

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



Creencias, mitos y temores sobre el cuidado de sus pies en pacientes con pie diabético del Hospital Regional Lambayeque

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Eglee Tais Cordova Lopez

ASESOR

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

<https://orcid.org/0000-0002-5171-528X>

Chiclayo, 2022

**Creencias, mitos y temores sobre el cuidado de sus pies en pacientes
con pie diabético del Hospital Regional Lambayeque**

PRESENTADA POR

Eglee Tais Cordova Lopez

A la Facultad de Medicina de la

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Alexis Ormeño Julca
PRESIDENTE

Victor Raul Ocaña Gutierrez
SECRETARIO

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano
VOCAL

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por darme la oportunidad de obtener uno de los logros más deseado, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi compañía durante el periodo de estudio. A mis padres que, con su amor y su guía he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Agradecimientos

Agradezco a Dios quien me guio a seguir adelante a pesar de muchas adversidades que se presentaron y junto con mi familia, para culminar esta carrera de servicio. A mis padres, quien, con su apoyo incondicional, estuvieron presentes en cada momento. A mi abuelita que espiritualmente estuvo y estará conmigo para guiarme a seguir formándome. Por ultimo agradezco a muchas personas y colegas que me ayudaron de una manera desinteresada durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo.

Índice

Resumen	6
Abstract	7
I. Introducción	8
II. Marco teórico	9
Antecedentes	9
Bases teóricas	10
III. Metodología	12
IV. Resultados	13
V. Discusión	18
VI. Conclusiones	21
VII. Recomendaciones	21
VIII. Referencias	22
IX. Anexos	25

Lista de tablas

Tabla 1. Características de los participantes	13
---	----

Lista de figuras

Figura 1. Díptico informativo	29
-------------------------------------	----

Resumen

Objetivo: Conocer las creencias, mitos y temores sobre el cuidado de sus pies en pacientes con pie diabético (PD). **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo con diseño etnográfico, utilizando entrevistas semiestructuradas a profundidad a personas de la unidad de PD del Hospital Regional Lambayeque (HRL), que fueron captados mediante muestreo por conveniencia. Los resultados fueron grabados, transcritos, codificados y categorizados con análisis temático. Se obtuvo aprobación ética del comité de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (USAT) y HRL. **Resultados:** Se entrevistaron 10 pacientes de la unidad de PD, entre 40-80 años de edad, con tiempo de enfermedad entre 3 meses – 7 años. Se obtuvieron 3 categorías: Mitos y creencias en torno al inicio de las úlceras de pie diabético (UPD): origen desconocido y de generación espontánea, la religión impone la creencia que las UPD son un castigo divino, causas mágico religiosas (hechicería) y lesiones inadvertidas; Mitos y creencias en torno al tratamiento de las heridas de PD: evitar alimentos que infectan la herida, uso de hierbas antiinflamatorias, acudir a prácticas de hechicería, automedicación; Conviviendo con miedo y temores: amputación y limitación. **Conclusiones:** se identificó mitos, creencias y temores erróneas y lesivas para la salud, que el personal de salud y el médico e enfermera deben de tener presente para favorecer aquellas creencias positivas que complementan los tratamientos del PD.

Palabras clave: cultura, miedo, pie diabético, educación, conceptos erróneos

Abstract

Objective: To know the beliefs, myths and fears about foot care in patients with diabetic foot (DF). **Materials and methods:** Qualitative study with ethnographic design, using semi-structured in-depth interviews with people from the PD unit of the Hospital Regional Lambayeque (HRL), who were recruited by convenience sampling. The results were recorded, transcribed, coded and categorized with thematic analysis. Ethical approval was obtained from the committee of the Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (USAT) and HRL. **Results:** We interviewed 10 patients from the PD unit, between 40-80 years of age, with time of illness between 3 months - 7 years. Three categories were obtained: Myths and beliefs about the onset of diabetic foot ulcers (DFU): unknown origin and spontaneous generation, religion imposes the belief that DFU are a divine punishment, magical religious causes (witchcraft) and unnoticed injuries; Myths and beliefs about the treatment of PD wounds: avoiding foods that infect the wound, use of anti-inflammatory herbs, witchcraft practices, self-medication; Living with fear and fears: amputation and limitation. **Conclusions:** myths, beliefs and fears that are erroneous and harmful to health were identified, which health personnel and physicians and nurses should keep in mind in order to favor those positive beliefs that complement PD treatments.

Keywords: culture, fear, diabetic foot, education, misconceptions.

I. Introducción

El pie diabético (PD) es la infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos profundos, causando una grave morbilidad y discapacidad. ⁽¹⁾ Se estima que el 25% de los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) desarrollarán PD a lo largo de su vida, y que el 6,3% presentarán Ulcera de Pie Diabético (UPD) y que esta precederá a la amputación hasta un 80% de los casos. ⁽²⁾

El número de amputaciones no ha disminuido en los últimos años, a pesar de la prevención y el tratamiento del PD. No solo los factores biológicos influyen en la aparición de complicaciones ⁽³⁾ sino que existen malos hábitos de las creencias, mitos y temores hacia la enfermedad, debido a una mala comunicación médico-paciente, una inadecuada adherencia al medicamento farmacológico y al déficit información de su propia enfermedad. ⁽⁴⁻⁶⁾ El acceso deficiente a la atención médica sobre todo en áreas rurales y el mal control e higiene del PD, pueden llevar a la amputación de dedos, partes del pie o parte inferior de la pierna. ⁽⁷⁾ Además, las emociones negativas están relacionadas al empeoramiento del control de la enfermedad. ⁽⁸⁾

Sin embargo, a pesar de que el paciente tenga conocimiento, o se le haya educado sobre su enfermedad y las posibles consecuencias que esta puede tener, existen costumbres difíciles de abandonar. Por lo cual esto dificultaría realizar un cambio en su estilo de vida sumado a que el personal de salud no siempre brinda educación sanitaria adecuada.

Considerando que los mitos y creencias son contextuales, el objetivo de este estudio fue conocer las creencias, mitos y temores de los pacientes con PD sobre la evolución de su enfermedad.

II. Marco teórico

Antecedentes

En un estudio cualitativo en Suecia en el 2002 en 39 pacientes, se halló que el sexo del paciente influye en las creencias y temores sobre la enfermedad, dado que los hombres expresaron más temores sobre el riesgo de amputación y ceguera, además de ser más propensos que las mujeres, en necesitar ayuda complementaria para su mejor cuidado personal y preventivo. En cambio, las mujeres eran más activas en el cuidado de sus pies. ⁽⁹⁾

En un estudio descriptivo en Australia en el 2005 en 156 pacientes, se halló que el 83 % de ellos tenían el temor de ser amputados debido a que su creencia era que el azúcar estaba acumulándose en la extremidad. ⁽⁸⁾ En otro estudio cualitativo en Suecia en el 2016 en 26 paciente se reportó que el 75% de ellos tenían el temor de ser amputados y como consecuencia estar postrado en una silla de ruedas. ⁽¹⁰⁾

En un estudio cualitativo en Singapur en el 2017 en 17 profesionales de salud (enfermeras y médicos), los cuales trabajaban con pacientes con PD, mencionaron que los pacientes tenían problemas en la comprensión y retención de información sobre su enfermedad, además que tenían creencias religiosas y culturales produciendo un menor seguimiento en la atención médica; asimismo, existían problemas en la relación médico-paciente. Esto se vio reflejado negativamente el estado general de la información, con creencias inapropiadas, y por lo tanto un manejo inadecuado en el cuidado de los pies y la posterior exacerbación de este. ⁽¹¹⁾ Asimismo, en estudio cualitativo en Australia en el 2019 en 11 pacientes con UPD, se halló que la mayoría de ellos habían recibido información confusa y conflictiva, respecto al autocuidado de su enfermedad, produciendo un manejo equivoco y posterior exacerbación de los síntomas. ⁽¹²⁾

En un estudio observacional prospectivo en África (Etiopia) en el 2018, en 115 pacientes con UPD, se halló que el tener un control deficiente de glucosa en sangre, un IMC alto, uso inadecuado de antibióticos, el tener neuropatía y grado avanzado de UPD, fueron los principales factores de riesgo predisponentes a tener alguna amputación. ⁽¹³⁾

Hicks et al. 2020, en otro estudio prospectivo de 244 pacientes, se halló que una UPD puede recurrir tras un año en 30.6% y al tercer año en 64.4%, sin embargo, al contar con un cuidado adecuado y seguimiento multidisciplinario estricto, una atención multidisciplinaria y una educación a los pacientes, disminuiría la morbilidad de las UPD. ⁽¹⁴⁾

Tolossa et.al. en el 2020 demostró que una adecuada practica del autocuidado del paciente, los cambios de estilo de vida y el seguimiento continuo de estos pacientes; son importantes para prevenir las UPD, esto con la ayuda de los profesionales de la salud que deben de incentivar a través de la educación sanitaria y tratamiento adecuado para mejorar las UPD. ⁽¹⁵⁾

Bases teóricas

El PD es una complicación de la DM, que afecta hasta el 50% de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2. Actualmente, esta complicación todavía conduce a una pérdida significativa de calidad y años de vida del paciente afectado. Esto se debe a que las creencias, mitos y temores que tiene el paciente, produzca un mal conocimiento de su enfermedad.⁽¹⁶⁾

A nivel mundial, el 50% de las personas con DM-2 pueden desarrollar durante su vida una úlcera en los pies ⁽¹⁷⁾ De estas personas, un 20% sufrirán una amputación en miembro inferior secundaria a la misma. La mortalidad a los 5 años después de una amputación es 44.3%. ⁽¹⁸⁾

El temor más grande que tiene que enfrentar un paciente con pie diabético amputado es el cambio de su estilo de vida, afectándolo emocionalmente, definiendo a la enfermedad como interminable. Asimismo, el paciente se siente abandonado, incomprendido y se considera que es el causante de todos los problemas, conllevándolo a una profunda tristeza, agresividad y deseos de no existir. ⁽¹⁹⁾

Actualmente, las malas condiciones socioeconómicas, la falta de educación, el calzado incorrecto, la mala relación médico-paciente, y las creencias, mitos y temores propio del paciente; son factores asociados para el desarrollo del pie diabético. La atención primaria considera a la educación como una estrategia clave para prevenir el pie diabético y como consecuencia su amputación. ⁽²⁰⁾

El conocimiento es a través de la enseñanza que no sólo debe proporcionar información al paciente, sino que también el paciente incorpore y se apropie del conocimiento, convirtiéndose en valor, para que así pueda ser integrado en su vida modificando habilidades y actitudes necesarias para el autocuidado en la prevención del pie diabético. ⁽¹⁹⁾

La mala educación del paciente produce información errónea y como consecuencia conocimientos erróneos hacia su enfermedad, produciendo creencias, mitos y temores que invaden a los pacientes a creer que pueden ser curados por ellos mismos sin necesitar de un médico tratante, y como consecuencia una mala adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Además, el conocimiento es un determinante deficiente del comportamiento; y que las intervenciones educativas tienen, en el mejor de los casos, solo efectos a corto plazo en los cuidados de los pies. Por lo tanto, si vamos a desarrollar intervenciones efectivas para promover las conductas de autocuidado del pie, necesitamos cambiar el enfoque del conocimiento hacia otros factores modificables de la conducta, como son los mitos, creencias y temores que tiene el propio paciente. Aunque se ha investigado relativamente poco sobre otros determinantes modificables, muchos estudios publicados señalan que las creencias de los pacientes son determinantes potencialmente importantes de las prácticas de autocuidado del pie. ⁽²¹⁾

Debido a la falta de investigación sobre el objeto a estudiar, ya que existen estudios citados de diferentes países, pero ninguno en nuestra comunidad. Por lo tanto, se requiere estudios adicionales para articular el conocimiento y la práctica del cuidado del pie diabético en nuestra comunidad.

III. Metodología

Considerando que el objeto de estudio es subjetivo, esta investigación es cualitativa con abordaje fenomenológico, en el cual participaron: endocrinólogo (1), investigador especialista en abordajes cualitativos (1) de un hospital de tercer nivel en Lambayeque-Perú. Se invitó a participar pacientes mayores de 18 años, con un tiempo de diabetes mayor a 10 años y aquellos que han tenido amputación previa o no; se excluyeron los que tenían un idioma diferente al español y/o deterioro cognitivo. El muestreo se hizo por conveniencia hasta alcanzar la saturación de la información.

Para la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, (ANEXO 1) y una ficha de datos sociodemográficos. (ANEXO 2); la cual se aplicó en un ambiente de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque (HRL), previa aprobación del consentimiento informado del paciente (ANEXO 3), con duración de 45 minutos, las cuales fueron realizadas por un investigador experto en investigación cualitativa; al finalizar se brindó un díptico informativo sobre los cuidados de sus pies (FIGURA 1). También fueron grabadas y transcritas por los mismos investigadores sin utilizar nombre u otros datos personales que pudieran revelar la identidad de los participantes.

Los resultados se analizaron con análisis de contenido ⁽²²⁾, obteniendo 3 categorías y 11 subcategorías. Durante todo del proceso de investigación se respetó el principio de la ética personalista. El proyecto fue aprobado por el comité de ética HRL en investigación con N° 0811-111-19CEI.

IV. Resultados

Se entrevistaron 10 pacientes de la unidad de pie diabético, cuyas edades se encontraron entre 40-80 años de edad, que incluía a 6 mujeres y 4 hombres; y que cursaban con un tiempo de enfermedad de UPD entre 3 meses – 7 años; como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes

NOMBRE CLAVE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE DM (años)	TIEMPO DE PD	USO DE INSULINA
Carlos	83	Masculino	30	5 meses	Si
Rosa	57	Mujer	12	4 meses	No
Manuel	50	Masculino	17	7 meses	Si
María	41	Mujer	13	2 años	No
Juan	70	Masculino	25	1 año	Si
Esperanza	42	Mujer	15	7 años	Si
Luis	60	Masculino	22	4 meses	Si
Sara	70	Mujer	10	6 meses	Si
Lorenza	57	Mujer	12	3 meses	No
Martha	42	Mujer	15	4 meses	Si

Después del análisis de los discursos de los pacientes que participaron en esta investigación, se identificaron 3 categorías: “Mitos y creencias en torno al inicio de las UPD”, “Mitos y creencias en torno al tratamiento de las heridas de PD”, “Conviviendo con miedo y temores”.

Los mitos y creencias se manifiestan acorde a la evolución de las UPD, generándose la primera categoría:

Mitos y creencias en torno al inicio de las UPD:

Algunos participantes afirmaron que las UPD son de origen desconocido y de generación casi espontánea:

“Mi herida se originó sin saber por qué, me salió una ampolla “de la nada”, no pensaba que era por mi diabetes. No me traté..., y al día siguiente mis dedos estaban negros, pero no me dolía. Al acudir al traumatólogo, me dijo que tenía que amputarme el pie ...” (JUAN)

“Mi herida se originó sin saber por qué. Un día solo amaneció una herida, ampolla”
(CARLOS)

En otras personas la religiosidad impone la creencia que las UPD son un castigo divino; haciendo merecedor de padecerlas a quien las tiene:

“Yo creo que no existen situaciones que favorezcan al tener pie diabético, porque son castigos de Dios, por los errores que hemos cometido.” (MARTHA)

Otro mito que comparten los entrevistados son las causas mágico religiosas como la hechicería:

“Al principio no creía ..., porque a veces Dios castiga sobre las acciones que cometemos. Y cuando tuve la herida de mi pie ..., es ahí donde sospeche de la vecina quien me regalo los zapatos. Entonces acudí a un brujo y me dijeron que me había hecho daño, realizándome unas limpias.” (SARA)

“...Si existen situaciones que favorezcan al tener pie diabético, porque mis hijos me llevaron a doctores particulares, ... con análisis negativos de alguna enfermedad, me fui a un curioso y el señor me dijo que me han querido matar.” (LORENZA)

Otra creencia del inicio de las UPD, son las lesiones inadvertidas:

“...Yo trabajaba de zapatero, arregle unas zapatillas que era de mi hijo y yo lo adapte a mis pies, entonces esa zapatilla me apretó y desde ahí comenzó las heridas de los pies.” (MANUEL)

“...Estaba caminando con sandalias y el clavo se insertó en ella, no me di cuenta, luego de varios días cuando sentí adormecimiento del dedo gordo, afectando los demás dedos del mismo pie, con olor pútrido, notándose solo el hueso, quizás sea por una infección.” (ROSA)

“Mi herida se originó formándose un uñero en pie izquierdo, me lo corte, pero se infectó, ...” (SARA)

“...Corté mal mi uña, saliéndome un barrito que lo reventé, al día siguiente sentí frío mi dedo y a tercer día lo noté negro. No utilice nada “haciendo mi vida normal”. Pasando el tiempo acudí al hospital en donde cortaron el dedo.” (ESPERANZA)

Cuando las úlceras se han desarrollado y requieren tratamiento, se generan también mitos y creencias en torno al tratamiento de las heridas de PD:

Eliminar de la dieta carnes rojas y de pescado, chanco, son creencias utilizadas por los pacientes para evitar “infectar su herida”:

“Las acciones que puedo mejorar al tener pie diabético son: no comer pescado (caballa y jurel) porque “hinconan” las heridas” (MARIA)

“Diariamente cuido mis pies, evitando los dulces, chanco, res, pescado: porque me puede “hinconar” la herida” (ROSA)

“Las acciones que pueden mejorar al tener pie diabético son: evitar el consumo de carnes rojas porque me “hinconan” las heridas.” (ESPERANZA)

El uso de hierbas antiinflamatorias, en bebidas o colocación directa a las úlceras, constituyen tratamientos alternativos producto de las creencias culturales de los participantes:

“...Me fui al curioso, quien me recetó: hierbas desinflamantes, siguiendo con pastillas. Además, mi primo de la Tierra me dijo que se pueda curar la Diabetes: con hierba de la selva (no recuerda el nombre)” (ROSA)

“Cuando me di cuenta que tenía una herida en el pie, comencé a utilizar, pomadas y llantén.” (CARLOS)

“Las acciones que puedo mejorar al tener pie diabético son: tomando agua de matico para controlar la glucosa (como agua de tiempo).” (MARIA)

“Diariamente cuido mis pies, con hoja de mango, útil para no aumentar la azúcar.”
(LUIS)

Acudir a prácticas de hechicería, son también prácticas que interfieren con el tratamiento a las personas con DM:

“Yo creo que existen situaciones que favorecen al tener pie diabético, me fui a que me limpien con cuy, y me dijeron que salió todo malo” (MANUEL)

Algunas personas acuden a la automedicación para el tratamiento de las heridas de PD:

“Cuando me di cuenta que tenía una herida en el pie, comencé a utilizar ampollas y productos de la farmacia.” (CARLOS)

“Cuando me di cuenta que tenía una herida, utilicé pastillas molidas porque me supuraba, y así estuve 2 o 3 días, pero no veía mejoría.” (MARTHA)

“... Me salió una ampolla pequeña seca, solo sentía dolor, pero así continué trabajando como en 1 mes, luego tuve escalofríos, fiebre e hinchazón en la pierna...”
(MANUEL)

La existencia de mitos y creencias en relación a la aparición y tratamiento de las UPD, genera en los participantes miedo y temores en relación a su evolución:

“Mi gran temor es que se infecte la herida.” (CARLOS)

“Mi gran temor es que brote otra vez la enfermedad, porque me amputaron un dedito.” (ROSA)

Los pacientes que conviven con miedo y temores, es que tienen miedo a la amputación

“Mi gran temor es que me amputen el pie, porque yo trabajo y tendría muchas limitaciones. Por ello tomo mis precauciones.” (MARIA)

“Mi gran temor es amputarme, porque dejaría de cuidar a mis hijos pequeños, me sentiría inútil.” (LORENZA)

Otros pacientes tienen miedo a las limitaciones de desplazamiento

“Si alguna vez me amputan los pies, tendría que utilizar silla de ruedas porque no tener estabilidad en los pies.” (ROSA)

“Me ha amputado un dedo del pie derecho, afectando mi vida diaria, por ejemplo: no asearme, limpieza de la casa, cocinar, lavar.” (ROSA)

“Al tener las dos heridas en mis dos pies, me imposibilita caminar, haciendo uso de silla de ruedas.” (MANUEL)

V. Discusión

Una de las complicaciones de la DM son las UPD, que actualmente afecta al 18% de la población diabética, causando alta tasa de amputación, trastornos psicológicos, problemas socioeconómicos y baja calidad de estilo de vida, llegando incluso a la muerte.⁽²³⁾ Este estudio, buscó comprender las creencias, mitos y temores sobre el cuidado de sus pies de las personas con diabetes. Obteniendo como principal resultado, que la mayoría de ellos tienen conceptos erróneos al iniciar con el tratamiento y subsisten con la evolución de la propia enfermedad, generando en ellos miedos y temores que afectaría la adherencia al tratamiento, y posteriormente terminando en abandono.

El diagnóstico oportuno del PD, garantiza una pronta recuperación, sin embargo, en la presente investigación se encontró que los mitos y creencias erróneas son los responsables del retraso en la captación oportuna del PD, siendo el más frecuente el desconocimiento de los pacientes para identificar el origen de la UPD manifestando que las lesiones son de aparición súbita y desconocida y por ampollas; sin reconocer que la base de la enfermedad es DM. Resultados divergentes fueron encontrados en la población de Irlanda y Norteamericana (Nueva York), donde Mahon A. et al en el año 2016, demostraron que los pacientes con DM fueron conscientes de que las ampollas y traumatismos en sus pies, son factores de riesgo para la aparición de UPD, además estos creían que usar calzado más grande, evitaría la aparición de las úlceras.⁽²⁴⁾ Estos resultados, permiten reflexionar sobre la importancia de la educación sanitaria emitidas a los pacientes con enfermedades crónicas en general y en pacientes con DM en particular; considerando que el conocimiento de la patología influye directamente en la identificación oportuna de sus complicaciones.

Otro de los motivos, por los cuales existen un diagnóstico tardío de PD en la población investigada es porque conviven con mitos mágico religiosos atribuyendo que el PD es consecuencia del castigo divino. Estos hallazgos fueron similares a los encontrados por Gale L. et al, en Reino Unido del año 2008 y Vedhara K. et al en Reino Unido del 2014, quienes manifiestan que existe una discrepancia entre las creencias de los pacientes y el enfoque médico, produciéndose un contraste de ideologías y dando lugar a menos adherencias al tratamiento. Esto daría lugar a un déficit en el autocuidado generando complicaciones respecto al cuidado de su enfermedad.^(25,26)

Por otro lado, K. Hjelm y J. Apelqvist en el 2016, hallaron que las creencias espirituales (religión de islam) aumentaban el riesgo de UPD, debido a que fueron influenciados a través de su religión, a que serán sanados mediante rezos regulares, lavados rituales de sus pies y que sea la voluntad de su religión. ⁽¹⁰⁾ Estos hallazgos fueron encontrados en algunos participantes, lo que se asociaba a la poca adherencia en el manejo. Frente a esto, es importante tomar en consideración las creencias religiosas y culturales de los pacientes por el personal de salud para educar con base a evidencias, sin pretender anular o desprestigiar sus costumbres, pues al hacerlo evitara la mayor resistencia de la población para aceptar los tratamientos.

Durante el tiempo de la curación de las UPD, los pacientes producen creencias y mitos erróneos gestionando su propio tratamiento con el fin de prevenir o retrasar el desarrollo del UPD, como es el uso de hierbas antiinflamatorias, el uso de pomadas. Esto similar fue hallado por Silvia P., et al., en Brasil en el año 2015, quien encontró que la cuarta parte de su población estudiaba utilizaba medidas tópicos en base a hierbas. ⁽²⁷⁾ Esto se explicaría por la continuidad de los países que tienen en común el uso aún de medicina folclórica, basada en costumbres limitando la adherencia a enfoques médicos actuales.

El desconocimiento de la enfermedad fue uno de los factores encontrados en la mayoría de los participantes, en nuestro estudio. Así mismo, Sayampanathan A., et al, en Singapur en el año 2017, encontraron que las creencias en torno al inicio y tratamiento de sus pies es más importante que el conocimiento de su enfermedad y sus complicaciones. ⁽¹¹⁾ Esto discrepa con lo hallado en Estambul, por Karadang A. et al, donde los pacientes con DM tenían un conocimiento eficiente sobre la evolución de UPD, debido al haber recibido capacitación en autocuidado de los pies y tener mayor conocimiento de su propia enfermedad. ⁽²⁸⁾ Por lo cual es importante promover la atención medica con las actitudes de los pacientes, para disminuir la desinformación y las percepciones erróneas, aumentando así la buena adherencia médico-paciente. Esto nos lleva a la conclusión que la educación del paciente influye positivamente en la capacidad de realizar un cuidado adecuado de los pies, lo que a su vez reduce el riesgo de ulceración y amputación del pie en diabéticos de alto riesgo.

La percepción psicológica es importante, en nuestro estudio mostró que la mayoría de los participantes tenían temores en relación a su evolución, conviviendo con ellos mismos, el miedo a ser amputados y a tener limitaciones físicas y psicológicas en su vida diaria, siendo muy importante para el seguimiento de la evolución de su enfermedad. Esto es similar a lo encontrado en estudios realizados en otras latitudes; donde se destaca que el mayor temor entre los pacientes con UPD era el ser amputados y como consecuencia estar postrado en una silla de ruedas.^(8,10,29) Y esto en estudios posteriores no ha cambiado a pesar de los avances en la tecnología y en el cribaje temprano de PD.^(15,30,31)

Además, los pacientes manifestaron algunas limitaciones en su vida diaria, debido a la dependencia de su familia auto clasificándose como una carga para ellos y como consecuencia generar más problemas económicos como psicológicos. Como afirma Levin, manifestando que la pérdida de una extremidad limita la actividad diaria y con frecuencia conduce a la jubilación anticipada y a la pérdida de ingresos. Además, los “amigos” a menudo abandonan a una persona que tiene una discapacidad.⁽³²⁾

La discapacidad que genera el PD, es la mayor preocupación de los pacientes entrevistados y del personal quien lo atiende, quien busca evitar esto. Se explicaría por lo encontrado en otras investigaciones, donde la incapacidad de autocuidado y el problema económico, se desarrolla al PD.⁽³³⁾ Por lo mencionado es importante el apoyo social en los pacientes para tener una buena atención médica, así como las demandas psicológicas del cuidado de las heridas.⁽³⁴⁾

En este trabajo, se permitió identificar el desconocimiento que tienen los pacientes hacia su enfermedad, así también las creencias y mitos producto de su cultura ancestral, generando creencias erróneas hacia la evolución y mejoría de su enfermedad. Además, se pudo identificar los temores, donde se observó la percepción de carga emocional negativa hacia su enfermedad; sin embargo, se evidenció debilidades, como el temor que tenían los pacientes al ser criticados por sus creencias, provocando la omisión de información que pudo ser de gran relevancia para este estudio. También se hallaron categorías que no se consideraron en nuestro objeto de estudio, estas se relacionaban al personal de salud, lo cual podrían ser útil para otro estudio. Por lo tanto, esta investigación debería considerarse como punto de partida para diseños cuantitativos, que permitirán evaluar la magnitud con que se presentan estos aspectos subjetivos en una muestra representativa de PD.

VI. Conclusión

El pie diabético es una de las complicaciones más temidas de la diabetes, producto de la pobre educación, desconocimiento sobre su enfermedad y los cuidados que debe tener sobre este. En tanto, los pacientes gestionan su propio tratamiento en concordancia a sus creencias, mitos y temores, con el fin de prevenir o retrasar el desarrollo del pie diabético y evitar la amputación del pie. Sin embargo, en muchas ocasiones estos cuidados generan resultados contrarios favoreciendo la amputación del pie diabético.

Los resultados de la presente investigación han permitido identificar en la población en estudio mitos y creencias que el personal de salud en general y el médico e enfermera en particular deben de tener presente para favorecer cuidados transculturales; de tal suerte, que desde la cosmovisión de los participantes puedan identificarse mitos y creencias erróneas y lesivas para la salud, buscando recursos lógicos y cognitivos para eliminarlas del censo común de sus pacientes; y favorecer aquellas creencias positivas que complementan los tratamientos del pie diabético.

La formación académica del personal de salud debe ser enriquecida con los mitos y creencias de la población a la que cuida para que una relación transcultural con sus pacientes, sean capaces de identificar aspectos que limitan la adherencia a los tratamientos y fomentar o reforzar el conocimiento cultural en beneficio de su curación.

VII. Recomendaciones

- Realizar entrenamiento de personal de salud desde centros de atención primaria para la educación en la prevención, tratamiento y las complicaciones de DM, para incentivar la concentración del paciente con esta patología.
- Elaborar una red de apoyo presencial y virtual de pacientes con PD para su seguimiento y manejo respectivo
- Realizar estudios cuantitativos para evaluar la magnitud de las influencias negativas que tienen los pacientes hacia su evolución y tratamiento de su enfermedad.

VIII. Referencias

1. Perez de Inestrosa B, Fernández ME, Torres AB. Pie diabético. Vol. 3. Med Gen y Fam (digital); 2014. p. 289–92. Available from: file:///D:/tesis/pie diabético/V3N10_289_292.pdf
2. Jiménez S, Antonio JA, Álvarez J, Lázaro-Martínez JL. Análisis de las reulceraciones en una unidad multidisciplinar de pie diabético tras la implementación de un programa de cuidado integrado del pie. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2018;p: 1-10. doi: 10.1016/j.endinu.2018.03.012
3. Rodríguez GJ, Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, Aguilar-Diosdado M, Goicolea I. Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención Primaria.* 2018 Dec;50(10):611–20. doi: 10.1016/j.aprim.2017.06.011
4. Tantu MM, Man GM, Rogozea LM, Domnariu CD, Plesa FC, Trasca DM, et al. Diabetic foot – Epidemiological and histopathological aspects. *Rom J Morphol Embryol.* 2018;59(3):895–902. Available from: <https://rjme.ro/RJME/resources/files/590318895902.pdf>
5. Aziz ARA, Alsabek MB. Diabetic foot and disaster; risk factors for amputation during the Syrian crisis. *J Diabetes Complications.* 2020;34(2):107493. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2019.107493
6. Aziz N, Cao S, Chen JLW, Low AY. Prevention of diabetic foot complications. *Singapore Med J.* 2018;59(6):291–4. doi: 10.11622/smedj.2018069
7. Harding K, Jeffcoate W, Harding K. Diabetic Foot Ulcers Diabetic foot ulcers. 2014;6736(January):2019. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13169-8
8. Angela M, Beattie R, Campbell R, Vedhara K. ‘What ever I do it’s a lost cause.” The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Heal Expect.* 2014;17(3):429–39. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x
9. Hjelm K, Nyberg P, Apelqvist J. Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. 2002;40(6):673–84. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02427.x>
10. Hjelm K, Apelqvist J. Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin. *J Wound Care.* 2016;25(11):602–16. doi: 10.12968/jowc.2016.25.11.602
11. Sayampanathan AA, Cuttilan AN, Pearce C. Barriers and enablers to proper diabetic foot care amongst community dwellers in an Asian population: a qualitative study. *Ann Transl Med.* 2017;5(12):254–254. doi: 10.21037/atm.2017.04.31
12. Netten JJ, Bappsci LS, Lazzarini PA, Bappsci JW, Ploderer B. Reasons for (non-)adherence to self-care in people with a diabetic foot ulcer. *Wound Repair Regen.* 2019;1–25. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wrr.12728>
13. Bekele F, Chelkeba L, Fekadu G, Bekele K. Risk factors and outcomes of diabetic foot ulcer among diabetes mellitus patients admitted to Nekemte referral hospital, western Ethiopia: Prospective observational study. *Ann Med Surg.* 2020;51(January):17–23. doi: 10.1016/j.amsu.2020.01.005
14. Hicks CW, Canner JK, Mathioudakis N, Lippincott C, Sherman R, Abularrage C. Incidence and Risk Factors Associated With Ulcer Recurrence Among Patients With Diabetic Foot Ulcers Treated in a Multidisciplinary Setting. *J Surg Res.* 2020;246(410):243–50. doi: 10.1016/j.jss.2019.09.025
15. Tolossa T, Mengist B, Mulisa D, Fetensa G, Turi E, Abajobir A. Prevalence and associated factors of foot ulcer among diabetic patients in Ethiopia: A systematic

- review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):2020. doi: 10.1186/s12879-020-05106-3
16. Mauricio D, Jude E, Piaggese A, Frykberg R. Diabetic Foot: Current Status and Future Prospects. *J Diabetes Res*. 2016;2016:1–2. doi: 10.1155/2016/5691305
 17. Bos M, Agyemang C. Prevalence and complications of diabetes mellitus in Northern Africa, a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;(January 1990):6–11. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/387%0ARESEARCH>
 18. Singh N, Armstrong D, Lipsky B. Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. *Aust Prescr*. 2008;31(4):94–6. doi: 10.18773/austprescr.2008.055
 19. Contreras E, Ramirez E. Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal. Tesis Univ Nac mayor san marcos. 2010;1–121.
 20. Green-Morris G. An evaluation of the effectiveness of foot care education in rural clinics. *J Diabetes Metab Disord*. 2019;86 p-86 p. doi: <https://doi.org/10.1007/s40200-019-00407-0>
 21. Vedhara K, Dawe K, Miles JNV, Wetherell MA, Cullum N, Dayan C, et al. Illness beliefs predict mortality in patients with diabetic foot ulcers. *PLoS One*. 2016;11(4):1–13. doi: 10.1371/journal.pone.0153315
 22. Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Rev Gen Inf y Doc*. 2018;28(1):119–42. doi: 10.5209/rgid.60813
 23. Jalilian M, Sarbarzeh P, Oubari S. Factors related to severity of diabetic foot ulcer: A systematic review. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2020;13:1835–42. doi: 10.2147/DMSO.S256243
 24. Mahon AM, Moore GD, Gazes MI, Chusid E, Macgilchrist C. An Investigation of Diabetes Knowledge Levels Between Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Patients in Galway, Ireland and New York, USA: A Cross-Sectional Study. *Int J Low Extrem Wounds*. 2016;15(3):194–202. doi: 10.1177/1534734616638775
 25. Gale L, Vedhara K, Searle A, Kemple T, Campbell R. Patients' perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008;(August):555–63. doi: 10.3399/bjgp08X319657
 26. Vedhara K, Dawe K, Wetherell MA, Miles JNV, Cullum N, Dayan C, et al. Illness beliefs predict self-care behaviours in patients with diabetic foot ulcers: A prospective study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;106(1):67–72. doi: 10.1016/j.diabres.2014.07.018
 27. Silva PL, Rezende MP, Ferreira LA, Dias FA, Helmo FR, Silveira FCO. Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar. *Enferm Glob*. 2015;37(enero):38–51.
 28. Karadag FY, Saltoglu N, Ak O, Cinar Aydın G, Senbayrak S, Erol S, et al. Foot self-care in diabetes mellitus: Evaluation of patient awareness. *Prim Care Diabetes*. 2019;(junio):1–6. doi: 10.1016/j.pcd.2019.06.003
 29. Wong M, Haswell-Elkins M, Tamwoy E, McDermott R, D'Abbs P. Perspectives on clinic attendance, medication and foot-care among people with diabetes in the Torres Strait Islands and Northern Peninsula Area. *Aust J Rural Health*. 2005;13(3):172–7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1854.2005.00678.x>
 30. Pscherer S, Dippel FW, Lauterbach S, Kostev K. Amputation rate and risk factors in type 2 patients with diabetic foot syndrome under real-life conditions in Germany. *Prim Care Diabetes*. 2012;6(3):241–6. doi: 10.1016/j.pcd.2012.02.004
 31. Wukich DK, Raspovic KM, Suder NC. Patients With Diabetic Foot Disease Fear Major Lower-Extremity Amputation More Than Death. *Foot Ankle Spec*. 2018;11(1):17–21. doi: 10.1177/1938640017694722
 32. Levin M. Manejo del pie diabético: Prevención de la amputación. 2002. p. 10–20.

33. Bonner T, Harvey IS, Sherman L. A Qualitative Inquiry of Lower Extremity Disease Knowledge Among African Americans Living With Type 2 Diabetes. *Health Promot Pract.* 2017;18(6):806–13. doi: 10.1177/1524839916688867
34. Delea S, Buckley C, Hanrahan A, Mcgreal G, Desmond D, Mchugh S. Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services Sarah. *BMC Health Serv Res.* 2015;1–10. doi: 10.1186/s12913-015-0926-9

IX. Anexos

Anexo 1:

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

1. OBJETIVO PRINCIPAL DE LA INVESTIGACION

CONOCER LAS CREENCIAS, MITOS Y TEMORES SOBRE EL CUIDADO DE SUS PIES, EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

2. PREGUNTAS

GUÍA DE PREGUNTAS	
1	¿Cómo cree usted, que se originó esa herida que tiene en su pie o que factores favorecieron al tener pie diabético? Cuénteme de ello
2	¿Usted cree que hay situaciones sobrenaturales que le favoreció al tener pie diabético? Hábleme de ello
3	Cuando se dio cuenta que tenía una herida en el pie ¿Qué tratamiento utilizaba o utiliza para curar las heridas de su pie?
4	¿Cómo se cuida diariamente sus pies? Hábleme de ello
5	¿Qué acciones cree usted que son positivas y negativas para mejorar su pie diabético? ¿Por qué?
6	¿Cuál es su gran temor y preocupación al tener pie diabético? ¿Por qué?
7	¿Usted alguna vez a pensado que podrían amputarle sus pies? Si es si, ¿De qué manera cree usted, que perjudicaría su vida diaria, tanto económicamente como social ?
8	¿Hay algo que no le he preguntado y que le gustaría compartir sobre el tema?

Anexo 2FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CREENCIAS , MITOS Y TEMORES SOBRE EL CUIDADO DE SUS PIES EN PACIENTES
CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

DATOS PERSONALES

Historia Clínica:

Sexo: M () f ()

Edad:

Tiempo de diabetes mellitus:

Tiempo de pie diabético:

Uso de insulina: Si () No ()

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – USAT, Hospital Regional Lambayeque, Servicio de Medicina Interna

Investigadores: Eglee Tais Córdova López, Rosa Guarniz Lozano

Título: Creencias, mitos y temores en pacientes con pie diabético en el Hospital Regional Lambayeque en el 2020: un estudio cualitativo

Objetivo: Conocer cuáles son los temores, creencias y mitos en pacientes con pie diabético durante la evolución de su enfermedad

Procedimientos

Si usted participa en este estudio nos dará autorización de obtener los datos de su historia clínica y posteriormente de ser entrevistado en un ambiente ubicado en la dirección de investigación del regional en el quinto piso los días viernes. Se le pedirá responder preguntas abiertas. La duración de la entrevista será de 45 minutos. Se grabarán las conversaciones mediante el uso de un mp3, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado

Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Riesgos

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios

Se le entregará un díptico informativo sobre sugerencias que uno debe de tener para tener un buen conocimiento y cuidado hacia su enfermedad. Además, se proyectará un video informativo sobre los cuidados que debe de tener a sus pies.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes. Sus datos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Las grabaciones serán guardadas en una computadora personal del consultorio de Enfermedades no transmisibles del Hospital.

Derechos del participante

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio: Eglee Córdova López - celular 965819900

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el mismo, también entiendo qué puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha:

Figura 1: DÍPTICO INFORMATIVO

CONTROLA TU AZUCAR: mediante el

- a. Tratamiento medico
- b. Insulina y/o farmacológico



EJERCICIOS: caminar 30 minutos por día, mejora la circulación de sus piernas



CUIDANDO NUESTROS PIES

Mírate todos los días las plantas de tus pies y si presentas alguna herida o callo:



COMUNICATE CON TU MÉDICO

Si tienes alguna duda con tu tratamiento, sientes que tus heridas no sanan, crees que nunca curaran, **NO TE CALLES**

ACUDE A TU CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO



NO DEJES DE ASISTIR A TUS CONSULTAS

Recuerda que el tratamiento de cada persona es individual y él conoce que debes usar y qué no además de las opciones que son habituales y de uso común.



RECOMENDACIONES SOBRE EL CUIDADO DE TUS PIES

NUNCA DEBES DE ESTAR DESCALZO, ni siquiera dentro de la casa o en la playa, puede hacerse una herida en los pies.



LAVARSE LOS PIES TODOS LOS DIAS y secarse suavemente especialmente entre los dedos



USAR CREMA HIDRATANTE: para evitar las grietas



Si no puede mirarse la planta de su pie, puede UTILIZAR UN ESPEJO O AYUDA DE OTRA PERSONA

