



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES**  
**ZARAGOZA**  
**CARRERA EN ENFERMERÍA**



**“EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES  
MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTAN:**

**MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ**  
**DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ**

**Ciudad de México.**

**Mayo de 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

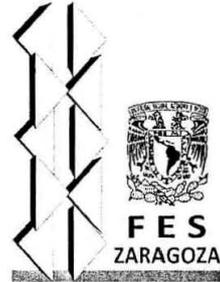
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"  
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

**Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA SU CALIDAD DE VIDA", de la C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ con No. de cuenta 410082519, de la Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

**PRESIDENTE:**  
DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE  
MOHEDANO

**VOCAL:**  
MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ

**SECRETARIO:**  
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

**SUPLENTE:**  
M.C. ARMANDO LUÍS GUTIERREZ GARCÉS

**SUPLENTE:**  
LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÉZ LUNA

ATENTAMENTE  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.

U. N. A. M.  
DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA  
JEFATURA DE CARRERA DE ENFERMERÍA  
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VÁZQUEZ.

\*ARACELY\*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"  
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

**Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA SU CALIDAD DE VIDA", del C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ con No. de cuenta 410085761, de la Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

**PRESIDENTE:**  
DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE  
MOHEDANO

**VOCAL:**  
MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ

**SECRETARIO:**  
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

**SUPLENTE:**  
M.C. ARMANDO LUÍS GUTIERREZ GARCÉS

**SUPLENTE:**  
LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÉZ LUNA

ATENTAMENTE  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.

JEFE DE LA CARRERA  
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.



\*ARACELY\*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por la alumna **C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410082519**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**P R E S I D E N T E**

**DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por el alumno **C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410085761**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**P R E S I D E N T E**

**DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO**

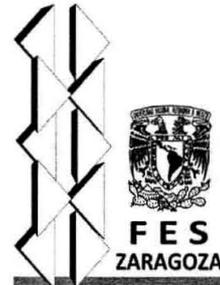
\*ARACELY\*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por la alumna **C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410082519**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**V O C A L**

**MTRA. ANA BELÈN LIZAMA MARTÍNEZ**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por el alumno C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ, con número de cuenta 410085761, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**V O C A L**

**MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ**

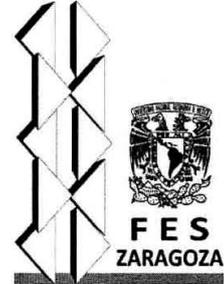
\*ARACELY\*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por la alumna C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, con número de cuenta 410082519, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**SECRETARIO**

**DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por el alumno **C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410085761**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**S E C R E T A R I O**

**DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por la alumna C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, con número de cuenta 410082519, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

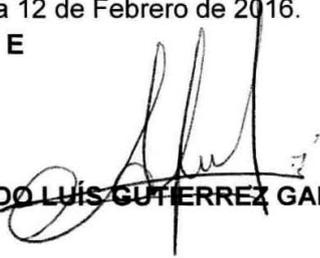
Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.

**S U P L E N T E**

  
**M.C. ARMANDO LUIS GUTIÉRREZ GARCÉS**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por el alumno **C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410085761**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**S U P L E N T E**

**M.C. ARMANDO LUÍS GUTIERREZ GARCÉS**

\*ARACELY\*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "**EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA**", preparado por la alumna **C. MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410082519**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**S U P L E N T E**

**LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÈZ LUNA**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA A SU CALIDAD DE VIDA", preparado por el alumno **C. DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**, con número de cuenta **410085761**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Febrero de 2016.  
**S U P L E N T E**

  
**LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÉZ LUNA**

\*ARACELY\*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

**Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) **MARIA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ RODRÍGUEZ**, con número de Cuenta **410082519**, de la Carrera de **LIC. EN ENFERMERÍA** se le ha fijado el día **06** del mes de **MAYO** del año **2016** a las **10:00** hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

**PRESIDENTE:**  
DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO

**V O C A L:**  
MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ

**SECRETARIO:**  
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

**SUPLENTE:**  
M.C. ARMANDO LUIS GUTIERREZ GARCÉS

**SUPLENTE:**  
LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÉZ LUNA

*[Handwritten signatures of the jury members]*

El título de la prueba escrita que presenta es: **“EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA SU CALIDAD DE VIDA”**.

Opción de titulación: **TESIS**

ATENTAMENTE  
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”  
México, D.F., a 12 de Abril del 2016

**DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ**  
DIRECTOR DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Oficina de exámenes profesionales  
y de grado.

*[Handwritten signature]*  
**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
Vo.Bo.  
JEFE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

\*SGV\*SMG\*Araceli\*





UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

**Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) **DANIEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**, con número de Cuenta **410085761**, de la Carrera de **LIC. EN ENFERMERÍA** se le ha fijado el día **06** del mes de **MAYO** del año **2016** a las **12:00** hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

**PRESIDENTE:**  
DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO

**V O C A L:**  
MTRA. ANA BELÉN LIZAMA MARTÍNEZ

**SECRETARIO:**  
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

**SUPLENTE:**  
M.C. ARMANDO LUIS GUTIERREZ GARCÉS

**SUPLENTE:**  
LIC. T.S. BLANCA LAURA CHAVÉZ LUNA

*[Handwritten signatures of the jury members]*

El título de la prueba escrita que presenta es: "EL PACIENTE AMPUTADO POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS, QUE INTERPRETACIÓN LE DA SU CALIDAD DE VIDA".

Opción de titulación: **TESIS**

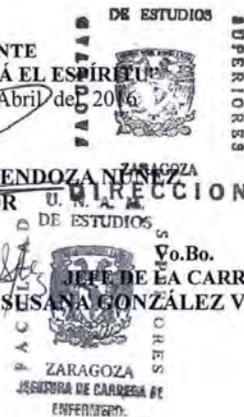
ATENTAMENTE  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
México, D.F., a 12 de Abril de 2016

**DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ**  
DIRECTOR DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Oficina de exámenes profesionales  
y de grado.

\*SGV\*SMG\*Araceli\*

*[Handwritten signature]*  
**DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ**  
JEFE DE LA CARRERA



## **Dedicatoria de María de los Angeles**

A Dios por permitirme haber llegado hasta el final.

A mis padres por su apoyo, en especial a mi madre por su confianza y ejemplo de seguir siempre adelante pese a los inconvenientes que pudieron presentarse.

A mis hermanos por la ayuda que siempre me han dado y por dar lo mejor de sí en todo momento y aprender de cada uno de ellos.

A mis hijos por su amor, la ayuda incondicional que siempre me han dado, por estar en todo momento.

A mis amigos por todo el apoyo, respeto confianza en todo momento.

A los docentes por compartir sus conocimientos y por la confianza que me han brindado.

Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.

Albert Einstein

## **Dedicatoria de Daniel**

Dedico esta tesis a mi familia, especialmente a mis padres que me han apoyado desde el principio de este largo camino; a mi hermano que me alentó para seguir adelante cuando estaba por darme por vencido.

A mis maestros quienes me brindaron su conocimiento, tiempo y tolerancia sin importar la falta de atención o desesperanza que llegaba a presentar en momentos difíciles.

A todos mis amigos por su apoyo moral y emocional durante el tiempo de realización de esta tesis.

A todos aquellos que me apoyaron a escribir y concluir esta tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

A los que amo y me aman

Sin dependencia.

A los que no temen que los caminos nos separen

porque saben de los reencuentros.

A los que quieren ser felices

a pesar de todo.

## **Agradecimientos de María delos Angeles y Daniel**

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por habernos abierto sus puertas para poder realizar nuestros estudios.

A la maestra Belén, por todo el tiempo que nos dedicó, por la amistad que nos ha ofrecido y por aguantarnos tanto tiempo.

A la Dra. Teresa por todo lo que nos ha enseñado, su amabilidad y confianza que ha tenido hacia nosotros.

A los miembros del jurado.

El presidente: Dra. María Guadalupe Rosete Mohedano

Vocal: Mtra: Ana Belén Lizama Martínez

Secretario: Dra. María Teresa Cuamatzi Peña

Suplente: M.C. Armando Luís Gutierrez Garcés

Suplente: Lic. T.S. Blanca Laura Chavéz Luna

Por su valioso tiempo, por sus críticas y sugerencias.

A mi compañero(a) de tesis por todo su apoyo y su gran amistad.

A la L.E.O. Graciela Solache López, por todo el aprendizaje que nos dejó y su apoyo.

## ÍNDICE

### CAPITULO I

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
-----------------------------	----------

### CAPITULO II

<b>2. Marco Referencial.....</b>	<b>4</b>
2.1 Diabetes mellitus.....	4
2.2 Concepto de diabetes.....	5
2.3 Factores de riesgo.....	6
2.4 Complicaciones agudas de la diabetes mellitus.....	6
2.5 Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.....	7
2.5.1 Complicaciones de las extremidades inferiores.....	7
2.6 Calidad de vida.....	7
2.7 Factores relacionados con la calidad de vida asociada a la salud en diabetes mellitus.....	10
2.7.1 Calidad de vida.....	10
2.7.2 Factores que influyen.....	10
2.7.3 Amputación.....	10
2.7.4 Reacciones ante la amputación.....	11
2.8 El duelo como proceso psicológico.....	12
2.8.1 Etapas del duelo.....	12
2.9 Emoción.....	13
2.10 Sentimientos.....	14
2.11 Autoestima.....	14
2.12 Calidad de vida en el paciente amputado.....	14
2.13 El paciente amputado y su familia.....	15

### **CAPITULO III**

<b>3. Planteamiento del Problema.....</b>	<b>16</b>
---	-----------

### **CAPITULO IV**

<b>4. Justificación.....</b>	<b>18</b>
------------------------------	-----------

### **CAPITULO V**

<b>5. Objetivo.....</b>	<b>20</b>
-------------------------	-----------

5.1 General.....	20
------------------	----

5.2 Específicos.....	20
----------------------	----

### **CAPITULO VI**

<b>6. Metodología.....</b>	<b>21</b>
----------------------------	-----------

6.1 Fenomenológico: Interpretativo.....	21
---	----

6.2 Presentación de las informantes.....	25
--	----

6.3 Aspectos éticos y legales.....	25
------------------------------------	----

6.3.1 Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.....	25
--	----

### **CAPITULO VII**

<b>7. Análisis de datos.....</b>	<b>27</b>
----------------------------------	-----------

7.1 Características de los entrevistados .....	28
--	----

7.2 Categorización.....	28
-------------------------	----

7.2.1 Sentimientos ante la amputación.....	28
--	----

7.2.2 Baja autoestima.....	32
----------------------------	----

7.2.3 Limitación de las actividades.....	34
--	----

### **CAPITULO VIII**

<b>8. Discusión.....</b>	<b>37</b>
--------------------------	-----------

**CAPITULO IX**

**9. Resultados.....39**

**CAPITULO X**

**10. Conclusiones.....40**

**CAPITULO XI**

**11.Sugerencias.....41**

**CAPITULO XII**

**12. Referencias bibliográficas.....42**

**CAPITULO XIII**

**13. Anexos.....43**

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es la enfermedad sistémica crónico degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

**Diabetes tipo 1** al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad.

**Diabetes tipo 2**, al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.<sup>1</sup>

La diabetes mellitus representa una de las diez principales causas de hospitalización y está presente en todos los estratos socioeconómicos. Actualmente viven en el mundo más de 170 millones de diabéticos, cifra que se duplicará para el año 2030, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud precisan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40% y 85% están relacionadas con la diabetes.

De acuerdo con cifras oficiales en México, de los 6.5 millones de personas que sufren de diabetes, 35% ignora que le aqueja este mal, lo cual ocasiona una atención tardía y la aparición de diversas complicaciones, entre ellas, las que derivan en amputaciones.

De acuerdo a la encuesta de Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en el 2005, el 14% de los mexicanos mayores de 20 años padece diabetes.

Según reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 70% de las amputaciones no traumáticas de pie se deben a complicaciones infecciosas por diabetes mellitus, originadas principalmente por falta o mal control médico de esta enfermedad crónico degenerativa. Mientras que la Secretaría de Salud (SS) informa que en un año se amputaron 75 mil extremidades inferiores en México.<sup>2</sup>

La calidad de vida subjetiva (CV) es un término que se superpone al de bienestar personal, subjetivo o psicológico, definido, según Diener, como «experiencia emocional placentera».<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas,

estándares y preocupaciones». Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.<sup>4</sup>

La presente investigación consta de trece capítulos.

El primer capítulo es la introducción, la cual es una breve reseña de la investigación realizada.

El segundo capítulo es el marco referencial de la investigación, en el que se toman en cuenta el desarrollo de la enfermedad así como sus complicaciones, y el impacto que llega a tener en la calidad de vida del paciente y su familia.

En el tercer capítulo se aborda los acontecimientos que dan origen para el estudio, dictados por la forma de actuar de las personas; es decir; los motivos que nos llevan a realizar un estudio de manera profunda sobre una enfermedad y sus complicaciones, en este caso la diabetes.

El cuarto capítulo se localiza la justificación donde se observa la relevancia de la realización del trabajo, observando la relevancia de la diabetes mellitus así como el costo para el sistema de salud.

El capítulo quinto está integrado por el objetivo general que es el paciente con diabetes mellitus y la interpretación que le da a su calidad de vida, esto a través de los objetivos específicos.

El sexto capítulo se aborda la metodología de nuestra investigación detallando las características y el tipo de estudio realizado.

En el séptimo capítulo se describen y analizan las entrevistas realizadas a los pacientes que participaron en esta investigación, transcribiendo las respuestas de cada uno de forma integral ideal a la situación en la que se encuentran sin realizar alteraciones o modificaciones de forma intrusiva en su forma de vida.

El octavo capítulo se refiere a la importancia del tema, ya que se hace una comparativa con los antecedentes de otras investigaciones.

El noveno capítulo se refiere a los resultados obtenidos del trabajo, así como de la interpretación que los participantes dieron de su calidad de vida.

El décimo capítulo está compuesto por las conclusiones a las que llegaron los entrevistadores de acuerdo al análisis de datos.

En el onceavo capítulo puntualizamos y hacemos algunas sugerencias para mejorar la atención multidisciplinaria y así poder impactar en la calidad de vida del paciente.

En el doceavo capítulo se recopilan las fuentes de información de las cuales se obtuvieron los datos de suma importancia para la realización de la presente investigación, desde artículos de investigación anteriores, hasta libros científicos, artículos de revistas oficiales y la normativa legal del sector salud.

El treceavo capítulo está integrado por los anexos obtenidos durante la investigación.

## CAPITULO II

### 2. MARCO REFERENCIAL

#### 2.1 Diabetes mellitus

##### Antecedentes Históricos

Desde 1500 a. C. existen referencias de población con diabetes, conocida como “exceso de orina”. La primera descripción exacta la planteó el médico romano Arateus, quien la llamó diabetes (agua pasando a través de un sifón, por la poliuria); y en la medicina hindú como “orina de miel”. Posteriormente, durante el siglo XVIII, el médico escocés William Cullen con base en sus investigaciones decidió agregarle el término “mellitus” miel y desde entonces este padecimiento es conocido como diabetes mellitus.<sup>5</sup>

La primera referencia que se tuvo de la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers, encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor). En el papiro se describen síntomas que recuerdan a la diabetes y algunos remedios a base de tés.

También la literatura antigua describe la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae fuertemente a las hormigas de los diabéticos. Susruta, padre de la medicina hindú, describió la diabetes mellitus e incluso llegó a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes, que conducía a la muerte y otra que se presentaba en personas de cierta edad.

Demetrio de Apamea refinó el diagnóstico de diabetes mellitus y Apolonio de Memfis acuñó el término de diabetes para definir un estado de debilidad, intensa sed y poliuria.

Pablo de Aegina refinó más aun el diagnóstico de “dypsacus” (diabetes) asociada a un estado de debilidad de los riñones provocando un exceso de micción que conducía a la deshidratación. Prescribió un remedio a base de hierbas, endibias, lechuga y trébol en vino tinto con infusiones de dátiles y mirto para beber en los primeros estudios de la enfermedad, seguido de cataplasmas a base de vinagre y aceite de rosas sobre los riñones. Previno sobre el uso de diuréticos pero permitió la venisección (sangría).

Galeno 199 d.C., pensaba que la diabetes era una enfermedad muy rara, utilizando términos alternativos como “diarrea urinosa” y “dypsacus”, este último término para enfatizar la extrema sed asociada a la enfermedad.

Aretus de Capadosia, quien también describió el tétanos, utilizó el término de diabetes para describir la condición que conducía a un aumento de cantidad de orina. Prescribió una dieta restringida y vino diluido y en los estados terminales opio y mandrágora.

La descripción detallada de la diabetes incluyendo el hecho de que la orina tenía sabor dulce, es gracias al médico de la india Susruta.

A partir del siglo XVI comienzan a sucederse descubrimientos médicos, principalmente en Europa. Paracelso (1491 – 1541) escribió sobre la orina de los diabéticos.

Fue hasta 1921, cuando el equipo del médico canadiense Frederick Banting integrado por John MacLeod, Charles Best y James Collip, logró aislar la insulina, secreción interna del páncreas, que fue utilizada al siguiente año para tratar esta afección en un joven de 14 años con diabetes tipo I.<sup>5</sup>

## **2.2 Concepto de diabetes**

La diabetes mellitus es la enfermedad sistémica crónico degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad.

Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.<sup>BIS 1</sup>

Hoy en día, la diabetes, afecta a uno de cada diez mexicanos, lo que la convierte en uno de los problemas de salud pública más importantes; además, es una enfermedad cuya frecuencia es cada vez mayor entre la población adulta e infantil, siendo un padecimiento que conlleva al deterioro y a la aparición de secuelas que generan un importante aumento en la demanda de los servicios de salud.

Además es un padecimiento con múltiples factores de riesgo, evolución crónica y compleja y que, consecuentemente, requiere un enfoque estructurado, integral, multidisciplinario enfocado en el paciente para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación.

Las instituciones de salud invierten hasta 15% de sus recursos en atención a la diabetes, aproximadamente 318 millones de dólares al año Hernández Romieu, ElnecavéOlaiz, Huerta Uribe, y Reynoso Noverón, 2011. En 2011, la SSA identifica que entre la población no asegurada, Baja California (23.2%), Jalisco (19.1%), Estado de México (17%) y Zacatecas (16.3%) son los estados con los porcentajes más altos de diagnósticos positivos de diabetes; tomando en cuenta

que esta población cubre en gran medida los gastos del padecimiento, por el elevado costo que tienen las diálisis, hemodiálisis, tratamientos específicos como el láser, amputaciones, entre otras, así como los medicamentos necesarios para controlarlo, es posible que en muchos casos no se atiendan adecuadamente.

Para el caso de la población asegurada o derechohabiente, la Secretaría reporta que el Distrito Federal (7.4%), Morelos (4.4%), Baja California (4.2%) y Durango (4.1%) son las entidades que presentan los porcentajes más altos de diagnósticos positivos de diabetes. Al comparar el porcentaje de diagnósticos positivos entre estados y condición de aseguramiento, en 30 de las 32 entidades la población no asegurada supera a la asegurada, las diferencias más altas se ubican en los estados de Baja California, Jalisco, Hidalgo y Zacatecas con 19, 16.6 y 15.4 puntos porcentuales, respectivamente; las diferencias más pequeñas las reportan Querétaro, Durango y Chiapas, que son estados con pocos diagnósticos positivos.<sup>6</sup>

### **2.3 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo de esta enfermedad dependen del tipo de diabetes. En el caso de la tipo I, también conocida como diabetes juvenil, la causa una acción autoinmune del sistema de defensa del cuerpo que ataca a las células que producen la insulina y se presenta en pacientes con antecedentes familiares directos. La tipo II, además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedente de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo 2013.

Uno de los principales factores de riesgo para que se desarrolle es el sobrepeso y la obesidad, afecciones que van en aumento en todo el mundo; según la Organización Mundial de la Salud cada año fallecen al menos 2.8 millones de personas adultas por alguna de estas causas, y representan 44% de la carga de diabetes, 23% de las cardiopatías isquémicas, y entre 7% y 41% de algún cáncer atribuible a la misma Organización Mundial de la Salud, 2012; por su parte, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud estiman que en Belice, México y Estados Unidos, aproximadamente 30% de su población tiene obesidad Organización Mundial de la Salud, 2012.

### **2.4 Complicaciones agudas de la diabetes mellitus**

- Cetoacidosis diabética.
- Estado hiperosmolar hiperglucémico.

### **2.5 Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus**

- Complicaciones oculares de la diabetes mellitus (retinopatía diabética).
- Complicaciones renales de la diabetes mellitus (nefropatía diabética).

- Disfunción gastrointestinal (alteraciones de la motilidad del intestino delgado y grueso provocando diarrea o estreñimiento; gastroparesia).
- Disfunciones genitourinarias (disfunción eréctil y disfunción sexual femenina, incontinencia e infecciones urinarias repetidas).
- Morbilidad y mortalidad cardiovasculares (incremento notable de arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, etc.).
- Hipertensión

### **2.5.1 Complicaciones de las extremidades inferiores**

La diabetes mellitus es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores. Las úlceras e infecciones del pie son también una importante causa de morbilidad en los diabéticos. Las razones del aumento de la incidencia de estos trastornos de la Diabetes Mellitus (DM) son complejas y suponen la interacción de varios factores patogénicos: neuropatía, biomecánica anormal del pie, enfermedad vascular periférica y cicatrización deficiente de las heridas.

La neuropatía sensitiva periférica interfiere en los mecanismos normales de protección y permite que el paciente sufra traumatismos importantes o leves repetidos, que a menudo pasan inadvertidos. Los trastornos de la sensibilidad propioceptiva causan un soporte anormal del peso durante la marcha, con la consiguiente formación de callosidades o úlceras. La neuropatía motora y sensitiva conduce a una mecánica anormal de los músculos del pie y a alteraciones estructurales del pie (dedo en martillo, deformidad del pie en garra, prominencia de las cabezas de los metatarsianos, articulación de Charcot). La neuropatía vegetativa provoca anhidrosis y altera el flujo sanguíneo superficial del pie, lo que promueve la desecación del pie y la formación de fístulas; la enfermedad vascular periférica y la cicatrización deficiente impiden la resolución de pequeñas heridas de la piel, permitiendo que aumenten de tamaño y se infecten.<sup>7</sup>

### **2.6 Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. De esta manera, la calidad de vida es un constructo multidimensional que comprendería tres dimensiones fundamentalmente:

1. Dimensión física: percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

2. Dimensión psicológica: experiencia del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

3. Dimensión social: experiencia del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.<sup>8</sup>

Calidad de vida es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.

Hay muchos tipos de condiciones de vida:

- Condiciones económicas.
- Condiciones sociales.
- Condiciones políticas.
- Condiciones de salud.
- Condiciones naturales.

La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad).

Un indicador comúnmente usado para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de las siguientes variables:

- Esperanza de vida.
- Educación, (en todos los niveles).
- PIB per cápita.

Ante la pluralidad de definiciones en torno a la CV se ha propuesto una definición integradora que sostiene que "la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee

aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida"

Actualmente el concepto de Calidad de Vida (CV) "incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales", razón por la que se han propuesto diversos indicadores para medir la CV, ya que cada sujeto puede referirse a distintos criterios objetivos (tales como la situación socio-económica, la salud del sujeto en cuestión o la relación que uno tiene con la comunidad y su entorno) y subjetivos (tales como la manera en que uno percibe su salud, su bienestar físico o emocional).<sup>9</sup>

La calidad de vida subjetiva es un término que se superpone al de bienestar personal, subjetivo o psicológico, definido, según Diener, como «experiencia emocional placentera». Según Fierro, el bienestar se asocia a una estabilidad emocional extravertida, ya que indicadores clínicos como la ansiedad y la depresión y el factor de personalidad "neuroticismo" correlacionan negativamente con el bienestar personal, mientras que el factor de personalidad "extraversión" correlaciona positivamente con el bienestar personal.

Anarte en el 2004 describió múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad:

- El propio impacto del diagnóstico
- Las demandas del tratamiento que pueden poner a la persona con diabetes o a sus familiares ante situaciones que, con frecuencia, producen la aparición de reacciones emocionales negativas.
- La incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras.
- El miedo a las hipoglicemias por las consecuencias negativas de estas (físicas, cognitivas, motoras, etc.).
- Frustración ante niveles altos o bajos de glucemia inexplicables.
- El cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico, etc.)<sup>10</sup>

## **2.7 Factores relacionados con la calidad de vida asociada a la salud en diabetes mellitus**

### **2.7.1 Calidad de vida**

La relación de diabetes mellitus y la calidad de vida asociada a la salud puede interpretarse de manera bidireccional: el diagnóstico de diabetes mellitus condiciona la calidad de vida del individuo que la padece y la salud percibida por el paciente influye en el control posterior de la enfermedad. No solo repercuten los

problemas objetivos identificables, sino también la percepción subjetiva de los síntomas. Así es como la diabetes mellitus produce efectos significativos en la calidad de vida asociada a la salud, pero las interrelaciones son complejas entre los efectos psicológicos, fisiológicos y sociales, los debidos a regímenes de tratamiento y los contextos sociales y culturales en los que el diabético vive.

### **2.7.2 Factores que influyen**

Existen distintos predictores en la calidad de vida de personas con diabetes mellitus:

- Específicos de diabetes mellitus
- Tipo de diabetes mellitus
- Duración de la enfermedad
- Tratamiento
- Control glucémico
- Complicaciones

Y asociados en actitudes en diabetes mellitus

- Autocontrol
- Soporte social
- Demográfico (sexo, la educación, la raza, la edad, el estado civil, etc).

Todos ellos se relacionan entre sí para configurar la calidad de vida asociada a salud percibida por el sujeto.<sup>11</sup>

### **2.7.3 Amputación**

La amputación es un procedimiento en el cual se extirpa parte o la totalidad de un miembro a través de uno o más huesos. Es un proceso reconstructivo para dotar al paciente de un muñón que le permita un buen equipamiento y con esto una buena calidad de vida.<sup>12</sup>

La amputación es una incapacidad que puede afectar a los niños, a los adultos y a los ancianos, ya que ocurre a cualquier edad de la vida humana, causada por alteraciones anátomo-fisiológicas, por accidentes vehiculares o lesiones laborales, entre otras, determinando un cambio radical al estilo de vida de una persona, así como en su aspecto emocional y psicológico de la misma; evidenciando, que los problemas de la amputación dependen en gran manera de la edad cronológica del individuo y están específicamente relacionados con los atributos psicológicos y físicos que son característicos de su edad.

Es importante tomar en cuenta las características emocionales de los amputados, ya que no está relacionada directamente con la extensión de la pérdida física y con las dificultades psicológicas del paciente. Estas dificultades dependen en su mayor parte de los atributos personales del individuo que del tipo de amputación.

Por tanto, un individuo con una pérdida física limitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida más importante.

Dirigiendo nuestra atención a las reacciones de la conducta del amputado, el análisis de los aspectos psicológicos del problema sugiere que se analicen mejor siguiendo tres canales:

- El primero concierne a las experiencias y problemas reales con los cuales tropieza el individuo como resultado de la amputación.
- El segundo trata de la variedad de formas con que el paciente reacciona estos estímulos, los tipos de conducta que despliega y las introspecciones del paciente concernientes a su incapacidad.
- La tercera discusión concierne a la identificación de aquellos procesos psicodinámicos que clarifican las relaciones entre las experiencias objetivas asociadas con la amputación y el resultado de las respuestas de la conducta.

La incomodidad que surge del paciente ante tal situación se deriva del fenómeno de sensación fantasma y dolor. Especialmente durante el período post-operatorio inmediato, casi todos los amputados continúan sintiendo la existencia de los segmentos distales de la extremidad que han perdido como si éstos fueran todavía parte del cuerpo. En un gran porcentaje de casos, esta sensación fantasma es primero dolorosa como si la parte del cuerpo que se siente estuviera en una posición anormal o comprimida. En especial entre los amputados de avanzada edad, la sensación fantasma es siempre dolorosa y presenta un problema importante. En el mejor de los casos, la sensación fantasma es un estímulo moderado de distracción, en otros es bastante doloroso y molesto.<sup>13</sup>

#### **2.7.4 Reacciones ante la amputación**

Cuando se sufre una amputación, la apariencia cambia ante los ojos de uno mismo y para los demás. Como los valores asociados a la apariencia son importantes cuando algún miembro de nuestra sociedad no cumple con estos modelos, sufre una pérdida de aceptación y por ello crean problemas interpersonales. La palabra lisiado entra en el pensamiento del amputado acompañada de varias connotaciones de insuficiencia caridad, vergüenza, castigo, culpabilidad y humillación. Cuando un individuo se mira así mismo o siente que los demás le miran en estos términos, se considera objeto de una disminución del respeto que merece y reaccionara de acuerdo a su estado. Estas actitudes probablemente no aumentan el concepto que tiene sobre si mismo, sino más bien lo disminuye y el paciente supone que debe defenderse de estos ataques contra su integridad.<sup>13</sup>

## 2.8 El duelo como proceso psicológico

El duelo es un proceso de cambio psicológico que se inicia con la muerte de una persona querida y termina con la restauración del equilibrio personal alterado por la pérdida. Decimos que el duelo es un proceso, queriendo enfatizar que es una sucesión de eventos y que está sujeto a detenciones y distorsiones. Requiere del doliente la puesta en juego de defensas psicológicas. Además del interés que para el médico tiene este tema por sí mismo, su examen ayuda a comprender mejor otras reacciones a la pérdida de “objetos” queridos.

Se trata de un proceso emocional y conductual definido, sujeto a variaciones individuales que dependen del carácter de la relación del sujeto con el “objeto” perdido, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos del que dispone para contender con ella.

El modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, fue presentado por primera vez por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro *On death and dying*, en 1969.

Este libro describe, en cinco etapas distintas, un proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica. Además, este libro expuso la necesidad de un mejor tratamiento a los individuos que están lidiando con una enfermedad fatal.

### 2.8.1 Etapas del duelo

1. Negación  
«Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí». La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.
2. Ira  
«¿Por qué a mí? ¡No es justo!», «¿cómo me puede estar pasando esto a mí?». Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.
3. Negociación  
«Dios, déjame vivir al menos para ver a mis hijos graduarse», «haré cualquier cosa por un par de años más». La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada. Psicológicamente, la persona está diciendo: «Entiendo que voy a morir, pero si solamente pudiera tener más tiempo...».

#### 4. Depresión

«Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «voy a morir, ¿qué sentido tiene?»; «extraño a mis seres queridos, ¿por qué seguir?». Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.

#### 5. Aceptación

«Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto». La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar.

Las personas que estén atravesando estas etapas no deben forzar el proceso. El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar.<sup>14</sup>

## 2.9 Emoción

La palabra emoción hace referencia reacciones positivas o negativas ante situaciones concretas. Las emociones consisten en patrones de cambios fisiológicos y conductas acompañantes, o como mínimo el impulso de llevar a cabo esas conductas. Estas respuestas se acompañan de sentimientos. De hecho, la mayoría de nosotros utilizamos la palabra emoción para referirnos a los sentimientos, no a las conductas.<sup>15</sup>

## 2.10 Sentimientos

Un sentimiento es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

Los sentimientos están vinculados a la dinámica cerebral y determinan cómo una persona reacciona ante distintos eventos. Se trata de impulsos de la sensibilidad hacia aquello imaginado como positivo o negativo.

En otras palabras, los sentimientos son emociones conceptualizadas que determinan el estado de ánimo. Cuando éstos son sanos, es posible alcanzar la felicidad y conseguir que la dinámica cerebral fluya con normalidad. En el caso contrario, se experimenta un desequilibrio emocional que puede derivar en el surgimiento de trastornos tales como la depresión.<sup>15</sup>

### **2.11 Autoestima**

La autoestima se refiere a la necesidad de respeto y confianza en sí mismo. La necesidad de la autoestima es básica, todos tenemos el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado.

### **2.12 Calidad de vida en el paciente amputado**

La concepción sobre las personas con limitaciones y las actitudes que ante ellas se han asumido, están ligadas a la historia de la sociedad y a sus sistemas de valores. Como resultado han surgido formas diversas de abordar la problemática. A través de la evolución de la humanidad, se pueden identificar tres formas de comportamiento social frente a las personas con limitaciones: Rechazo, Protección y Justicia social, en la cual todos los miembros que conforman una sociedad pueden ser autónomos y participar en igualdad de oportunidades. La actitud asumida por la sociedad hacia las personas con limitaciones, se debería a la influencia de factores tales como; diferencias culturales, geográficas y desarrollo socioeconómico. La persona con discapacidad es ante todo persona. La persona con discapacidad no es ni puede ser un individuo pasivo y receptor de los procesos de rehabilitación. Debe ser protagonista y responsable de su propio proceso de crecimiento y desarrollo, como ser individual y como miembro de una sociedad.<sup>16</sup>

Se concibe a la persona con discapacidad como ser humano integral con igualdad de derechos y deberes a los otorgados a cualquier miembro de la sociedad, como apoyo para alcanzar su máximo desarrollo, su plena participación social, la igualdad de oportunidades en salud, educación, recreación, vida familiar.

Los pacientes diabéticos tuvieron como causa una complicación del pie diabético específicamente «Mal perforante plantar». Teniendo como principal problema psicológico: la depresión en un número considerable del amputado.<sup>16</sup>

### **2.13 EL paciente amputado y su familia**

La amputación trae consigo implicaciones en la vida familiar, como es el desequilibrio de esta, manifestándose en el apoyo familiar que los miembros del grupo demuestran ante la nueva situación, cambiando los roles que sean necesarios, en búsqueda del equilibrio, particularmente en asumir los gastos que genera la enfermedad, donde primordialmente la carga económica cae sobre los

hijos o por el cónyuge; en algunas otras instancias por otros familiares o por alguna institución.<sup>17</sup>

Una de las limitaciones que enfrentan los paciente amputados está en relación con el plano laboral, ya que antes de la amputación en la mayoría de los casos tenían un trabajo estable, posteriormente al procedimiento tan solo un porcentaje mínimo de los pacientes posee una actividad económicamente productiva.<sup>17</sup>

## CAPITULO III

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la difusión por diferentes medios de comunicación (radio, televisión, volantes, etc.) que se ofrecen por parte del sector salud de los cuidados y complicaciones de la diabetes mellitus, los pacientes se resisten a cumplir con el tratamiento llevándolos a complicaciones tales como la amputación, todo esto relacionado con la cultura y el grado de escolaridad.

El impacto por la pérdida de la integridad del cuerpo humano afecta los aspectos psicológicos, económicos, familiares y sociales, por tal motivo es de suma importancia el apoyo psicológico antes, durante y después de la amputación para asimilar el cambio en su estilo de vida.

Existen diversos estudios donde se expone y critica la hegemonía del modelo biomédico o de la medicina institucional para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, Vargas, 1991; Zola, 1991; Hernández, 1995; Mercado, 1996; Strauss y Corbin, 1998; Mercado y col. 1999.<sup>18</sup>

Estos estudios, como muchos otros, hacen hincapié en que no se toma en cuenta a las personas para el control de su enfermedad. Mencionan, entre otros aspectos que:

- a) Se deshumaniza la terapéutica.
- b) Se desdeña o ignora el conjunto de ideas, emociones, estrategias y prácticas del diabético en relación con su padecimiento.
- c) Este enfoque no reconoce que las medidas terapéuticas indicadas por los médicos, apenas son una, entre tantas otras, de las formas como los conjuntos sociales responden, enfrentan y actúan ante sus enfermedades.
- d) Tampoco reconoce que las personas con diabetes manejan y organizan su vida diaria bajo condiciones sociales y materiales específicas, donde la enfermedad y su tratamiento apenas son uno de los tantos problemas a ser enfrentados en la vida diaria.
- e) Al soslayar el medio donde vive la persona con diabetes, se omite un aspecto fundamental porque la mayor parte del manejo diario del tratamiento se lleva a cabo fuera de los espacios médicos, sobre todo en el hogar y con la participación directa de la persona con diabetes y su grupo familiar.
- f) Se ignora que es en el hogar principalmente, donde se viven las consecuencias de la diabetes y las dificultades para cumplir con los tratamientos prescritos y donde se hacen evidentes los esfuerzos para hacer los cambios necesarios, se enfrentan los obstáculos para conseguir los insumos necesarios para el

tratamiento, así donde se presentan, con desnudez, los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por dichas consecuencias.

g) El desconocimiento de las redes sociales origina que se pierda un factor de apoyo importante, porque es a partir de éstas como la persona busca sobrellevar o enfrentar su problema.

h) El modelo teórico-conceptual biomédico está dejando de ser útil para el control de la diabetes debido al carácter incurable de esta enfermedad, a sus elevados costos y por ser causante de gran incertidumbre.

i) El uso excesivo del modelo biologicista ha llegado a su límite y es ineludible sustituirlo por otro, que aprecie al hombre en su totalidad.<sup>19</sup>

El estudio fue realizado en Unidades de Medicina Familiar y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal en los meses de Marzo, Abril y Mayo a través de entrevistas semiestructuradas para conocer el sentir emocional de los pacientes ante la pérdida de un miembro.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la interpretación que le da a su calidad de vida el paciente amputado, por complicación de la diabetes mellitus?

## CAPITULO IV

### 4. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar biopsicosocial; en casos de pacientes con diabetes mellitus se han notado modificaciones en las tres esferas desde que tienen el conocimiento de su diagnóstico.<sup>BIS 4</sup>

Las instituciones de salud invierten hasta 15% de sus recursos en atención a la diabetes, aproximadamente 318 millones de dólares al año. En 2011, la SSA identifica que entre la población no asegurada, Baja California (23.2%), Jalisco (19.1%), Estado de México (17%) y Zacatecas (16.3%) son los estados con los porcentajes más altos de diagnósticos positivos de diabetes; tomando en cuenta que esta población cubre en gran medida los gastos del padecimiento, por el elevado costo que tienen las diálisis, hemodiálisis, tratamientos específicos como el láser, amputaciones, entre otras, así como los medicamentos necesarios para controlarlo, es posible que en muchos casos no se atiendan adecuadamente.

Para el caso de la población asegurada o derechohabiente, la Secretaría reporta que el Distrito Federal (7.4%), Morelos (4.4%), Baja California (4.2%) y Durango (4.1%) son las entidades que presentan los porcentajes más altos de diagnósticos positivos de diabetes. Al comparar el porcentaje de diagnósticos positivos entre estados y condición de aseguramiento, en 30 de las 32 entidades la población no asegurada supera a la asegurada, las diferencias más altas se ubican en los estados de Baja California, Jalisco, Hidalgo y Zacatecas con 19, 16.6 y 15.4 puntos porcentuales, respectivamente; las diferencias más pequeñas las reportan Querétaro, Durango y Chiapas, que son estados con pocos diagnósticos positivos.<sup>BIS 6</sup>

La diabetes mellitus representa una de las diez principales causas de hospitalización y está presente en todos los estratos socioeconómicos. Actualmente viven en el mundo más de 170 millones de diabéticos, cifra que se duplicará para el año 2030, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud precisan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40% y 85% están relacionadas con la diabetes.

De acuerdo con cifras oficiales en México, de los 6.5 millones de personas que sufren de diabetes, 35% ignora que le aqueja este mal, lo cual ocasiona una atención tardía y la aparición de diversas complicaciones, entre ellas, las que derivan en amputaciones.<sup>BIS 2</sup>

Para 2011, la OPS y OMS estiman que en el Continente Americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes; y calcula que en América Latina podría incrementarse de 25 a 40 millones en 2030 (OMS, 2012).

La diabetes representa un reto para la sociedad, no solo por los recursos económicos y de infraestructura que requieren los prestadores de servicios de salud para brindar una atención adecuada, sino también por el costo económico y emocional en las personas que la padecen. Se estima que esta enfermedad reduce entre 5 y 10 años la esperanza de vida de la población (INSP y SSA, 2012).<sup>BIS 6</sup>

## **CAPITULO V**

### **5. OBJETIVO**

#### **GENERAL**

- Analizar la interpretación de la calidad de vida del paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus.

#### **ESPECÍFICO**

- Interpretar el significado de la amputación en la limitación física
- Describir la calidad de vida del paciente a partir de la amputación
- Identificar el aspecto psicológico y emocional de los pacientes

## CAPITULO VI

### 6. METODOLOGÍA

Para esta investigación se recurrió a la perspectiva metodológica de la investigación cualitativa, ya que para estudiar el fenómeno humano seleccionado, solo era posible a través de ella, específicamente en el marco de la fenomenología interpretativa al buscar comprender las experiencias cotidianas relacionadas con el objeto de estudio que en este caso nos referimos a la interpretación de la calidad de vida del paciente amputado, por complicación de la diabetes mellitus atendidos por profesionales de enfermería.<sup>20</sup>

El término de investigación cualitativa se entiende a cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.<sup>21</sup>

La investigación cualitativa es utilizada en disciplinas como la sociología, antropología, y psicología social, entre otras y también por profesionales de la enfermería de Brasil, Colombia, España, Estados Unidos, y Canadá, en donde la utilizan como una herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión, considerando que su objeto de estudio y trabajo es el cuidado, y la persona en sus dimensiones individual y colectiva.<sup>18</sup> Este enfoque de investigación le permite a la enfermera conocer la perspectiva individual de las personas que requieren de su cuidado.<sup>22</sup>

Es ya indiscutible que el ejercicio de la enfermería debe estar basado en la investigación y que el desarrollo profesional precisa de este método. «La metodología de la investigación cualitativa es una herramienta para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo y con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado.»<sup>23</sup>

#### 6.1 Fenomenológico: Interpretativo.

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmundo Husserl a mediados de 1890; se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. La fenomenología en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la racionalidad humana vivida. Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.<sup>24</sup>

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martin Heidegger alumno y crítico de Husserl, en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos en una

manera diferente a la tradición positivista. La fenomenología de Heidegger crítica la visión cartesiana del ser humano los considera desde el punto de vista epistemológico y no ontológico.<sup>25</sup>

El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos, y un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por si mismo.

De acuerdo con Marilyn Ray «Si a un investigador le interesa una experiencia de transformación, tal como la Diabetes Mellitus es la enfermedad, el mundo de la experiencia vivida de los participantes, mediante la comprensión del proceso temporal de conciencia, podría captarse bien en momentos significativos del proceso de transformación o después de la transformación a través de la experiencia de la evocación de los mismos participantes en el estudio»<sup>26</sup>

El significado fenomenológico se revela por medio del examen de dos procesos de evidencia integral: evidencia de una persona comprometida en la experiencia de primera mano en el mundo, y la experiencia que está profundamente reflejada o hecha consiente por la persona que aprende la experiencia.

El método fenomenológico viene conquistado cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de la salud, con destaque en enfermería. La referencial fenomenológica busca el significado de la experiencia vivida, contribuye a la búsqueda de la comprensión de la persona y viene, por tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería. La fenomenología existencial y ontológica es un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de nuestras experiencias- sentido del ser humano.<sup>27</sup>

Para la obtención de los datos se utilizó una serie de preguntas tema que sirvió para la realización de la entrevista semi-estructurada, seleccionando a 4 pacientes.<sup>28</sup>

Para dar a conocer la metodología que se sigue en los estudios cualitativos, Taylor y Bogdan sugieren que se aborden los siguientes puntos:

- a) Método de investigación
- b) Tiempo y extensión del estudio
- c) Trabajo de campo
- d) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos
- e) Manejo y control de los datos
- f) Análisis de la información.<sup>29</sup>

### **a) Método de investigación**

En este estudio se realizó un acercamiento exploratorio al fenómeno de las experiencias de pacientes amputados; se utilizara la investigación cualitativa de tipo fenomenológica interpretativa; con el fin de comprender las experiencias que los pacientes tienen desde su punto de vista emocional a este proceso.

### **b) Tiempo y extensión del estudio**

Se realizó en los meses de marzo, abril, mayo y junio del 2015, estableciendo el programa de trabajo con el planteamiento del problema (importancia del estudio, propósito de la investigación objetivos y el marco referencial) durante el mes de marzo al mes de mayo del 2015.

En el mes de marzo del 2015 se llevó a cabo la primera entrevista, con la finalidad de adquirir habilidades en esta técnica de tipo cualitativa. Durante los meses de marzo, abril, mayo y junio, se entrevistaron a cuatro pacientes amputados por complicación de diabetes mellitus. Al mismo tiempo se transcribieron las narraciones obtenidas, las notas de campo, se transcribieron con el primer análisis de los datos. La presentación por escrito del informe final de la investigación se realizó en el mes de junio del 2015.

### **c) Trabajo de Campo.**

Se realizó con pacientes amputados como complicación de la diabetes mellitus los cuales se encontraban en las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal para establecer una cita, en su domicilio y obtener los datos de estos pacientes. Taylor y Bogdan, especifican que el mejor escenario es donde el investigador tiene las mayores facilidades para obtener la información y sobre todo que exista la participación de las informantes<sup>25</sup>. Selección y acceso al campo.

Los criterios para seleccionar el escenario se basaron en las facilidades que nos proporcionó la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en la Unidad de Medicina Familiar no. 21, Hospital General No. 2 Troncoso, Hospital Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal; en los meses de Marzo, Abril y Mayo se realizaran entrevistas para conocer el sentir emocional de los pacientes ante la pérdida de algún miembro para acceder a las informantes y lograr su participación en la investigación.

Los participantes

Se seleccionaron a cuatro participantes, Cresswell, sugiere de 3 a 6 participantes para realizar un estudio fenomenológico<sup>30</sup> que tengan las siguientes características: que hayan perdido algún miembro inferior, que tengan diabetes mellitus, que tengan una edad entre 50 a 80 años.

El número de participantes se basará en el tiempo disponible para la realización del estudio, y al considerar que la importancia de esta investigación radica sobre todo en la significación individual del tema que se estudia.<sup>31</sup>

#### **d) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos.**

La técnica de investigación seleccionada para obtener los datos, fue la entrevista semiestructurada, la cual es una de las técnicas utilizadas en la investigación de tipo fenomenológico. Al aplicarla se interviene necesariamente en la vida de los entrevistados y es al mismo tiempo, el principal instrumento para que los participantes se sientan con libertad de expresar sus vivencias, en su propio lenguaje.<sup>32</sup>

El instrumento que se utilizara será la guía de preguntas tema para la entrevista semiestructurada, la cual consta de un primer apartado donde se preguntan las características socio demográficas de los participantes y posteriormente los temas de conocimiento y experiencias vividas ante la situación actual.

Las entrevistas duraron de 52 minutos a 110 minutos, agradeciendo al término de la entrevista la participación y el tiempo brindado por ello y posteriormente se ofreció un listado de clínicas en las cuales se puede atender al paciente de forma integral y readaptarlo a la sociedad

#### **e) Manejo y procesamiento de los datos.**

El material obtenido se realizó a través de la entrevista, el cual fue grabado con un celular y transcrito a un archivo de computadora. Para transcribir textualmente la entrevista, se escuchó en varias ocasiones el audio; dándole un nombre al archivo de la grabación así como fecha, hora y duración. A cada texto obtenido de la entrevista se le asignó un número (ejemplo E-1) para evitar errores en la transcripción y así poder contrastar varias veces el texto con el audio.

El texto se transcribió con renglones separados asignándoles una numeración progresiva ya que a partir de ella se extraerán las unidades significativas de análisis. El número de renglón y la primera letra de la categoría (ejemplo E-1).

#### **f) Análisis de la información.**

El análisis de la información se realizara de acuerdo a lo propuesto por Coffey, comenzando con leer varias veces la información para elaborar un esquema que integre los temas que se identificaron y señalar las unidades significativas de análisis en cada párrafo.<sup>33</sup>

Coffey señala que el análisis no es solo una manera de clasificar, categorizar, codificar o confrontar datos, es la representación o reconstrucción de fenómenos sociales, por lo que se le da forma a los datos a partir de las transacciones con lo que nos informan los participantes, y no solo nos

limitaremos a informar lo que encontramos, sino que creemos un relato de la vida social, construyendo las versiones de los mundos y de los actos sociales que observamos, el análisis implica representación.<sup>33</sup>

## **6.2 Presentación de las informantes**

En primer lugar se describirán los datos sociodemográficos de las participantes.

Los nombres originales fueron cambiados por las mismas participantes para proteger su identidad, se asignaron de acuerdo a un número de entrevista.

La edad de los entrevistados son de 57, 65, 75 y 78 años respectivamente.

## **6.3 Aspectos éticos y legales**

El protocolo se sustentara en los principios éticos y legales de la Ley General de Salud, Título quinto sobre investigación para la salud; específicamente los artículos 100, fracciones I a la VII; y los artículos 101 y 102.<sup>34</sup>

Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes, la participación fue voluntaria y se respetó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas.

### **6.3.1 Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial**

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.<sup>35</sup>

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

#### Principios para toda investigación médica

11. En la investigación médica, es deber del médico protegerla vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

## CAPITULO VII

### 7. ANÁLISIS DE DATOS

#### 7.1 Características de los entrevistados

Los entrevistados durante el desarrollo de la investigación son cuatro con las siguientes características:

#### Cuadro sociodemográfico.

Nombre	Edad	Sexo	Religión	Ocupación	Estado civil	Nivel académico	Casa: 1) Propia 2) Rentada
FGM	65	M	Católica	Comerciante	Casado	2º año de primaria	1) Propia
BOM	75	F	Católica	Ama de casa	Viuda	Secundaria completa	1) Propia
MGH	78	M	Católica	Jubilado	Viudo	Ninguno	1) Propia
ASL	57	M	Católica	Mesero	Casado	Secundaria completa	1) Propia

#### Alteración del contexto religioso

Ante la pérdida de un miembro existen cambios significativos tales como el incremento y decremento de la religiosidad, debido al sentimiento de enojo, por medio del cual se culpa a Dios de la situación en la que se encuentra.

#### Alteración del contexto social (familiar y laboral)

Las afectaciones causadas por la pérdida del miembro, una de las principales es la revaloración del concepto familia debido a la modificación de roles de cada miembro, principalmente de la persona afectada, ya que este al ser padre o esposo cambia la forma de visualizar su aspecto económico y de responsabilidad, así como la jerarquía familiar determinando cambios en los valores familiares, así como su bienestar.

Las alteraciones en el estilo de vida y la calidad de vida de un paciente tras una amputación se ven reflejadas en el aspecto social del mismo; determinadas por el desarrollo de las relaciones interpersonales en el área laboral como en el ámbito familiar, debido a que su desenvolvimiento tanto personal como espiritual se ven comprometidos por la reciente modificación física sufrida. Dentro de los aspectos que se toman en cuenta para la aceptación del duelo se encuentran la familia y el sentimiento de productividad de los pacientes; en la primera los pacientes al tener personas allegadas determinan que el proceso de duelo es menos doloroso debido a que tienen personas con las cuales compartir su sentir. En el segundo caso, en el aspecto laboral los pacientes con amputaciones recientes refieren

tener un sentimiento de minusvalía por el reciente acontecimiento, lo cual los lleva a el abandono de sus actividades laborales, refiriendo una carga tanto para el como para sus compañeros de trabajo; sin embargo, aquellos pacientes con un apoyo familiar como laboral se desenvuelven mejor en sus actividades gracias al aumento de autoestima obtenido por el apoyo de sus amigos y familiares.

## **7.2 Categorización**

De acuerdo al análisis realizado a los entrevistados se extrajeron tres categorías, describiendo las vivencias significativas de cada participante y personas allegadas a él, así como las modificaciones de su medio ambiente; las cuales se enumeran a continuación:

1. Sentimientos ante la amputación
2. Baja autoestima
3. Limitación física

### **7.2.1 Categoría 1: Sentimientos ante la amputación**

Al enfrentar una pérdida, surgen sentimientos de depresión, tristeza, enojo, los cuales dependen del temperamento del individuo, que a su vez está influenciada por diversos factores del entorno. Vivimos en una sociedad en constantes cambios; cambios en los cuales se han perdido valores importantes, dando gran importancia a la imagen corporal como sinónimo de salud, sin importar lo que se lleva por dentro, lo que en realidad una persona es.

#### **E1**

*“Pues me tomo por sorpresa, ni tiempo pa pensar, sentí mucha tristeza cuando me dijeron lo que me iba a pasar, que me iban a tumbar la pata, pues no lo podía creer.”*

Proceso de duelo, etapa de negación, emocionalmente triste.

Lo que se pudo observar en esta entrevista por parte del entrevistador fue una expresión de tristeza, agobio y represión de sus emociones, comentando que no le agrada el ambiente hospitalario y como su familia hace un esfuerzo por no dejarlo solo, no sabe cómo será el cambio en su vida puesto que es la segunda extremidad que pierde. Tarda en contestar las preguntas, debido a su estado emocional, que es de tristeza. La persona que está con él es su hijo mayor quien nos dice como se ha organizado con su familia para estar en constante comunicación y acompañando a su papá en este momento. Los cambios no le resultan fáciles de asimilar a la familia debido a sus roles sociales y familiares. Nos da las gracias y programamos otra cita en su domicilio.

*“No sentí nada fue algo normal, la primera vez si fue algo triste me sentí algo mal ahora sí que ya no se puede más, nos sentíamos un poco tristes casi casi sin ganas.”*

En el caso de este participante, se encuentra en un proceso de duelo cuya primera respuesta es la negación, la emoción que prevalece en él es la tristeza y un sentimiento de depresión. Al mismo tiempo la emoción se ve reflejada en la familia.

En la segunda entrevista el participante se presenta más cómodo ante la presencia de los entrevistadores, su actitud ha cambiado ligeramente, se sigue sintiendo triste, se desenvuelve más con respecto a su familia y al apoyo que ella le ha brindado, nos platica de su estilo de vida antes de su primera amputación y los cambios que ha tenido posterior a esta, así como la adaptación que había tenido antes de la segunda. Nos preguntan cómo realizar la curación de su muñón, se realiza y se le enseña a su esposa, quien es la persona que se encarga de realizarla en su hogar. También se proporciona información sobre clínicas especializadas en apoyo psicológico y emocional. La familia participa de manera activa en el proceso de recuperación y rehabilitación del participante, animándolo y dándole motivos por los cuales salir adelante, mostrando interés.

## **E2**

*“Pues yo me sentí muy mal... y yo primero no me quería dejar operar, estuve internada en la 30, y no, no me quería dejar operar, decía pues, no como voy a perder una pierna pues que me curen pero , ya el angiólogo me desenvolvió mi pie y me lo enseñó y dijo: “mire señora ya no tiene remedio su pie” y si yo ya tenía los huesos pelones ya no tenía nada de carne, los dedos “ora” sí que los dedos estos todos se pelaron todos, todos ya no, no tenía nada de carne y dice: ya esto ya va todo “parriba” y dice: no queda otra más que tenerle que operar, pues que me operen.”*

En el caso de este participante el sentimiento que se observa es tristeza, las emociones que se observan es la angustia a lo desconocido, el miedo a la pérdida y la desesperanza por el procedimiento, pasando por la etapa de ira en su proceso de duelo.

Esta participante la conocimos en la clínica de heridas durante su cita para la curación de su muñón, se veía triste y enojada ya que no podía creer que no existiera otro tratamiento, no le agrada ver su extremidad por que le causa un estado de incomodidad y miedo. Lo que se puede observar es que este participante se traslada en silla de ruedas, lo cual causa un sentimiento de ansiedad ante la mirada de otras personas, teniendo miedo de contestar a cuestionamientos sobre la pérdida de su extremidad. Se termina la entrevista con una despedida y el familiar nos pide concertar una cita en su domicilio para evitar mayor incomodidad.

*“Me siento bien, luego hay veces que si me pongo a llorar porque luego me veo la pierna y hay Dios¿por qué me paso esto?, ya me pongo a llorar un ratito luego ya misma yo solita me controlo, me pongo a hacer mi quehacer, mis cosas.”*

La paciente se presenta en un estado emocional de constante tristeza, frustración e impotencia resultante de la pérdida reciente del miembro, aunque en ocasiones el llanto es considerado por la paciente el mejor método de desahogarse y eliminar los sentimientos de tristeza e impotencia. La etapa de duelo en esta paciente es la negación.

Durante la segunda entrevista realizada en su domicilio nos percatamos que cohabita con la familia de un hijo, pero que le tienen un lugar adaptado a sus necesidades (colocación de pasamanos, la altura de la cama, habitación en planta baja). La familia se preocupa por ella y tratan de no dejarla sola debido a los cambios emocionales presentes después de la amputación. Por su parte la participante trata de adaptarse a los cambios, aunque no le son de todo satisfactorios, ya que se siente torpe al momento de realizar sus actividades, desmotivándola para volver a realizarlas. Los familiares (dos nueras, un hijo y tres nietos) presentan un interés para poder mejorar su situación emocional y social al querer readaptarla a sus actividades cotidianas, presentándose durante la entrevista y preguntando sobre los centros que pueden proporcionar apoyo a una mejor reintegración social.

### **E3**

*“Ya que pues, tenía una este...una uña enterrada aquí y me quitaron un pedazo así, luego ya salió bien y... luego de aquí me salió una grieta y luego mira, no me pude aliviar; pues ya fuimos al médico, pues ya era el dedo, ya había llegado la infección al hueso del dedo este, luego cortaron los otros dos luego avanzo hasta paca y luego mira. Imagínese me duele la pata, oh! Si me duele, hay Dios mío.”*

La expresión de los sentimientos de este participante ante una negligencia médica se ven disfrazadas por la repetición del suceso, mostrando en cada oración una expresión de sorpresa y decepción, ocultando sus verdaderas emociones que son de ira y de enojo ante personas externas a su familia; manteniéndose en una etapa de ira durante su proceso de duelo.

La primera entrevista realizada a este participante fue durante su cita a su consulta médica, donde se pudo observar el deterioro de su salud y su estado emocional debido al acontecimiento que acababa de sufrir. A este participante le agrada la interacción social, motivo por el cual nos invita a su casa para seguir con la entrevista.

*“¡Me siento bien, más luego me empieza a punzar el pie, luego ando con ganas de volver el estómago, mejor me salgo y como lo que puedo, pero sin sal!*

*Poquito, no como mucho, casi no me entra la comida, a veces me como un cacho de coliflor, no pus ya.”*

A pesar de indicar sentirse “bien”, muestra de manera indirecta su incomodidad y su impotencia. El proceso de duelo por el que está pasando es el límite entre la ira y la negociación. Ira porque sus emociones son de enojo y queja para expresar su malestar ante sus familiares.

Durante la segunda entrevista realizada a las once horas de la mañana con el participante se observaron deficiencias en su estado de salud, debido al aislamiento que presentaba por parte de su familia, ya que lo tienen en un cuarto en la parte trasera de la casa con condiciones deplorables de limpieza hacia su persona (evacuación en pañal), así como la falta de alimentos (desayuno). De acuerdo al desinterés familiar el participante comenta que se siente solo, abandonado y cree ser una carga para su familia. El participante es una persona conversadora, con ganas de salir ver el paisaje, distraerse y olvidarse momentáneamente de su situación, nos comenta anécdotas pasadas en las cuales al revivirlas su máscara facial presenta entusiasmo.

#### **E4**

*“Me siento bien, siento que tan solo es una cuestión que en ocasiones pasa por la falta de cuidado hacia la persona que tan solo es una prueba más en mi vida, que por el hecho de estar lesionado uno no se debe rendir y la vida sigue.”*

Este participante muestra un proceso de duelo en etapa de negación.

Este participante se conoció en la clínica de heridas durante una visita para realizar su curación, con la compañía de su hija la cual lo traslada en automóvil. Aparentemente presenta una tranquilidad, no mostrando sus emociones con tal de evitar dañar a las personas que están a su alrededor en este momento, manteniendo una actitud positiva delante de ellas.

*“Trato de estar tranquilo, ya que me apoyan mucho mis compañeros de trabajo y mi familia, me dicen que con un buen tratamiento y una prótesis puedo salir adelante, que no me preocupe por los gastos, que ellos me apoyan y primeramente Dios todo va a salir bien.”*

Con el apoyo familiar y una actitud optimista este participante logró mantener sentimientos positivos que le ayudan a sobrellevar su problema, pero no se descarta que en algún momento del proceso del duelo (etapa de negociación), este participante pudiese presentar recaídas en su estado de ánimo.

Durante la segunda entrevista pudimos observar que el apoyo familiar ha sido un papel importante para su recuperación, demostrando su lado positivo en situaciones complicadas como es la de su familiar, a través de la demostración de

afecto (caricias, abrazos, sonrisas). Un aspecto importante para esta familia es ponerse en manos de Dios esperando una mejoría en su vida.

### **7.2.2 Categoría 2: Baja autoestima**

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima.

#### **E1**

*“La primera vez me sentía un poco rechazado por la gente, ya que sentía las miradas y pues escuchaba lo que decían las personas de mí, y no todo es grato, no se si me tenían lastima. Creo que nadie puede saber lo que yo sentía y pensaba de mí en esa situación. Ya que tampoco me gustaba lo que veía. Ya ahorita ya hay que tomar las cosas de otra manera, mira, es ya no ponerse tristes, en la primera cirugía si me puse muy triste pero lo aceptas y ahorita ya no, ahorita ya me amputaron el otro pie.”*

La pérdida de un miembro afecta la percepción que tenemos de nosotros mismos, al sentir que hay una disminución de nuestras capacidades para desarrollar nuestras actividades afectando el autoestima de cada persona.

*“pues ahora si me cuesta mas trabajo moverme, antes pues con las muletas, pero ahora ya no, no tengo mucha fuerza en los brazos y no me gusta estar molestando a mis hijos cuando me canso, no he querido ver a nadie, pues para no sentirme mas feo de lo que ya me siento, y pues no queda de otra que echarle ganas, pues a ver que pasa.”*

La pérdida sufrida por el paciente provoca desconfianza y falta de motivación para la realización de sus actividades, alejándose de sus personas allegadas.

## E2

*“Pues me siento un poco mal, si me siento mal “pa que” les voy a decir ¡hay no al cien por ciento me siento bien!, mal, me siento triste y bueno lo que uno siente cuando ya tiene perdido una... un miembro.”*

La falta de aceptación de una persona que ha sufrido una amputación es un determinante para la disminución de autoestima.

*“Me siento bien , luego hay veces que si me pongo a llorar porque luego me veo la pierna y hay Dios porque me paso esto, ya me pongo a llorar un ratito luego ya misma yo solita me controlo , me pongo a hacer mi quehacer, mis cosas.”*

El paciente amputado al observar la pérdida física que sufrió, expresa un rechazo a sí mismo, puesto que se siente minimizado ante la sociedad. Un cambio de esta magnitud y de manera espontánea, es difícil de superar sobre todo cuando el amor propio está debilitado.

## E3

*“Me siento mal del pie del dedo, y luego esto me duele... de aquí me salía hasta sangre, hubieras visto como estaba aquí la sabana, escurría de sangre y salía más, luego le ponían como un hule, ora no me salió sangre, ora que vea el médico para ver si me da mi salida, si no otros días más.”*

El participante puede obtener un aumento de confianza, así como de su autoestima debido a momentos de mejora en su salud con respecto a su situación.

*“¡Me siento bien, más luego me empieza a punzar el pie, luego ando con ganas de volver el estómago, mejor me salgo y como lo que puedo, pero sin sal! Poquito, no como mucho, casi no me entra la comida, a veces me como un cacho de coliflor, no pus ya.”*

El paciente de la tercera edad difícilmente desarrolla una autoestima sana y óptima, en el caso de este paciente, al no desempeñar actividades vitales para la familia se mostraba decaído, y en el momento de ser amputado su autoestima se vio disminuida, puesto que ahora solo se considera un estorbo para su familia.

## E4

*“Cuando me paso esto pensé que era el fin, ya que ya no podría hacer mis cosas que mas me gustan, como andar en bicicleta, convivir con mis amigos y salir a pasear, lo que pasa es que no me gusta estar encerrado en mi casa, y ahora que puedo hacer.”*

El impacto ante una amputación es un motivo para el abandono personal, social y emocional. A partir del apoyo y la convivencia con personas allegadas la

confianza y la autoestima se ve incrementado, determinando una mejor aceptación de si mismo.

*“Me siento bien, siento que tan solo es una cuestión que en ocasiones pasa por la falta de cuidado hacia la persona, que tan solo es una prueba más en mi vida, que por el hecho de estar lesionado uno no se debe rendir y la vida sigue.”*

El optimismo del participante ante la situación en la que se encuentra determina de manera significativa su estilo de vida y su forma de ver las cosas, en ocasiones encubriendo los sentimientos de tristeza y frustración que puede llegar a tener ante el problema.

### **7.2.3 Categoría 3: Limitación de las actividades**

La limitación en las actividades cotidianas está ligada a una serie de causas, entre las más frecuentes se encuentran: la limitación física y mental; ambos tipos relacionados con la edad y el medio social al que pertenece el afectado, causando desventajas considerables para su integración familiar, social, educativa o laboral.

#### **E1**

*“No, pero por el momento si ha cambiado por la situación como estoy mire...ya no es lo mismo que antes pues actualmente estoy muy hinchado por el agua, por el suero, pero fuera de eso estoy bien, pues si es un poco molesto. y actualmente tomo las cosas con calma porque ya no tiene caso de que esté uno triste, en la primera operación si estaba triste y lloraba y la verdad pues yo me dije “se acabó todo esto ya no es normal”, ya es... ahora si se acabó todo esto, antes que tenía mis actividades y ahora ya lo veo de otra manera pues ya lo veo de otra manera, será para bien será para mal, pero ya está, hablo cortado, hablo porque tengo la boca un poco reseca, yo no hablo así yo hablo bien pero pues a veces me es un poco complicado hablar de todas estas cosas.”*

La limitación física se debe tanto a la pérdida física como a la perturbación emocional que se presenta. El participante está consciente de no poder realizar sus actividades de la misma forma, motivo por el cual su trabajo está en riesgo, ya que debe trasladarse de un lugar a otro.

En la primera entrevista el participante se presentaba en un estado de independencia parcial debido a su limitada movilización, sin embargo, el apoyo de sus familiares y el personal de salud son indispensables para mantener su estado de salud de forma estable.

*“Cuando ya me empezaron las yagas ya no podía caminar y cuando, este... empecé a utilizar muletas y cuando empecé hacer fuerza, este... se abrió y se agrandaron las lesiones, empezó ahora si a abrirse más y ya no cerraban y de ahí a curaciones y a curaciones y no.”*

La pérdida de un miembro afecta de manera significativa los movimientos naturales del paciente provocando dependencia y limitación en algunas actividades cotidianas. Esta limitación se ve reflejada en el abandono laboral.

En la segunda entrevista se observa el acondicionamiento de un área específica para su movilización dentro de la casa, así como los arreglos necesarios para una mejor movilización del participante. El presenta un estado de dependencia parcial para la realización de sus actividades, así como para la movilización dentro del hogar, teniendo un gran apoyo por parte de su familia para moverse y trasladarse. Cuenta con la silla de ruedas, automóvil particular.

## **E2**

*“Pues si porque ora sí que yo me siento “horita” una inútil, ya no tengo la actividad que yo tenía antes de perder mi pierna porque yo pues me hacía cargo de hacer mi quehacer, a ir y venir, ya no es igual ya no es lo mismo... si ya no...entonces mi hijo dice como le vamos hacer, me dice le voy hacer una pierna de palo, pues esa te la pones tú le digo jajajajaja...”*

La limitación física ha llevado a la participante a un estado pasivo en el cual no siente deseos de realizar sus actividades en el hogar, ni mucho menos de salir de su domicilio para trasladarse a otro lugar.

La alteración corporal de esta participante la han llevado a un estado de pasividad durante el día para realizar sus actividades, pidiendo ayuda a sus familiares para realizarlas por más simples que fueran.

*“Pus si porque me sentí mal, muy deprimida, me sentí triste, no, no, no, no, no aceptaba mi problema, pero ya, poco a poquito lo supero con la ayuda de mis hijos y de mis nueras pues he ido superando el problema y hora con lo que voy a ir allá pues ve, a ver, lo asimilo más, umhhhh.”*

Las actividades cotidianas de este participante se vieron disminuidas, aunque se extrajo por medio de la entrevista indirecta con su familiar, que ella se encuentra en un estado apático, puesto que ella se siente incapaz de realizar cualquier actividad que antes podía realizar, a pesar de que no se requiera de su pie para hacerlo.

### E3

*“No pus, como ya no trabajo, estoy de huevón; ya nomás en la casa, ya nomás con la pata estoy jodido ahí, antes usaba bicicleta, y ahora ya no voy a usar la bicicleta ya no voy a ya, ya.”*

*“Mira aquí estoy aquí estoy, mas no puedo cuidarme, aquí estoy mira, sentado, luego me, no me paro, solo con la silla esa, me siento y arrastro haya, nadamas, porque mira fíjate.”*

El impacto de perder una extremidad trae consigo limitaciones físicas, por las cuales ya no puede trasladarse de manera libre de un lugar a otro. Estos pacientes se muestran temerosos e incapaces de realizar sus actividades cotidianas.

### E4

*“No considero haber cambiado mi estilo de vida por el hecho de haber tenido una lesión que es tan solo un bache en el camino de la vida. Considero que mis hábitos y mis demandas tanto en el trabajo como en el hogar no se van a ver modificadas por el apoyo de mi familia y de mis compañeros de trabajo.”*

El apoyo familiar, de amigos y compañeros permite al paciente a motivarse para continuar con su vida normal, sin darle tanta importancia a la limitación física, y así poder realizar sus actividades.

## CAPITULO VIII

### 8.DISCUCIÓN

Muniesa J., Pou M., Boza R., en enero del 2009 en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospitales del Mar de Barcelona realizaron un estudio transversal en pacientes afectados de amputación de miembro inferior, cuyo objetivo averiguar la calidad de vida percibida de los pacientes con amputación del miembro inferior. Conocer la relación entre factores funcionales, clínicos y sociales con la percepción de calidad de vida. Se reclutaron un total 56 pacientes, con una edad media de 67 años. Sexo: 49 hombres y 7 mujeres. El resultado fue que la calidad de vida percibida de nuestra muestra es inferior a la de la población no amputada y se ve influida por factores demográficos, clínicos y sociales.<sup>36</sup>

Vázquez M. y Gómez D. en la investigación de tipo cualitativo: “El paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus, ¿Qué interpretación le da a su calidad de vida?” cuyo objetivo es “analizar la interpretación de la calidad de vida del paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus”. Se obtuvieron los siguientes resultados: Las condiciones que se ven afectadas en la calidad de vida de los participantes son las políticas, económicas, así como los factores a los que hacen referencia Muniesa y Pou.

Ávila A., Oliviera T., Andrade M., en julio/septiembre del 2010 realizaron un estudio cuyo Objetivo:Evaluar de forma integral a pacientes amputados de extremidades inferiores, valorando su daño corporal y desarrollar informes objetivos y conclusivos de las pruebas, Se evalúan veintiocho amputados adultos de ambos sexos, con amputación de cualquier nivel y etiología. La calidad de vida fue valorada a través del cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, y la temperatura fue obtenida con termografía utilizando una cámara infrarroja. Resultados: Obtuvieron baja calidad de vida física y psicológica, alteraciones posturales en las extremidades inferiores.<sup>37</sup>

Vázquez M. y Gómez D. en la investigación de tipo cualitativo: “El paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus, ¿Qué interpretación le da a su calidad de vida?” cuyo objetivo es “analizar la interpretación de la calidad de vida del paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus”. Se obtuvieron los siguientes resultados: La calidad de vida de los participantes amputados es baja no solo debido a la vida física y psicológica, sino que también se ve afectada por los aspectos económicos, políticos y sociales a los que se ve expuesto el participante en su vida cotidiana.

Salazar Estrada J., Gutiérrez Strauss A., Aranda Beltrán C., en el 2012 realizaron un estudio con un diseño transversal en una muestra no probabilística, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, en pacientes que acuden a control de diabetes. Se estudió calidad de vida Se obtuvo una muestra de 198 pacientes. Cuyo resultado es la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente para la ansiedad y preocupación, así como para sobrecarga social.<sup>38</sup>

Vázquez M. y Gómez D. en la investigación de tipo cualitativo: “El paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus, ¿Qué interpretación le da a su calidad de vida?” cuyo objetivo es “analizar la interpretación de la calidad de vida del paciente amputado por complicación de la diabetes mellitus”. Se obtuvieron los siguientes resultados: La alteración causada por la ansiedad, la preocupación y la sobrecarga social son solo parte del problema de disminución de la calidad de vida; ya que estos son solo respuestas observadas en ciertas ocasiones, aunadas a una baja autoestima y un proceso de duelo.

## CAPITULO IX

### 9. RESULTADOS

¿Qué interpretación le da usted a su calidad de vida?

#### E1

*Pues véanme como estoy, no tengo ningún pie, ya no me pudo mover paca ni pa allá, ya no voy a poder trabajar, pues... uno de mis hijos dejo el estudio para dedicarse al negocio y mi hija dejo la universidad y se puso a trabajar para darme seguridad social. Es una impotencia tan grande que..., pues no, no tengo buena calidad de vida, son muchos los gastos, me dicen que no me preocupe, pero no es fácil, ya que tengo más tiempo pa pensar, no me lo saco de la cabeza.*

#### E2

*Pues estoy triste porque ya no puedo hacer las cosas como antes, y por eso mi calidad de vida no es buena, aparte que no tenemos mucho dinero y lo poquito que tenemos, tratamos de administrarlo, y pues no puedo llevar la dieta como me dicen en la clínica, y pues confié en Dios para que me de la fuerza para salir adelante, y con el apoyo de mi familia que está conmigo.*

#### E3

*La verdad no sé qué es eso de calidad de vida, pero pues mírame ya no puedo salir a dar una vuelta, ya nada más estoy aquí encerrado, mi familia no se preocupa por mí y mis amigos vienen a verme pero no los dejan pasar, pero primero Dios me de fuerza para seguir luchando, ya ves que no tengo para comer, hora menos para una silla de ruedas, pero poco a poco.*

#### E4

*En este momento mi calidad de vida no es muy buena pero tengo la posibilidad de mejor mi situación, ya que el sindicato de mi trabajo hablo conmigo y hay una posibilidad del apoyo económico para una prótesis, claro después de mi rehabilitación, espero no sea muy tardado, aunque mi situación económica es estable cuento con el apoyo de mis amigos y de mi familia. En cuanto al trabajo me van a cambiar de actividad.*

## CAPITULO X

### 10. CONCLUSIONES

Con respecto a la investigación realizada, los participantes refieren:

No tener una buena calidad de vida, debido a las variaciones emocionales por las que pasan actualmente, ya sea por la pérdida de su extremidad, por su baja autoestima y por su limitación física afectando su contexto social, laboral, de salud, familiar y económico.”

Los principales sentimientos obtenidos por parte de los entrevistados ante la situación que presentan es la tristeza y la depresión, llegadas principalmente por la forma en que se le informa de la cirugía y por la pérdida de la extremidad.

La amputación en los participantes entrevistados causa una limitación física importante en las actividades cotidianas, en ocasiones llegando a causar sentimientos de inutilidad, de sobrecarga para su familia en la mayoría de los casos. También trae consigo la pérdida laboral aunada a la pérdida económica.

Conforme al análisis se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

Nosotros consideramos que todos los pacientes que presentan alguna pérdida (amputación) deben tener un tratamiento psicológico, antes y después de su cirugía, ya que se ve disminuida su autoestima, afectando su calidad de vida, así como también a su familia para poder entender el estado anímico del familiar y poder darle un trato adecuado. Motivo por el cual se hace referencia a que todos los pacientes deben tener una atención integral.

De esto hace mención:

Con base a un estudio realizado por Lizbeth Henríquez García titulado “La calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior” en el servicio de Fisiatría del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Costa Rica concordamos en los siguientes aspectos:

*“La causa más importante de amputación es la enfermedad vascular asociada a la diabetes mellitus, la cual lleva a los pacientes a la depresión, considerado el principal problema psicológico entre los amputados.”*

La familia del paciente amputado juega un papel importante debido que al brindar apoyo a su familiar lo motiva para seguir con su tratamiento además de adaptarse ante su nueva situación. Al no contar con dicho apoyo el paciente queda aislado social y familiarmente, lo cual lo lleva a un estado de tristeza y abandono deteriorando aún más su calidad de vida.

## CAPITULO XI

### 11. Sugerencias

El tratamiento recibido por parte de los participantes no se da de manera multidisciplinaria, ya que no cuentan con la atención psicológica, pese a los problemas emocionales derivados de la pérdida; por tal motivo hicimos hincapié para que acudieran a tratamiento psicológico a lugares donde se les pueda proporcionar.

- Capacitar a él personal de enfermería que se encuentre en el servicio de curación para una atención, diagnóstico y tratamiento adecuado para el paciente con DM que presente alguna herida.
- Facilitar el acceso a los programas dirigidos a paciente con DM.
- Proporcionar el tiempo suficiente para la realización de la valoración en cada consulta médica y así proporcionar una atención adecuada.
- Realizar planes de trabajo multidisciplinario acorde a cada paciente.
- Involucrar a la familia del paciente en el tratamiento y seguimiento de éste.
- Proporcionar actividades recreativas con bajos costos a pacientes con un nivel socioeconómico deficiente.
- Difundir e invitar a pacientes a las actividades realizadas con motivo del Día mundial de la diabetes.
- Brindar asesorías nutricionales personalizadas acordes al estado económico y cultural.
- Referencia a programas especializados

## CAPITULO XII

### 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

#### Bibliografías

- 1) Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. México, D.F., 09 de Septiembre de 2014. [citado 13 de marzo 2015]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010)
- 2) Gobierno Federal. Resumen de evidencias y recomendaciones. Rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención. [Internet] México, D.F. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpcCatalogoMaestro/257\\_DIF\\_09\\_Amputado\\_DM/GRR\\_DIF\\_257\\_09.PDF](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpcCatalogoMaestro/257_DIF_09_Amputado_DM/GRR_DIF_257_09.PDF)
- 3) Drs. Alberto Quirantes Hernández, Leonel López Granja Vladimir Curbelo Serrano José A. Montaña Luna, y Alberto Quirantes Moreno. La calidad de la vida del paciente diabético. Disponible en: [www.generalbiomedical.com](http://www.generalbiomedical.com)
- 4) Organización Mundial de la Salud, Manual de Instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida: definiciones de facetas y escalas de respuestas, 2005.
- 5) Mac Farnale la, BlissMjackson JGL, Williams G, diabetes en el contexto social e histórico: historia de la diabetes mellitus; Pickup IC, Williams G, editores, libros de diabetes, 2ª edición, Oxford: blackwellscienceltd, 1997.
- 6) Estadísticas Diabetes INEGI, 2013, Federación Mexicana de la Diabetes, A.C., disponible en: <http://fmdiabetes.org/estadisticas-diabetes-inegi-2013/>
- 7) Harrison, Principios de la Medicina Interna, 16ª ed., Vol. II, Mc Graw Hill, México: 2006, p., 2385.
- 8) Dr. S. Fishman. El aspecto psicológico del paciente amputado; capítulo 2: amputación, 1ª edición, Colombia:2006, p., 239
- 9) Martha Nussbaum y Amartya Sen, ed. (1993). The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press.
- 10) Gislaine Cristina de Oliveira Chini, Magali RoseiraBoemer, La amputación bajo la percepción de quien la vive: un estudio desde la óptica fenomenológica, Revista Latino-americana Enfermagem 2007.
- 11) RamonGomis de Barbara. Tratado SED de diabetes mellitus, Médica Panamericana, Buenos Aires; Madrid, 2007

- 12) Hervás A., Zabaleta A., De Miguel G., Beldarrain O., Díez J.. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales Sis San Navarra*[revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 26 de marzo de 2014];30(1):45-52. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100005&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000100005>.
- 13) Díaz Agea, José Luis. Leal Costa, César. Gómez Díaz, Magdalena, El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud (New Age) Vol 1, nº1, 2013*
- 14) Kubler Ross, *On death and dying* , Las etapas del duelo ,2014, Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Modelo\\_de\\_K%C3%BCbler-Ross](https://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_de_K%C3%BCbler-Ross)
- 15) Carlson Neil, *Fisiología de la conducta*, 11ª edición, Editorial Pearson; España 2014
- 16) Lisbeth Henríquez García “Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior”, *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXVI (589) 267-273 2009*[en línea] [[accesado 26 marzo 2014], Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/589/art5.pdf>
- 17) Dr. Fernando R., Dr. Ricardo M., Dr. Anselmo R., Dr. Alejandro I., Dra. Fryda M., Dr. Rubén I., Dr. Ángel V., Dra. Mónica S., El impacto médico y económico de la amputación temprana vs tardía de la extremidad inferior severamente lesionada. *Revista mexicana de Ortopedia y Traumatología* 2008; 16 (3): Mayo- Junio: 135-144
- 18) Dra. Karin Rotter, Dra. Karina Robles, Mónica Fuentes, Carmen G. Carbonell *Amputados Traumáticos de Extremidad Inferior Pertenecientes al Hospital del Trabajador, ACH S. II. Aspectos Psicosociales y Dolor Crónico*, Estación Central, Santiago de Chile, 2008
- 19) David Escalante Gutiérrez, Leonid Lecca García, Julio Gamarra Sánchez, Giannina Escalante Gutiérrez, *Amputación Del Miembro Inferior Por Pie Diabético en Hospitales De La Costa Norte Peruana 1990 -2000: Características Epidemiológicas*, *Revista médica peruana: salud pública* 2003; 20
- 20) Tarrés ML. *Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales. El Colegio de México, 2001, p.16.

- 21) Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación Cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia. Colombia. 2002. p. 11-12.
- 22) Morse JM. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía? En: Morse JM (compiladora) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia 2008.p.137 156.
- 23) Ceballos, Velásquez Ma. Elena. Decana de Facultad de Enfermería en la Universidad de Antioquia. Colombia 2008.
- 24) Álvarez, JL Gayou. Cómo hacer investigación cualitativa. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2006 .p. 85-86
- 25) Morse JM. La riqueza de la Fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse JM (compiladora) asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2006. p. 148.
- 26) Ray, M. A. La riqueza de la fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse J.M. asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 1994. p. 139- 157
- 27) Fernández D.F.G; Barbosa M. M; Prado F. M. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index Enferm. 2007.
- 28) Driessnack M. D. Sousa, Costa M. I. An overview of research designs relevant to nursing: part 2 qualitative research designs Rev. Latino- Am. Enfermagem vol. 15 no. 4 Ribeirao Preto JulyAug. 2007
- 29) Taylor SJ, Bogdan R. Capitulo 6. El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Introducción a los métodos cualitativos. Paidós Básica. Barcelona. 1987. p. 152-176
- 30) Creswell JW. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. SAGE. United States of América. 1998. p. 54.
- 31) Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP Cap. 13 Muestreo Cualitativo. En: Metodología de la investigación. 4 ed. Mc Graw Hill. México 2006. P. 568.
- 32) Martínez M. Comportamiento Humano: Nuevos métodos de Investigación. Trillas. 1996. p. 167.
- 33) Coffey A., Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. E. Universidad de Antioquia, 1996, Mewdellin, Colombia. Pag. 128 – 164

- 34) Ley General de Salud, (Versión electrónica en internet) consultada en abril 2015. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx>
- 35) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008
- 36) Muniesa J., Pou M., Boza R. Calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. [ revista en la internet] Enero 2009 [ citado 26 de marzo de 2014 ] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-calidad-vida-pacientes-con-amputacion-13132438>
- 37) Ávila A., Oliviera T., Andrade M., Valoración del daño corporal en amputados de miembros inferiores: prueba de sensibilidad, postura, sobrecarga articular y calidad de vida. julio/septiembre del 2010 [citado 26 de marzo de 2014 ] Disponible en: [http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v21n3/pdf/02\\_08.pdf](http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v21n3/pdf/02_08.pdf)
- 38) Salazar Estrada J., Gutiérrez Strauss A., Aranda Beltrán C. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México) 2012. [citado 26 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957009>

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"**  
**CARRERA EN ENFERMERIA**



Amputación y estilo de vida

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad a la que se le diagnosticó diabetes: \_\_\_\_\_

Recibió información u orientación al momento de ser diagnosticado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. ¿Qué sintió emocionalmente hablando cuando, le informaron que iba a perder la extremidad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Recibió atención psicológica antes y/o después de la cirugía?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Considera que su vida cambió después de la pérdida de su extremidad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Se siente apoyada(o) por su familia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Cómo se siente en este momento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES “ZARAGOZA”**  
**CARRERA EN ENFERMERIA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Reconozco que se me ha proporcionado información clara y precisa sobre la participación en el proyecto de investigación “significado de la amputación en el paciente diabético”, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informo que no existe riesgo, molestia, invasión de la precavía o amenaza a la dignidad personal que me afecten.
2. Se me garantiza que, si decido no participar en el estudio, no me veré acosado para que cambie tal decisión.
3. En caso de aceptar y posteriormente decidiera y a no formar parte del estudio no me veré afectado como en los anteriores puntos.

Por lo anterior, es mi voluntad libre y consciente aceptar formar parte del proyecto de investigación.

---

Firma del entrevistado(a)

---

Firma del entrevistador

## **CLÍNICAS DE APOYO AL PACIENTE**

### **CLÍNICA AURORA**

#### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

##### **Medicina**

- Detección, diagnóstico y control de enfermedades.
- Papanicolao.
- Análisis Clínicos.
- Levantamiento del diagnóstico de salud del área de influencia.

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

##### **Odontología**

- Servicio Odontológico en general: Amalgamas, resinas, incrustaciones, extracciones, profilaxis, toma de RX, ortodoncia, endodoncia, prótesis.

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 y 14:00 a 20:00 hrs.

##### **Psicología Clínica**

- Problemas de: Lenguaje, conducta, aprendizaje.

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y 16:00 a 21:00 hrs.

##### **Psicología Educativa**

- Problemas de: Lenguaje, conducta, aprendizaje.

Lunes, jueves, y viernes de 9:00 a 11:00 hrs.

##### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

- Auxiliares de diagnóstico en apoyo al Médico Cirujano.

Jueves de 8:00 a 9:00 hrs.

**Jefa de la Clínica: C.D. Enrique Pérez Guarneros**

**Ubicación: Calle Enramada S/N. Entre 4ta. Av. y Madrugada; Col. Benito Juárez. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.**

**Teléfono: 5734 – 0976**

### **CLÍNICA BENITO JUÁREZ**

#### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

##### **Ortodoncia**

Lunes, miércoles, y viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

##### **Clínica Odontológica**

- Niños de 5 a 16 años
- Adultos

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 hrs.

##### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

Jueves de 8:00 a 9:00 hrs.

**Jefe de la Clínica: M. C. Victor Manuel Macias Zaragoza**  
**Ubicación: Calle México Lindo S/N. Entre Madrugada y Mañanitas; Col. Benito Juárez. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.**  
**Teléfonos: 5730 0787 y 5730 7605**

### **CLÍNICA ESTADO DE MÉXICO**

#### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

##### **Odontología**

- ortodoncia, cirugía, prótesis, operatoria dental

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 hrs.

##### **Medicina General**

Lunes, miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

##### **Medicina Preventiva**

- Niño sano
- Diabetes
- Hipertensión
- Embarazo

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 hrs.

##### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

Lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

##### **Psicología Clínica y Educativa**

Martes, miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 13:00 hrs..

**Jefe de la Clínica: Mtra. Irma Cortés Escárcega**

**Ubicación: Av. Cuauhtémoc, entre 4ta. y 5ta. Av.; Col. Estado de Mexico. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.**

**Teléfono: 5112 – 3167**

### **CLÍNICA LOS REYES**

#### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

##### **Odontología**

- Niños (miércoles de 8:00 a 13:00 hrs.)

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 20:00 hrs.

##### **Medicina General**

Lunes, miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

##### **Psicología Educativa**

Lunes a jueves de 14:00 a 17:00 hrs.

**Geriatría Médica**

Miércoles, jueves y viernes de 9:00 a 13:00 hrs.

**Geriatría Odontológica**

Lunes a viernes de 9:00 a 13:00 hrs.

**Laboratorio de Análisis Clínicas**

Martes y jueves de 8:00 a 9:00 hrs.

**Psicología Clínica**

Lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hrs.

**Medicina**

Lunes a viernes de 8:30 a 13:00 hrs.

**Jefa de la Clínica: C.D. Manuel BucioBucio**

**Ubicación: Av. Prolongación Pantitlán y Topiltzín; Col. Ancón de los Reyes, La Paz, Edo. de México.**

**Teléfono: 5855 – 1295**

**CLÍNICA NEZAHUALCÓYOTL**

**SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

**Odontología**

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

**Medicina**

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

**Psicología**

Martes, miércoles y jueves de 8:30 a 12:00 hrs.

**Terapia alternativa**

Danza martes de 16:00 a 17:00 hrs.

Pintura sábados de 9:00 a 14:00 hrs.

**Laboratorio de Análisis Clínicos**

Martes de 8:00 a 9:00 hrs.

**Jefa de la Clínica: C.D. Adelina Arriaga Rodríguez**

**Ubicación: Calle 9, entre calle 6 y calle 8; Col. Las Águilas, Edo. de México.**

**Teléfono: 5732 – 2899**

## **CLÍNICA REFORMA**

### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

#### **Medicina Preventiva y Consulta General**

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

#### **Odontología**

Lunes a viernes de 8:00 a 13:30 y de 14:00 a 19:00 hrs.

#### **Ortodoncia**

Lunes y martes de 10:00 a 14:00 hrs.

#### **Odontopediatría**

Miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

#### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

Martes de 8:00 a 9:00 hrs.

#### **Psicología Educativa**

Martes, miércoles y jueves de 16:00 a 19:00 hrs.

#### **Odontología Adultos**

Lunes, miércoles, jueves y viernes de 15:00 a 19:00 hrs.

#### **Clínica Integral de Enfermería**

Lunes a viernes de 9:00 a 16:00 hrs.

#### **Grupo de “Jóvenes de Ayer”**

Miércoles y viernes de 10:00 a 12:00 hrs.

**Jefe de la Clínica: M.C. Nora Ann Moore Herrero**

**Ubicación: Norte 1 esq. Poniente 10; Col. Reforma.**

**Teléfono: 5742 – 5393**

## **CLÍNICA TAMAULIPAS**

### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

#### **Odontología**

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 y 14:00 a 20:00 hrs.

#### **Psicología Educativa**

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

#### **Psicología Clínica**

Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

### **Atención Multidisciplinaria a personas con Diabetes**

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hrs.

### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

Jueves de 8:00 a 9:00 hrs.

### **Medicina General**

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

**Jefe de la Clínica: DR. Marco Antonio Cardoso Gómez**

**Ubicación: 4ta. Av. s/n, entre Jazmín y Gardenia; Col. Tamaulipas.**

**Teléfonos: 5112 – 3165 y 5112 0468**

## **CLÍNICA ZARAGOZA**

### **SERVICIOS OTORGADOS POR ESTA CLÍNICA**

#### **Odontología**

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 19:00 hrs.

#### **Medicina**

Lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00 hrs.

#### **Psicología**

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00 hrs.

#### **Obesidad**

Martes, jueves y viernes de 11:00 a 15:00 y de 15:00 a 17:00 hrs.

#### **Jardín de niños**

Martes miércoles y jueves de 8:30 a 11:30 hrs.

#### **Psicología**

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00 hrs.

#### **Rayos X**

Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs.

#### **Laboratorio de Análisis Clínicos**

Martes y jueves de 8:00 a 13:00 hrs.

**Jefe de la Clínica: Dra. Alicia Arronte Rosales**

**Ubicación: Av. Guelatao # 66 Col. Ejercito de Ote. Delegación Iztapalapa.**

**Teléfonos: 5623 – 0695 y 5623 – 0696**

**SAPTEL – Línea telefónica de apoyo psicológico**

**52598121 018004727835**

**DIF**

Sur 111 Lorenzo Buturini Col. Balbuena

**INSTITUTO DE LA MUJER**

Prolongación Lucas Alemán No.11, 1er piso Col. Del Parque Tel. 57643226 Cerca del metro Fray Servando

**CLUB INAPAM**

Vertiz 1414 Col. Vertiz Narvarte Tel. 56012984 y 56014015

**CENTRO DE SEGURIDAD SOCIAL IGNACIO ZARAGOZA**

Para realizar ejercicio. Av. 4 Esquina calle 8 Col. Ignacio Zaragoza Tel. 55718685

**INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA A.C**

**Dirección:** Adolfo Prieto 1462, Del Valle, Benito Juárez, 03100 Benito Juárez, DF

**Teléfono:** 01 55 5536 0071

**Horario:**

Horas del jueves De 9:00 a 18:00

**Parada:** Hospital 20 de Noviembre

## **LEY GENERAL DE SALUD**

Ley General de Salud, es el ordenamiento jurídico donde se consagra el Derecho a la Salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud. Esta ley, como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería.

Sin embargo, la práctica de enfermería, en el sentido amplio de la palabra, tiene que ver con todo el resto de las materias legales. Por ejemplo: El aspecto penal, educativo, laboral, administrativo, etc., están regulados en el resto de la legislación aplicable.

### **CAPITULO IV**

#### **Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad**

ARTICULO 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

#### **Responsabilidad Penal**

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.<sup>36</sup>

## **CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES**

De los derechos del paciente:

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

5. Otorgar o no su consentimiento Válidamente informado.

El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

## INFORME BELMOT

Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación

La investigación científica ha producido beneficios sociales sustanciales. También ha planteado algunas dudas éticas inquietantes. La atención del público hacia estos temas fue atraída por los informes de abusos cometidos con los sujetos humanos de los experimentos biomédicos, especialmente durante la segunda guerra mundial.

Tres principios éticos básicos y notas sobre la aplicación de estos.

### A. Límites entre práctica e investigación

Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte, y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y, también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

### B. Principios éticos básicos

Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas.

Tres principios básicos, entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos; ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

#### 1. Respeto por las personas.

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

#### 2. Beneficencia.

Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia".

## C. Aplicaciones.

Las aplicaciones de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

### 1. Consentimiento informado.

El respeto por las personas exige que a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado pero persiste Una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo Amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

#### Información.

La mayoría de los códigos de investigación establecen ítems específicos que deben revelarse con el fin de estar seguros de que los sujetos reciben información suficiente.

## **DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO**

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.