilidad al estímulo cutáneo con algodón o monofilamento; e hiporreflexia. En el pie isquémico se evidencia palidez, llenado capilar y venoso retardado >25 segundos. En el pie diabético mixto, coexiste la falta de sensibilidad con una insuficiencia circulatoria del miembro afectado.(30)

La evaluación de la neuropatía diabética a través de pruebas con monofilamento y las escalas de síntomas de neuropatía diabética, son los más adecuados debido a su facilidad de aplicación en el servicio de atención primaria.(31)

Clasificación

Tabla 1. Clasificación para úlceras y lesiones pre ulcerativas del síndrome de pie diabético según Wagner (modificada)	
Grado 0	No úlcera, pie en riesgo (deformidades óseas y lesiones pre ulcerativas.
Grado I	Úlcera Superficial, no infección clínica.
Grado IIA	Úlcera profunda que afecta ligamentos, tendones, articulación y/o huesos.
Grado IIB	Similar a lo anterior más infección, celulitis.
Grado IIIA	Absceso profundo más celulitis.
Grado IIIB	Osteomielitis más celulitis
Grado IV	Gangrena localizada
Grado V	Gangrena extensa, del pie completo.

Tabla 1 Clasificación para úlceras y lesiones pre ulcerativas del síndrome de pie diabético según Wagner (modificada)(27)

Prevención

La identificación temprana de los factores de riesgo en un paciente diabético constituye la principal forma de prevención del desarrollo de úlceras en los pies, además de evitar las complicaciones como las amputaciones que en su mayoría son prevenibles.(11)

La instauración de una unidad multidisciplinar de pie diabético (UMPD), se ha asociado a una disminución significativa en las tasas de amputaciones, mostrando que una evaluación global de los pacientes lleva a un diagnóstico y tratamiento temprano, evitando los desenlaces de amputaciones no traumáticas.(32) Estas UMPD identificaron que los pacientes con úlceras en los pies tienen una alta tasa de morbimortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la causa más frecuente de las muertes; por lo que dentro de estas unidades es importante tomar muy en cuenta al grupo de riesgo, para ejecutar un plan terapéutico individualizado para mejorar el pronóstico.(33)

Calidad de vida

La expectativa de las personas es poder estar, de cierto modo, en armonía con su vida diaria, teniendo metas por cumplir que van de la mano a un buen estado de salud, formando en conjunto la calidad de vida individual. Sin embargo, esta calidad de vida se ve afectada por distintas enfermedades que se hacen presentes en las personas en diferentes etapas de la vida. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles como la DM que de por sí, en cuanto a su mecanismo fisiopatológico, no disminuye directamente la calidad de vida, ya que no se ha encontrado diferencia significativa de ésta, tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos.(14)

El poder realizar diferentes actividades por cuenta propia, y tener la capacidad de decidir por sí mismo para cumplir objetivos en base a la moral individual, en conjunto llevan a la armonía y buena calidad de vida. Pero las diferentes comorbilidades, factores y complicaciones asociadas a la DM, son las que si llevan a una disminución del bienestar general de las personas diabéticas, siendo así el pie diabético una condición que disminuye la calidad de vida, ya que dependiendo el grado de las lesiones o estadio de la enfermedad pueden causar incapacidad, limitaciones, dependencia para realizar las actividades diarias de

una persona, que son los pilares fundamentales para una buena sensación de autocontrol y satisfacción con la vida individual.(9,14,34)

La calidad de vida no solo se ve afectada por situaciones físicas, sino también por aspectos sociales y emocionales de las personas, que se miden, en cierta forma, a través de las percepciones de cada individuo, es decir, los sentimientos que experimentan y llevan a un cambio de actitudes y creencias frente a la enfermedad. (23)

Los sentimientos encontrados en pacientes responden a percepciones de abandono familiar o falta de apoyo, uno de los ámbitos importantes ya que al disponer de una estructura social permite una mejor adherencia al tratamiento y por consecuencia a la mejora de la calidad de vida, así como la falta de este entorno se puede traducir en el aislamiento de los pacientes. (24) A consecuencia de las diferentes afecciones que se presentan en la enfermedad y la incapacidad de poder cumplir de forma autónoma las actividades diarias, lleva a la percepción de sentimientos de frustración, debido a la disminución de la productividad, a lo mismo que se acompaña a la sensación de ya no ser un miembro activo de la sociedad. (25) Asociado a todo lo mencionado, se hacen presentes las emociones negativas como tristeza. La falta de felicidad en los pacientes hacen que su calidad de vida se vea afectada por la presencia de percepciones negativas y con ello a un deterioro en la enfermedad.(20)

CAPITULO 3

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la percepción de Calidad de Vida en personas con Pie Diabético en el Hospital Homero Castanier de Azogues en el periodo Enero-Agosto 2019.

Objetivo Específico

- Describir a la población en estudio según las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia.
- Determinar la calidad de vida de pacientes con síndrome de pie diabético mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada.
- Interpretar percepciones de abandono familiar, aislamiento, inutilidad, no productividad, felicidad y tristeza transcritas al corpus textual de las entrevistas.
- Categorizar la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes respecto a su enfermedad en aspectos de aceptación social, frustración y estado anímico.

CAPITULO 4

METODOS Y TÉCNICAS

Tipo de estudio

Estudio cualitativo de diseño fenomenológico descriptivo que busca conocer las percepciones de pacientes respecto al padecimiento del síndrome de pie diabético en su cotidiano vivir.

El estudio fenomenológico busca como fin el comprender e interpretar la realidad desde el punto de vista de quienes la viven (pacientes), satisfaciendo la necesidad de conocer la naturaleza de los fenómenos investigados.

Área de estudio

Hospital Homero Castanier Crespo

Universo

El universo consta de todos los pacientes mayores de edad con diagnóstico de Píe Diabético pertenecientes al área de estudio, que acudan y sean partícipes voluntarios de la investigación.

Muestra

El muestreo cualitativo del estudio se realizó a conveniencia o intencional tomando en cuenta las características de los participantes que correspondan a los grupos descritos según los criterios de segmentación: edad y género.

Entre los participantes seleccionados, 2 fueron analizados mediante entrevistas individuales semiestructuradas y 6 participantes formaron un grupo focal analizado de igual manera a través de entrevista.

Variables

Variables cuantitativas: Se tomarán en cuenta variables sociodemográficas, con el objetivo único de describir la población en estudio, más no para la generalización de resultados ya que la muestra no es estadísticamente significativa, entre éstas variables: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia.

Categorías Apriorísticas

CATEGORIAS			
Categoría Deductiva	Proposición	Categoría Inductiva	Código
Aceptación social: Entorno familiar o social en el que se desarrolla el sujeto, qué, ante la enfermedad constituye un elemento importante para una buena calidad de vida. Siendo así que la discriminación y aislamiento de este ente social repercute en la calidad de vida.	¿Cómo se siente usted respecto a sus familiares, amigos, conocidos y desconocidos? ¿Cree usted que su enfermedad ha hecho que su familia se aleje, o le impide relacionarse con otras personas?	Abandono de familiares Aislamiento	ACE
Frustración: Sentimientos de impotencia y dificultad para realizar las actividades que se realizaban normalmente con anterioridad que provocan inconformidad de la persona consigo mismo.	¿Cómo se siente usted en cuanto al trabajo y el hogar? ¿Cree usted que su enfermedad le impide realizar trabajos?	Inutilidad No productivo	FRU

<p>Estado anímico: Conjunto de emociones que se hacen presentes en la vida diaria, pudiendo ser estos positivos o negativos, varían de acuerdo a las diferentes circunstancias en la vida, en este caso, ante la enfermedad.</p>	<p>¿Cómo se siente usted, anímicamente durante el día? ¿Piensa usted que su enfermedad disminuye su felicidad?</p>	<p>Felicidad Tristeza</p>	<p>EST</p>
---	---	------------------------------------	------------

Criterios de Heterogeneidad: Edad, género.

Codificación:

- Hombres – Adultos mayores (HAM)
- Hombres – Adultos (HA)
- Mujeres - Adultos mayores (MAM)
- Mujeres – Adultos (MA)

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de síndrome de pie diabético que son atendidos en el Hospital Homero Castanier
- Pacientes que firmen un consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten amputación de los miembros inferiores.
- Pacientes que al momento presenten alteración cognitiva o del estado de conciencia.

PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del estudio se elaboró un cuestionario adecuado para la recolección de datos en relación a las variables sociodemográficas dentro de la investigación, con el fin de describir la población en estudio. El mismo que contó con la aprobación del estudio por parte del comité de investigación y ética de la Universidad Católica de Cuenca.

Se elaboró un consentimiento informado donde se describen los objetivos del estudio, así como todas las normas de privacidad, riesgo y autonomía; para tener la autorización de la investigación por parte de los pacientes.

Previo a la recolección de los datos para la investigación se evaluó el cuestionario de recolección de datos y se corrigió fallos de tipo ortográfico, luego se procedió a realizar una prueba piloto en donde se considera si el formulario es adecuado para aplicar en la investigación, o, por el contrario, si se necesita de correcciones adicional en cuanto a la estructura y forma de formular las preguntas, para que sea más comprensible hacia los pacientes. Además, con esta prueba piloto se determinó el tiempo necesario para la recolección de información, lo que ayudará sustancialmente a una mejor organización para la aplicación en la investigación final.

Para las variables sociodemográficas se utilizó un cuestionario sencillo en el que los pacientes seleccionan la opción que más se asemeje a su realidad.

Para la recolección de información de la percepción de calidad de vida (cualitativo) por parte de los pacientes, se realizó mediante la técnica de entrevista semiestructurada, tanto individual y de un grupo focal, que como objetivo es la recolección de datos como sentimientos, aceptación social, y grado de calidad de vida en general que los pacientes creen que tienen.

Se realizó una evaluación previa de la entrevista semiestructurada, para los grupos de discusión que constará de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se siente usted respecto a sus familiares, amigos, conocidos y desconocidos?
2. ¿Cómo se siente usted en cuanto al trabajo y el hogar?
3. ¿Cómo se siente usted, anímicamente durante el día?

4. ¿Cree usted que su enfermedad ha hecho que su familia se aleje, o le impide relacionarse con otras personas?
5. ¿Cree usted que su enfermedad le impide realizar trabajos?
6. ¿Piensa usted que su enfermedad disminuye su felicidad?

Tras esta evaluación no se consideró necesarias modificaciones en la estructura de las preguntas y se consideró útil y definitiva la estructura de la entrevista a realizar.

Se procedió a realizar un acercamiento a la población en estudio con el fin de organizar y coordinar su participación en las entrevistas, contando con una planificación previa a la intervención.

Posteriormente las entrevistas fueron grabadas, con la previa autorización y firma del consentimiento informado por parte de los participantes, quienes fueron informados a detalle respecto a la investigación. Durante la entrevista semiestructurada se tomó notas de información que se consideró relevante por parte del investigador.

La transcripción se hizo de forma total a manera naturalista, literal y detallada. La información transcrita se analizó junto al audio para evitar vacíos, mejorando la calidad de los resultados.

Las entrevistas individuales se realizaron en un ambiente adecuado y las mismas duraron entre 10 a 15 minutos aproximadamente, las cuales se basaron en preguntas semiestructuradas para enfocar el dialogo hacia las categorías que forman el objetivo principal a investigar. Mientras que la entrevista hacia el grupo focal tuvo una duración aproximada de 30 minutos donde cada uno de los participantes expuso sus experiencias, sentimientos y pensamientos sobre el tema a tratar.

Como instrumentos se contó con la encuesta para recolección de datos sociodemográficos, la guía de entrevista semiestructurada para dirigir el dialogo hacia los temas de interés y una grabadora para el registro de los discursos brindados.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos a través de la encuesta, fueron transcritos a una base digital y se los analizo mediante el programa SPSS v15.0. Los datos se describieron mediante frecuencias para las variables nominales y ordinales, con el único fin de describir la población estudiada, y no extrapolar los resultados.

El análisis cualitativo se realizó mediante un análisis de la información brindada durante la entrevista, buscando frases o párrafos que presenten un mismo significado para cada una de las categorías y subcategorías detalladas en el estudio. A cada una de las frases expresadas en texto, se le asignó un código expresado previamente en la categorización, que engloban el significado de diferentes perspectivas para expresar un mismo significado. Los códigos se agruparon en cada una de las categorías preestablecidas y así poder interpretar las percepciones de los pacientes en los diferentes temas en estudio. Los resultados se expresaron de acuerdo a los criterios de heterogeneidad y codificación previamente indicada en la metodología, todo esto con la utilización de la herramienta Atlasti.

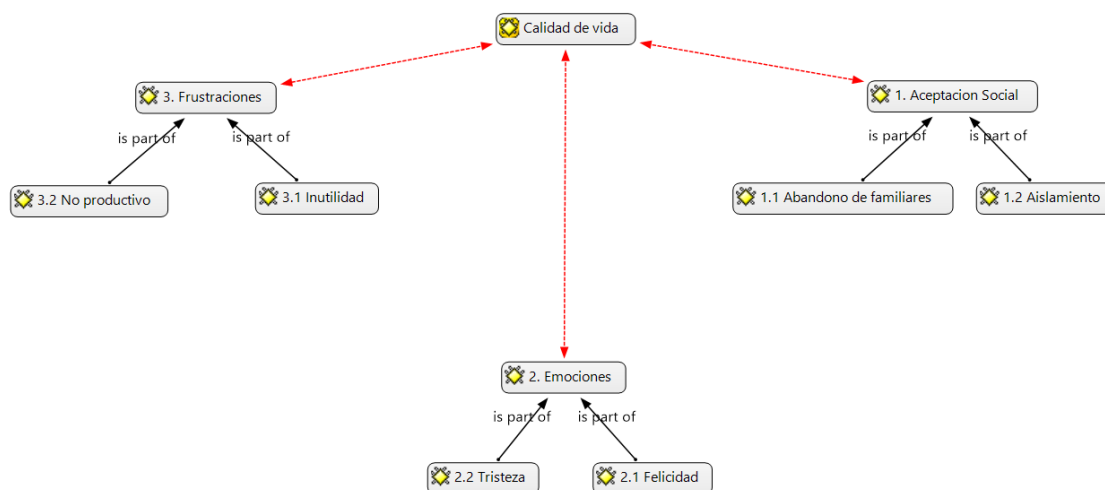


Imagen 1 Análisis de acuerdo a categorización.

Fuente: Base de datos Atlas ti.

Elaborado por: El Autor

Para la realización del informe se utilizó el modelo de diseño metodológico propuesto en el texto “La Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2013”. Basado en la decodificación, análisis e interpretación. (Ver Anexo 7) (35)

ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la realización del estudio, se explicó al paciente acerca de los objetivos del estudio, se respondieron preguntas y dudas por parte de los participantes, luego de lo cual se solicitó la firma del consentimiento informado. Los participantes están en la libertad de decidir su participación o no dentro de la investigación, así como la capacidad de retirarse de la misma cuando lo crean necesario, sin que esto los perjudique de alguna forma. La información recogida en la investigación es estrictamente confidencial, no se publicarán datos personales y se utilizarán únicamente dentro de la investigación. La presente investigación no representa ningún tipo de riesgo para sus participantes y no representara ningún costo para ellos.

El estudio respetará las normas éticas de investigación en sujetos humanos de la declaración de Helsinki, para poder iniciar el presente proyecto de investigación se contará con la aprobación de un comité de bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

CAPITULO 5

RESULTADOS

La investigación realizada en los pacientes atendidos en el Hospital Homero Castanier quienes presentan síndrome de pie diabético, se llevó a cabo en una muestra seleccionada a conveniencia del investigador, la misma que consta de 8 participantes adultos, quienes firmaron el consentimiento informado y aceptaron formar parte del estudio.

De los pacientes seleccionados se identificó un rango de edad entre 42 a 78 años, con media de 58 años, de los cuales 3 participantes fueron de sexo masculino y 5 de sexo femenino (Tabla 2).

Entre los participantes se identificaron 4 casados, 2 solteros, 1 en unión libre y un participante viudo/a, en lo que corresponde al estado civil. Mientras que de acuerdo al nivel de instrucción se identificó que 1 participante no contaba con instrucción, 5 con instrucción primaria, 1 con educación secundaria y 1 con estudio superior (Tabla 2).

En cuanto a la actividad laboral de los participantes, se consideró en actividad laboral a aquellos que desempeñan un trabajo tanto como empleados como de forma particular, sea esta remunerada o no, y se consideró desempleados a aquellos que no realizan ningún tipo de trabajo para el sustento personal y familiar, de acuerdo a esto se identificó que el 50% de los pacientes presentan actividad laboral y la otra mitad se encuentra desempleada (Tabla 2).

Los resultados muestran que la procedencia de los individuos corresponde a: 3 de la región costa, 3 de la sierra y 2 de origen amazónico (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con síndrome de pie diabético atendidos en el Homero Castanier.

Variables	Indicador	N° por variable	Total
Sexo	Masculino	3	8
	Femenino	5	
Estado Civil	Soltero/a	2	8
	Unión Libre	1	
	Casado/a	4	
	Viudo/a	1	
Nivel de instrucción	Ninguno	1	8
	Primaria	5	
	Secundaria	1	
	Superior	1	
Actividad laboral	En actividad laboral	4	8
	Desempleado	4	
Procedencia	Costa	3	8
	Sierra	3	
	Oriente	2	
Fuente: Base de datos			
Elaborado por: El Autor			

Durante la realización de las entrevistas y su análisis detallado, surgen las diferentes percepciones de los pacientes respecto a su enfermedad y los aspectos de investigación, así como también aspectos distintos a los esperados que se mencionaran en cada apartado en los que surgieron. Con el fin de describir cada percepción sobre su realidad, se estableció las categorías del estudio: Aceptación social, Frustraciones, Estado anímico.

Aceptación social

- **Abandono de familiares**

Entre los pacientes entrevistados, expresaron su punto de vista en cuanto a la aceptación social que ellos perciben, la misma que se ve influenciada de acuerdo

a las diferentes condiciones sociales en las que se encuentran los pacientes supieron manifestar que de acuerdo a la condición de la enfermedad experimentan sentimientos de abandono.

El no haber llegado a consolidar un hogar también lleva a la percepción de soledad, el no contar con la presencia de la familia a diario hace creer que se sienten abandonados.

“...Nada oiga yo he sufrido mi esposo me fue votando hace un año tres meses...”
(ACE-MA)

“...viendo que yo estaba así enferma me fue votando...” (ACE-MA)

“...yo vivo sola, con mis gatos, claro que la familia a veces viene...” (ACE-MAM).

Así como los sentimientos de abandono también se hacen presentes expresiones de apoyo familiar y social, pese a no estar dentro de la línea de investigación cabe recalcar, que éste es un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Siendo la familia cercana quienes mas brindan interés ante el padecimiento de ellos, brindándoles sentimientos de aceptación.

“...mi hermana y mi sobrina, ellas están atentas a mi enfermedad, esas brindan apoyo...” (ACE-MAM)

“...la verdad sí, en la familia hay comprensión...” (ACE-MA)

“...Si la familia está siempre ahí, no se han alejado...” (ACE-MAM)

- **Aislamiento**

Se han analizado expresiones de aislamiento entre los participantes que se asocian a las limitaciones orgánicas propias de la enfermedad como son las lesiones físicas en miembros inferiores, refiriendo no poder realizar las actividades que solían realizar antes del padecimiento, lo que las lleva al confinamiento y baja socialización.

Así también existe el sentimiento de comentarios mal intencionados de acuerdo a su condición de salud, por lo cual evitan el entorno social y de esa forma evitar ese negativismo social. De igual manera el estado anímico que expresan por

ocasiones, hace difícil o incluso limita la motivación para desarrollarse en el ámbito social.

“...Si ya me he alejado bastante ya no puedo salir no puedo caminar, yo antes tenía amigas, cuando estaba buena salía a caminar donde mis amigas, ahora ya no puedo...” (ACE-MA)

“...Si yo prefiero estar en la casa. Ojalá nadie me viera...” (ACE-MA)

“...a veces sí, no da ganas de hacer nada así que mejor paso solo en la casa...” (ACE-HA)

Frustraciones

- **Inutilidad**

Entre los entrevistados existen expresiones de no poder realizar trabajos de forma independiente debido a las repercusiones físicas de la enfermedad. El no poder trabajar o realizar una actividad, así como haber llegado a la dependencia de terceros para poder cumplir con cierta actividad, hace presente las percepciones de frustración e inutilidad.

Los pacientes expresan la diferencia radical que existe al realizar de forma independiente sus labores diarias y de trabajo, previo al padecimiento de la enfermedad y luego de ésta.

“...No yo no puedo trabajar, en la casa no más pasó mi hija me cuida...” (FRU-MA),

“...Si necesito de alguien porque andar sola ya no puedo, Siempre voy acompañada...” (FRU-MA),

“...ya no puedo salir no puedo caminar, yo antes tenía amigas, cuando estaba buena salía a caminar donde mis amigas, ahora ya no puedo...” (FRU-MA),

“...Ya no puedo tejer bien ya. Más antes si tejía bien yo. Si me ofende...” (FRU-MA),

“...No porque ahora ya no puedo, antes hacía dos tres sombreros trabajaba de lunes a viernes, sábados y domingos...” (FRU-MA),

“...cuando se estaba sano y bueno haciendo todo el día, me da deseos de hacer pero me decaigo...” (FRU-MAM).

- **No productivo**

Si bien podría considerarse similar, a diferencia de la inutilidad en la que no pueden realizar un trabajo de forma independiente, los sentimientos de no productividad se expresan como no poder ejecutar las actividades en la misma medida o cantidad esperada.

La dificultad física expresada entre los participantes los ha llevado a la realización de actividades más sencillas dentro del hogar y el trabajo, disminuyendo su producción y llevándolos a la frustración. El no poder contar con un auto sustento económico agrava estos sentimientos negativos, llegando a mentalizar un futuro poco prometedor.

Relacionan la baja productividad independiente debido a sentimientos de decaimiento, debilidad y dolor que atribuyen a la enfermedad, lo que les dificulta trabajar en la medida que lo hacían antes.

“...No yo no puedo trabajar, en la casa no más pasó mi hija me cuida...” (FRU-MA),

“...Ya van hacer unos tres años de que no puedo hacer yo mismo mis cosas, y así por lo que tengo de los pies así...” (FRU-MA),

“...Ya le digo hacer mucho no puedo, así por ahí lavar platitos...” (FRU-MA),

“...Ella me ayuda para la luz, así para pagar el teléfono, el agua. Sino que fuera de mi vida...” (FRU-MA),

“...haciendo los quehaceres en la casa, no tengo tiempo ya para nada...” (FRU-MA),

“...No porque ahora ya no puedo, antes hacía dos tres sombreros trabajaba de lunes a viernes sábados y domingos...” (FRU-MA),

“...El cuerpo ya no es el mismo como si estar sin la enfermedad, hay días en los que uno se levanta mal...” (FRU-HA),

“...En cuanto a eso sí, la realidad en mí eso sí afecta bastante, en las mañanas uno ya no tiene fuerzas de hacer las cosas...” (FRU-MAM),

“...cuando se estaba sano y bueno haciendo todo el día, me da deseos de hacer pero me decaigo” (FRU-MAM),

“...No sé si sea por la enfermedad, pero a mí sí me afecta, duelen las rodillas y no hay como trabajar bien...” (FRU-HA).

Aunque la enfermedad proporciona varios aspectos negativos sobre la calidad de vida de los pacientes, estos también expresan sentimientos de productividad, vigor y voluntad por realizar sus actividades. Un punto a considerar por parte de ellos es la edad, ya que los pacientes de menor edad consideran tener aun la energía necesaria para poder realizar sus trabajos de forma normal o al menos en la medida esperada.

“...Bueno la realidad no, pero creo que es porque nosotros tenemos menos años, hay todavía la energía de seguir trabajando...” (FRU-MA),

“...Si yo tengo en mi casa las cosas que hacer, cuido mi huerta, las plantas, hago las manualidades y las actividades en la tienda, todo hago con la voluntad y con energía...” (FRU-HAM)

Estado anímico

- **Felicidad**

A pesar de las diferentes formas en las que afecta la enfermedad, los pacientes expresan sentimientos de felicidad y bienestar, sin embargo, estos son muy pocos y de escasa magnitud. El convivir con la enfermedad por varios años, han hecho que la adapten a su vida cotidiana llegando a referir que se olvidan de padecerla, evitando sentimientos melancólicos.

Muestran cierta motivación para superarse, y expresan sentimientos religiosos que los ayudan a mantenerse en un buen estado anímico y físico.

“...La verdad uno pasa bien, si no fuera por algunas cosas que estuviesen pasando, ahí sí es una tristeza, pero cuando uno está tranquilo no, se pasa bien...” (EST-HA)

“...no estamos tristes por tener la enfermedad...” (EST-MA)

“...no, de la enfermedad uno como que ya se olvida...” (EST-MA)

“...no, no eso si que no, no me he resignado, siempre he puesto la fe en dios que nos de fuerzas...” (EST-HA)

- **Tristeza**

Se evidencian expresiones melancólicas, faltas de felicidad que bien se asocian a aspectos sociales y propios emocionales por la enfermedad. Pensamientos que los aquejan sobre la enfermedad que padecen, el miedo, el riesgo inminente sobre la enfermedad los lleva a un estado anímico depresivo que lo expresan a manera de tristeza. Ante esta situación también buscan la forma de compensar esta negatividad con la realización de actividades que los haga despejar sus ideas negativas.

“...En veces hay días que me da melancolía con ganas de llorar...” (EST-MA),

“...Por lo mismo enfermedad me pongo estar pensando...” (EST-MA),

“...paso pensando en la enfermedad Qué será de mi vida...” (EST-MA),

“...paso triste, sólo así con ganas de llorar...” (EST-MA),

“...hay días en los que uno se levanta mal y así...” (EST-HA),

“...por algunas cosas que estuviesen pasando, ahí si es una tristeza...” (EST-HA),

“...Hay días en los que uno esta triste, así que mejor salgo...” (EST-MAM).

CAPITULO 6

DISCUSION

El sustento social y familiar para los pacientes afecta condiciona en gran medida la calidad de vida que ellos perciben, siendo así los sentimientos de abandono familiar los marcadores de una repercusión sustancial sobre ésta. Medina et al. (2017) indica la presencia de sentimientos de abandono familiar que genera discriminación y aislamiento de las personas enfermas, lo que se contrasta en este estudio como medida de mala calidad de vida. Además, Cunha (2008) y Pajuelo y Salvatierra (2016) sustentan que una estructura social de apoyo ayuda a la sobrevivencia con la enfermedad y por ende a una mejor calidad de vida, datos que se surgieron de forma no intencional durante el análisis de los discursos de nuestros pacientes. (20,21,24,25)

Así cuando no se cuenta con el ente social, un apoyo para sustento, consuelo e interacción es cómo surge el aislamiento de quienes padecen la enfermedad, sin poder contar con un medio en el que pueda desarrollarse.

La impotencia y dificultad para realizar actividades genera vivencias y emociones negativas que afectan la calidad de vida percibida por los pacientes, de tal manera que se relaciona esta incapacidad con las repercusiones físicas entre las diferentes que pudiesen coexistir. Así lo señalan Leitón-Espinoza et al. (2018) y Cunha (2008), quienes en sus estudios coinciden en que una alteración física a nivel de miembros inferiores puede generar entre varias circunstancias, limitaciones, dependencias e incapacidades tanto en la vida laboral como familiar, tal como lo describen nuestros pacientes en sus percepciones de inutilidad. (22)

Si bien la no productividad mantiene una estrecha similitud con la percepción de inutilidad, esta se refiere a la disminución de productividad en las actividades que realizan, relacionando este hecho no solo a limitaciones físicas, sino también a alteraciones emocionales atribuidas a la misma enfermedad, siendo las expresiones de pacientes referidas a no poder cumplir una actividad o labor en la medida que espera, o menor a la que realizaban antes de la enfermedad. Lo cual coincide con las percepciones de los pacientes en el estudio de Núñez (2015) quienes refieren: "...Se siente uno como una chancleta", "...que ya no

sirve para nada”, explicando las limitaciones que tienen para realizar sus actividades laborales como del hogar. (23)

Cunha (2008) indica la relación que existe entre la edad y la calidad de vida, explicando que las personas más jóvenes perciben una mejor calidad de vida a diferencia de los mayores, lo cual se evidencia en nuestra investigación con la expresión de “...Bueno la realidad no, pero creo que es porque nosotros tenemos menos años, hay todavía la energía de seguir trabajando...” (MA) y “...Si yo tengo en mi casa las cosas que hacer, cuido mi huerta, las plantas, hago las manualidades y las actividades en la tienda, todo hago con la voluntad y con energía...” (HAM) (25)

Las alteraciones emocionales que se hacen presentes de forma intermitente en el transcurso de la enfermedad, permiten la amplia expresión de variados sentimientos entre positivos y negativos. De esta forma los enfermos expresan haberse acostumbrado a la presencia de la enfermedad y haberla adaptado a su vida cotidiana de tal forma que sienten cierto grado de bienestar general, al igual coincide en su estudio Medina et al. (2017). (20)

Entre la amplia ambigüedad de emociones se hacen más evidentes aquellas de forma negativa, los diferentes cambios en el estado de ánimo de los enfermos hacen que su percepción de la calidad de vida disminuya, estos cambios se ven influenciados por varios factores antes analizados, la falta de apoyo, la exclusión, las limitaciones hacen presentes sentimientos de melancolía, siendo así que mientras más graves son los sentimientos depresivos, menor es la calidad de vida percibida, indica Cunha (2008). (25) Además, Pajuelo y Salvatierra (2016) refuerzan esto ya que relacionan la presencia de emociones negativas en la baja autoestima con una mala calidad de vida. (21)

Los pacientes en el estudio de Castañeda y Malca (2019), y Leitón-Espinoza et al. (2018) indican que presentan sentimientos principalmente de tristeza debido a la adaptación al nuevo estilo de vida que deben tomar, a manera de afrontamiento ante la enfermedad. (22,26)

Fonseca et al. (2018) determina que la calidad de vida percibida por los pacientes en su estudio es deficiente en dominios físicos, psicológicos y sociales. (19) En el análisis de los discursos transcritos, se nota una gran tendencia a que las

mujeres independientemente de la edad tienden a expresar mayor cantidad de percepciones negativas, a lo que concluye de la misma manera Cruz y Rojas (2015). (18)

CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de vida en personas con pie diabético en el Hospital Homero Castanier es relativamente mala, debido a que estas son expresadas negativamente, refiriéndose a los aspectos social, emocional y físico.

El perfil sociodemográfico del paciente diabético en esta población oscila alrededor de los 58 años de edad, con predominio de sexo femenino, de estado civil casado, con instrucción primaria, que la mitad desarrolla una actividad laboral para la subsistencia individual y familiar, de procedencia de la región sierra.

Se logró determinar que la calidad de vida percibida por los pacientes es mala. Interpretados a través de sentimientos negativos como: rechazo social, frustración y disminución del estado anímico.

En cuanto a aceptación se hace evidente la falta de apoyo familiar y abandono del enfermo, debido a las diferentes repercusiones tanto emocionales como físicas con tendencia al aislamiento.

Los pacientes expresan sentimientos de inutilidad y falta de productividad ante la sociedad y familia, al no poder realizar actividades de forma independiente.

Existen escasas expresiones de bienestar y felicidad por adaptación de la patología a su cotidiano vivir. En cambio, los sentimientos melancólicos y de tristeza son más evidentes empeorando el estado anímico del enfermo y por ende disminuyendo su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Se debe continuar con investigaciones de tipo cualitativo, y en su medida mixtos, de tal forma que se pueda corroborar la calidad de vida de pacientes valorada con instrumentos científicos, con las percepciones de los enfermos; y así lograr un análisis total, y la comprensión para emplear medidas que ayuden a mejorarla.

A los estudiantes de medicina, que a través del presente estudio analicen los sentimientos expresados por los participantes y de esta forma llegar a formar un carácter más humanitario ante el paciente, y no enfocarse únicamente a la patología física u orgánica, pudiendo llegar así al objetivo de la atención integral de los enfermos, abordando todos los aspectos de la salud.

Enfocar en futuras investigaciones de este tipo a las esferas sociales y de esta forma determinar el grado de afección sobre la calidad de vida y la forma de abordaje del enfermo y de su familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Romero Gamboa MC, Sáñez López M. Evolución del pie diabético en los grados 4 y 5 de la clasificación de Wagner. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc.* 2017;18(1):71–81.
2. Díaz Salina L, Iser Rondon D, Pérez Fuentes D, Díaz Salina R, Palacio Verdecia Y. Tratamiento y evolución de pacientes con úlceras del pie diabético. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc.* 2015;16(1):29–36.
3. Pinilla AE, Barrera M del P, Rubio C, Devia D. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. *Acta Med Colomb.* 2014;39(3):250–57.
4. Díaz MS, Cervantes CE, División JA. Las complicaciones de la diabetes mellitus en EEUU: mejores resultados. *SEMERGEN-Med Fam.* 2014;40(6):341-2.
5. Pérez-Pevida B, Llaveró M, Gargallo J, Escalada J. Complicaciones microvasculares de la diabetes. *Med-Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2016;12(17):958–970.
6. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López-González ÁA. Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol Nutr.* octubre de 2013;60(8):447-55.
7. Pérez A, Pedrero S, Montero A, Murillo O, Padrós C, Asunción J. El Pie Diabético: La perspectiva del cirujano ortopédico. *Rev Pie Tobillo.* 2014;28(1):7-16.
8. San Miguel FV, Puente DM, Julià JV. Neuropatía diabética y pie diabético. *Med-Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2016;12(17):971–981.
9. Sève-Ferrieu N. Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *EMC - Kinesiterapia - Med Física.* febrero de 2017;38(1):1-16.

10. Triana Ricci R. Pie diabético. Fisiopatología y consecuencias. Rev Colomb Ortop Traumatol. diciembre de 2014;28(4):143-53.
11. Paiva O, Rojas N. Pie Diabético? Podemos Prevenirlo? Rev Médica Clínica Las Condes. 2016;27(2):227–234.
12. Viadé Julià J. El papel del podólogo en la atención al pie diabético. Angiología. noviembre de 2015;67(6):483-7.
13. Domínguez-Olmedo JM, Pozo-Mendoza JA, Reina-Bueno M. Revisión sistemática sobre el impacto de las complicaciones podológicas de la diabetes mellitus sobre la calidad de vida. Rev Esp Podol. enero de 2017;28(1):30-6.
14. Rodríguez Moreno I, Ballesteros-Mora M, Reina-Bueno M. Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. Estudio descriptivo. Rev Esp Podol [Internet]. abril de 2017 [citado 20 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210123817300282>
15. Ha Van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourron O, et al. Pie diabético. EMC - Podol. 1 de febrero de 2019;21(1):1-21.
16. Constitución de la Republica del Ecuador. :218.
17. Thierry Nesson Ouattara T, Raucoules-Aimé M. Manejo del paciente diabético (exceptuadas la diabetes gestacional y la diabetes infantil). EMC - Anest-Reanim. noviembre de 2015;41(4):1-17.
18. Cruz JC, Rojas JF. Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 23 de marzo de 2015;72(614):217-24.
19. Fonseca S, Salvador R, Méndez C, Rafael P, Rodríguez V, Pérez P, et al. Calidad de vida en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II. 2018;7.

20. Medina I, Medina J, Candila J, Yam A, Torres J, Zavala D. Mi vida antes y después del diagnóstico de la diabetes tipo 2. *Rev Salud Bienestar Soc.* 2017;1(1):94-114.
21. Pajuelo Rodríguez LDC, Salvatierra Ulloa GG. Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes Mellitus tipo 2. *Hospital II Chocope.* 2015. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 14 de julio de 2016 [citado 10 de septiembre de 2019]; Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1685>
22. Leitón-Espinoza ZE, Cienfuegos-Pastor M del R, Deza-Espino M del C, Fajardo-Ramos E, Villanueva-Benites ME, López-González A, et al. Emotional impact on the way to learn to live with the illness, «la diabetes». *Rev Salud Uninorte.* diciembre de 2018;34(3):696-704.
23. Núñez A. Creencias, percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus frente a las complicaciones de la enfermedad. 2015 [citado 27 de junio de 2019]; Disponible en:
<http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19521>
24. Tayabas LMT, Moreno BEG. PERCEPCIONES DE ENFERMOS DIABÉTICOS Y FAMILIARES ACERCA DEL APOYO FAMILIAR Y EL PADECIMIENTO. 2006;(1):9.
25. Cunha M. Calidad de vida y diabetes: variables psico-sociales. *Millenium.* abril de 2008;269-98.
26. Castañeda Diaz KS, Malca Medina LV. Vivencias del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Univ Nac Trujillo [Internet]. 9 de enero de 2019 [citado 10 de septiembre de 2019]; Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11180>
27. Sell Lluveras JL, Miguel Domínguez I. Guía práctica para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome del pie diabético. *Rev Cuba Endocrinol.* 2001;12(3):188–189.

28. Mansilha A. Tratamiento y gestión del pie diabético. *Angiología*. enero de 2017;69(1):1-3.
29. Jiménez LL, Meneses AL, Toboso RQ, Moreno IH. El pie diabético. *Med-Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2012;11(17):1032–1039.
30. Alonso-Fernández M, Mediavilla-Bravo JJ, López-Simarro F, Comas-Samper JM, Carramiñana-Barrera F, Mancera-Romero J, et al. Evaluación de la realización del cribado del pie diabético en Atención Primaria. *Endocrinol Nutr*. junio de 2014;61(6):311-7.
31. Márquez-Godínez SA, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Muñoz-Martínez JA. Riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en una unidad de medicina de familia. *SEMERGEN - Med Fam*. mayo de 2014;40(4):183-8.
32. Jiménez S, Rubio JA, Álvarez J, Ruiz-Grande F, Medina C. Tendencia de la incidencia de amputaciones de miembro inferior tras la implementación de una Unidad Multidisciplinar de Pie Diabético. *Endocrinol Diabetes Nutr*. Abril de 2017;64(4):188-97.
33. Rubio JA, Jiménez S, Álvarez J. Características clínicas y mortalidad de los pacientes atendidos en una Unidad Multidisciplinar de Pie Diabético. *Endocrinol Diabetes Nutr*. mayo de 2017;64(5):241-9.
34. Silva FC, Iop R da R, Arancibia BAV, Gutierrez Filho PJB, da Silva R, Machado MO, et al. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Rev Psicol Deporte*. 2017;26(1):0013-25.
35. Iturralde A. *La investigación científica*. 1.^a ed. Cuenca; 2013. 170-186 p.
36. Boada A. Lesiones cutáneas en el pie diabético. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012;103(5):348-56.
37. Barberán J. Pie diabético: ¿cuál es la actitud terapéutica más adecuada? *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de noviembre de 2014;32(9):553-4.

38. O'Shea C, McClintock J, Lawrenson R. The prevalence of diabetic foot disease in the Waikato region. *Diabetes Res Clin Pract.* julio de 2017;129:79-85.
39. Monteiro-Soares M, Ribas R, Pereira da Silva C, Bral T, Mota A, Pinheiro Torres S, et al. Diabetic foot ulcer development risk classifications' validation: A multicentre prospective cohort study. *Diabetes Res Clin Pract.* mayo de 2017;127:105-14.
40. Ibrahim A. IDF Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for healthcare professionals. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;127:285-7.
41. Lázaro-Martínez JL, Tardáguila-García A, García-Klepzig JL. Actualización diagnóstica y terapéutica en el pie diabético complicado con osteomielitis. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2017;64(2):100-8.
42. Blasco ER, Peral PM, Leal MCR, Moreno A de los S. Protocolo de tratamiento de úlceras cutáneas y pie diabético. *Med Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2014;11(55):3296-9.
43. Esteban E, Palacio J, Estella R. Deformidad de pie en paciente diabético. Fractura-luxación de Lisfranc: a propósito de un caso. *Med Fam-SEMERGEN.* 2016;42(5):336-8.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de Bioetica



Cuenca, 10/7/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Percepción de calidad de vida en personas con pie diabético atendidas en el Hospital Homero Catanier enero - agosto 2019.

Trabajo de titulación realizado por Christian Andrés Contreras Chávez

Código: Co08PerME37



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

Anexo 2. Oficio de Coordinación de Investigación.



Cuenca, 10 de julio de 2019.

Señora Doctora
María Molina Crespo
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina CONTRERAS CHAVEZ CHRISTIAN ANDRES con CI: 0104721808, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABETICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER ENERO - AGOSTO 2019". La Investigación será dirigida por el Dr. Jorge Buelvas Muza, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

Anexo 3. Oficio de autorización del Hospital Homero Castanier



Hospital General "HOMERO CASTANIER CRESPO"
COORDINACION DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**AUTORIZACION PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS
OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN**

La Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Homero Castanier Crespo, luego de la recepción y análisis del protocolo de Investigación titulado: **"PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABETICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. ENERO AGOSTO 2019"** presentado por el Sr: Christian Andres Contreras Chavez con CI: 0104721808 estudiante egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, informa que:

Esta investigación, cumple con los requerimientos ético-metodológicos necesarios, por lo que esta coordinación autoriza su realización.

Azogues, 10 de Julio de 2019.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital Homero Castanier Crespo
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Dr. Vicente Carreño Rodríguez

COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Andres F. Cordova y Luis M. Gonzalez
Teléfonos: 593 (7) 2240104 - 593 (7) 2240502 - 593 (7) 2245255 ext.:759
www.hhcc.gob.ec

Anexo 4. Consentimiento Informado



Código: Co08PerME37

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO 2019.”
Institución a la que pertenece el Investigador:	Universidad Católica de Cuenca
Nombre del Investigador principal	Christian Andrés Contreras Chávez
Datos del Investigador principal:	Teléfono: 0981651469 Email: andresqta@gmail.com

Descripción del proyecto de Investigación
<p>En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre la percepción de la calidad de vida de las personas con diagnóstico de síndrome de pie diabético, esto se llevara a cabo mediante la aplicación de un formulario y una breve entrevista para la recolección de datos, con la finalidad de: describir las percepciones de la calidad de vida de los pacientes con pie diabético, así como la variabilidad de las mismas de acuerdo a los factores sociodemográficos y de esta manera conocer el impacto de la enfermedad sobre los pacientes</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes mayores de edad con diagnóstico de síndrome de pie diabético que son atendidos en el Hospital Homero Castanier• Pacientes que firmen un consentimiento informado <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes que presenten amputación de miembros inferiores.• Pacientes que al momento presenten alteración cognitiva o del estado de conciencia.
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
<p>La presente investigación busca conocer las percepciones sobre la calidad de vida de personas con pie diabético, dentro de la investigación participan todos los pacientes atendidos en el hospital Homero Castanier que tengan este diagnóstico y firmen el presente consentimiento informado.</p>
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS
<p>La información se obtendrá mediante encuestas para la caracterización de los pacientes.</p> <p>En el ámbito cualitativo, mediante un muestreo a conveniencia, se realizara 2 entrevistas individuales y de un grupo focal basados en los criterios de segmentación para el posterior análisis y de ser necesario implementar el instrumento Atlasti.</p>
RIESGOS Y BENEFICIOS
<p>Beneficios. - La información obtenida en este estudio será utilizada para el beneficio de la comunidad médica y general, permitiendo conocer el impacto de la enfermedad sobre la vida de los pacientes, permitiendo así la elaboración de programas que mejoren las condiciones de la enfermedad.</p> <p>Riesgos del estudio.- La participación dentro de la investigación no representa ningún tipo de riesgo para los participantes, no se afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.</p>
CONFIDENCIALIDAD
<ul style="list-style-type: none">• ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD• LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO.

- SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO
- SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:

Fecha:

Firma del Testigo:

Fecha:

Firma del Investigador:

Fecha:

Anexo 5. Formulario para recolección de datos



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

FACULTAD DE MEDICINA

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario N° _____

Instructivo:

Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación con absoluta seriedad y sinceridad, para optimizar los resultados de este estudio.

Datos Sociodemográficos			
Edad	_____ (años)	Sexo	Masculino
			Femenino

Estado civil	Nivel de instrucción	Ocupación
<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a <input type="checkbox"/> • Unión libre <input type="checkbox"/> • Casado/a <input type="checkbox"/> • Divorciado/a <input type="checkbox"/> • Viudo/a <input type="checkbox"/> • Separado/a <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto/a <input type="checkbox"/> • Primaria <input type="checkbox"/> • Secundaria <input type="checkbox"/> • Superior <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • En actividad laboral <input type="checkbox"/> • Desempleado <input type="checkbox"/> • Jubilado <input type="checkbox"/>

Procedencia	Estado de la lesión
<ul style="list-style-type: none"> • Costa <input type="checkbox"/> • Sierra <input type="checkbox"/> • Oriente <input type="checkbox"/> • Región insular <input type="checkbox"/> • Extranjero <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 0 <input type="checkbox"/> • Grado I <input type="checkbox"/> • Grado II <input type="checkbox"/> • Grado III <input type="checkbox"/> • Grado IV <input type="checkbox"/>

Independencia	Quienes viven en su hogar?
<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente <input type="checkbox"/> • Independiente <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres <input type="checkbox"/> • Hermanos <input type="checkbox"/> • Hijos <input type="checkbox"/> • Nietos <input type="checkbox"/> • Sobrinos <input type="checkbox"/> • Tíos <input type="checkbox"/> • Primos <input type="checkbox"/> • Otros _____

Autor: Christian Contreras

Anexo 6. Guía de entrevista semiestructurada.

Instructivo: La siguiente guía se utilizará para establecer un conversatorio de manera que el paciente exprese por su cuenta y sus propias palabras, sus sentimientos en las dimensiones de aceptación social, frustración y estado anímico. La información será recolectada y analizada a través de grabaciones de voz, tomando datos específicos que proporcionen respecto al abandono de familiares, aislamiento, productividad, inutilidad, felicidad y tristeza.

Preguntas semiestructuradas.

1. ¿Cómo se siente usted respecto a sus familiares, amigos, conocidos y desconocidos?

2. ¿Cómo se siente usted en cuanto al trabajo y el hogar?

3. ¿Cómo se siente usted, anímicamente durante el día?

4. ¿Cree usted que su enfermedad ha hecho que su familia se aleje, o le impide relacionarse con otras personas?

5. ¿Cree usted que su enfermedad le impide realizar trabajos?

6. ¿Piensa usted que su enfermedad disminuye su felicidad?

Anexo 7. Carta de aprobación de Director de Tesis



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 20 septiembre de 2019

**Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE**

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABÉTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER. ENERO - AGOSTO 2019". Realizado por el estudiante Christian Andrés Contreras Chávez, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Jorge Buévas
Dr. Jorge Buévas Muza
MEDICINA INTERNA
C.I. 0106999303
SENESCYE 10071011268

Director de Tesis

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

Anexo 8. Decodificación, análisis e interpretación.

Párrafo	Categoría / Subcategoría	Uso de la categoría en investigación	Código	Significado para la investigación (discusión)
1, 2	Aceptación Social 1. Abandono familiar	<p>“...Nada oiga yo he sufrido mi esposo me fue votando hace un año tres meses...”</p> <p>“...viendo que yo estaba así enferma me fue votando...”</p> <p>“...yo vivo sola, con mis gatos, claro que la familia a veces viene...”</p> <p>“...mi hermana y mi sobrina, ellas están atentas a mi enfermedad, esas brindan apoyo...”</p> <p>“...la verdad si, en la familia hay comprensión...”</p> <p>“...Si la familia está siempre ahí, no se han alejado...”</p>	<p>(ACE-MA)</p> <p>(ACE-MA)</p> <p>(ACE-MAM)</p> <p>(ACE-MAM)</p> <p>(ACE-MA)</p> <p>(ACE-MAM)</p>	<p>El sustento social y familiar para los pacientes afecta condiciona en gran medida la calidad de vida que ellos perciben, siendo así los sentimientos de abandono familiar los marcadores de una repercusión sustancial sobre ésta. Medina et al. (2017) indica la presencia de sentimientos de abandono familiar que genera discriminación y aislamiento de las personas enfermas, lo que se contrasta en este estudio como medida de mala calidad de vida. Además Cunha (2008) y Pajuelo y Salvatierra (2016) sustentan que una estructura social de apoyo ayuda a la</p>

3	<p>2. Aislamiento</p>	<p><i>“...Si ya me he alejado bastante ya no puedo salir no puedo caminar, yo antes tenía amigas, cuando estaba buena salía a caminar donde mis amigas, ahora ya no puedo...”</i></p> <p><i>“...Si yo prefiero estar en la casa. Ojalá nadie me viera...”</i></p> <p><i>“...a veces sí, no da ganas de hacer nada así que mejor paso solo en la casa...”</i></p>	<p>(ACE-MA)</p> <p>(ACE-MA)</p> <p>(ACE-HA)</p>	<p>sobrevida con la enfermedad y por ende a una mejor calidad de vida, datos que se surgieron de forma no intencional durante el análisis de los discursos. (20,21,24,25)</p> <p>Así cuando no se cuenta con el ente social, un apoyo para sustento, consuelo e interacción es cómo surge el aislamiento de quienes padecen la enfermedad, sin poder contar con un medio en el que pueda desarrollarse.</p>
4	<p>Frustraciones</p> <p>3. Inutilidad</p>	<p><i>“...No yo no puedo trabajar, en la casa no más pasó mi hija me cuida...”</i></p>	<p>(FRU-MA)</p>	<p>La impotencia y dificultad para realizar actividades genera vivencias y emociones negativas</p>

		<p><i>“...Si necesito de alguien porque andar sola ya no puedo, Siempre voy acompañada...”</i></p> <p><i>“...ya no puedo salir no puedo caminar, yo antes tenía amigas, cuando estaba buena salía a caminar donde mis amigas, ahora ya no puedo...”</i></p> <p><i>“...Ya no puedo tejer bien ya. Más antes si tejía bien yo. Si me ofende...”</i></p> <p><i>“...No porque ahora ya no puedo, antes hacía dos tres sombreros trabajaba de lunes a viernes, sábados y domingos...”</i></p> <p><i>“...cuando se estaba sano y bueno haciendo todo el día, me da deseos de hacer pero me decaigo...”</i></p>	<p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MAM)</p>	<p>que afectan la calidad de vida percibida por los pacientes, de tal manera que se relaciona esta incapacidad con las repercusiones físicas entre las diferentes que pudiesen coexistir. Así lo señalan Leitón-Espinoza et al. (2018) y Cunha (2008), quienes en sus estudios coinciden en que una alteración física a nivel de miembros inferiores puede generar entre varias circunstancias, limitaciones, dependencias e incapacidades tanto en la vida laboral como familiar, tal como lo describen nuestros pacientes en sus percepciones de inutilidad. (22)</p>
--	--	--	--	---

5, 6	<p>4. No productivo</p>	<p>“...No yo no puedo trabajar, en la casa no más pasó mi hija me cuida...”</p> <p>“...Ya van hacer unos tres años de que no puedo hacer yo mismo mis cosas, y así por lo que tengo de los pies así...”</p> <p>“...Ya le digo hacer mucho no puedo, así por ahí lavar platitos...”</p> <p>“...Ella me ayuda para la luz, así para pagar el teléfono, el agua. Sino que fuera de mi vida...”</p> <p>“...haciendo los quehaceres en la casa, no tengo tiempo ya para nada...”</p> <p>“...No porque ahora ya no puedo, antes hacía dos tres sombreros trabajaba de lunes a viernes sábados y domingos...”</p>	<p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p> <p>(FRU-MA)</p>	<p>Si bien la no productividad mantiene una estrecha similitud con la percepción de inutilidad, esta se refiere a la disminución de productividad en las actividades que realizan, relacionando este hecho no solo a limitaciones físicas, sino también a alteraciones emocionales atribuidas a la misma enfermedad, siendo las expresiones de pacientes referidas a no poder cumplir una actividad o labor en la medida que espera, o menor a la que realizaban antes de la enfermedad. Lo cual coincide con las percepciones de los pacientes en el estudio de Núñez (2015) quienes refieren: “...Se siente uno como una chancleta”, “...que</p>
------	--------------------------------	--	---	--

		<p><i>“...El cuerpo ya no es el mismo como si estar sin la enfermedad, hay días en los que uno se levanta mal...”</i></p>	(FRU-HA)	ya no sirve para nada”, explicando las limitaciones que tienen para realizar sus actividades laborales como del hogar. (23)
		<p><i>“...En cuanto a eso si, la realidad en mi eso si afecta bastante, en las mañanas uno ya no tiene fuerzas de hacer las cosas...”</i></p>	(FRU-MAM)	Cunha (2008) indica la relación que existe entre la edad y la calidad de vida, explicando que las personas más jóvenes perciben una mejor calidad de vida a diferencia de los mayores, lo cual se evidencia en nuestra investigación con la expresión de
		<p><i>“...cuando se estaba sano y bueno haciendo todo el día, me da deseos de hacer pero me decaigo”</i></p>	(FRU-MAM)	<i>“...Bueno la realidad no, pero creo que es porque nosotros tenemos menos años, hay todavía la energía de seguir trabajando...”</i> (MA) y
		<p><i>“...No sé si sea por la enfermedad, pero a mi si me afecta, duelen las rodillas y no hay como trabajar bien...”</i></p>	(FRU-HA)	<i>“...Si yo tengo en mi casa las cosas que hacer, cuido mi huerta, las plantas, hago las manualidades y las actividades en la tienda, todo hago</i>
		<p><i>“...Bueno la realidad no, pero creo que es porque nosotros tenemos menos años, hay todavía la</i></p>	(FRU-MA)	

		<p><i>energía de seguir trabajando...”</i></p> <p><i>“...Si yo tengo en mi casa las cosas que hacer, cuido mi huerta, las plantas, hago las manualidades y las actividades en la tienda, todo hago con la voluntad y con energía...”</i></p>	<p><i>(FRU-HAM)</i></p>	<p><i>con la voluntad y con energía...” (HAM) (25)</i></p>
7	<p>Estado anímico</p> <p>5. Felicidad</p>	<p><i>“...cuando uno esta tranquilo no, se pasa bien...”</i></p> <p><i>“...no estamos tristes por tener la enfermedad...”</i></p>	<p><i>(EST-HA)</i></p> <p><i>(EST-MA)</i></p>	<p>Las alteraciones emocionales que se hacen presentes de forma intermitente en el transcurso de la enfermedad, permiten la amplia expresión de variados sentimientos entre positivos y negativos. De esta forma los enfermos expresan haberse acostumbrado a la presencia de la enfermedad y haberla adaptado a su vida cotidiana de tal forma que sienten cierto grado de bienestar general, al</p>

8	6. Tristeza	<p><i>“...En veces hay días que me da melancolía con ganas de llorar...”</i></p> <p><i>“...Por lo mismo enfermedad me pongo estar pensando...”</i></p> <p><i>“...paso pensando en la enfermedad Qué será de mi vida...”</i></p> <p><i>“...paso triste, sólo así con ganas de llorar...”</i></p> <p><i>“...hay días en los que uno se levanta mal y así...”</i></p> <p><i>“...por algunas cosas que estuviesen pasando, ahí si es una tristeza...”</i></p> <p><i>“...Hay días en los que uno esta triste, así que mejor salgo...”</i></p>	<p>(EST-MA)</p> <p>(EST-MA)</p> <p>(EST-MA)</p> <p>(EST-MA)</p> <p>(EST-HA)</p> <p>(EST-HA)</p> <p>(EST-MAM).</p>	<p>igual coincide en su estudio Medina et al. (2017). (20)</p> <p>Entre la amplia ambigüedad de emociones se hacen más evidentes aquellas de forma negativa, los diferentes cambios en el estado de animo de los enfermos hacen que su percepción del la calidad de vida disminuya, estos cambios se ven influenciados por varios factores antes analizados, la falta de apoyo, la exclusión, las limitaciones hacen presentes sentimientos de melancolía, siendo así que mientras más graves son los sentimientos depresivos, menor es la calidad de vida percibida, indica Cunha (2008). (25) Pajuelo y Salvatierra (2016) relacionan la</p>
---	-------------	--	---	--

			<p>presencia de emociones negativas en la baja autoestima con una mala calidad de vida. (21)</p> <p>Los pacientes en el estudio de Castañeda y Malca (2019), y Leitón-Espinoza et al. (2018) indican que presentan sentimientos principalmente de tristeza debido a la adaptación al nuevo estilo de vida que deben tomar, a manera de afrontamiento ante la enfermedad. (22,26)</p> <p>Fonseca et al. (2018) determina que la calidad de vida percibida por los pacientes en su estudio es deficiente en dominios físicos, psicológicos y sociales. (19) En el análisis de los discursos transcritos, se nota una gran tendencia a que las mujeres</p>
--	--	--	---

				<p>independientemente de la edad tienden a expresar mayor cantidad de percepciones negativas, a lo que concluye de la misma manera Cruz y Rojas (2015). (18)</p>
<p>Fuente: Iturralde A. (2013).(35)</p> <p>Elaborado por: El Autor</p>				

Anexo 9. Informe de Antiplagio.




Anexo 10. Certificado de Centro de Idiomas.



CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 19 de septiembre del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana, Msc.
SECRETARIO



Anexo 11. Rúbrica de pares revisores.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDY CÁRDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: *Percepción de calidad de vida en personas con pie diabético atendidas en el hospital Horeca Cantanica, Esmor, Agosto, 2019.*

Nombre del estudiante: *Christian Andres Contreras Clóvez*

Director: *Dr. Jorge Buelvas*

Título a obtener: *Medicina*

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN



of/uc



Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Percepción de calidad de vida en personas con pie diabético atendidas en el hospital Hombres Cuatrecasas Enero-Agosto 2019.

Nombre del estudiante: Christian Pinches Contreras Chávez

Director Dr. Jorge Buchas Moya

Título a obtener: Medico

Fecha de sustentación:

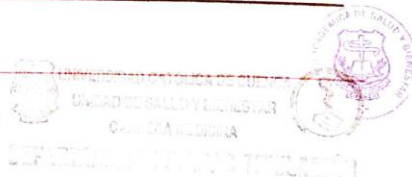
PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				1 11
Redacción Científica				0.5 11
Pensamiento crítico				0.5 11
Marco teórico				0.5 11
Anexos				1 11
Total				3.5 15

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	✓
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



M

Anexo 12. Rúbrica de revisión de dirección de carrera.



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Percepción de calidad de vida en personas con pie diabético atendidas en el hospital. Homero Castañer. Enero - Agosto 2019.
Nombre del estudiante:	Christian Andrés Contreras Chávez
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Jorge Buelvas M.
Asesor:	Dr. Jorge Buelvas M.

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


**Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina**


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

Anexo 13. Informe final de investigación.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El alumno CONTRERAS CHAVEZ CHRISTIAN ANDRES ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PIE DIABETICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER ENERO - AGOSTO 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 8.5/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 48.5/100

Revisores: DRA. CATALINA TORRES/ DR. CARLOS AREVALO

Director: DR. JORGE BUELVAS/ **Asesor:** R. JORGE BUELVAS


Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. El alumno ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
UNIDAD ACADÉMICA DE TITULACIÓN

Lcda. Carim Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

