



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL

PODOLOGÍA Y SALUD.

**UN ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES
DE LAS ENFERMEDADES DEL PIE
DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL**

AUTOR

DANIEL LÓPEZ LÓPEZ

DIRECTOR

DR. RICARDO ANTONIO GARCÍA MIRA

A CORUÑA 2011



Ricardo García Mira, Profesor Titular de Psicoloxía Social do Departamento de Psicoloxía da Universidade da Coruña,

I n f o r m a :

Que a tese de doutoramento *"PODOLOGÍA Y SALUD. UN ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS ENFERMEDADES DEL PIE DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL*, realizada polo doutorando **D. Daniel López López**, baixo a miña dirección, reúne as condicións necesarias para ser defendida.

Na súa virtude, a través do presente escrito, dou a miña autorización para ser presentada no Departamento de Psicoloxía, no que está rexistrado o seu proxecto, dando así cumprimento ó disposto no artigo 18.1 do Regulamento de Estudos de Doutoramento desta Universidade, aprobado pola Xunta de Goberno na súa sesión de 9 de xuño de 1999.

E para que así conste ós efectos da súa presentación, asino o presente en A Coruña, 7 de Setembro de 2010.

Asdo.: Ricardo García Mira

AGRADECIMIENTOS

He de reconocer, que anhelaba la llegada de este instante, en el que me dispongo a dejar constancia escrita, de mi gratitud a los profesores de distintas disciplinas, que han contribuido significativamente a mi formación e interés sobre el tema abordado a lo largo de mi trayectoria profesional, gracias a todos, por todo, de todo corazón.

Del mismo modo, rogaría que me disculpen de antemano, si no soy capaz de expresar con palabras todos los motivos de mi agradecimiento y por si no quedan reflejadas todas las personas que han contribuido a la realización de la presente tesis doctoral.

Dr. Ricardo Antonio García Mira, estudioso, tenaz y ejemplo del trabajo bien hecho, ha sido el artífice de la elaboración de esta investigación, siendo un verdadero maestro para mí, ya que me ha acompañado, ayudado, animado, sugerido, con calidez, y dedicación personal de manera intensa. Mi reconocimiento, por su verdadera valía tanto a nivel personal, académica como investigadora. Su experiencia profesional, sus percepciones, y reflexiones, han constituido un pilar para el avance de la profesión podológica y de la sociedad.

Dr. Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo, gracias por creer en mí y por todo lo que me has instruido a lo largo de estos años y que deseo que me continúes enseñando. Su perseverancia en la orientación y colaboración durante el transcurso de la presente investigación es de un valor incalculable para mí.

Dra. Marta Elena Losa Iglesias, por tu actitud positiva, tus enseñanzas y por tu apoyo desinteresado, por compartir conmigo tu conocimiento, por transmitirme tu actitud resolutive y por darme la visión global que tantas veces he necesitado.

Dr. Gabriel Domínguez Maldonado, por tu colaboración y la motivación necesaria mostrada en todo momento, durante el transcurso del presente periodo, siendo tus reflexiones y ayuda desinteresada de un valor incalculable para mí.

Dr. Pedro V. Munuera Martínez por la orientación, disponibilidad y dedicación recibida en cualquier instante del periodo de investigación, mostrándote mi más sincero reconocimiento.

Al Departamento de Psicología de la Universidade da Coruña (UDC) y en especial a todos los profesores que han impartido los cursos de doctorado del Programa de Doctorado de *“Promoción da Saúde”*, ya que, además de contribuir a mi formación, sus orientaciones me han ayudado a decidir el objetivo de estudio de esta Tesis y así aportar la visión del podólogo en aspectos relacionados con el comportamiento humano y la salud del pie.

A todos los integrantes del Grupo de Investigación Persona – Ambiente (GRIPA) de la UDC y en especial al Dr. Pedro Vega Marcote y a la Prfa. Adina Dumitru por la ayuda mostrada en todo momento en el desarrollo de la presente investigación, sus reflexiones han sido de gran importancia para mí.

Al Departamento de Ciencias de la Salud de la UDC y sobre todo al:

Prof. Francisco Alonso Tajés, por tu aportación relevante a la profesión podológica, figura de referencia para la sociedad, por las veces que hemos razonado juntos contradiciéndonos o reafirmandonos en nuestras ideas, por tus cumplidos y en definitiva por enseñarme.

Prof. Luis López López, por tu generosidad, valía personal y la confianza depositada, son de un valor incalculable para mi crecimiento personal y profesional.

Prfa. Carolina Rosende Bautista, entusiasta de la investigación podológica, tus acertados comentarios, han sido de gran valía para mí en el transcurso de la presente investigación.

Prof. Oscar Miguel Álvarez-Calderón, compañero de fatigas y eje de mi desarrollo docente y humano.

Prof. Francisco José Pita Galdo, por la orientación y colaboración en el transcurso de la realización de la presente investigación.

Prof. Carlos Javier Álvarez Castro por la transmisión y motivación necesaria para poder recorrer el presente periodo.

También a los compañeros que dignifican la profesión con la excelencia en su trabajo y sirven de ejemplo, en especial a:

Dr. Luke Cichinelli por hacer grande a la podología española, sus enseñanzas han marcado un antes y un después en mi práctica clínica.

D.P Mónica Barriuso Cao por tu ayuda inicial para la ejecución de dicha investigación y sin cuyo impulso no hubiese llevado a cabo el presente estudio.

D.P Benedicto Fornos Vietes por tu visión holística de la relación clínica podológica, la confianza mútua nos ha permitido compartir enfoques relacionados con nuestra labor asistencial.

L.P Beatriz López González por tu colaboración desinteresada y tu actitud positiva que han sido un ejemplo para mí y nos han permitido percibir aspectos comunes de nuestro periodo doctoral.

A todas las personas que han participado y colaborado de manera desinteresada en la cumplimentación de los cuestionarios y en la recogida de datos, siendo el pilar fundamental del desarrollo de esta investigación.

A mi familia, por la educación que me han dado y la transmisión de una actitud de exigencia y perseverancia ante cualquier proyecto que me proponga, ya que su cariño, ayuda son el motor de mi vida y tienen un valor incalculable.

La patología del Pie parece sencilla para quien no la conoce,
y complicada para quien empieza a conocerla
solo es clara después de unos años de esfuerzo.

(Jean Lelièvre)

ÍNDICE GENERAL

1. RESÚMENES.....	14
<i>1.1. Resumen.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2. Resumen.....</i>	<i>16</i>
<i>1.3. Abstract.....</i>	<i>17</i>
2. PRÓLOGO.....	19
3. INTRODUCCIÓN.....	23
3.1 PODOLOGÍA Y SALUD: CONTEXTO HISTÓRICO.....	25
<i>3.1.1. Antecedentes históricos de la podología.</i>	<i>28</i>
<i>3.1.2. La salud como factor de equilibrio.</i>	<i>40</i>
<i>3.1.3. Fundamentos científicos de la enfermedad.</i>	<i>49</i>
<i>3.1.4. La relación médico-paciente. Análisis filantrópico y paternalista...</i>	<i>56</i>
<i>3.1.5. Profesionalización de la Podología.</i>	<i>69</i>
<i>3.1.6. Ciencia y sociedad. Modelo médico individual y modelo comunitario.</i>	<i>80</i>

4. REVISIÓN TEÓRICA.....	88
4.1 PODOLOGÍA Y SALUD: ASPECTOS BIOMÉDICOS.....	89
<i>4.1.1. Salud podológica. Aspectos conceptuales.</i>	<i>92</i>
<i>4.1.2. Podología y ciencia. Estado de la investigación.</i>	<i>99</i>
<i>4.1.3. Centros de investigación y cuestiones centrales.</i>	<i>115</i>
<i>4.1.4. Fuentes documentales en Podología.....</i>	<i>122</i>
<i>4.1.5. Cuerpo teórico estructural.</i>	<i>135</i>
<i>4.1.6. Patologías actuales más relevantes.</i>	<i>143</i>
4.2 PODOLOGÍA Y SALUD: ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	150
<i>4.2.1. Psicología social de la salud</i>	<i>153</i>
<i>4.2.2. Comportamiento y patología.</i>	<i>162</i>
<i>4.2.3. Aspectos sociales de la enfermedad.</i>	<i>171</i>
<i>4.2.4. Aspectos psicosociales.</i>	<i>178</i>
<i>4.2.5. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad.</i>	<i>180</i>
5. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	188
5.1 PSICOLOGÍA Y SALUD PODOLÓGICA.....	189
<i>5.1.1. Investigaciones realizadas. Hallazgos más importantes.....</i>	<i>201</i>
<i>5.1.2. Cuestiones sin resolver.</i>	<i>214</i>
<i>5.1.3. Planteamiento del problema.</i>	<i>217</i>

6. OBJETIVOS	219
6.1 <i>Objetivos generales.....</i>	220
6.2. <i>Objetivos específicos.....</i>	220
7. METODOLOGÍA	222
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	229
8.1 <i>Análisis descriptivo sobre actitudes y comportamientos en relación con las patologías del pie.....</i>	230
8.2. <i>Análisis de representaciones sociales de la población respecto al proceso salud-padecimiento-enfermedad (Actitudes sociales).....</i>	267
8.3. <i>Relación entre los factores y la importancia atribuida a la salud de los pies.....</i>	274
8.4. <i>Relación entre los factores y la importancia atribuida a la figura del podólogo.....</i>	277
8.5. <i>Análisis de tablas de contingencias y mapeado de información basada en datos subjetivos y objetivos de la enfermedad podológica.....</i>	280
8.6. <i>Dimensiones conceptuales. Representaciones mentales de la información multidimensional (Análisis PROXSCAL)</i>	284
8.7. <i>Modelos de observación de componentes psicológicos de la enfermedad podológica. (Análisis de conglomerados jerárquicos).</i>	288
8.8. <i>Dimensiones conceptuales y conglomerados jerárquicos.</i>	290

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	292
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	316
11. ANEXO.....	350

1. RESÚMENES

1.1 RESÚMEN.

La investigación analiza las representaciones sociales de las enfermedades del pie, los aspectos podológicos y psicológicos implicados en el proceso de definición y percepción de la salud, la conceptualización de la enfermedad, la prescripción terapéutica y la prestación de servicios sociales y terapéuticos que conducen de manera efectiva a la sanación.

Para alcanzar dicho objetivo se discuten los resultados a la luz de la perspectiva interdisciplinar y transdisciplinar que permite estudiar las actitudes y creencias de la población respecto al proceso salud / padecimiento / enfermedad y de la relación clínica en podología.

Los datos más significativos están relacionados con características sociodemográficas, estilo de vida sedentario y percepción positiva de la salud podal, ligada a conductas de autocuidado, creencias y conocimientos relacionados con la aparición de patologías podales, que desempeñan un papel clave en la participación del autocuidado de los pies.

El comportamiento responsable desde etapas tempranas, está enfocado para la ciudadanía con acudir al podólogo, siendo la conducta preventiva que les genera más confianza y con la están más de acuerdo.

Todo ello nos permite constatar la progresiva aceptación de la podología y el podólogo en la vida o actividad personal que integra y conceptualiza como parte de un estilo de vida más saludable.

1.2 RESÚMO.

A investigación analiza as representacións sociais das enfermidades do pé, os aspectos podolóxicos e psicolóxicos implicados no proceso de definición e percepción da saúde, a conceptualización da doenza, a prescripción terapéutica e a prestación de servizos sociais e terapéuticos que conducen de xeito efectivo á curación.

Para alcanzar tal obxectivo discútnense os resultados á luz da perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar que permite estudar as actitudes e as crenzas da poboación respecto ao proceso saúde/padecemento/enfermidade e da súa relación clínica en podoloxía.

Os datos máis significativos están relacionados con características sociodemográficas, o estilo de vida sedentario e a percepción positiva da saúde podal, ligada a condutas de autocoidado, crenzas e coñecementos relacionados coa aparición de patoloxías podais, que desempeñan un papel clave na participación do autocoidado dos pés.

O comportamento responsable desde etapas temperás está enfocado para a cidadanía con acudir ao/á podólogo/a, mentres que a conduta preventiva é a que xera máis confianza e coa que se está máis de acordo.

Todo isto permítenos constatar a progresiva aceptación da podoloxía e os seus profesionais na vida ou actividade persoal que integra e conceptualiza como parte dun estilo de vida máis saudable.

1.3 ABSTRACT.

This research analyzes the social representations of foot diseases, podiatry and psychosocial aspects involved in the process of definition and perception of health, the conceptualization of the disease, the therapeutic prescription and delivery of social services and therapeutic manner leading effective healing.

In order to achieve that objective, results are discussed to the light of the interdisciplinary and transdisciplinary approach that allows studying the attitudes and beliefs of the population regarding the health / disease / illness and the clinical relationship in podiatry.

The most significant data are related to sociodemographic characteristics, sedentary lifestyle and positive perception of health pedis, linked to self-care behaviors, beliefs and knowledge related to the occurrence of hoof diseases, which play a key role in self-care participation feet.

Responsible behavior from early stages, is focused on citizenship to go to a podiatrist. Preventive behavior generate more confidence as well as more agreement.

This allows us to note the increasing acceptance of podiatry and podiatrist in life or personal activity that integrates and conceptualices as part of a healthy lifestyle.

2. PRÓLOGO

La tesis doctoral que hoy presento es el resultado de un largo periodo de estudio y reflexión sobre el cuidado y protección de la salud del pie y la búsqueda de la prevención y tratamiento de la enfermedad que constituyen características identificatorias de la podología.

El concepto de *Salud* es visto aquí como valor, que posee un significado compartido y construido socialmente, por lo que interesa conocer las dimensiones que contribuyen a definir ese significado. El padecimiento del pie muestra diferencias medibles y evaluables que pueden ser contrastadas en relación con la conceptualización de la patología y servir de base para la definición de terapias específicas. Es también una vivencia subjetiva de malestar, que es necesario evaluar psicológicamente y caracterizar, estableciendo los aspectos clave que pueden orientar su tratamiento biomédico.

La investigación analiza las representaciones sociales de las enfermedades del pie y los aspectos podológicos y psicológicos implicados en el proceso de definición y percepción de la salud, la conceptualización de la enfermedad, la prescripción terapéutica y la prestación de servicios sociales y terapéuticos que conducen de manera efectiva a la sanación.

Para alcanzar dicho objetivo se discuten los resultados a la luz de la perspectiva interdisciplinar y transdisciplinar que permite estudiar las actitudes y representaciones sociales de la población respecto al proceso salud / padecimiento / enfermedad y de la relación clínica en podología.

Para ello, se revisó exhaustivamente la documentación publicada hasta el momento, tanto desde fuentes documentales de la psicología social como desde fuentes de la podología, en relación con la percepción social del pie, y las representaciones sociales de la población respecto a la enfermedad del pie, y los aspectos psicosociales implicados en el desarrollo / mantenimiento de enfermedades vinculadas a esta extremidad del cuerpo humano.

El presente estudio pretende servir de instrumento para crear feedback entre diferentes disciplinas, para ahondar en la necesidad y la utilidad de abordar los problemas derivados del pie tanto desde la disciplina podológica, como desde la psicológica, clarificando las contribuciones aportadas desde una y otra disciplina; y tratar de generar conocimiento nuevo, fruto del análisis conjunto, que, por otro lado, cubra la ausencia de enfoques psicológicos en general en podología, y psicosociales en particular, abordando las patologías del pie dentro de un marco de servicio social a la comunidad.

El estudio de las actitudes y las creencias en relación con las patologías de los pies, se complementará, por un lado, con la elaboración de normas subjetivas que operan en el plano personal, basadas en los referentes que las personas establecen con sus seres más próximos (familiares, amigos y la pareja), y por otro, con el control percibido de la conducta no - saludable, que da lugar a la producción de una lesión o a la prolongación del padecimiento de la enfermedad.

Todo ello dentro del marco de la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1985, 1987, 1988, 1991, 2002), para lo cual se necesita alcanzar una serie de objetivos específicos que contribuirán a llevar a cabo el objetivo general.

3. INTRODUCCIÓN

La definición de una profesión constituye el eje principal a partir del cual comienza a desarrollarse.

Es evidente pensar que la Podología nació de la necesidad de crear un profesional, que dedicara su labor a la salud de los pies y la definición de su campo de acción es la base para conocerla y entenderla, por lo tanto, su historia (Lafuente, 2000).

Sin embargo, había pasado mucho tiempo desde la existencia de esta profesión, hasta que en 1977, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española acogió los términos de Podólogo y Podología en su haber.

Y, por lo tanto, aunque el concepto de podólogo siempre fue el mismo, ligado a la salud de los pies, diversos cambios históricos hicieron mella en esta profesión, y su evolución, hasta llegar a un concepto definitivo, fue larga y tortuosa.

Si toda profesión nace de una necesidad y el fin de la podología son “*los pies*”, es acertado creer que la historia de la Podología está íntimamente ligada a la filogenia del ser humano.

3.1 PODOLOGÍA Y SALUD: CONTEXTO HISTÓRICO.

El ser humano desciende de una larga línea de antepasados, desde reptiles hasta mamíferos y primates antropomorfos cuyo esqueleto estaba diseñado para soportar el peso corporal sobre cuatro patas.

Nuestros ancestros datan de la Prehistoria, concretamente a la era cenozoica, observamos que la evolución de los primeros simios hacia los primeros homínidos, Mioceno; hace 23 millones de años, fue determinante para la atribución de funciones específicas a las dos extremidades inferiores, como encargadas de soportar todo el peso del cuerpo y llevar a cabo la locomoción, ya que las dos miembros superiores adquirieron la capacidad de desarrollar la capacidad prensil.

Esta nueva adopción de la postura bípeda y la capacidad de locomoción datan de la época en la que vivió la famosa Lucy (*Australopithecus Afarensis*) en el Este de África, hace 3.2 m.a siendo la forma común de desplazarse y rasgo definitorio del ser humano.

A partir de entonces, la columna vertebral sufre una serie de modificaciones en sus curvaturas y el esqueleto del miembro inferior, especialmente los pies, experimentando cambios morfológicos y estructurales necesarios para llevar a cabo la función bípeda.

Los trastornos de adaptación en las extremidades inferiores, provocan importantes modificaciones en los pies como el incremento del calcáneo, para soportar más peso, el astrágalo varia su posición, el primer dedo se engrosa y se acerca al resto de los dedos menores, para lo cual es desprovisto de la función prensil, debido a que ya no lo necesita y adquiere la función fundamental durante la deambulaci3n.

Para Ackerman (2006), los estudios de pies f3siles de Harcourt - Smith nos permiten corroborar el patr3n humano b3sico y claramente definido: con un primer dedo alineado con el eje longitudinal del pie, un arco longitudinal bien desarrollado conjuntamente con la articulaci3n del tobillo, adaptaciones ingeniosas cargadas de potenciales problemas. Debido a que si el arco es muy reducido, a menudo se producen fracturas por fatiga, si es excesivamente pronunciado los ligamentos a veces se inflaman pudiendo provocar fascitis plantar y patologías estructurales como el espol3n calc3neo.

Del mismo modo cuando el 3ngulo de carga de las rodillas impide una correcta alineaci3n del primer dedo, se pueden generar juanetes, t3picos en el sexo femenino por el incremento de este 3ngulo por la morfología de la cadera.

Si a lo anteriormente expuesto, le unimos los cambios culturales debidos a las distintas civilizaciones, provocan patologías específcas en los pies, debidas a la adaptaci3n de diferentes terrenos, superficies y a la necesidad de protegerse de las agresiones mecánicas y medioambientales, a trav3s del calzado.

Por ende, el calzado se convierte en “*verdugo*”, no sólo por restarles libertad de movimiento, sino también como otro agente externo más, causa etiológica fundamental de deformidades y otras muchas patologías y al que, por supuesto, tuvieron que adaptarse también.

Es así, como podemos determinar a la deambulación como la responsable del inicio de la atención y consideración de esta estructura anatómica, en lo referente a la salud del pie.

3.1.1. Antecedentes históricos de la podología.

Se puede decir que los problemas en los pies son tan antiguos como la humanidad, el cambio de postura para poder deambular de cuatro patas a dos, denominado bipedestación, acarrea serios problemas de adaptación en sus extremidades inferiores, principalmente traumatismos y heridas, producidas por agentes externos y como consecuencia de esa nueva posición erguida.

Así mismo, desde la antigüedad diferentes textos y referencias históricas ponen de manifiesto la existencia de enfermedades que afectaban a los pies, como la artritis, periartritis, osteomielitis, el pie zambo o equino-varo y que queda reflejado en los jeroglíficos y gracias al estudio de las momias egipcias, desde hace más de 5000 años.

Es así como Vandier (1952), relata que en la tumba de Mery en Hagarsheh, se aprecia al dignatario con una pierna muy enferma, que apenas puede apoyar su pie en el piso y para mantenerse erguido se ayuda con un largo bastón.

También, se encuentra otra tumba, la de Ptah Hotep en Saqqarah, donde se observa a un personaje con un bastón, visiblemente lisiado.

Otro referente es el caso de un faraón enfermo, Siptah que tenía deformado un pie, se estima que padeció poliomielitis y murió muy joven.

Además, desde la más remota antigüedad, también tenemos constancia por medio de diferentes referencias, de un profesional dedicado al cuidado de los pies, que se podría enmarcar como la referencia histórica del antepasado del podólogo actual.

Lefebvre (1956), nos indica que en el el papiro Ebers (documento más antiguo de la medicina) contiene un pequeño tratado dedicado a los miembros inferiores (en egipcio *m3st*), a los pies se les denominaba *rdwy*. En los párrafos 611 a 615 constan también 5 recetas para curar enfermedades de los pies.

De acuerdo con Verleysen (1977), el podólogo ya existía en el antiguo Egipto, el doctor Wallet afirmó ver una representación de un grabado en una pared de una cámara mortuoria en las proximidades de las pirámides de Saosali (4000 a.c), de una persona ocupándose del cuidado de los pies, que podríamos decir que representaría al podólogo actual. También, conforme a este mismo autor, se conservan unas tablillas del Pueblo Caldeo (2500 a.c) en las que se describen las enfermedades de los pies.

Wreszinski (1913), afirma que el papiro Hearst, que proviene de excavaciones clandestinas en 1899, en los alrededores de Deir el-Ballas (Alto Egipto), fechado en la dinastía del s. XVIII, como los egipcios padecían enfermedades y dolencias que afectaban a sus miembros inferiores y que poseían tratados médicos para curarlos o tratarlos.

A través de algunos párrafos de estos documentos, sabemos qué hacían los egipcios especialmente para tratar sus pies. Se valían de compresas, ungüentos, pomadas, bálsamos, fricciones, vendajes y otros métodos para pailar y curar las enfermedades de los pies.

Según la mitología griega el héroe Aquiles recibió una herida mortal en la única zona vulnerable de su cuerpo, en el tendón de su tobillo (en la actualidad denominado tendón de aquiles), lo que motivó a posteriori un cuidado específico por parte de los atletas y soldados griegos.

Más tarde en los escritos de Hipócrates (460 - 375 a.c), quien perteneció a la orden de Asclepio y se le considera el “*Padre de la Medicina*”, aseguraba que la enfermedad no era obra de los espíritus, sino resultado de desequilibrios naturales, recoge diferentes textos de aspectos de la medicina, patología, anatomía, fisiología, diagnóstico y pronóstico, enfermedad mental, ginecología, cirugía, dermatología, incluyendo cuidados y tratamientos de las patologías de los pies.

En la Biblia, también aparecen reseñas de la actividad referida a la atención los pies, según Lafuente (2000), en la defensa pública de su proyecto docente de Ortopodología, para Provisión titular de plaza de profesorado en la Universidad de Sevilla, relata que se podría mencionar a Jesús como el primer podólogo del mundo, tomando como ejemplo el profundo acto de contrición y humildad que demostró frente a sus discípulos, lavando y curando sus pies, costumbre mística que perdura hasta nuestros días por parte de todo el mundo del clero en Semana Santa.

Urien (2007), nos narra en su obra "*Podología: Historia Antigua y Moderna*", que en la época de la dominación romana, que fue una era de persecución de los cristianos (años 54 - 68 d.c), el pedicuro Cayus que acompañaba al emperador Nerón, atendió por un problema de los pies, a la Bella Popea (esposa de Nerón), tan agradecida se sintió, que fue tomado para su atención personal.

Por lo tanto, esto le permitió adquirir fama y fruto de ello le otorgaron la denominación de callista, siendo el rango que con posterioridad se le denominaban a todos aquellas personas que ejercían la profesión, los cuales poseían un sello de matriz de bronce con la inscripción en relieve y en dos líneas del texto: de un callista romano en el que se lee la inscripción "*L. SEXTILI. CALLISTI*" (*Lucios Sextili. Callista*), que constatan la relevancia de este profesional de la salud.

Con la desintegración del Imperio Romano de Occidente, y la fragmentación de este lado de Europa en los que se conocen como reinos bárbaros, la iglesia se convierte en la única institución estructurada y organizada de forma similar a como lo fue el gobierno romano. En esta época, la medicina adquiere rango de disciplina superior y la iglesia organiza los centros de enseñanza de una medicina cristiana, basada en la filosofía y no en la práctica.

Fue una fase en la que se llegó a la conclusión de que curar heridas, componer huesos fracturados, abrir abscesos, sacar muelas, cortar callos y durezas, arrancar uñas; no se consideraba auténtica medicina, sino una práctica menor, su labor quirúrgica era desempeñada por el barbero, los cuales solían trabajar en galeras, campos de batalla y hospitales, los de más prestigio eran los maestros de futuros profesionales, pero con el paso del tiempo, éste derogó sus responsabilidades, en lo referente a la barbería, en sus aprendices, para poder entregarse por completo a la cirugía.

Alemany, Flamarich, Mañe, y Sala (1998), en su obra *“Podología historia de una profesión”*, ponen de manifiesto que no sería hasta el año 1477, cuando se ordenen las profesiones sanitarias, este edicto fue promulgado por los Reyes Católicos, siendo este documento la prueba de que en el año 1477, la profesión de Podólogo ya era considerada en España, gozando de una independencia que perdura hasta 1780, año en el que posteriormente, se unificaron los Tribunales de Medicina en uno solo, Tribunal Protomedicato.

A partir de este momento, contamos con una rápida sucesión de cambios que condicionan lo que se conoce como historia reciente de la Podología.

La Real Orden de Isabel II publicada el 10 de septiembre de 1857, fue el primer documento que reglamentaba la profesión de Practicante en Cirugía y Medicina (haciéndose mención al ejercicio de Cirujano-Callista).

Así, en su artículo 40, señalaba la suspensión de las enseñanzas *Ministrantes* (cirugía menor), mientras no se promulgara una Ley que determinara cuales debían ser los conocimientos teórico-prácticos, con el fin de poder optar al título de Practicante en Medicina y Cirugía.

Un siglo más tarde, da comienzo la verdadera era podológica, que comienza, cuando se crea, por orden ministerial, la Escuela de Podología (EP) de la Facultad de Medicina de Barcelona, si bien hay que recordar, que durante esta etapa, la Podología todavía estaba ligada a la carrera de *Asistente Técnico Sanitario* (ATS), con lo cual, eran éstos los que accedían a ella. (Tres cursos académicos de ATS y otros dos de Podología). Todavía no se había llegado a la consideración universitaria de la especialidad.

La primera EP, tenía por objeto celebrar cursos de especialización de Practicantes y ATS, cumplimentaba la parte que le correspondía en la misión social de lucha contra las enfermedades de los pies, y la investigación de los problemas inherentes a la patología quirúrgica de los mismos y fomentaba la publicación de trabajos clínicos y científicos de la especialidad.

Ese mismo año, la Podología española entró a formar parte de la Federación Internacional de Podólogos (FIP) y es en 1959, cuando se organiza el *1º Congreso Internacional de Podología*, en Zurich, se consigue proyectar la profesión más allá de nuestras fronteras, España estuvo presente en Europa y en las dos Américas. Además, el hecho de que la podología española tuviera como base la carrera de Practicante en Medicina y Cirugía, le confería, a diferencia de sus homólogos internacionales, la posibilidad de realizar funciones dentro de su campo profesional.

Otro pilar importante para construir el futuro de la especialidad podológica y puente principal, que la llevaba hacia la independencia sanitaria es la creación en el año 1961 de la Revista Española de Podología (REP), catalogada años más tarde en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 1968, como órgano principal de la agrupación de podólogos del territorio español, constituyendo la continuación de una serie de transformaciones que condicionaban la razón de ser de la Podología.

Un año más tarde, se promulga el Real Decreto (RD) 727/1.962 del 29 de Marzo y publicado en el BOE 13/4/1.962 en el que se reconoce y se reglamenta, en toda su extensión, y con nombre propio la Especialidad de Podología en los estudios de ATS, como también al profesional que ejerce con el nombre de podólogo.

Este decreto reconocía el campo profesional del podólogo, que abarca el tratamiento de las enfermedades y las afecciones de los pies, tradicionalmente ejercido por los Cirujanos-Callistas. Además, la posesión del diploma faculta a sus titulares para que, con plena autonomía puedan recibir directamente a los pacientes.

En 1968 se autorizan, las enseñanzas de Podología en la Orden Ministerial (OM) del 19 de Octubre de 1968, tras haber efectuado las modificaciones y ampliaciones oportunas, tanto de programa como de funcionamiento de orden interno en la escuela. Además, se creó la EP de la Facultad de Medicina de Madrid y siguió funcionando la EP de la Facultad de Medicina de Barcelona, ésta última, como continuación de la que ya existía en el año 1956.

Pasaría solo una década, hasta que las dos primeras EP y la Agrupación española de podólogos, elevaran el 13 de Abril de 1.978 al Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) la petición de los estudios universitarios de podología, que fue concedida por RD del 12 de Diciembre de 1980 (BOE, 1980). El plan de estudios y las directrices de funcionamiento fueron presentadas al Ministro de Educación y Ciencia el 9 de Julio de 1981.

Nuevamente, tendría que pasar otros 10 años, exactamente el 24 de Junio de 1988, para que se apruebe el R.D 649/88, por el cual se transformaron los estudios de la especialidad de Podología en primer ciclo universitario, conducente a la obtención del título de Diplomado Universitario en Podología (DUP), que tendría carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y se establecieron las directrices generales propias de los correspondientes planes de estudios. (BOE, 1988).

ART. 2º: *“Los alumnos que superen los estudios universitarios de podología obtendrán el título de Diplomado en Podología, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional”.*

El ejercicio de competencias profesionales ya había quedado establecido y reconocido según el RD 727/62 del 29 de Marzo (BOE, 1962) y comprendía las materias definidas en su artículo 2, limitándose en su actuación terapéutica, exclusivamente a las manipulaciones que pertenecen a la *Cirugía Menor*, y facultaba a los profesionales para, con plena autonomía, recibir directamente a los pacientes.

Las enseñanzas de podología como titulación universitaria se iniciaron el 7 de Diciembre de 1988, en la Universidad de Barcelona y en la Universidad Complutense de Madrid, con el plan de estudios provisional.

Otros logros, de gran repercusión, relevancia y a destacar dentro de la historia de esta profesión, que permitieron el avance de la misma, son:

RD 1132/90 y la Circular 17/90: la 2ª disposición adicional del RD 1132/90 del 14 de Septiembre de 1990 dice lo siguiente: *“(...) no obstante lo dispuesto en el artículo primero y en el apartado dos, se autoriza a los podólogos para hacer uso, con carácter autónomo, de las instalaciones o equipos de radiodiagnóstico propios de su actividad en los límites del ejercicio profesional correspondiente a su título académico”.*

Y según la CIR. 17/90 del Consejo General de Colegios de Diplomados Universitarios en Enfermería, define la Cirugía Menor como: *“aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que, habitualmente, no requieren reanimación postoperatoria.”*, definición por la cual se rigen los podólogos, actualmente, en el campo de la cirugía (régimen ambulatorio, sin postoperatorio y con anestesia local).

El programa de los estudios conducentes al título de DUP se diseñó de acuerdo con las nuevas tendencias y necesidades de la población en materia podológica. La consideración del pie como elemento integrado al ser bio-psico-social y la adopción del método científico como método de trabajo en la aplicación de los tratamientos podológicos y la investigación queda reflejada en:

Resolución de la Comisión Académica del Consejo de Universidad en el 25 de Septiembre de 1990, homologa el Plan de Estudios de la Escuela Universitaria de Podología de la Universidad de Barcelona y a los efectos que se establecen en el artículo 10.2 del R. D 1497/1987 del 27 de Noviembre (BOE, 1987).

Resolución del 11 de Marzo de 1991 Diario Oficial de Galicia (DOG). 1.426 5-04-1.991) por la que se ordenó la Publicación del Plan de Estudios de Podología de la Escuela Universitaria de Podología de la Universidade da Coruña.

Los últimos cambios que ha experimentado la podología ha sido la creación de las Escuelas Universitarias públicas de: Sevilla, Ferrol, Elche, Plasencia, Málaga, Valencia y las privadas de Manresa (Fundació Bages) y Madrid (Universidad Europea, Alfonso X el Sabio, San Pablo CEU) y la Constitución del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.

El año 2003, ha sido un año de importante relevancia para el futuro de esta profesión ya que se reglaba nuevamente nuestro campo de actuación, según la ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) 44/2003, se definía nuestro campo de actuación como (BOE, 2003):

d) Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas propias de su especialidad.

Años más tarde, en el año 2009, el Ministerio de Ciencia e Innovación (CIN), en su Orden CIN/728/2009, de 18 de marzo, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Podólogo.

Es por lo que comienza una nueva era llena de cambios para los estudios de podología, ya que desaparece como titulación y nace como una nueva disciplina denominada “*Graduado/a en Podología*” que permitirá una libre movilidad de estudiantes y profesionales por toda Europa, una formación postgradual y el acceso a estudios doctorales que facilitan un grado mayor de conocimiento y evidencia científica para la podología, como consecuencia de la aprobación en 1999 del plan Bolonia.

El Congreso de los Diputados, ese mismo año, da la luz verde y aprueba la Proposición de Ley de Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de Julio de Garantía y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (122/142). Se modifica el apartado uno del artículo 77, que tendrá la siguiente redacción:

1. La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica (BOE, 2009).

Dicha ley da la razón y ampara a nuestro colectivo, con unas competencias que ya tenía más que claras, pero que hasta la fecha no estaba refrendada en ninguna ley propia y que contribuye a una cobertura que ampara a la práctica podológica por parte de los estamentos, para así desempeñar la función y dar cobertura al cuidado de la salud del pie de la población en general.

3.1.2 La salud como factor de equilibrio.

El término salud proviene del latín *salus - utis* y significa el estado en el que el ser orgánico ejerce todas sus funciones.

La búsqueda del ser humano por ostentar la salud, ha sido una constante a lo largo de los siglos y durante un largo periodo su concepción ha ido ligada a la medicina y a la salud pública, aunque su visión fue variando en las diferentes civilizaciones debido al nivel de conocimientos, cultura, sistema social (Perea, 2005).

Así se conoce desde la era Hipócrática, la importancia del medio ambiente y de las relaciones sociales del ser humano con su entorno de salud. La repercusión de la Psicología de la salud, se ha puesto de relieve en la actualidad como consecuencia de la morbilidad y mortalidad, por patologías crónicas y los hallazgos epidemiológicos de su origen multicausal (Simón & Amenenedo, 2001).

Por lo tanto, según Godoy (1999), podemos afirmar que la salud va a constituir uno de los aspectos más importantes de las personas, de ahí que se inviertan grandes esfuerzos científicos, asistenciales y políticos en la promoción de la misma, para así erradicar la enfermedad.

Al ser una responsabilización del Estado en el abordaje de la atención a la salud, queda explicitado en la Constitución y en la Ley General de Sanidad Española (Simón & Amenedo, 2001).

Para poder entender el concepto de salud actual, implica sin lugar a dudas, el análisis de las más relevantes acepciones a lo largo de la evolución social, del patrón epidemiológico del momento y de las repercusiones reales y potenciales que dicha situación tendrá sobre la comunidad.

Si nos remontamos a siglos pasados, la concepción de la salud se ha ido estratificando en la mente del hombre mediante un proceso ligado a la cultura, a sus creencias, a sus valores y al desarrollo de la ciencia y la tecnología, estructurándose alrededor de 4 dualidades básicas: la magia y la ciencia o la razón; la población y el individuo; el espíritu y el cuerpo y el holismo frente al tecnicismo (Alfonso & Álvarez-Dardet, 2000).

Y es a lo largo de cada uno de estos paradigmas propios de épocas históricas diferentes, como han surgido numerosos intentos por conceptualizar la salud, dejando sentir en cada uno de ellos el reflejo de las características propias de las personas de cada momento de la evolución del hombre.

No sería hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando en el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), promulgue en su Carta Magna la definición de salud. Según la cual, *“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Este concepto de salud fue perfectamente recogido por la propia OMS, dos años más tarde, en la “*Declaración Universal de los derechos humanos*” en su artículo 25, como un derecho humano básico, siendo imprescindible para el desarrollo económico y social de cualquier pueblo.

Por consiguiente, la salud debe ser considerada como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida, es una condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad. La implicación de este concepto positivo y relativo de salud, es que todos, prescindiendo de las condiciones económicas o de edad, puedan conquistar un estado de bienestar haciendo pleno uso de sus capacidades funcionales.

Así es como se entiende por salud un estado de “*bienestar*” que concierne a la persona en su concreción físico-psíquica; un bienestar que no contempla al sujeto de manera estática y fija, sino como equilibrio que siempre se encuentra relacionado con las diversas condiciones de vida, de trabajo, de tiempo que transcurre, de peligros que deben afrontar, de riesgos, de tensiones que inevitablemente atraviesan el camino de su existencia humana (Gómez, 2005).

En los últimos tiempos, atestigua Simón (1999), que las características y el modo de desarrollar los contenidos y las actividades en el ámbito del cuidado de la salud y de todas las ciencias relacionadas directa o indirectamente con ella, han permitido una nueva conceptualización de la salud constatando la importancia en el surgimiento de la Psicología de la Salud.

Y a pesar de existir una creencia generalizada de que la salud estaba determinada fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias históricas que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta.

Recordar que a nivel de la asistencia sanitaria, los factores sociales o económicos, la biología humana (carga genética), el medio ambiente o la conducta y los estilos de vida desempeñan un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios, ya que los diferentes hallazgos epidemiológicos propios de cada época, han puesto de manifiesto una importante asociación entre los niveles de salud de la comunidad y las mejoras en las condiciones de saneamiento y en la alimentación.

Por lo tanto, según Godoy (1999), la definición de salud contempla un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

Esto implica la responsabilidad de actuar en aquellos factores determinantes que influyen en la ausencia de salud, que cada sociedad evalúa en virtud de las influencias de los individuos y de los grupos que la conforman y de la influencia de cada uno de ellos en el total (Gil, 2001).

En 1978, la OMS elabora una estrategia denominada '*Salud para todos*', cuyo objetivo esencial era conseguir la igualdad en salud, que *'todos los habitantes del planeta tuvieran un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva'*, gracias a un abanico de indicadores cuantitativos que se propuso recoger cada tres años se pretendía evaluar la salud, si bien uno de los mayores inconvenientes en este punto resultó ser el sistema de información y recogida de datos (Alvarez-Dardet & Peiró, 1999).

Este interesante debate propició importantes reflexiones sobre las intervenciones que debía garantizar el Estado, en un contexto de crisis y después de desarrollar un modelo de bienestar que había invertido en la cobertura de necesidades, demandas, derechos, consumo y satisfacción (Galbraith, 1992), dirigiendo hacia la igualdad la mayoría de sus políticas sociales y por ende sanitarias.

A principios de los 90, desde la oficina regional de la OMS, se elabora un informe que trata de los conceptos y principios de igualdad y salud, los cuales forman parte de los discursos y documentos, si bien hasta entonces la enfermedad y los indicadores de morbi-mortalidad eran los datos que justificaban la intervención. En un contexto de control del gasto, los conceptos definen la realidad y los límites.

De manera que, el informe de la OMS definirá la desigualdad en salud considerada en su dimensión ética y moral, y no, exclusivamente, estadística, ya que para caracterizar una situación como desigual ha de examinarse y juzgarse la causa como injusta, en el contexto de lo que está ocurriendo en el resto de la sociedad.

En el informe titulado: *“Conceptos y principios de igualdad y salud”* (Whitehead, 1990), se plantea su definición bajo dos coordenadas distintas y supone una estratégica forma de separar lo que muestran los indicadores de las intervenciones.

La distribución de la salud y sus problemas mediante estudios epidemiológicos y estadísticos, muestran lo que se ha decidido observar, construyendo una imagen de la salud compuesta de relaciones y porcentajes que revelan por una parte las desigualdades que se producen en el *nivel y calidad de la salud*, es decir el estado de salud de los ciudadanos, y por otra parte se consideran las desigualdades relacionadas con *la provisión y distribución de los servicios sanitarios*.

Esta tendencia que se impone sigue estos parámetros, de manera que se observan los problemas y a cuantas personas sobre el total afectan y posteriormente, se diseña la intervención desde el sistema sanitario enmarcada por *las estrategias para la acción en el marco internacional que define la OMS*, con herramientas asistenciales y educativas.

El problema está en que se pierde el trasfondo social, al tiempo que se enfoca hacia el diagnóstico y tratamiento médico - farmacéutico con una clara tendencia a la culpabilización explícita del individuo.

La OMS (1990), indica en el informe las situaciones que se consideran injustas, a partir de la interacción de diversos factores que se concretan en siete determinantes de la salud:

- 1) *Variación natural biológica* que hace diferentes a los individuos y que no se considera desigualdad.
- 2) Comportamiento perjudicial para la salud identificado en *el estilo de vida* que al ser elegido 'libremente' tampoco se considera desigual.
- 3) '*Ventaja sanitaria*' que se refiere a la adopción de comportamientos saludables por parte de un grupo, frente a otros que no las adoptan a pesar de tener la oportunidad. Esta última situación tampoco se considera indicativa de desigualdad.

Los cuatro restantes sí se identifican como generadores de desigualdad en la salud y son:

4) *Comportamientos que atenten contra la salud y no dependan de la elección del individuo*, ya que su capacidad está restringida.

5) *Exposición a condiciones de vida y trabajo poco saludables y estresantes*.

6) *Falta de acceso a la sanidad y otros espacios públicos básicos*.

7) *Selección natural o movilidad social* relacionada con la salud, que provoque la tendencia de las personas con disminución o discapacidad a perder nivel social.

La definición de igualdad que se desprende implica que todo el mundo debería tener la oportunidad de realizar su máximo potencial de salud a partir de la creación de una igualdad de oportunidades y la reducción de las diferencias sanitarias. Esta afirmación abre el paso a la intervención desde la perspectiva de la igualdad, en la asistencia sanitaria (acceso y tratamiento). Igualdad que significa un uso igualitario y justo de los recursos lo cual puede oscilar entre dos argumentos extremos.

Desde el punto de vista del gasto, la igualdad se entendería como una igual distribución geográfica del gasto per cápita y desde el punto de vista del estado de salud se pretendería igualar sus indicadores o reducir las distancias entre grupos y territorios (Pérez, 2006).

Los objetivos de salud deberían dirigir la acción hacia:

- 1) El establecimiento de políticas de igualdad que promuevan la mejora de las condiciones de vida y trabajo.
- 2) La procura que las personas adopten estilos de vida más saludables.
- 3) La ayuda de un verdadero apoyo a la descentralización del poder y de las tomas de decisión, instando a la participación en cada etapa del proceso de elaboración de políticas.
- 4) La evaluación del impacto sanitario junto con acciones intersectoriales.
- 5) La preocupación mutua y el control en el ámbito internacional.
- 6) La igualdad en la atención sanitaria, basada en el principio de accesibilidad y de alta calidad para todos.
- 7) El diseño de políticas igualitarias basadas en la investigación (magnitud real del problema), el seguimiento y una evaluación apropiada.

Finalmente, remarca que igualdad no significa que todo el mundo tenga igual estado de salud o que se deba consumir la misma cantidad de recursos sanitarios y que debe definirse con más precisión el objetivo de igualdad.

3.1.3. Fundamentos científicos de la enfermedad.

La palabra enfermedad se forma de in más *firmus*, denominándose *infirmus*, cuyo significado es obvio: el prefijo in modifica, negándolo, el valor de *firmus*, que significa firme, sólido, robusto (al que se opone frecuentemente imbecillus, además de *infirmus*). No firme (en sentido físico y moral) endeble, débil, enfermo, enfermizo, apocado, tímido, débil de carácter, pusilánime, pobre de espíritu es, pues, el significado resultante de *infirmus*.

Es interesante hacer notar que para denominar la enfermedad, el latín prefiere usar la palabra *aegritudo* o *aegrimonia*, que significa tristeza, melancolía, dolor, enfermedad. Es decir que *aegritudo* define preferentemente el estado de ánimo, e *infirmitas* el estado del cuerpo (Arnal, 2009).

Su significado ha ido acompañado de falta de integridad en el ser humano en diferentes culturas, afectando a la vida social de las personas, así como la distinción fundamental entre: estar y sentirse enfermo: *disease* (representación de un problema por parte de la cultura profesional sanitaria) e *illness* (interpretación de la persona de sus signos corporales en función de su contexto sociocultural).

El problema de saber qué es enfermedad es tan antiguo como el génesis de nuestra cultura. Desde tiempos remotos como lo marca la historia el proceso de enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno.

Así, las explicaciones míticas fueron probablemente las primeras en intentar dar una respuesta (Peña & Paco, 2002).

En la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo atribuían a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o shamanes, donde en una fase politeísta, las diferentes enfermedades se atribuían a diferentes dioses, y su cura, a la bondad de los mismos solo se reserva una interpretación natural de la enfermedad cuando esta tiene una explicación evidente, como puede ser un traumatismo.

Con el paso de los siglos, persiste la interpretación natural y sobrenatural de la enfermedad y en lo que se podría denominar mundo clásico, la enfermedad era considerada como una mancha de carácter simultánea e indiferenciadamente física, religiosa y moral, una maldición de los dioses, desorden religioso cósmico, impureza apoyada por la *physiología* presocrática, la medicina hipocrática naturaliza el sentido de la enfermedad que establece como impureza de la *Phýsis*, ruptura del equilibrio de la naturaleza (Laín, 1990).

La llegada del renacimiento consigue dar un giro a la concepción de la enfermedad, minando las creencias religiosas y afirmando las de carácter científico u objetivo. Las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, de la oración a la observación y experimentación, del escapulario y el crucifijo a la auscultación, se rompen tabúes como la disección anatómica, palpar los cuerpos y la realización de tratamientos quirúrgicos.

La aparición de la revolución industrial, lleva consigo la organización social, creando leyes que tratan de fundamentar la necesidad de hacerse cargo de la salud para así conocer que el potencial del país se podía ver afectado por las enfermedades.

Se fomentó una nueva definición de enfermo, que se concibió como aquella persona que no podía trabajar o no era productiva, elaborando un nuevo discurso y conocimiento sobre la forma de cómo debe entenderse el origen, distribución y sobre las diversas formas de solucionar los problemas de salud, para lo cual los responsables de velar de la misma, recaía en los médicos y en los especialistas (Álvarez, 2006).

Es el inicio del denominado modelo médico, conjunto de ideas que tienen como base un fundamento científico empirista, liderado por Galileo en el s. XVII (Bunge, 1985), lo que forjó el camino certero gracias a la “*invención*” del método científico para así entender la etiología de enfermar.

En estos dos últimos siglos, se genera un avance en el desarrollo de la biología y de la medicina; a partir de entonces, personajes como Bernard y Comte tratarían de dar respuesta a la pregunta ¿Qué es la enfermedad?, pero lo harían ya provistos de la “*perspectiva científica*”.

Fiel a su espíritu científico, Bernard consideraba la medicina como la ciencia de las enfermedades y a la fisiología como la ciencia de la vida.

Para ello inculcaba una práctica médica basada sobre la evidencia científica: *“En las ciencias, la teoría es la que esclarece y domina la práctica. La terapéutica racional sólo puede sostenerse sobre una patología científica, y ésta tiene que basarse sobre la ciencia fisiológica”* (Canguilhem, 1971).

Como científico de acción, Bernard llegó a demostrar que el azúcar en el organismo animal es un producto propio y no sólo importado del reino vegetal. Propuso que la glucosa es una sustancia rigurosamente mantenida en concentraciones constantes en la sangre, descubrió que el azúcar en la orina es un producto generalmente eliminado por el riñón cuando la *“tasa de glucemia”* alcanza un determinado umbral (Canguilhem, 1971).

Pero lo que si es asombroso es que sin la tecnología que se dispone hoy, Bernard fue capaz de asumir la actitud naturalista al definir enfermedad, llegando a conclusiones tan válidas, como que el estado patológico es consecuencia de un desorden cuantificable y medible fruto de un mecanismo o funcionamiento, para ello se fundamentaba en la estadística sin dar gran relevancia a conclusiones valorativas, idealistas o míticas; confiaba en el materialismo de la perspectiva científica.

Otro filósofo positivista del s. XIX sería Auguste Comte quien explica que todas las enfermedades consisten fundamentalmente *“en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal”* (Canguilhem, 1971).

En pleno siglo XX, las preocupaciones por una definición general de enfermedad en lugar de crecer, disminuyeron.

Para Leriche, la enfermedad es una *“novedad fisiológica”*. *“La enfermedad ya no se nos aparece como un parásito que vive sobre el hombre y del hombre a quien agota. La consideramos como la consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico. En suma, es un orden fisiológico nuevo y la terapéutica tiene que plantear como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden”* (Canguilhem, 1971).

La obra mas relevante fue escrita por Sigerist *“Civilización y Enfermedad”*, discierne acerca de las conexiones e influencias ejercidas por parte de la cultura en sus diferentes expresiones (literatura, arte, filosofía, etc.) sobre la conceptualización de enfermedad.

En esta obra, Sigerist (1946), “desliza” el concepto moderno según el cual, la enfermedad es un proceso biológico donde el organismo humano responde a estímulos que exceden en cantidad o en calidad a la adaptabilidad del organismo, convirtiéndolo en anormal y patológico. Los síntomas corresponden a funciones de órganos lesionados o mecanismos de defensa que tienen que sobreponerse a las lesiones. La enfermedad es la suma total de reacciones del organismo o de partes de él a estímulos anormales o excesivos.

La segunda obra de mitad de siglo, a cargo de Canguilhem, es publicada en 1956, “*Le normal et le pathologique*” (Lo normal y lo patológico), ensayo de gran influencia en Europa, pero que en Norteamérica y en el resto de países fue casi desconocido (Spicker, 1987).

Define enfermedad como el estado anormal (patológico) que predispone al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado. Se opone a la “visión” naturalista, la cual de manera ingenua sólo se interesaba en describir la naturaleza, confundiendo en tal descripción el objeto conceptual con el objeto fáctico. Para Canguilhem, la enfermedad, sólo es un predicado dominado por su aspecto valorativo y convencional.

La enfermedad no es sólo expresión de un trastorno biológico, sino también el resultado de influencias socio – culturales. Para Parsons (1951): enfermar es el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual, cayendo en una situación de dependencia.

Se caracteriza desde un punto de vista social por dos derechos, que legitimada por una autoridad (el facultativo) para evitar los abusos y exculpación respecto a su condición de enfermo, pues se supone que ésta es involuntaria y dos deberes, obligación de reconocer que el “*estar enfermo*” es una situación indeseable, por lo que la persona enferma tiene el deber y la responsabilidad de buscar ayuda y cooperar para recuperarse lo antes posible. El facultativo, sobre la base de su capacitación técnica y su predisposición actúa como agente de control social.

En el momento presente, es de reseñar la importancia de las intervenciones psicológicas porque son una herramienta terapéutica complementaria y poseen una influencia positiva o negativa, sobre la salud y la enfermedad a través de los cambios que son capaces de producir en el sistema inmunitario, permitiendo mejorar biológicamente a los pacientes y contribuir al restablecimiento de la salud (Bayés & Borràs, 1999).

Para finalizar, según Bernard se entiende por enfermedad al estado propio, pero diferente y alterado de un individuo, siendo una variación cuantitativa para algunos (Bernard) o cualitativa para otros (Leriche). Canguilhem añade que no es lo mismo decir que lo anormal (lo raro) es a la vez lo patológico, ya que tal designio es un criterio de valor; no sólo entonces, una definición descriptiva será suficiente, sino que se requiere de una definición valorativa - normativa.

3.1.4. La relación médico - paciente. Análisis filantrópico y paternalista.

Se puede afirmar que la relación médico - paciente es ética y descansa sobre la visión religiosa del mundo, que se encontraría siempre arraigada en una determinada posición del espíritu frente a la religión, en la cual confluyen las disposiciones interiores del hombre mismo, su conciencia, sus merecimientos, su impotencia, su sensación de ser incompleto, y cuyos actos morales son personales, no rituales; en la que se establece una relación directa, de corazón a corazón, de alma a alma, entre el hombre y su hacedor.

La religión personal está relacionada con los sentimientos, actos y experiencias de los seres individuales en su intimidad, en tanto que se establecen y mantienen en relación con aquello que consideran como divino.

Así por divino se entiende aquella realidad primaria, a la cual el individuo se siente impedido a responder con solemnidad y gravedad, no como sometido a un yugo que doblega sino como una sensación de bienaventuranza que oscila entre la serenidad amable y el gozo espiritual infinito. El sentimiento religioso confiere al hombre una nueva visión de su vida que ninguna otra parte de nuestra naturaleza puede llenar con éxito (James, 2002).

En las diferentes épocas de la historia, la relación médico - paciente adopta modalidades distintas aunque esa relación siempre es única fundamentada en obtener la curación del enfermo, siendo adecuadas o inadecuadas, completas o incompletas, sus diferencias en relación meramente humanitaria y de misericordia, como en la medicina que se practicaba en los antiguos hospitales de caridad, o de una relación fundamentalmente académica o universitaria, en que prime la necesidad de adquirir por parte del médico el conocimiento científico, apoyado muchas veces en excesos de técnica.

Por lo tanto, es también diferente si la tecnología del profesional predomina sobre todos los demás aspectos de la relación, y la modifica negativamente si transforma al paciente en un mero objeto de estudio y ensayo.

Así mismo, es también distinta cuando se intenta establecer la relación sobre un trasfondo de sistemas contractuales, en los cuales la intervención de un tercer elemento, el asegurador, modifica los términos y las circunstancias de una buena relación, lo que es cada vez más evidente en los sistemas de medicina prepagada de la actualidad y en razón a las disposiciones legales que bajo el término de mala práctica, ponen en guardia al médico en su ejercicio profesional.

En el mundo clásico, se establece un vínculo entre médico y enfermo denominado por los griegos PHYLIA o amistad. El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad, diría Platón en el Lisis 217 a.c (Laín, 1983).

También lo pone de relieve una sentencia hipocrática que dice: "*donde hay amor al arte (de curar) hay también amor al hombre*".

La peculiar amistad entre médico y enfermo es el fundamento de la relación, aunque muchas veces se ve corrompida por los vicios que la afectan. Es una relación que posee un carácter técnico manifestado por el interés del médico en conocer qué y por qué hace lo que hace. Esto le concede el rango de tekhnitês.

Para Aristóteles la enfermedad hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia, perturbándole el juicio moral.

En Grecia es frecuente pensar que solo el hombre sano y bello, *kalós*, puede ser bueno, *agathós*. El médico, en la relación clínica es virtuoso y tiene el deber de "*hacer el bien*" al enfermo, mientras el paciente, débil física y moralmente, debe aceptarlo. Por eso la relación paternalista, es la mejor posible en el pensamiento helénico y ha persistido como la relación clínica deseable hasta nuestros días (Gracia, 1992).

Para los médicos hipocráticos había dos modos de enfermar, cualitativamente distintos entre sí: las enfermedades nacidas "*por necesidad*" de la naturaleza, que tienen carácter incurable o mortal y las enfermedades que aparecen "*por azar*", que son susceptibles de ayuda técnica.

Las primeras, son desórdenes morbosos regidos por una misteriosa e invencible necesidad de la naturaleza, frente a las cuales la "*tekhne*" del hombre sólo puede manifestar su impotencia; las segundas admiten la intervención del médico, uno de cuyos papeles fundamentales es establecer, según los signos pronósticos, si el proceso morbozo es obra de la necesidad o bien producto del azar.

Si la enfermedad era un producto de la necesidad de la naturaleza, el médico debía resignarse con honda veneración religiosa a su impotencia terapéutica y aceptar que su técnica tenía sus límites.

En la relación con los enfermos, si éstos eran esclavos, por lo común no eran atendidos por médicos sino por empíricos cuya comunicación verbal con el enfermo era mínima.

Si se trataba de enfermos ricos y libres, el médico hipocrático tradicional ilustraba al enfermo mediante "*bellos discursos*", mediante los cuales se persuadía al enfermo de que el remedio que se le iba a administrar era el más adecuado para él, individualizando el tratamiento de un modo más perfecto que el meramente cuantitativo.

Pero, además de ilustrar al paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos y de persuadirlo para obtener su aceptación de los mismos, algunos médicos establecían una medicina pedagógica, cuya norma era seguir día a día el curso vital del posible enfermo, de la misma manera que el pedagogo va siguiendo los pasos del niño que cuida.

El empleo abusivo del método pedagógico y, por lo tanto, la excesiva individualización somática y biográfica de los tratamientos era perjudicial y, en opinión de Platón, debería ser proscrito en toda *polis* que aspirase a la perfección, lo cual le conducía a proponer para su ciudad perfecta un cuerpo médico *"que cuide de los ciudadanos de buena naturaleza anímica y corporal, pero que deje morir a aquellos cuya deficiencia radique en sus cuerpos y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible"*.

En el marco de la Grecia Clásica nos encontramos con una práctica médica muy heterogénea, aparecen pronto leyes que tratan de proteger al enfermo de abusos y malos tratos por parte del médico.

Así aparece dentro del *Corpus Hipocraticum* un primer intento de lo que posteriormente se llamará ética, el Juramento Hipocrático. No se puede decir que represente la actitud general del médico ante el enfermo en el mundo helénico. La consideración de la enfermedad como estigma, hace al griego poco compasivo con los débiles o incapacitados. Solo cuando existía la posibilidad de curación, se podía esperar el cuidado médico y la consideración social.

El Juramento comienza solemnemente con una invocación politeísta:

“Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses, poniéndolos por testigo, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita...”

El Juramento contiene normas éticas más estrictas que las exigidas legalmente a los médicos griegos y las contenidas en los escritos de Platón y Aristóteles. Tampoco la práctica griega era fiel a muchas de las exigencias contenidas en el Juramento, como, por ejemplo, el aborto o la eutanasia (Gafo, 1986).

Según el Juramento, el médico debe poner toda su ciencia al servicio del enfermo evitando todo mal e injusticia y buscando el bien del paciente. Se rechaza la administración de venenos y la utilización de sustancias abortivas. Se excluye todo tipo de seducción sexual y se enfatiza sobre la obligación del secreto profesional. Además, el médico se compromete a vivir y ejercer su profesión con *“inocencia y pureza”*.

La filantropía helenística fue notablemente ampliada por el cristianismo, se afirmó desde su origen mismo que el hombre, entre todas las criaturas del mundo, es la única creada *“a imagen y semejanza de Dios”*.

Así se pasa del aforismo aristotélico de "*Ama a tu amigo como a tí mismo*", el cristianismo contrapuso el "*Ama a tu prójimo como a tí mismo*"; y "*prójimo*" o "*próximo*" puede y debe ser cualquier hombre, como lo señala la parábola del buen samaritano.

Desde el punto de vista cristiano, la perfección de la naturaleza física no es condición suficiente para la perfección de la persona; de manera tal que la bondad moral del hombre, en definitiva, la perfección de su persona, no puede ser mera consecuencia de la perfección de su naturaleza física.

Para el cristianismo primitivo, la enfermedad, además de ser un desorden más o menos duradero de la naturaleza del paciente, era un evento personal del hombre que la padecía, y poseía en su estructura una esencial dimensión religiosa y moral, tanto en orden a la condición humana general, como respecto de la singularísima persona a la que afectaba. Se consideró que la enfermedad era causa de aflicción y que, rectamente soportada, era signo de distinción sobrenatural.

Muchos de los pasajes evangélicos establecieron una relación análoga entre "*salud*" y "*salvación*" por un lado y entre "*enfermedad*" y "*pecado*" por el otro.

Desde el punto de vista social, el médico cristiano en sus comienzos estableció la condición igualitaria del tratamiento.

La acción misericordiosa del médico debía tener por término la persona del enfermo, una persona doliente, quien quiera que fuese; en consecuencia, el tratamiento había de ser practicado por igual independientemente de las condiciones sociales.

A diferencia de los griegos, frente a los enfermos incurables o moribundos, el médico cristiano y como él todos los miembros de su comunidad, se creían en el deber de prestar ayuda técnica y caritativa a los pacientes en cuya dolencia ya nada era capaz de hacer el arte de curar.

Para lo cual, se estableció la ayuda gratuita, sólo por caridad al enfermo menesteroso, y se incorporaron prácticas religiosas en el cuidado de los enfermos, tales como la oración, la unción sacramental y en algunos casos el exorcismo.

En la etapa de la edad media, la Regla de San Benito establecía que la asistencia médica debía ser prestada a los enfermos como si en verdad se prestase al mismo Cristo y, a partir de esa época, la asistencia médica fue pasando a sacerdotes tanto del clero secular como del regular.

La amistad del médico con su paciente recibió en ocasiones la impronta de la situación feudal y la mentalidad ordálica de aquellas sociedades, como lo demuestra con bárbara elocuencia la conducta de Austriquilda, la esposa del rey Gonthan, con sus médicos Nicolás y Donato.

En el año 580 cayó enferma y sintiéndose próxima a morir, pidió a su marido que ordenase decapitar a los dos médicos que la habían asistido, porque los remedios por ellos prescritos se habían mostrado ineficaces. El deseo de la moribunda fue fielmente cumplido, dice la crónica de Gregorio de Tours, a fin de que la señora no entrase sola al reino de la muerte.

Siglos más tarde, suspendida la vigencia social de la mentalidad ordálica, al condenarse oficialmente la ordalía por el Concilio de Letrán en 1216, el pensamiento común de los médicos de la baja Edad Media consideró que la enfermedad era real, no ente de razón; que siendo real, en cuanto tal, no poseía realidad sustantiva; que no siendo sustancia, era un accidente de la sustancia del individuo que la padecía.

Se pensó que la enfermedad como afección morbosa poseía un sentido que ponía a prueba la condición moral del hombre: si la enfermedad generaba desesperación o ira, era ocasión de pecado, en tanto que era meritoria si se tomaba como un sufrimiento no merecido que cristianamente se acepta y se ofrece.

La medicina medieval tardía, en el tránsito de la asistencia médica monástica a la acción de la práctica profesional de los laicos formados en Salerno y en las nacientes universidades europeas, era todavía una medicina promovida por la caridad que se expresaba en la *Amicitia Christiana* hacia la persona del enfermo; y fue esencialmente igualitaria en los centros monásticos, aunque Armando de Villanova señalaba sin ambages dos modos de atender al enfermo: la "*medicina para ricos*" y la "*medicina para pobres*".

La vinculación entre el médico y el enfermo fue cristianamente entendida. Médicos y enfermos encontraron que el fundamento de su mútua relación era la amistad médico cristiana.

Luego, vino el Renacimiento y el afán de conocimiento y de creación de belleza condujo al desarrollo del humanismo en todos los ámbitos de la ciencia y el arte.

En la España de Carlos V, la versatilidad de los médicos era tal que a finales del siglo XVI, la cuarta parte de los 541 libros médicos editados en el continente en el curso de 125 años, tenían que ver con temas no totalmente relacionados con la medicina.

Esta amplitud de la visión del médico, necesariamente, tenía que reflejarse en su relación con el paciente. Algunos títulos de libros de ese tiempo, publicados en Sevilla, Toledo y otras ciudades españolas, reflejan la mentalidad de esa época: *"Crónica e historia universal general del hombre"* de Valdés; *"Examen de los ingenios para las ciencias"* de San Juan; *"La conservación de la salud del cuerpo y del alma"* de Álvarez; *"Las lágrimas de Angélica"* de Bartolomé y los *"Discursos del amparo de los legítimos pobres"* de Pérez.

La Reforma de Martín Lutero generó en toda Europa, pero muy especialmente en España, un movimiento contrario, la Contrarreforma, cuyas características de severidad se hicieron sentir en las regiones sometidas a la autoridad de Felipe II.

La vida cultural y científica de España se transformó cuando el monarca cerró virtualmente las puertas españolas a toda influencia que pudiera generar la Reforma en España.

Con la mira de defender la religión católica, se impidió todo contacto con universidades extranjeras y, bajo penas severísimas de confiscación y destierro, la juventud española que se formaba en París y Montpellier se vio forzada a regresar a la Península.

Los médicos de la época de Felipe II, en consecuencia, carecieron de la amplitud humanística de los que caracterizaron la época de Carlos V; fueron más científicos, si se quiere, pero sometidos a la voluntad del todopoderoso monarca.

Un ejemplo patente de la intervención de la autoridad en la relación médico - paciente se puede encontrar en las vicisitudes del tratamiento de la enfermedad del hijo de Felipe II, el tristemente célebre príncipe Carlos, inmortalizado siglos después por Schiller en el teatro y por Giuseppe Verdi en la ópera.

Las múltiples juntas médicas que se realizaron para estudiar la enfermedad del príncipe y para determinar la conducta terapéutica, fueron presididas por el monarca o, en su defecto, por el Duque de Alba; la trepanación del cráneo del príncipe Carlos fue dirigida por el mismo Duque, quien por fortuna para el príncipe, ordenó suspenderla en su fases iniciales a sus médicos, entre los cuales figuraban don Bartolomé Hidalgo de Agüero, don Dionisio Daza Chacón y el inmortal Vesalio, que por esa época era médico de la corte española.

La medicina se va constituyendo en una actividad más científica, en la medida en que la investigación va descubriendo y explicando los fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos.

El desarrollo de la ciencia entre el siglo XVII y el XIX es inmenso y el cambio de orientación de la relación médico - paciente se va dirigiendo cada vez más hacia una asistencia hospitalaria bien organizada en centros prestigiosos como el *Hôpital de la Pitié-Salpêtrière* en París, el *Guy 's Hospital* en Londres y el *Allgemeine Krankenhaus* en Viena.

Para los historiadores contemporáneos de la ciencia, como el profesor Cohen, de la Universidad de Harvard, las tres más grandes revoluciones intelectuales de los últimos cien años están relacionadas con los nombres de Karl Marx, Charles Darwin y Sigmund Freud.

Así, independientemente de que el psicoanálisis freudiano ortodoxo se considere o no como ciencia o se le relacione más con una filosofía e inclusive con una religión, el hecho es que su impacto en el campo de la medicina ha sido enorme y que las concepciones psicológicas después de Freud han tenido vastas repercusiones en el diagnóstico y el tratamiento de entidades patológicas, y en el conocimiento mismo del hombre.

Su importancia radica en que por primera vez Freud se tiene en consideración los fenómenos psicológicos como causa de enfermedades físicas.

A principios de la década de los setenta, se produce una transformación en la relación entre el médico – enfermo de tipo vertical e impositiva, a otra más horizontal y participativa, basada en el principio en el que el profesional posee la información técnica y el paciente adulto la capacidad de consentir o decidir, que se acuña con el término consentimiento informado (Becerro de Bengoa, Losa, & Berzosa, 2005).

3.1.5 Profesionalización de la Podología.

El concepto de profesión, no solo requiere que los miembros de las ocupaciones que las configuran, estén formados y educados en instituciones de educación especializada, la universidad. Además, deben estar organizadas en instituciones especiales destinadas a determinar e influenciar en la conducta y la dedicación de sus miembros y configurar su identidad profesional (Ramíó, 2005).

La podología responde a este concepto de profesión, gracias al marco institucional y legislativo que se ha ido configurando a lo largo de los años, debido a la demanda social, dada la carencia de cuidados especializados para la salud de los pies.

El factor considerado influyente en el proceso de profesionalización, desde el punto de vista institucional, es la integración de los estudios de Podología en la Universidad, que nacen en la década de los 50 como una especialidad de los estudios de ATS.

En el año 1956, se crea la primera EP en la Universidad de Barcelona, la cual imparte cursos de especialización sobre enfermedades de los pies, a través de una Sección del Dispensario de Ortopedia adscrita al Servicio de Patología Quirúrgica "A" de dicho Centro y Universidad (Arandes & Viladot, 1956).

Los objetivos de la escuela eran: celebrar cursos de especialización sobre enfermedades de los pies, cumplimentar la parte que le corresponde en la misión social de la lucha contra las enfermedades de los pies, investigar en los problemas inherentes a la patología quirúrgica de los pies y fomentar la publicación de trabajos clínicos y científicos de la especialidad.

A los Practicantes de Medicina y Cirugía y a los ATS que acreditasen, mediante certificaciones del Colegio respectivo y de la Oficina correspondiente del Ministerio de Hacienda, que en la fecha de promulgación del presente RD 727/1962 se hallan en el ejercicio de la especialidad de Cirujano-Callista con gabinete abierto al público, y al corriente en el abono de sus obligaciones fiscales, así como a los que acrediten, mediante certificación de nómina, que están trabajando en esa misma fecha en empresa dedicada exclusivamente al tratamiento de las afecciones de los pies, se les expediría automáticamente, si lo solicitasen, el diploma, previo pago de las tasas académicas correspondientes.

De la misma manera, a los Practicantes y ATS que certificaran, en la forma anteriormente expuesta, dedicarse al ejercicio de la especialidad sin gabinete abierto al público, y encontrarse al corriente en sus obligaciones fiscales, podrían aspirar a la obtención del título, mediante la realización y superación de un cursillo de 3 meses de duración y 6 horas diarias de clase, que se celebraría en las Escuelas de Podología, y podría ser repetido por los interesados una sola vez, dentro del mismo año, en caso de no obtener la aprobación en la primera convocatoria.

Pero no sería hasta el año 1988, cuando se creen los títulos académicos de DUP como titulación independiente, dotada con un plan de estudios propio que le ha permitido utilizar diferentes recursos, gracias a los cuales, se han podido interrelacionar con otras disciplinas, que contribuyen a integrar estos conocimientos en las enseñanzas de Podología.

Por ende, este cambio ha significado, exponer a los estudiantes a una perspectiva más amplia, a una gran variedad de ideas, a valores culturales diferentes, a distintas formas de enseñar, aprender y sobre todo, sensibilizar a cerca de un estudio sistemático de problemas y tendencias de la Sociedad, de la Salud y de la Podología.

Así pues, en el momento actual, el podólogo es un profesional universitario de primer ciclo, con un campo de actuación que abarca la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y deformidades de los pies.

Los podólogos que accedieron a la profesión a través de la carrera de Practicantes / ATS han convalidado su diploma por el actual, mediante la Orden de 25 de Noviembre de 1992, sobre convalidación de la especialidad de Podología para ATS por el título DUP.

A nivel legislativo puede comprobarse como las competencias profesionales del podólogo vienen determinadas en las siguientes disposiciones:

- Ley de Ordenación Universitaria (LOU), a propuesta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, y previo informe de la Comisión Central de los estudios de ATS y del Consejo Nacional de Educación y por OM (BOE, 1955), da luz verde a la enseñanzas de podología consistente en un primer momento en cursos de especialización sobre enfermedades de los pies.
- RD 727/1962 de 29 de marzo. Define el campo de la Podología en lo relativo al tratamiento, con carácter autónomo, de las afecciones y deformidades de los pies, limitándose en su acción terapéutica a las manipulaciones que pertenecen a la cirugía menor.
 - o En su artículo 1º, párrafo segundo, indica cual es el campo profesional del podólogo. Textualmente dice: *“El campo profesional del podólogo abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, tradicionalmente ejercido por los Cirujanos Callistas, y comprende las materias definidas en el artículo 2º, limitándose en su actuación terapéutica exclusivamente a las manipulaciones que pertenecen a la Cirugía menor”.*

- o En su artículo 5º, párrafo segundo, redunda en lo anterior y reconoce ciertas singularidades en este profesional:...”expedirá el *Diploma de Podólogo, cuya posesión habilitará al que lo obtenga para el ejercicio de la profesión relativa al tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies.*

Teniendo en cuenta las singulares características de la especialidad que se regula en el presente Decreto, la posesión del diploma facultará a sus titulares para, con plena autonomía, recibir directamente a los pacientes”.

- RD 649/1988 de 24 de junio. Ratifica las competencias profesionales del 727/1962, transforma los estudios incorporándolos a la Universidad y establece las directrices generales para la obtención del Título de Diplomado en Podología.
- En su Disposición Derogatoria, respeta en su totalidad los dos párrafos citados del 727/1962. *Queda derogado el Decreto 727/1962, de 29 de marzo, salvo en el párrafo segundo de su artículo 1º, en relación con el artículo 3º de ese mismo Real Decreto, e igualmente el párrafo segundo de su artículo 5º, y demás disposiciones dictadas para su desarrollo en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.*

- Resolución del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería de España. Establece la definición de Cirugía Menor como: *“Aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria”*.
- El 8 de julio de 1962 se aprueban los Estatutos de la Federación Internacional de Podología, como organización profesional y científica, que comprende a Pedicuros, Quiropodistas, Pedicuros-Ortopédicos y Podólogos.
- En el año 1966, la Dirección General de Política Interior del Ministerio de Gobernación reconoce a la Agrupación de Podólogos de España y en fecha 21 de marzo de 1967 es debidamente registrada por el Ministerio de Industria con el nombre de Agrupación de Podólogos de España.

Con fecha 12 de diciembre de 1966 es autorizada la publicación de la Revista Profesional con la denominación de *"Revista Española de Podología"*; dicha Agrupación de Podólogos de España quedó inscrita en el Ministerio de Información y Turismo con el número 451, Tomo 6, Sección Personas Jurídicas, Folio 299, inscripción 1ª.

- Ley 2/1974 de colegios profesionales, establece que cuando en una determinada profesión existan varias organizaciones colegiales de ámbito territorial inferior al nacional, se constituirá un Consejo General de Colegios, mediante Ley de Estado.
- RD 2966/1.980 de 12 de diciembre de 1.980 (BOE, 1981) por el que las enseñanzas de Podología se impartirán en Escuelas Universitarias de Podología y obtendrán sus alumnos el título de Diplomado en Podología.
- Ley 3/1989, de 6 de marzo, por la que se aprueba la creación del Colegio de Podólogos de Cataluña.
- Proyecto de Ley 19/11/1997. En su artículo 1. Creación. Se crea el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos como corporación de derecho público que tendrá personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines con arreglo a ley.
- RD 1132/1990 de 14 de septiembre, en la disposición adicional segunda autoriza a los Podólogos para hacer uso con carácter autónomo de las instalaciones o equipos de radiodiagnóstico propios de su actividad en los límites del ejercicio profesional correspondiente a su título académico.

La Resolución de 5 de noviembre de 1992 del Consejo de Seguridad Nuclear estableció las normas para la homologación de los cursos y estableció los requisitos para su acreditación para médicos, odontólogos, veterinarios y podólogos.

- Ley 9/1992, de 10 de diciembre (Boletín Oficial de Canarias, 1992) por la que se aprueba la creación del Colegio Profesional de Podólogos de Canarias.
- RD 542/1995 de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico superior en Ortoprotésica y las correspondientes enseñanzas mínimas.

En el Anexo de este Real Decreto 542/1995, concretamente en el punto 2.1.2, señala en referencia al sistema productivo, que estará capacitado para diseñar ortesis, prótesis y ortoprótesis adaptadas a las características de los clientes y a la prescripción médica y podológica de la ortoprotesis.

También puede leerse lo siguiente: *“Personal y/u organización destinataria: cliente. Personal técnico del gabinete. Facultativo, podólogo responsable de la prescripción”*.

- Resolución de 30 de enero de 1997 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid por la que se autoriza a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid como “Centro de Cirugía Ambulatoria de Podología”.

- RD 121/ 1998, del 2 de abril, por lo que se aprueba los estatutos del Colegio Oficial de Podólogos de Galicia.
- Resolución de 14 de Enero de 1999, de la Universidad de A Coruña, por la que se publica el acuerdo del Consejo de Universidades, por el que se homologa el Plan de estudios conducentes al Título Oficial de Diplomado en Podología.
- RD 815/2001 de 13 de julio sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas en ocasión de exposiciones médicas.
 - En el artículo 6, señala que en las Unidades asistenciales de Radiodiagnóstico, el Médico especialista, el Odontólogo y el Podólogo, en el ámbito de sus competencias, serán los responsables de valorar las exploraciones previas para evitar repeticiones innecesarias. A través de la norma se dan orientaciones sobre la necesaria justificación de las radiaciones en los diversos usos de las mismas.

- Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias, publicado en el BOE (2003), que define nuevamente nuestro campo de actuación como:

d) Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas propias de su especialidad.

También regula el derecho al ejercicio privado de las profesiones sanitarias tanto en servicios por cuenta ajena, como por cuenta propia y la necesidad de la cobertura de la responsabilidad profesional en el ejercicio libre.

En el año 2005 y gracias al consenso de todos los sectores implicados en la formación podológica, (representantes de las once universidades que en ese momento impartían la titulación de Podología, Colegios Profesionales Autonómicos, Consejo General de Colegios de Podólogos y Sociedades y Asociaciones Científicas), se edita un libro denominado el libro blanco de la podología que constituye la base sobre la que se estructura la podología y se utiliza como base para el diseño título de Grado en Podología.

En el año 2010 da comienzo una nueva era, llena de cambios para los estudios de podología, ya que desaparece como titulación y nace como una nueva disciplina denominada “*Graduado/a en Podología*” que permitirá la posibilidad de una formación postgradual y el acceso a estudios doctorales que facilitarán un grado mayor de evidencia científica para la podología.

Estas son las condiciones que garantizan la existencia de la profesión podológica, tanto desde el punto institucional, legislativo y social, el cual se ha ido configurando a lo largo de los años y a la demanda social, dada la carencia de cuidados especializados para la salud de los pies que había hasta la aparición de este facultativo.

3.1.6. Ciencia y sociedad. Modelo médico individual y modelo comunitario.

La salud es uno de los bienes sociales más importantes para el desarrollo del ser humano, por ende la ciencia y la sociedad buscan modelos que la evalúen.

Nutbeam y Harris (1998), definen el significado de modelo como, el conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad y que se ha derivado de la teoría o de la vida práctica.

Por lo tanto, si se habla de Salud como un modelo de atención, se debe afirmar que representa una de las modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud - enfermedad se implementan mediante prácticas sociales en salud y asistencia.

Para Alonso (2004), se han aplicado diferentes teorías, desde las miasmáticas hasta las demográficas y diversos modelos, desde los mecanicistas hasta los del bienestar, para el estudio e intervención de la salud y la salud pública, campos en los que es reconocido históricamente dos enfoques tradicionales de estudio y práctica: el modelo médico individual y el comunitario.

Estos referentes paradigmáticos a su vez han sentado las bases para el desarrollo de propuestas originadas en las áreas biológicas, comportamentales y psicosociales, donde la promoción de la salud de la población va más allá del punto de vista individual, e involucra incluso las formas de organización social y de política estructural de las naciones.

Es así como se habla de dos propuestas o modelos de atención sanitaria distintas:

Uno que se denomina modelo médico individual, que relaciona el concepto de salud entendida como ausencia de enfermedad, siguiendo a Hofmann se llama a éste el modelo ideal.

En él, si estás sano no padeces ninguna enfermedad, y recíprocamente, si estás enfermo no puedes estar sano. Este modelo va a ser el prevalente entre los profesionales de la salud.

Las enfermedades son desarreglos de las estructuras o las funciones de algunas partes de cuerpo humano. En ausencia de estos desajustes, la situación es de salud.

Se cree que un manual de anatomía o psicología es una imagen de la salud humana. La normalidad es la ausencia de alteraciones. El carácter anómalo de la enfermedad se expresa en el lenguaje ordinario, cuando se habla de dis-función, des-orden, dis-capacidad, etc.

En inglés uno de los términos más comunes para referirse a la enfermedad es dis-ease, algo bastante parecido a nuestro “mal-estar”. En tal sentido, ya afirmaba Aristóteles en su “Metafísica” que la enfermedad existe por la ausencia de salud.

Este modelo ha ido con el paso del tiempo disgregando al ser humano, estudiando y analizando cada una de sus partes por separado, y así han surgido las especialidades y sub-especialidades.

Se basa en una visión cartesiana del mundo, pudiendo compararlo con un reloj y al conocimiento como las piezas del reloj. Así, el cuerpo humano obedece a las mismas leyes del universo, interesando los fenómenos observables y reduciendo al hombre a sus aspectos biológicos (Ribeiro, 1998).

Además, postula y se centra en que existe una predisposición biológica para el desarrollo de una enfermedad, por ejemplo en el sistema inmunitario o en cualquier órgano, esto explica la dolencia y el resultado clínico, se preocupa por la capacidad funcional dentro de las que se encuentran la capacidad para realizar las tareas cotidianas, tratar la enfermedad y la disfunción por medio de la vacunación, prescripción de ortesis, fármacos o terapia física (O’Donnel, 2007).

Así mismo, la vía de actuación es una vía unidireccional, aunque puede haber factores psicológicos y ambientales que modifican el cuadro, pero su dirección es unilateral.

Su concepción va a ser globalizadora de los padecimientos y de los problemas, por lo tanto la praxis estará correlacionada con las necesidades de todas las personas sin tener en cuenta su subjetividad, existiendo una asimetría en la regulación curador – paciente y una participación subordinada de los consumidores (Cabrera, 2004).

Estamos así ante un modelo que se centra exclusivamente en la dimensión biológica de la persona, siendo reducida a sus estructuras, procesos biológicos y físico - químicos.

La definición de salud para este tipo de modelo es la ausencia de enfermedad, siendo las personas consideradas como víctimas pasivas de agentes externos que provocan la enfermedad y siendo la clase médica la encargada del tratamiento (Reis, 1992).

Por consiguiente, la representación es eficaz en situaciones agudas, pero el progreso científico alteró los patrones de morbilidad aumentando de manera significativa las patologías crónicas, siendo este modelo inadecuado para paliarlas (Kriel, 1988).

A partir de los años 70, este paradigma ha sido criticado y surgen otros modelos que defienden que la salud y la enfermedad no pueden ser reducida a los aspectos biológicos y/o orgánicos (Reis, 1992).

Este nuevo contexto, que se denomina, modelo comunitario y que puede explicar los procesos de salud y enfermedad a través de la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos, haciendo recomendaciones si son necesarias para el tratamiento, existiendo una interdisciplinaridad e interacción entre el examen físico y el tratamiento psicosocial (Reis, 1998).

El modelo médico comunitario es un modelo integral que presentó por primera vez Angle (1976) en la revista *Science*. Es un modelo de integración e interacción entre lo celular y lo ambiental. Lo que tiene el cerebro de admirable es que un pensamiento angustioso puede producir cambios fisiológicos y biológicos en el cuerpo, y la interacción de estos factores determina la enfermedad, la dolencia y el resultado clínico.

Para Sánchez (2007), la psicología comunitaria es un campo práctico teórico que busca la mejora de las personas a través del cambio “desde abajo” – gestionado por los propios sujetos- y basado en la comunidad territorial y psicosocial en la que el psicólogo desempeña un papel indirecto dinamizador o catalizador de esfuerzos.

Este paradigma se centra en disposiciones sociales y económicas colectivas, por ejemplo, la distribución de los ingresos, patrones de empleo. Se preocupa por el bienestar y la calidad de vida, pretende controlar la vida y las emociones, promover una salud positiva y abordar la pobreza, donde se atribuye poder a las personas y se posibilita acceder a los usuarios al deporte y permite definir la salud de diferentes maneras.

Según Sánchez (2007), la psicología comunitaria es un campo emergente de actuación e investigación del comportamiento humano en sus contextos sociales. Como forma de intervención se ocupa en lo negativo, de la prevención y la atención globalizada de los problemas psicológicos con raíces sociales (drogas, exclusión, desintegración social, violencia doméstica y pública, trastorno mental, fracaso escolar, delincuencia juvenil, etc) y, en lo positivo, de promover el desarrollo humano integral siendo los afectados sujetos activos de la acción psicológica.

Y fruto de ese modelo médico comunitario y de la propia evolución de la psicología basada en el desarrollo de la investigación básica y aplicada, ha extendido su campo de acción al ámbito de los trastornos físicos, en torno a los procedimientos de cambio de conducta y al análisis de las variables que lo mediatizan, poniendo de manifiesto la utilidad potencial de una aproximación conductual a la evaluación y tratamiento de problemas considerados somáticos (Simón, 1992).

Por lo tanto se acuña un nuevo término denominado “*Medicina Comportamental*” que aglutina diferentes ámbitos interdisciplinarios de investigación, educación y práctica, referido a la salud / enfermedad física que amalgama elementos que provienen de otras disciplinas (psicología, sociología, antropología, podología, odontología, farmacología, epidemiología, enfermería, endocrinología...) para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1999).

En la actualidad, se conoce la necesidad de este abordaje comportamental de distintas enfermedades y así queda refrendado en el libro “*Comportamiento y Salud*”, en el que se analizan las enfermedades cardiovasculares, las drogadicciones, la obesidad, los trastornos gastrointestinales, los trastornos neuromusculares existiendo una predisposición biológica y psicológica a sufrir la dolencia (Simón, 1992).

Para Simón (1992), el paciente que está convaleciente, con su distrés o su angustia, puede cambiar la enfermedad misma, se conoce que el estrés afecta el sistema inmune e influye en la susceptibilidad para presentar cuadros como las enfermedades inflamatorias intestinales; que aunque no causa la enfermedad, puede activarla y afectar el resultado. Incluso el resultado clínico puede tener una influencia recíproca y afectar la enfermedad; el ambiente social, hasta el sistema de salud, pueden afectar la dolencia.

De ahí, que se puede afirmar como hecho legítimo que el cuerpo y la mente funcionan juntos para producir el trastorno funcional y el resultado clínico, en cuanto a síntomas y comportamientos.

La fisiología alterada afectará el cerebro y el cerebro puede modificar la fisiología; el estrés puede ampliar la función fisiológica y producir un mal resultado, pero los tratamientos psicológicos o el uso de antidepresivos puede bajar el volumen, por decirlo así, del trastorno fisiológico.

Las ideas básicas sobre salud han variado desde la década de los setenta, donde el modelo médico individual preocupado por la enfermedad ha dado paso a un modelo comunitario que considera que las causas sociales pueden ser la causa de la enfermedad, reconociendo que el cambio de conducta individual es un elemento principal para mejorar la salud y solo será posible como un modelo que permita elegir de forma personal y libre y se ve facilitado por un ambiente y unos recursos adecuados.

4. REVISIÓN TEÓRICA

4.1 PODOLOGÍA Y SALUD: ASPECTOS BIOMÉDICOS.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el nivel de salud en el pie entre la población general es bajo, según expone Turner y Merriman (2007), en su libro *“Habilidades Clínicas para el tratamiento del pie”*, ya que a menudo no se les da la importancia que tienen las patologías en los pies.

Esto puede ser consecuencia de:

- (1) Poca relevancia dada a la salud del pie en la etapa infantil, los trastornos podales leves presentes si no se tratan, van a causar graves problemas de salud en la etapa adulta.
- (2) Los facultativos, se enfrentan en la atención primaria de salud, a largas listas de espera por lo que tienen que tomar decisiones sobre que pacientes tienen mayor prioridad en recibir un tratamiento en el pie.

A nivel biomédico, esto ocurre por un uso indiscriminado de procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo, a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, pero que han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La ausencia de esta visión holística en el cuidado de la salud del pie, permite que la atención “inmediata” venga derivada de las manifestaciones locales en el pie y generales del ser humano, que exigen un diagnóstico y una rápida intervención ya que si no se actúa con premura el riesgo de deterioro es eminente (Turner, 2007).

Aunque cabe señalar que las consultas referidas a la salud del pie, están relacionadas con el dolor mantenido en bipedestación o sedestación que impide desarrollar actividades cotidianas para el paciente y provocadas por: infecciones que pueden provocar elevación de la temperatura corporal, inflamación aguda, celulitis, linfangitis o linfadenitis, úlceras con pérdida de tejido, tumefacciones agudas que no remiten y cambios cutáneos anormales.

Por lo anteriormente expuesto y unido al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, para los que en la mayoría de los países no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar de manera integral si los pacientes reciben un tratamiento apropiado y eficaz (López, García-Mira, Alonso, & López, 2010).

Según López, García – Mira, Alonso, y López (2010), la podología si que puede determinar y realizar un abordaje global de los pacientes que presentan o no algún problema de salud en el pie, promoviendo medidas promocionales, preventivas o curativas que van a ir encaminadas a la mejora en la calidad de vida y aún control y mantenimiento de la salud local o general del individuo.

Para finalizar es importante incidir en la necesidad de contemplar la intervención interdisciplinar entre la Psicología y la Podología.

De esta manera, la influencia del contexto social y más concretamente de los grupos sociales en el campo de la salud y la enfermedad podológica consiguen una mejora en la utilización de los servicios podológicos (retraso o uso indiscriminado), el cumplimiento de las prescripciones podológicas, la automedicación y la actitud hacia los servicios podológicos.

En la actualidad, para Losa, Becerro de Bengoa, y Salvadores (2010) el hándicap principal del podólogo se relaciona con la angustia y con los dilemas éticos y morales derivados de las exigencias de los pacientes, la falta de recursos y largas listas de espera para recibir tratamiento.

La Psicología social permite una mejora significativa en los aspectos apáticos relacionados con la podología, por medio de intervenciones en los grupos poblacionales que así lo precisen.

4.1.1 Salud podológica. Aspectos conceptuales.

La búsqueda por adquirir y elevar la condición profesional es un objetivo central de todas las profesiones sanitarias.

En la actualidad, en la Podología existe una tendencia al alza en la autopercepción de la situación profesional (Chumbler & Grimm, 1996), en gran medida este cambio es debido a la especialización podológica, que ha facilitado la obtención de los derechos de una atención integral del pie.

La alta especialización por parte de los podólogos en áreas propias de nuestra disciplina como:

- 1) **Cirugía ambulatoria del pie también denominada cirugía podológica** que permite por medio de procedimientos quirúrgicos, denominados mínimamente invasivos, una mejora en el periodo de convalecencia y un acortamiento en el tiempo curación de las intervenciones del pie (juanetes, deformidades digitales, espolón calcáneo, fascitis plantar), siendo una referencia para el resto de profesionales sanitarios.

- 2) **Ortopodología y el empleo de nuevas tecnologías en los materiales** que permiten obtener ayudas técnicas más eficaces que evitan la aparición de problemas subyacentes, como las deformidades óseas, restricciones de movimiento, debilidad muscular, disfunción de los nervios, complicaciones esqueléticas, la espasticidad o contractura a nivel local o general.
- 3) **Biomecánica** herramienta que describe a la perfección y permite comprender mejor como uno se pone de pie y camina, y que por medio de la sofisticación tecnológica y por ende al análisis computerizado de la marcha, identifica los trastornos de la bipedestación y el origen del dolor en los pies, tobillos, piernas, rodillas, caderas, espalda y el resto del sistema corporal.
- 4) **Podología pericial o jurídica** que respalda, protege y vela por el colectivo y por una atención de calidad a los pacientes.

Es por ello que la importancia atribuida a la salud del pie, está relacionada con el aumento de la percepción social del podólogo y la intervención podológica en grupos poblacionales específicos que demandan una mayor atención podológica como son:

- 1) **Deportistas** que debido a la actividad física y al rendimiento deportivo y que gracias a la Podología Deportiva y sus avances obtienen mejoras y optimizan las técnicas y los recursos necesarios para conseguir una rápida restauración de la función del deportista, siendo capaces de desarrollar el máximo potencial preventivo y terapéutico inherente a su especialidad y estando cualificados para desarrollar una práctica basada en la evidencia.
- 2) **Senectud** y la podología geriátrica, tienen una interrelación especial, esto es consecuencia directa del aumento enfermedades crónicas y de la prevalencia de patologías en los pies, que justifica esta gran demanda que permite reducir los riesgos de la aparición de una discapacidad en el pie o en el miembro inferior y que le confieren una mayor autonomía al paciente.
- 3) **Infancia** y la podología Infantil, van a ser un elemento clave en el bienestar general y del pie en particular.

El análisis de las percepciones que permite conocer los síntomas físicos y las limitaciones que generan restricciones en la participación, en su desarrollo social y facultan para el ejercicio de caminar, proporcionan una base importante en la organización mental de la información social y espacial.

A su vez y gracias a la implementación de programas de prevención relacionados con la:

- 1) **Rehabilitación funcional o podología física** que permiten al paciente una mejora sustancial en sus capacidades funcionales (fuerza, flexibilidad y resistencia) y limita las complicaciones y la discapacidad debidas a la enfermedad presente, por medio de tratamientos tanto pasivos (manipulación ortopédica, estimulación eléctrica, liberación miofascial, ultrasonidos...) y activos con ejercicios terapéuticos que permitan un aprendizaje de la biomecánica apropiada para lograr la estabilidad en bipedestación y prevenir las lesiones.

- 2) **Pie de riesgo** y la creación de unidades específicas de investigación clínica, de las cuales el podólogo se siente fuertemente integrado y comprometido, posibilita en pacientes que presentan enfermedades devastadoras como la Diabetes y la Artritis Reumatoidea una mejora significativa en su calidad de vida.

Además el cuidado general va a guardar estrecha relación con nuestras experiencias de ser cuidado y de cuidar, confiriéndole funciones claves en la prevención primaria y secundaria de la salud podológica mediante actividades educativas, de diagnóstico y detección selectiva, poniendo gran énfasis en el cuidado y autocuidado.

La conciencia por parte de las personas con o sin patologías en los pies, de la importancia del cuidado, es fundamental para que su vida no se vea alterada, de ahí la preocupación de las posibles consecuencias que mermarían de manera significativa su calidad de vida (Teixeira, 2000).

Los cuidados directos a nivel del pie, van a ir íntimamente ligados a medidas relacionadas con el autocuidado como:

- 1) **Higiene óptima:** lavarlos con jabones de ph neutro que no acidifique el ph de la piel, secar los pies con secador o toalla prestando especial atención a los espacios interdigitales.
- 2) **Hidratación diaria:** utilizar cremas específicas que contribuyan a mantener la piel en un estado íntegro.

- 3) **Evitar el autotratamiento** lo que se conoce como “*cirugía de cuarto de baño*” que contribuye a lesionar y debilitar los pies, siendo un riesgo para la salud en general y del pie en particular, ya que permite la entrada de agentes patógenos y las posibles consecuencias que ello conlleva.
- 4) **Calzadoterapia** utilizar calzados que se ajusten a la realidad del pie y que recojan todo su perímetro, que impedan un estrés mecánico durante la estática y la deambulación.
- 5) **No caminar descalzos** ya que puede suponer un riesgo de contagio y un mecanismo para provocar patologías en los pies.
- 6) **Ejercicios podológicos** que potencien, relajen y estimulen el sistema musculoesquelético del pie, para conseguir un mantenimiento o una mejora de la capacidad funcional del mismo.

Por ende, estos cuidados directos van a ir íntimamente ligados a la búsqueda de un especialista que los oriente, porque cuando las personas con o sin patologías en los pies, perciben de que algo no va bien, necesitan que el podólogo evalúe y diagnostique el trastorno que refieren.

La Podología es un pilar básico dentro del campo de la salud y más concretamente a nivel del pie, porque le confiere al paciente una mayor seguridad, confianza y le permite ejercer una fuerte influencia positiva durante la vida del enfermo y / o del ciudadano.

La existencia de una patología en el pie permite a los pacientes la búsqueda de actitudes de cuidado, para así preservar la vida que viene asociada a la deambulación y enfrentarse al miedo con la esperanza de que el cuidado sea un mecanismo preventivo que evite la aparición de lesiones en los pies, siendo incompatibles con el modelo biomédico y con el profesional sanitario que atiende al paciente, pudiendo provocar falta de adherencia del paciente al autocuidado.

Los podólogos conocen y comprenden los puntos de vista basados en el sentido común que sostiene el paciente relacionados con la salud del pie, que le permiten intervenir y generar una mejor práctica en el autocuidado preventivo de los pies, que redundará de manera positiva en una mejora de la autonomía, bienestar y calidad de vida del paciente.

4.1.2. Podología y ciencia. Estado de la investigación.

La podología es una ciencia sanitaria y por lo tanto comparte los principios que afectan a las demás ciencias sanitarias. Esta afirmación queda nuevamente reflejada en la ley número 44 que sirve para reordenar de nuevo las Profesiones Sanitarias (BOE, 2003).

El objetivo fundamental de esta nueva ley, denominada LOPS es garantizar que todos los profesionales sanitarios ejerzan su profesión, ya sea en el ámbito público o en el privado, con la capacidad, conocimiento y habilidades necesarias para salvaguardar el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

Define a la Podología como una profesión sanitaria con características propias, que la singularizan de las otras disciplinas de las Ciencias de la Salud, reservando un apartado concreto a esta especialidad. Así, en el Artículo 7.d) se especifica que:

“los Diplomados Universitarios en Podología desempeñan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina” (como son la terapia física, la ortopedia del pie y la cirugía podológica).

Así como, la utilización de instalaciones de radiodiagnóstico podológico, la administración de anestésicos locales y fármacos necesarios, la fabricación y adaptación de ortesis y prótesis, la realización de planes de prevención de salud, el peritaje judicial y el conocimiento de toda la patología sistémica, que tendrá una repercusión en el pie y viceversa, que hará que deba recibir y o derivar al paciente a otros profesionales sanitarios del equipo interdisciplinar” (ANECA, 2005).

Es por ello que, las investigaciones en podología abordan diferentes temáticas, las cuales tienden a clarificar aspectos primordiales para contribuir a mejorar la salud del pie en particular y del ser humano en general, como son:

1) La diabetes y el pie diabético siendo las líneas de análisis el estudio de:

- a. La reducción de los factores cardiovasculares que disminuyen la susceptibilidad del pie a la isquemia por una enfermedad macrovascular (Jeffcoate & Harding 2003).
- b. La importancia del papel preventivo para evitar la ulceración del pie, que tiene la educación diabetológica del paciente, la calzadoterapia, las consultas podológicas periódicas y la necesidad de evaluaciones prequirúrgicas de los pies, demostrando resultar los métodos profilácticos más efectivos para evitar patologías en los pies (Singh, Armstrong, & Lipsky, 2005; Wu, Driver, Wrobel, & Armstrong, 2007).

Pataky y Vischer (2009), pone de manifiesto que una mayor atención a la prevención y la atención individualizada, posibilita una reducción de la carga de la enfermedad del pie diabético en los ancianos, contribuyendo a un buen manejo de las úlceras del pie.

c. Los beneficios del equipo multidisciplinar para reducir las amputaciones del pie diabético. Para Krishnan, Nash, Baker, Fowler, y Rayman (2008), confirman que la implementación de un equipo especialista en diabetes en un hospital, coordinado por un podólogo y centrado en el cuidado del pie diabético y educar al personal médico y de enfermería, disminuyen hasta el 80% las amputaciones del pie diabético y una reducción significativa de los recursos y de los costes económicos.

Para Molino (2007), las amputaciones se asocian a un riesgo importante de muerte. En la actualidad, se observa un aumento significativo de la incidencia de ingresos que terminan con amputaciones de miembros inferiores en pacientes diabéticos en la Comunidad de Madrid, que se podrían impedir con medidas de prevención diabetológica relacionadas con la salud del pie.

Otro aspecto clave para diversos investigadores, es la presencia de lesiones en el pie y en los miembros inferiores relacionados con:

2) La obesidad y las deformidades del pie:

- a. La inactividad está asociada como un factor de riesgo importante para el desarrollo de la obesidad y de los trastornos en los pies.

Así, Anderson y Whitaker (2010), confirman que la sexta parte de los niños evaluados en su estudio, con un rango de edad que oscilaba entre los 3 - 14 años, presentan trastornos e inflamación de la placa epifisial, en la pierna, tobillo y pie, mientras que los niños de peso saludable no lo padecen.

El riesgo de padecer obesidad, es un factor causal de problemas en los pies, la espalda y las piernas, limitando su funcionamiento y la capacidad de que los niños hagan ejercicio físico. La posibilidad de que la enfermedad a nivel particular y general se vea cronificada contribuirá a que la calidad de vida del infante se vea mermada (Morrison, Durward, Watt, & Donaldson, 2008).

- b. Limitaciones y dificultades en la estabilidad y el equilibrio de la estática y de la dinámica que se relaciona con la morfología de los pies de los niños obesos, que son más largos y anchos de lo normal, lo que le confiere y le permite una mayor lentitud de paso de los infantes que caminan en relación al resto de escolares (Morrison, Durward, Watt, & Donaldson, 2007, 2009).

3) La educación sanitaria y la higiene postural en el ámbito escolar:

- a. Las alteraciones músculo esqueléticas de la extremidad inferior están directamente relacionadas con una mala actitud postural en sedestación.

Los niños adoptan una mayor proporción de actitudes nocivas en el pie y las niñas presentan una mayor proporción de actitudes rotacionales saludables de la extremidad inferior (Losa, Salvadores, & Saez, 2009).

- b. Las alteraciones estructurales se inician por una mala posición al sentarse en el aula y pueden producir diferentes patologías en los pies en la infancia, como es el caso del metatarso aducto.

Es por ello, que los educadores desempeñan un rol importante dentro de la promoción de la salud del pie.

La modificación e identificación de posturas incorrectas al sentarse, ayuda al niño a modificar estos hábitos nocivos.

Losa, Becerro de Bengoa, Saez, y Salvadores (2009), atestiguan que la postura es un factor etiológico importante en una amplia variedad de trastornos de la marcha en la infancia.

Una mala postura durante la ejecución de las actividades diarias del niño, puede exacerbar una deformidad existente en el pie, asociada con alteraciones en la marcha e incluso puede contribuir al desarrollo de una deformidad en el pie, ya que los niños pasan una gran parte del día en la escuela en una posición sentada.

Otro grupo importante de investigaciones tienen por objeto el estudio del dolor en el pie, desde diferentes perspectivas como son:

- 4) **La etiología y la aparición del daño tisular en el pie** que está provocado por agentes químicos, estimulación mecánica o térmica, traumatismos directos, sobrecargas músculo-esqueléticas, infección local o sistémica, patología proximal (atrapamiento del nervio, por ejemplo, la neuropatía diabética) (Vanderah, 2007).

- 5) **Osteoartritis (OI)** siendo la enfermedad más frecuente y una causa importante de dolor e incapacidad en los adultos mayores, la evidencia científica muestra que el abordaje terapéutico temprano no farmacológico mediante tratamiento dietético, ejercicio físico y terapia física es fundamental para evitar la aparición de un fuerte impacto psicológico que tenga repercusión en la calidad de vida y que el dolor cronifique en el paciente (Losa & Becerro de Bengoa, 2008).
- 6) **Las contracturas musculares** relacionadas con la tensión mecánica, las cuales permiten el asentamiento de dolor en los pies, siendo las patologías más comunes: las tendinitis, las fracturas de estrés y las queratopatías (Maganaris, Narici, Almekinders, & Maffulli, 2004).
- 7) **Prevalencia de las podalgias** en distintas poblaciones llegando a la conclusión de la necesidad de mejorar la prestación de cuidado de los pies a las personas que sufren dolor, siendo uno de los motivos, por los que la mayoría de las personas que presentan patologías en los pies buscan un tratamiento profesional especializado.

Las patologías de los pies, provocan que el dolor sea incapacitante en más de la mitad de los casos, afectando al estado de ánimo, de la conducta, contribuyendo al riesgo de caídas, influyendo en la capacidad de autocuidado y en la calidad de vida (Hill, Gill, Menz, & Taylor, 2008; Menz, Tiedemann, Kwan, Plumb, & Lord, 2006; Badlissi, Dunn, Link, Keysor, McKinlay, & Felson, 2005; Garrow et al., 2004).

- 8) **El impacto que el dolor del pie** genera un deterioro en la vida social, influyendo de tal modo que las personas que tienen sintomatología están expuestas a limitaciones, relacionadas con su contexto social, ya que le impiden la integración con el resto de niños.

Al mismo tiempo esto provoca miedo al movimiento, recaídas y perturbaciones del sueño y en el humor, tanto en niños, adolescentes como en gente mayor (Roth-Isigkeit, Thyen, Stoven, Schgwarzenberger, & Schumucker, 2005; Reyes-Gibby, Aday, & Cleelandm, 2002; Hunfeld et al., 2002; Sawyer, Bodner, Ritchie, & Allman 2006; Simón, 1999; Tugwell et al., 2004; Chen, Devine, Dick, Dhaliwal, & Prince, 2003).

Otro punto clave en las investigaciones de podología y origen de multitud disertaciones, es el estudio de la biomecánica del pie. Las áreas de mayor interés están centradas en:

- 9) **Radiología:** donde distintos estudios analizan la imagen radiográfica del antepie (Munuera, 2006; Domínguez, Munuera, & Lafuente, 2006; Calvo, 2007; Oller, 2007; Domínguez & Munuera, 2009), en esta línea cabe destacar los estudios relacionados con:

- a. Relaciones angulares del primer segmento metatarso - digital que sirven para valorar la evolución de las deformidades del Hallux Abductus Valgus (HAV) y el Hallux Limitus (HL).

Por ejemplo, el aumento de la desviación medial del primer metatarsiano, denominado ángulo intermetatarsal, está presente en la fase inicial del Hallux Valgus (HV) consecuencia de la deformidad del HV (Munuera, Domínguez, Palomo, & Lafuente, 2006).

- b. Morfología del antepie y la existencia de diferencias en el tamaño del primer segmento metatarso - digital y de las variables lineales entre grupos pacientes con pies normales, con HL y HAV.

Estos pacientes presentan una variación o cambio de forma de la cabeza del primer metatarsiano, lo que pone de manifiesto que en la aparición de estas dos patologías, influye el tamaño del primer metatarsiano y del primer dedo, y que la forma de la cabeza del primer metatarsiano es el factor morfológico que determina cuál de ellas se desarrollará en la primera articulación metatarsofalángica, existiendo una etiología multifactorial (Munuera, 2006).

El aumento de longitud del primer metatarsiano y del primer dedo, está relacionado con:

9.b.1 Hallux Valgus (HV): la deformidad en su estadio inicial y su progresión se asocia al sexo masculino (Munuera, Polo, & Rebollo, 2008).

9.b.2 Hallux Rigidus (HR): relacionado con la morfología aplanada de la cabeza del primer metatarsiano, y con una mayor o menor longitud del primer metatarsiano e incremento de la distancia de los sesamoideos en la articulación metatarsofalángica del hallux (Calvo 2007).

- c. Ayudas Técnicas y la utilización de la ortesis plantares evita el inicio y la evolución de la deformidad del HL funcional, porque controla el efecto negativo que puede tener hallux limitus en todo el cuerpo durante la marcha.

Aunque en pacientes que presentan HL estructural el soporte plantar, no es suficiente para aumentar del rango de flexión dorsal del primer radio, ya que es limitado por un traumatismo, enfermedad articular degenerativa, o una rígida e irreductible (Munuera, Polo, & Rebollo, 2006).

10) **Baropodometría Electrónica:** la valoración de los cambios de presión en el pie, forman parte de diferentes estudios relacionados con :

a. Sujetos sanos donde los picos de presión más elevados se encontraron en el antepie, seguidos del retropie y por último en el mediopie (Martínez, Sánchez, Leal, Sánchez, & Pedrera, 2008), siendo la zona que soporta un mayor exceso de carga la cabeza del segundo metatarsiano, seguida por la cabeza del tercer metatarsiano (Martínez, Huerta, & Sánchez, 2008).

b. Sujetos no sanos sometidos a:

10.b.1 Cirugía Programada: donde los cambios en las presiones plantares y la sintomatología de los pacientes que antes de operarse presentaban un exceso de presión debajo del primer dedo, que les producía dolor y dificultades para caminar desaparecen.

Así, este estudio muestra los resultados a corto plazo de 100 pacientes intervenidos de HV mediante la técnica percutánea, donde se restaura la función del primer radio y se mejora el reparto del patrón de cargas del antepie.

A medio plazo, se consiguió una "*corrección significativa*" de las alteraciones radiológicas, lo que conlleva una mejoría notable en el estado clínico, debido a la disminución del dolor, a la desaparición de las callosidades en el primer dedo y a una menor dificultad para calzarse (Martínez, 2009).

Para Uroz (2007), la sobrecarga aparece a nivel de la zona medial del antepie, a consecuencia de una pronación excesiva del retropie y de la articulación subastragalina, siendo el agente causal principal de este trastorno, contribuyendo este tipo de cirugía percutánea a una mejor redistribución de las presiones durante la marcha, aunque no se consigue igualar las presiones plantares de un sujeto sano que no presenta esta deformidad.

10.b.2 Diagnóstico de enfermedades mediante sistemas baropodométricos. Es el caso de la fibromialgia en las que existen alteraciones en la deambulación, que influyen en su contexto social y generan una merma en la calidad de vida de estos pacientes, siendo detectadas por medio de análisis computerizados de la marcha (Heredia, 2008).

Estos análisis de las presiones, también permiten diagnosticar la osteoartritis y lesiones en las articulaciones del miembro inferior.

Además, en aquellas personas que usan zapatillas inadecuadas para correr, se observa que se produce un 38% más de impacto sobre la rótula y la cara interna de la rodilla, situación que también se registra en la cadera y en el tobillo, contribuyendo a ser un foco constante de conflicto en la deambulación humana (Kerrigan et al., 2009).

Según lo anteriormente expuesto las características de la zapatilla a utilizar para pies que pronan, tienen que tener el talón elevado y un acolchado más voluminoso bajo el arco del pie, siendo perjudicial para quienes apoyan en la cara externa del pie o tienen una pisada neutra.

Otros autores han centralizado sus investigaciones en estudios epidemiológicos centrados en:

- 11) **Etapas Infantiles** centradas en la detección de alteraciones podológicas en la infancia donde el 33,1% de los escolares presentaban alguna patología en el pie (Ramos, 2007).

Para Corrales (1999), el 26% de los niños presentan un pie cavo relacionado con la forma de la huella cava, el índice de masa corporal (IMC), metatarso adductus, calcáneo varo, limitación de la dorsiflexión de tobillo y valgo de rodilla.

Mientras Pérez (1999), asevera que la prevalencia de pie plano en la población escolar es del 62,9%, existiendo una relación directa del pie plano con el sexo masculino, marcha en valgo de talón, y la existencia de un alineamiento incorrecto del miembro inferior.

- a. **Etapas Adultas** el HAV es la enfermedad adquirida y progresiva más importante para la mayoría de la población, ya que supone un gran problema de salud pública en mayores, generando una gran demanda sanitaria y siendo un factor de riesgo de caídas en ancianos (Palomo, 2007).

Otro grupo de investigaciones de gran interés para la podología están relacionadas con:

12) Estudio bibliométrico en materia podológica a través de la revista

“Podoscopio”, que debido al creciente aumento y al crecimiento de la producción científica meramente podológica y mediante las aplicaciones de las leyes bibliométricas, se percibe la existencia de una tasa muy baja de colaboración en la realización de los estudios, atribuyéndolo a que el podólogo ejerce de manera autónoma.

Del mismo modo, llama la atención como la cirugía es la principal materia objeto de estudio por parte de esta comunidad científica, produciéndose su explosión a mediados de la década de los 90, en detrimento de los tratamientos conservadores denominados ortopodológicos.

El estudio de estos contenidos demostró la existencia de una sensibilidad latente a diferentes problemáticas bioéticas relacionadas con la cirugía, especialmente vinculadas con la indicación quirúrgica y la formación del cirujano (Becerro de Bengoa, Losa, & Berzosa, 2005).

13) **La diferente asunción en el campo de la biotecnología en la sociedad española y la norteamericana** quedando patente una menor inquietud y naturalidad de las familias norteamericanas, en relación a las familias españolas, que plantean mas resquemores sobre el uso que puede hacerse de la biotecnología y a la manipulación de la información que llegan a hacer los medios de comunicación y los laboratorios respecto a estos avances.

A su vez de forma paralela se observa una actitud más comprometida con los derechos humanos y menos atada a los preceptos religiosos de los españoles, cuando menos en el plano ideológico (Losa & Becerro de Bengoa, 2005).

4.1.3. Centros de investigación y cuestiones centrales.

Existe en la actualidad una corriente de opinión, no sólo universitaria sino también profesional, cuyos ejes motores se encuentran en la Escuelas Universitarias donde se imparten los estudios de Grado y Postgrado de Podología, en el Consejo General de Colegios de Podólogos y en las Sociedades y Asociaciones Científicas Españolas de Podología (Asociación Española de Cirugía Podológica, Sociedad Española de Biomecánica y Ortopodología, Sociedad Española de Podología Pericial y Mediadora, Asociación Española de Podología Deportiva, Asociación Española de Cirugía de Mínima Incisión), todas tienen como objetivo profundizar en los fundamentos científicos de la profesión podológica y están comprometidos en la búsqueda y creación de un cuerpo de conocimiento propio.

Por ende, cuando se investiga, se entiende según Pita (1996), como el proceso dedicado a responder a una pregunta. Dicha respuesta lo que pretende es aclarar la incertidumbre de nuestro conocimiento. No se trata de almacenar datos de forma indiscriminada sino que se define como un proceso sistemático, organizado y objetivo destinado a responder a una pregunta. La palabra "*sistemático*" significa que a partir de la formulación de una hipótesis u objetivo de trabajo se recogen unos datos según un plan preestablecido que, una vez analizados e interpretados, modificarán o añadirán nuevos conocimientos a los ya existentes.

A este planteamiento responde en la actualidad la podología, ya que sigue el método científico partiendo de la observación de una realidad, la define, elabora y contrasta la hipótesis que forman la teoría científica.

Las cuestiones centrales relacionadas con la Podología y con la investigación propiamente dicha corresponden a:

1) **Patentes** su misión es paliar o curar enfermedades en el pie según informa la web Bioportfolio.com, las más significativas son:

- a. *Dispositivo de higiene podal* que tiene como finalidad limpiar y desinfectar de una manera óptima el pie, siendo un método sencillo y rápido para la limpieza de los mismos, a fin de reducir la prevalencia de las enfermedades infecciosas, como los hongos y las bacterias (Davallo, 2003).
- b. *Fármaco tópico* para la curación de la enfermedad endémica conocida como pie negro, típica de la zona de Taiwán y de los países latinoamericanos (Chen, 1995).

- c. *Ortesis estandarizas* que permiten una alta absorción del nivel de impactos del pie durante la deambulación y reducen los síntomas de irritación y los signos inflamatorios, proporcionándole mayor bienestar al usuario que la utiliza (Kellerman, 1998).
- d. *Sistemas de ventilación para el calzado*, porque los zapatos no tienen ningún medio activo para la ventilación y por ello, los dedos están más expuestos a un ambiente cálido, que como resultado propicia un exceso de humedad y un ambiente apropiado para el crecimiento de diversas clases de hongos que permiten el desarrollo de infecciones en las uñas y en la piel.

Para ello, fabrica una bomba incorporada en el calzado que se activa con el pie y que extrae el aire húmedo de las zapatillas y zapatos por igual, permitiendo la reposición del espacio dentro del calzado y así el pie disponga de un clima apropiado.

La acción motriz de la bomba será llevada a cabo por el movimiento actual de la mecánica corporal y el apoyo de la zapatilla contra el suelo al caminar, correr o deambular (Lee, 1990; Wanniarachchi, 1995; Komarnycky, 1997).

2) Los centros de investigación de referencia en el abordaje de la salud del pie son:

a. *Southern Arizona Limb Salvage Alliance (SALSA)*, se encuentra en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucson en Arizona en los Estados Unidos, se dedica a la recuperación del miembro inferior y presenta programas de investigación clínica, siendo uno de los más prestigiosos del mundo, en la investigación activa en muchas áreas únicas de estudio de los tratamientos para la infecciones y los trastornos del pie y el tobillo.

Entre los que cabe destacar: curar las heridas crónicas, las infecciones del pie y del tobillo, prevención de las complicaciones del pie diabético, tratar las enfermedades de las uñas, tratar las neuropatías y dolores en el pie y el tobillo en personas con diabetes.

b. *Temple University School of Podiatric Medicine* (Philadelphia), sus investigaciones se centran en analizar la marcha humana, para identificar las patologías musculares, neurológicas o anatómicas.

La deambulaci3n correcta implica una cadena de acciones complejas y el cuerpo humano debe integrar la retroalimentaci3n sensorial de los sistemas visuales, somatosensoriales y vestibulares para coordinar adecuadamente los m3sculos para evitar que caigamos.

El an3lisis de la marcha es una herramienta descriptiva que puede ayudar al pod3logo a comprender mejor c3mo cada uno de estos sistemas contribuye a la forma en que uno se pone de pie y camina.

La identificaci3n de trastornos de la marcha puede ser la clave para diagnosticar la causa del dolor en los pies, tobillos, piernas, rodillas, caderas, espalda o el cuello y ayudar a determinar los problemas subyacentes, como deformidades 3seas, restricciones de movimiento, debilidad muscular, disfunci3n de los nervios, las complicaciones esquel3ticas, la espasticidad o contractura, y las complicaciones de la artritis.

- c. *El centro de investigación músculo esquelética (MRC)*, cuenta con investigadores, académicos y médicos de una serie de Facultades de la Universidad de La Trobe (Australia) y otras instituciones de salud para llevar a cabo investigaciones sobre las causas, consecuencias y tratamiento de la artritis y de los trastornos músculoesqueléticos.

El MRC ofrece un punto de referencia para la investigación y la educación, que contribuye a avanzar en el conocimiento en esta área cada vez más importante de la asistencia sanitaria.

Dispone de un laboratorio de movimiento que tiene cuatro grupos de investigación: análisis de la marcha, equilibrio y caídas, ortopedia de rodilla, prótesis y ortopedia de pie y tobillo.

- d. *La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Southampton*, en el Reino Unido, cuenta con un Grupo de Investigación de Rehabilitación Musculoesquelética, siendo sus principales áreas de interés: el dolor de espalda, el hombro y la disfunción de la mano, la artritis reumatoide y las patologías del pie y el tobillo.

Las disciplinas involucradas en la escuela incluyen Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Psicología, Ciencias del Deporte y la Anatomía.

Las poblaciones de estudio, son aquellas que presentan las enfermedades o lesiones músculoesqueléticas, incluyendo las lesiones deportivas y los estudios implican la colaboración entre las diversas disciplinas clínicas, así como investigadores de la ingeniería, la psicología y las ciencias biológicas.

Los proyectos abarcan desde el desarrollo de herramientas de evaluación, la investigación de los mecanismos de la función y la disfunción mediante el desarrollo de tratamientos y la evaluación de su eficacia clínica, en los ensayos controlados aleatorios que incluyen la investigación física y la evaluación del dolor, calidad de vida y los factores psicosociales.

Los laboratorios de investigación de la Escuela proporcionan facilidades para la investigación física, incluyendo el análisis del movimiento, la electromiografía y las imágenes de ultrasonidos en rehabilitación.

4.1.4. Fuentes documentales en Podología.

La Podología ha experimentado un considerable desarrollo debido al marco institucional y legislativo que se ha ido configurando a lo largo de los años.

Esto ha sido posible, gracias al incremento del número de publicaciones podológicas y la constitución del consejo general de colegios de podólogos, los colegios profesionales, sociedades y asociaciones científicas y profesionales que le ha permitido adquirir su propio cuerpo de conocimientos, así como su desarrollo dentro del campo de las ciencias de la salud.

Es por ello, que la Podología abarca en su seno temas muy complejos y dispares, que van desde la promoción, mantenimiento y vigilancia de la salud, hasta el abordaje terapéutico y la rehabilitación de la enfermedad en general y del pie en particular.

Este creciente desarrollo y la variedad temática de la Podología, obliga a conocer cuales son las principales fuentes podológicas de información tanto para su uso asistencial, como para la vertiente docente e investigadora.

Por lo tanto, podemos definir el término fuentes o documentos como: *“los materiales de carácter tanto bibliográfico como no bibliográfico de un determinado “tema de interés”, o lo que es lo mismo, los conocimientos acumulados de la comunidad científica sobre un tema concreto (Simón, 1999).*

La clasificación de estas fuentes documentales, según Simón (1999), suele hacerse en función de su contenido (lo que nos conduce a hablar de fuentes primarias, secundarias y terciarias) y del nivel de conocimientos para hacer uso de ellas (fuentes generales o especializadas).

1) Fuentes documentales primarias.

1.1 Fuentes primarias generales: aquellas que presentan resultados originales de investigación, por los autores de la publicación. Generalmente tienen la estructura de artículo científico como es el caso de:

1.1.1 Los tratados o reference books que informan de manera exhaustiva de una disciplina, siendo textos de referencia dentro de una determinada especialidad.

Habitualmente son exhaustivos y ofrecen una información general, asentada y aceptada por la comunidad científica, siendo su principal inconveniente la demora existente hasta que se publica lo que permite en ocasiones que la información haya quedado algo desfasada. Ej: Podiatric Assessment and Management of the Diabetic Foot, Clinical Skills in Treating the Foot, Foot orthoses and other forms of conservative foot care, Neale's Disorders of the Foot.

1.1.2 *Manuales, textbooks o handbooks* que ofrecen una información de carácter general y asentada en un campo de estudio de gran utilidad para el alumnado universitario y como referencia por parte de los profesionales, ya que resumen los conocimientos actuales sobre una materia con el debido rigor científico. Ej: Podología quirúrgica, El Primer Radio. Biomecánica y Ortopodología, Ortopodología y aparato locomotor: ortopedia de pie y tobillo, Podología General y biomecánica.

1.1.3 *Compilaciones o readings* de una temática amplia imprimen información más actual y especializada, cada capítulo suele estar escrito por un autor especialista en el área conteniendo información fundamental, bien elegida y más específica que la ofrecida por un manual. Ej: Pie diabético. Conceptos actuales y bases de actuación, Cirugía podológica. Técnicas de mínima incisión, Podología. Atlas de cirugía ungueal.

1.1.4 *Monografías o monographs* exponen temas de manera amplia y exhaustiva. Suelen ser más breves que los anteriores y requieren poco tiempo para su escritura y publicación.

Están escritos por especialistas en la materia objeto de su publicación, que se han ocupado durante un tiempo del estudio e investigación del tema que exponen.

Habitualmente, las experiencias que refieren son el resultado de tesis doctorales, becas de investigación o trabajos similares. Ej: *The Traumatized Foot, Pie y tobillo, Estudio bibliométrico de la producción científica en materia de podología a través de la revista Podoscopio desde los años 1984-2001, Diferente asunción de los avances en el campo de la biotecnología en la sociedad española y la norteamericana actual.*

1.2 Fuentes Primarias Especializadas: que por medio de las revistas especializadas, constituyen el medio de comunicación científico de carácter formal más importante y representativo.

Los trabajos que se publican en ellas nos informan de los resultados de las investigaciones, así como un análisis, interpretación y discusión de los mismos por parte de los autores y conclusiones a las que han llegado con el trabajo.

1.2.1 A nivel estatal las publicaciones más relevantes son:

El Peu, Podología Clínica, Podoscopio, Revista Española de Podología, Revista Internacional de Ciencias Podológicas, Salud del pie.

1.2.2 A nivel Internacional las publicaciones más

destacadas son: Cirugía del Píede, Clinical Biomechanics, Der Fuss, Der Schweizer Podologe, Fodterapeuten, Foot and Ankle International, Foot and Ankle Surgery, Journal of Foot and Ankle Research, Journal of Foot and Ankle Surgery, Journal of the American Podiatric Medical Association, Il Podologo, Médecine et Chirurgie du pied, Podologie Scheweiz, Podiatry Management, Podiatry Now, Podiatry Today, Techniques in Foot and Ankle Surgery, The Foot.

2) Fuentes documentales secundarias.

Para acceder a la gran mayoría de información mencionada con anterioridad es imprescindible conectarse a distintas bases de datos, que se catalogan de la siguiente manera:

2.1 Revistas de resúmenes con publicaciones de resúmenes de artículos y otras fuentes documentales de carácter meramente descriptivo, las de mayor utilidad para la podología son:

2.1.1 EXCERPTA MEDICA: es la base en ciencias de la Salud de ámbito europeo, publicada por primera vez en el año 1946, recoge la literatura biomédica, de investigación y clínica, de ámbito mundial, cuenta con 52 secciones, teniendo cada una su propio editor: rehabilitación y medicina física, gerontología y psiquiatría, farmacología, psiquiatría, salud ocupacional, etc. se indizan los artículos de más de 4.500 revistas, así como tesis doctorales y monografías.

2.1.2 ICYT del CSIC permite recuperar información sobre diversas áreas temáticas, entre las cuales nos interesan especialmente las de ciencias de la vida, de la tierra y la farmacología.

Las referencias bibliográficas que en ella se obtienen corresponden a artículos de publicaciones periódicas editadas en España desde 1979.

2.2 Índices aportan los datos necesarios para conocer la existencia de un documento. Son de referencia para la podología:

2.2.1 INDEX MEDICUS (IM): editado por la National Library of Medicine, se trata de uno de los principales o más importantes índices en el campo de la literatura biomédica.

Recoge revistas de medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, biología, nutrición, trabajo social, química, fisiología, psicología, etc. Se edita mensualmente, al finalizar el año los 12 números mensuales se presentan en un volumen acumulado compuesto por cuatro fascículos titulado Cumulated Index Medicus.

Las palabras clave y descriptores que deben ser utilizados para una búsqueda eficiente se encuentran en el Medical Subject Heading. El vocabulario de este *thesaurus* es elaborado por la National Library of Medicine. Cuenta con un listado alfabético de unos 14.000 términos cada uno asociado a un código alfanumérico que remite a un sistema en árbol que los agrupa en categorías y subcategorías, incluye un listado de las revistas indizadas y agrupadas temáticamente y geográficamente. Muestra el título completo de cada una y su abreviatura.

2.2.2 Índice Médico Español (IME) del CSIC, permite recuperar referencias bibliográficas correspondientes a artículos de revistas médicas publicadas en España desde 1971.

Es el índice de sumarios más importante de nuestro país. Se publica trimestralmente desde el año 1965. Indiza más de 180 revistas españolas. Incluyendo, desde el año 1997, a la Revista Española de Podología.

Las revistas médicas indizadas tienen un interés intrínseco para muchos profesionales de la Podología. También incluye los artículos publicados por autores españoles en revistas internacionales.

2.2.3 *LILACS* (Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud), editada por la Biblioteca Regional de Medicina de la Organización Panamericana de Salud, con sede en Brasil.

En términos generales, abarca toda la literatura relativa a las ciencias de la salud, producida por autores latinoamericanos y del Caribe, publicada en los países de la región a partir de 1982.

El alcance temático, en lengua documental, se expresa en el vocabulario utilizado para indización y recuperación de los documentos que ingresan a LILACS, los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS).

Se analizan y procesan documentos como tesis, libros, capítulos de libros, anales de congresos o conferencias, informes técnico-científicos, publicaciones gubernamentales y artículos seleccionados en el procesamiento de aproximadamente 550 títulos de revistas del área continental.

2.2.4 MEDLINE. Se trata del repertorio bibliográfico Index Medicus ampliado. Editado por la National Library of Medicine de Bethesda (USA). Recoge, desde 1983, artículos de unas 3000 revistas mundiales de medicina, especialmente clínica. Se actualiza mensualmente. Es la base de datos más importante en Ciencias de la Salud.

Cada registro de MEDLINE representa la referencia bibliográfica de un artículo científico publicado en una revista médica, y contiene los datos básicos (título, autores, nombre de la revista, etc.) que permiten la recuperación de estas referencias posteriormente en una biblioteca, o a través de Internet.

2.2.5 *OSH-ROM*: editado por el National Institute for Occupational Safety and Health, tanto en EE.UU como del Reino Unido y el CISDOC (Centro de Documentación Internacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo de la OIT, Ginebra). Recopila trimestralmente datos bibliográficos sobre enfermedades ocupacionales, Seguridad e Higiene del Trabajo.

Contiene alrededor de 500.000 citas de unas 500 revistas y 100.000 monografías e informes técnicos. Comprenden también un Banco de Datos que recoge información de más de 4.000 accidentes graves con productos químicos.

2.2.6 *PSYCOINFO*: es la mayor base de datos a nivel internacional de la Psicología. The American Psychological Association's. Cubre la literatura desde el año 1984 hasta la actualidad sobre enseñanza, investigación y práctica en psicología de más de 45 países en más de 30 idiomas. Incluye material relevante en disciplinas relacionadas, tales como medicina, psiquiatría, educación, ley, criminología, etc. Proporciona índices de jornadas, libros, informes técnicos y otros documentos.

2.3 Bases de datos poseen la información de los repertorios que al ser muy voluminosos y de gran dificultad en su manejo, se han informatizado y volcado en esta herramienta, permitiendo obtener la descripción bibliográfica del documento que acompañado de las palabras claves o descriptores para su recuperación y un resumen o abstract. Su consulta se realiza vía *on line* y en *Cd-ROM*, entre los que destacan:

2.3.1 *CIRBIC-L*: catálogo colectivo de libros de las bibliotecas del CSIC, permite obtener información y localizar cualquier título que se encuentre en dichas bibliotecas.

2.3.2 *CIRBIC-R*: catálogo colectivo de revistas de las bibliotecas del CSIC, permite buscar toda la información sobre un título de revista, así como su localización, siempre que esté en alguna biblioteca del CSIC.

2.3.3 *COMPULEY*: Boletín Oficial del Estado, aborda los aspectos relacionados con la legislación.

2.3.4 *DATRI*: también del CSIC, incluye información sobre la oferta científica y tecnológica de las entidades incluidas en la Red de Oficinas para la Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI/OTT).

2.3.5 *ERIC (Educational Resources Information Center)*, abarca todos los campos educativos. Sus referencias se basan en 700 revistas internacionales, y recoge informes técnicos y de investigación, ponencias, estudios de evaluación, guías, tesis, etc.

Creada en 1966 constituye en la actualidad la Base de Datos de mayor volumen y prestigio a nivel internacional. Se actualiza mensualmente.

2.3.6 *ISOC*: contiene todas las referencias bibliográficas de artículos de revistas españolas desde 1975, editadas por Universidades, Institutos del CSIC, Diputaciones, entidades locales, etc, fue creada por el Instituto de Información y Documentación en Ciencias Sociales y Humanidades del CSIC.

Se encuentra dividida en las siguientes sub-bases: Derecho, Documentación Científica, Economía, Sociología y Política, Psicología y Ciencias de la Educación y Urbanismo.

3) Fuentes documentales terciarias.

Son resultado del análisis de las fuentes secundarias y aportan información original.

En este apartado se incluyen diccionarios de descriptores o palabras - clave que sirven para hacer las búsquedas bibliográficas en los Repertorios y en las Bases de Datos. Los principales son:

3.1 Thesauro de la Unesco que posee una lista estructurada de descriptores para la indización y la recuperación bibliográfica en las esferas de la educación, la ciencia, ciencias sociales, la cultura y la comunicación.

3.2 Thesaurus ERIC que contiene una lista de descriptores que se emplean para la localización de las referencias bibliográficas en los repertorios Educational Resources Index y Base de Datos ERIC, referente a las ciencias de la educación, editado por el Educational Resources Information Center, de USA.

3.3 Medical Subject Headings (MESH), la lista de descriptores utilizados para indizar las referencias bibliográficas en el repertorio de bibliografía médica INDEX MEDICUS y utilizado para su recuperación en la Base de Datos MEDLINE.

4.1.5. Cuerpo teórico estructural.

En condiciones normales, el cuerpo humano en general y el pie en particular es el responsable de soportar las fuerzas de la gravedad y la actividad muscular, aplicadas a los músculos y a sus estructuras, por medio de la aplicación de fuerzas responsables del mantenimiento de la locomoción, sostén, equilibrio que contrarresta la acción sobre los objetos externos.

De este modo, cuando no se pueden soportar las sollicitaciones o no es posible generar fuerzas para un funcionamiento normal, es cuando se habla de mecánica patológica (Losa & Becerro de Bengoa, 2003).

En la actualidad, diferentes corrientes de opinión han categorizado al pie desde distintas vertientes y es por lo que en podología no se entiende el estudio del pie, sin la realización de un análisis biomecánico, el cual nos aporta el conocimiento de la función y el comportamiento del pie, y del propio sistema corporal (Wernick, 2001).

Así distintos autores nos han propugnado distintos modelos mecánicos del pie y su relación la basan en:

1. Posición estática del pie: valorando la morfología estructural y la huella plantar, siguiendo estas teorías:

1.1. Modelo teórico del “Trípode” o “Taburete de tres patas”

(Viladot, 2009): propugnado por los anatomistas clásicos, adquiere su fundamento por la disección cadavérica, ya que el pie es una plataforma que se sustenta en tres puntos (talón y cabeza de primer y quinto metatarsiano), entre estos tres puntos existen tres arcos (interno, externo y anterior).

1.2. Modelo Teórico de Morton: en 1940 este autor identifica que las diferencias de longitud del primer metatarsiano, podrían ser la causa de dolor en el pie y se decata que cuando se tiene un primer metatarsiano más corto, es el responsable de una propulsión anómala durante el ciclo de la marcha.

1.3. Modelo teórico de Lelièvre: este autor propugna que en el antepie solo se apoya entre las cabezas del primer y quinto metatarsiano, a lo cual se refiere como puntos de apoyo inmediato y el resto de metatarsianos les denomina mediatos, quedando entre estas un arco anterior, su aplanamiento provocará ciertos procesos patológicos, por ejemplo lo que se denomina pie plano anterior.

Según esta teoría el conjunto de metatarsianos forman un arco elástico, actuando de manera similar a la ballesta de un coche, siendo un resorte que subiría o bajaría dependiendo de la fase de la marcha en la que se encuentre (Moreno, 2009).

Muchos autores como es el caso de Viladot, Valente, Consentino, Lavigne, y Noviel (Pascual, 2003), son claros exponentes de esta corriente y centran el estudio del pie, en las alteraciones de la bóveda plantar (pie plano, pie cavo, pie zambo o equino-varo), posición del retropié en bipedestación (pie cavo varo o pronado y pie plano valgo), cuyo único objetivo es realizar un diagnóstico clínico basado en la sintomatología que presenta el paciente *hallux valgus / limitus / rigidus*, *metatarsalgia / talalgia* mecánica, sin darle importancia a la funcionalidad de estas patologías durante el ciclo de la marcha.

2. Posición dinámica del pie y posición ideal de las articulaciones durante la marcha.

2.1 Modelo teórico de Root: propone diferentes conceptos para evaluar la funcionalidad correcta del pie, basada en diferentes teorías como son (Root, Orien, & Weed, 1977; Root, 1981):

2.1.1 Posición neutra de la articulación subastragalina: como la situación ideal en la cual funciona todo el pie, existiendo la máxima congruencia articular y una mayor eficacia mecánica, tanto en estática como dinámica.

Si se pierde esa posición neutra, por ejemplo en pies pronados, se produce una disminución de fuerzas de compresión entre las articulaciones del tarso y un aumento de las fuerzas rotacionales, que provocan una inestabilidad en el tarso.

Esta neutralidad de la articulación subastragalina, es diferente en cada persona y se determina clínicamente, cuando se produce en el calcáneo un movimiento en el plano frontal dos veces mayor en inversión que en eversión.

De este concepto surgen nuevas alteraciones intrínsecas en el pie, cuando la posición neutra de la articulación subastragalina, se encuentra desviada en varo o valgo (retropié varo o valgo).

2.1.2 Posición Relación Antepie - Retropie: cuando la articulación mediotarsiana se encuentra bloqueada en máxima pronación, se produce un bloqueo óseo en la articulación calcáneocuboidea, que coincide con el momento final de la fase de apoyo medio de la marcha y con la posición de mayor congruencia y estabilidad del antepie.

Actualmente, este modelo es el más utilizado por los podólogos (Harradine & Bevan, 2009), debido a la inclusión de nuevas deformidades intrínsecas del pie (*antepie varo / valgo*) que son compensadas con la utilización de un tratamiento ortésico apropiado.

3. Modelo teórico de Facilitación en el Plano Sagital: propuesto por Dananberg (1986), pone de relieve la importancia del pie como un elemento pivote en el plano sagital, que se balancea de atrás a delante, desde el talón hasta los dedos, permitiendo así una adecuada extensión de la cadera en la fase previa al despegue que contribuye a un apoyo normal y por lo tanto un eficiente movimiento durante la deambulación (Dananberg & Guiliano, 1999).

De este concepto surgen deformidades intrínsecas que restringen el movimiento del pie y provocan un bloqueo en el plano sagital que Dananberg (1995), lo relaciona con la aparición de trastornos posturales, como por ejemplo el dolor lumbar. La definición patomecánica se ajusta a la existencia de distintas patologías en el pie como:

3.1 Hallux limitus funcional que lo define como la incapacidad para realizar una flexión dorsal adecuada en el ciclo de la marcha, aunque estructuralmente tiene un rango normal de movimiento, en dinámica repercute negativamente en otros segmentos corporales estando íntimamente relacionado con las lumbalgias y los dolores en el pie.

3.2 Equino de tobillo atribuido a la incapacidad de realizar una dorsiflexión de la articulación de tobillo de 100°, durante la deambulaci3n.

4. Modelo teórico del equilibrio rotacional: clasifica al pie a través de los movimientos que se efectúan a través de la articulación subastragalina y de los métodos que disminuyen el estrés sobre las estructuras anatómicas, aplicando leyes físicas relacionadas con la acción muscular y las fuerzas reactivas del suelo (Kirby, 2000).

Este paradigma, denominado también de estrés de los tejidos, se basa más en el concepto de cinética, en contraposición a la cinemática de la marcha y permite identificar:

4.1 Las estructuras que están implicadas, lo que facilita la identificación de la patología relacionadas con la funcionalidad del pie.

4.2 La limitación de pronación o supinación en el pie es la causa de la aparición de trastornos en el pie.

Para Kirby (2001), si el centro de presión es medial al eje de la articulación subastragalina, se realiza durante la marcha un movimiento de supinación, por el contrario si es lateral se produce un movimiento de pronación.

Esta teoría habla de momentos de equilibrio en la articulación subastragalina y lo relaciona con la aplicación de un momento de la misma magnitud en las estructuras opuestas.

Por ejemplo, la fascia plantar y el tibial posterior se opondría a un momento en pronación a través del eje de la articulación subastragalina.

Un desplazamiento medial o lateral en este eje dará lugar a una alteración biomecánica produciendo daño tisular en alguna estructura.

5. Modelo teórico del Mecanismo del Windlass: descrito por Hicks (1954) y por las teorías de Dananaberg y Fuller que se encargan de su estudio (Harradine & Bevan, 2009).

La descripción está relacionada, con la funcionalidad de un pie normal en carga o en cadena cinética cerrada, que será análoga a un cable "*hallux*" que se enrolla en un cilindro "*pie*", esto se produce cuando la primera articulación metatarsofalángica se dorsiflexiona lo que genera una tensión en la fascia plantar, acortando la distancia entre el calcáneo y la cabeza del primer metatarsiano y provocando una supinación del pie coordinada con la rotación externa de la pierna (Hicks, 1956).

La existencia de restricción de movimiento en la primera articulación metatarsofalángica, propicia alteraciones en la deambulación, relacionadas con un despegue inadecuado del pie por el talón y con la limitación de la extensión de la cadera que contribuye a la aparición de lesiones musculoesqueléticas relacionadas con la pronación (Wrobel, Connolly, & Beach, 2004).

4.1.6. Patologías actuales más relevantes.

La epidemiología de los problemas de los pies se ha evaluado en pocos estudios que tienen su origen en los EE.UU (Gould, Schneider, & Ashikaga, 1980).

Estas investigaciones a pequeña escala han evaluado la prevalencia de la enfermedades de las uñas en personas mayores (Munro & Steele, 1998), en determinados grupos de pacientes con patología de base como la diabetes (Pinzur et al., 1999) o alteraciones específicas en los pies (Clayton & Hay, 2000).

Recordar que aunque la frecuencia de los problemas de salud en los pies es alta en todas las naciones, existe un gran hándicap que es la poca consideración que esta zona tiene para la mayoría de las gobiernos, no contemplándola como una prioridad por los principales sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo (Greenberg, 1994).

Se estima que en Europa entre el 3% y el 5% de la población total han padecido onicomycosis o tiña pedis (Haneke & Roseeuw, 1999) y aunque estas u otras enfermedades del pie causan dolor y malestar, pudiendo limitar las actividades de la vida diaria en multitud de pacientes (Greenberg & Davis, 1990), muchos de ellos no son conscientes de ello y no buscan ayuda especializada.

Según Comm, se realizan más de 50 millones de consultas a clínicas de podología por infecciones fúngicas al año (Greenberg, 1994). Estas cifras pueden reflejar sólo la punta del iceberg, ya que en muchos pacientes existe un abandono de la salud de los pies y no buscan subsanar la patología podal presente, que es fuente de deterioro físico y cognitivo.

Diferentes estudios ponen de manifiesto el escaso interés puesto en la atención de la salud del pie.

Para Cobb, Cornelly, y Grubb (1977) ya concluían en su estudio que en los EEUU, 10 millones de personas (4% de la población) habían padecido queratopatías (hiperqueratosis, helomas, eccemas) o alguna otra afección en el pie, en algún momento de su vida, sin buscar una asistencia especializada.

Más tarde Greenberg y Davis (1993), concluían que las onicocriptosis, las infecciones podales y las callosidades eran los trastornos más usuales a nivel del pie en la población de los EEUU.

A pesar de estos resultados, el conocimiento de la prevalencia y el riesgo asociado a ciertos factores en la población general es escaso y la existencia de tratamientos efectivos para los trastornos del pie son limitados.

En el año 2003, salen a la luz los resultados de un estudio denominado, “*Achilles Project*” que analizaban a gran escala la prevalencia de la enfermedad en el pie en Europa.

Según Burzykowski et al., (2003) uno de los autores de la investigación, la prevalencia de enfermedades en el pie aumenta con la edad y los factores que predisponen la aparición son: la obesidad, la diabetes, la actividad deportiva, alteraciones vasculares, traumatismos y el sedentarismo.

Es por ello, que los grupos poblacionales más expuestos a sufrir patologías en los pies son:

- 1) **Población Adulta:** en donde la prevalencia de la enfermedad en el pie, está íntimamente relacionada con el sexo.

Así las enfermedades más prevalentes en los pies de los hombres, son las micosis superficiales, siendo atribuido al mayor uso de duchas comunes, a la actividad deportiva y al trabajo pesado en industrias (Clayton & Hay, 1994).

Por lo tanto, el deporte está íntimamente relacionado con la aparición de patología fúngica en los pies, influyendo en la prevalencia de estos trastornos infecciosos (Gupta et al., 2000; Losa, Gómez, & Fuentes, 2007).

Por otra parte, en las mujeres existe una mayor predisposición a la existencia de alteraciones estructurales del pie como los juanetes, los dedos en garra, los dedos en martillo, los pies cavos, los pies planos, las queratopatías, entre las que destacan las distrofias ungueales y las callosidades, que se relacionan con la utilización de calzado inadecuado (Nyska, McCabe, Linge, & Klenerman, 1996).

- 2) **Etapas infantil:** los problemas más comunes son los pies planos, el dolor en el talón y el hallux valgus (Krul, Van der Wouden, Schellevis, Van Suijlekom-Smit, & Koes, 2009).
- 3) **Población de Riesgo:** ciertas enfermedades como la diabetes, la artritis, los trastornos nerviosos y circulatorios, a menudo se manifiestan en los pies (Spraul & Koenning, 1994), siendo motivo de caídas y de deterioro funcional importante en las personas, como resultado de una compleja interacción de factores físicos y psicosociales (Barr, 2005), comprometiendo la condición del pie y del resto del miembro inferior.

Para Touceda, Pérez, Barreiro, Puñal, Vázquez, y López (2010), existe una necesidad manifiesta en la población diabética, en el cuidado de la salud del pie.

La elevada incidencia en nuestro país, afecta aproximadamente al 5% de la población española generando un elevado impacto económico y social, derivado directamente de la enfermedad y de sus complicaciones.

De la misma manera, el 25% de los diabéticos tiene problemas en sus pies debido a la aparición de heridas crónicas ("pie diabético" y enfermedad vascular periférica), de tal forma que uno de cada 15 diabéticos sufrirá la amputación de una de sus extremidades inferiores, y de ellos, el 30-40% perderá la otra extremidad en menos de 3 años, convirtiendo a la DM en la principal causa de amputación no traumática.

Según el Sistema Nacional de Vigilancia de la Diabetes (2002), la incidencia de ingresos hospitalarios por patología en las extremidades inferiores en personas con diabetes en los EEUU y que finalizan con amputación es de 52 por cada 10.000 diabéticos. Mientras que en ese mismo año, la tasa en la población general fue de 2,9 amputaciones por cada 10.000 habitantes.

Así mismo está demostrado que entre el 1% y 4% de las personas con DM desarrollan una úlcera en el pie a lo largo de su vida, y existe un riesgo de reulceración importante de alrededor del 15% (Reiber, 2001).

Según Corbett (2003), el riesgo de ulceración y amputación puede ser reducido, si se acompaña de educación sanitaria a las personas con diabetes para prevenir las complicaciones.

La educación consistente en intervenciones relacionadas con medidas para mantener un buen control de la enfermedad, mediante el uso de dispositivos para la protección de los pies de un traumatismo menor, protocolos para reconocer los signos de ulceración incipiente que ayuden a reducir el riesgo de desarrollar úlceras en los pies contribuyen de manera significativa en el mantenimiento de la salud del pie

- 4) **Senectud:** existen tasas de prevalencia de entre 20 - 40% en las personas mayores de alteraciones y deformidades en los pies (Chen, Devine, Dick, Dhaliwal, & Prince, 2003).

Esto quiere decir que el porcentaje de patologías en los pies en las personas mayores es casi el doble que para la población general (Munro & Steel, 1998).

Siendo los trastornos más comunes en los pies de las personas de edad avanzada, según Cesarone et al., (2002) las queratopatías (distrofias ungueales, callos, queratosis), deformidades óseas (juanetes, alteraciones digitales), alteraciones musculares (pies pronados), trastornos circulatorios, que van a repercutir negativamente en la salud, siendo fuente de malestar y dolor en el pie en particular y de discomfort en general.

Menz y Lord (1999), atribuyen la existencia de patologías en los pies a la limitación articular, la debilidad muscular y la utilización de zapato inapropiado, que suponen un riesgo para la sustentabilidad y la autonomía que el paciente quiera llevar en su quehacer diario, siendo considerado como un factor de riesgo en las caídas.

Es por ello, que las personas de edad avanzada requieren un cuidado adecuado del pie, si desean mantener su independencia.

Para concluir, es necesario remarcar la prioridad que para el ser humano tiene la salud de los pies, siendo los responsables del mantenimiento de la condición física, de la independencia y de la propia autonomía.

La búsqueda de un cambio de conducta individual perjudicial, es un elemento muy importante para mejorar la salud, tal cambio sólo tendrá lugar si se elige de forma personal y libre y se ve facilitado por el ambiente y apoyado por los recursos adecuados, entre los que se encuentra la podología.

4.2 PODOLOGÍA Y SALUD: ASPECTOS PSICOSOCIALES.

La podología del siglo XXI, cada vez está más implicada en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad y por medio de diversos modelos de intervención busca mejorar la salud del pie y un cambio de conducta individual, social o consejos que eviten riesgos para la salud de la misma.

Los aspectos psicosociales que interfieren en la evolución psicológica y social de la enfermedad son:

- Estilos de vida: claro ejemplo son los pacientes con patologías de base (alteraciones de la piel, artritis, cardiopatías, diabetes, estrés, trastornos de ansiedad) y el conocimiento para el manejo de la misma, relacionado con la confrontación y la modificación de creencias negativas o incorrectas, variación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas y variar hábitos nocivos, ejercicios y autocuidados.
- Educación Podológica: se intenta desterrar ideas falsas en torno a la enfermedad y fomentar el papel activo del paciente, demostrando la importancia de su participación en el cuidado, cumplimiento del régimen terapéutico, desarrollo y evolución de la enfermedad.

- Relación Podólogo - Paciente: búsqueda de la asertividad, ya que las actitudes de confrontación, acusación o exigencia no suelen ser eficaces. Es preferible establecer un clima de cooperación y comprensión y nunca aprobar, justificar o tolerar los errores cometidos por el paciente.

En los pacientes que presentan reacciones de hostilidad, agresividad o ansiedad estos estados interfieren de modo desfavorable en el curso y evolución de la enfermedad. También se puede demostrar un rechazo al podólogo y al diagnóstico, por lo que hay que intentar resolver el problema trasladando la función de informar al facultativo.

- Contexto social: el seguimiento del tratamiento por parte del enfermo, depende de las relaciones con sus familiares, por lo que se observa que el apoyo familiar asegura la observancia del tratamiento.

En adultos, la dificultad principal para seguir la dieta proviene de las ofertas inapropiadas, por parte de los que le rodean y la falta de planificación que surge en situaciones de conflicto en los horarios, viajes y sobre todo, la sensación de estar fuera de contexto.

- Complicaciones: la incapacidad y la dificultad en el autocuidado, aumentan los niveles de ansiedad que repercuten en la adopción de una postura activa frente a la enfermedad y en la adhesión al tratamiento.
- Actitudes comportamentales: no adecuadas que contribuyen a la “autodestrucción”, la infancia y adolescencia, son etapas en la que los pacientes usan la enfermedad como medio para expresar su rebeldía y oposición a la familia, incumpliendo el tratamiento.

El modelo biopsicosocial permite esta mejora, ya que permite un abordaje de las enfermedades de los pies, buscando como resultado la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

4.2.1. Psicología social de la salud.

La evidencia, cada vez más presente, de que los factores psicosociales están estrechamente relacionados con el desarrollo de las enfermedades, sobretodo crónicas, pero también las infecciosas, ha dado lugar al surgimiento y fortalecimiento del modelo biopsicosocial en la segunda mitad del Siglo XX (Branon & Feist, 2001).

El modelo biopsicosocial sostiene la idea de que los procesos biológicos, psicológicos y sociales están integral e interactuadamente implicados en la salud y en la enfermedad (Suls & Rothman, 2004).

A raíz de la aparición del modelo biopsicosocial, en el campo de la Psicología, se ha creado un área de estudio propia para investigar acerca de qué procesos psicosociales están implicados en la Salud de los sujetos: la Psicología de la Salud.

La Psicología de la Salud es un dominio de investigación fundamental y de aplicación reciente, en pleno crecimiento a nivel internacional. Ya que trata de estudiar, comprender y predecir cuáles son los factores psicológicos que juegan un papel en la aparición de las enfermedades, que pueden acelerar o ralentizar su evolución (Dresch, 2006).

Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología, especialmente la denominada como psicología social de la salud, definida como la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en dicho marco, estudiando la conducta salud / enfermedad en interacción con otras personas, con intereses de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención que tengan un impacto estresante, en las organizaciones del cuidado de la salud (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008).

Los factores que han condicionado este nuevo concepto de salud son consecuencia del cambio en las pautas de morbilidad y mortalidad en las sociedades industriales, ya que a principios del s. XX las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas y actualmente las principales causas de muerte son las de tipo crónico.

Los principales factores de riesgo son de tipo comportamental: fumar, abuso de alcohol, hábitos nutricionales, ausencia de ejercicio físico.

Por consiguiente, el cambio substancial en las causas de muerte ha hecho que el foco de atención pasara a las enfermedades crónicas. Sobre todo porque mientras las enfermedades infecciosas son causadas por agentes patógenos externos, las enfermedades crónicas se caracterizan por su origen multifactorial, donde el comportamiento y el estilo de vida individual juegan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad.

Por ende, basta con ver las cifras en las últimas décadas de morbi-mortalidad para darse cuenta de la importancia del papel de los aspectos psicológicos y sociales en estos procesos, pues las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes representan las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo industrializado (Instituto Nacional de Geografía e Informática y Secretaría de Salud, 2002) los que ciertamente, están determinados por conductas o comportamientos psicosociales que incluyen malos hábitos de salud, estilos de vida insalubres y condiciones de existencia deterioradas o incluso pobreza extrema.

Según McGinnis y Foege (1993), la mayoría de los trastornos crónicos están ligados al consumo de tabaco (responsable del 19% de las muertes), la dieta y la inactividad física (responsable del 14% de las muertes), el consumo de drogas ilícitas (responsable del 9% de las muertes en los EEUU en el año 1990), el abuso de alcohol, y el estrés.

No obstante, algunos casos actuales de enfermedades infecciosas y parasitarias, como el VIH-SIDA por ejemplo, se contagia como resultado de comportamientos de riesgo poco saludables, donde la conducta del sujeto tiene un papel fundamental (Branon & Feist, 2001).

El objetivo principal de la psicología social de la salud, se enmarca en el contexto sociocultural que determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, este marco diseña el papel social del enfermo y el que muchas veces determina la aparición de problemas nuevos como la hiperactividad, la creciente medicalización durante el embarazo y el parto, el estrés, trastornos de ansiedad que van a ser los causantes de problemas de salud (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008).

La necesidad de ofrecer un análisis de la conducta relacionada con la salud y la enfermedad desde un contexto social, permite evitar un abordaje psicológico puramente individual, que probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad.

La influencia del contexto social y más concretamente de los grupos sociales en el campo de la salud / enfermedad nos orienta desde diferentes teorías, definiciones e interpretaciones de la enfermedad, para conseguir una mejora en la utilización de los servicios sanitarios (retraso o uso indiscriminado), el cumplimiento de las prescripciones médicas, el uso de medicinas alternativas o de procedimientos populares, la automedicación, en definitiva una actitud positiva hacia los servicios de salud.

Dentro de las áreas que van a influir en el contexto social y que se pueden determinar, se encuentran (Huici, 1985):

- Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad.
- Las conductas de expresión de síntomas (ej. manifestaciones del dolor).
- Las conductas orientadas a la salud.
- La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo (demandas de rol).
- Los hábitos comportamentales saludables.

Por lo tanto, la psicología social de la salud contribuye al establecimiento de bases que posibilitan una política sanitaria eficiente (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008), mediante el estudio de:

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, siendo el objetivo de los comportamientos preventivos:
 - Prevención primaria: disminuir la incidencia de la enfermedad.
 - Prevención secundaria: disminuir la prevalencia y acortar el período de duración de la enfermedad.
 - Prevención terciaria: disminuir las complicaciones de la enfermedad.

La promoción de la salud implica la protección, mantenimiento de la salud y la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad.

- Proceso de enfermedad: estudia los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), mejorando las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación de la enfermedad.

Así mismo, estudia la percepción de los síntomas por parte del paciente, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud, familia y enfermos acerca de estos procesos, los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad y la investigación, sobre el estrés, el afrontamiento y el apoyo social.

- Conducta de enfermedad y salud (Taylor, 1990): son acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando los síntomas de la enfermedad (ej. Ir al médico, tomar la baja laboral, etc.).

Las conductas de enfermedad nos muestran cómo una persona se adapta a la experiencia de un problema de salud, cómo asume y representa el papel de la persona enferma, siendo determinantes del curso de la enfermedad y del cuidado médico que se recibe.

- Relaciones entre el profesional de salud y el enfermo: la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario, es uno de los campos más relevantes de trabajo de la Psicología Social de la Salud.

Por otro lado, colabora en procesos de investigación psicosocial sobre:

- a) la conformidad y la obediencia a la autoridad, b) los modelos de las bases del poder social, c) el diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de la relación profesional - enfermo, en términos de aumento de satisfacción y eficacia.

- Mejora del sistema del cuidado de salud y de la política sanitaria: siendo uno de los campos más recientes de la Psicología Social de la Salud, participando en la mejora de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario. Para ello busca:

- La mejora de las relaciones interpersonales de los usuarios con los profesionales de la salud, que aumentan la competencia social de dichos profesionales, su satisfacción profesional y mejora la coordinación entre los miembros del equipo de salud, optimizando su funcionamiento.
- Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo del estrés, para el personal sanitario, coordinación del funcionamiento del equipo sanitario, organización y aprovechamiento de los recursos.
- Estudio de las necesidades de la población, para establecer prioridades e integrarlas en las políticas de salud.

En definitiva, la conducta del ser humano tanto sano como enfermo, no es entendible si la separamos de su contexto social, ya que las personas viven integradas dentro de un grupo y viven su realidad social por referencia de condicionantes de tipo social.

El conocimiento de todos estos aspectos nos permite una mejor comprensión de los mismos y nos proporciona unas herramientas para facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Barriga et al., 1990).

4.2.2. Comportamiento y patología.

La palabra conducta o comportamiento fue incorporada a la Psicología desde otros campos del conocimiento (Química, biología...), que utilizaban este término para describir los hechos observables directamente.

La Psicología usa este término en un principio para explicar las manifestaciones del ser humano.

Watson (1924), define el término conducta a todos los hechos que presenta el ser humano y que pueden registrarse, medirse, evaluarse directamente y según el cual el organismo hace o dice, incluyendo bajo esta denominación tanto la actividad externa como la interna, de acuerdo con su propia terminología. Así moverse es una conducta, pero también lo es hablar, pensar o emocionarse.

Por medio de esta definición se crea una corriente de pensamiento llamado “*conductismo*”. La palabra conducta es latina y significa seguir, guiar... Con esto Watson aportaba a la definición que cualquier hecho es conducido por algo, provocado por algo y no reducía el comportamiento únicamente a la actividad motora o movimientos, sino que admitía también la existencia de otros tipos de actividad del organismo, como el emocional (Mira & López, 1961).

Aunque también se maneja un concepto de conducta no conductista, sino más dialéctico que da respuesta a lo que ocurre en el individuo. Todas las manifestaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) del ser humano cualesquiera que sean las formas de presentación, en el cual la conducta implica seguir un estímulo.

En la actualidad, se ha demostrado que en la enfermedad están implicados importantes componentes psicosociales y su consecución ha ido marcada por un largo recorrido en el cual el concepto de Conducta de Enfermedad ha jugado un papel muy relevante, constituyendo el resultado de un prolongado e interesante flujo de aportaciones de autores procedentes de muy diversos ámbitos, pero que ha derivado en un uso laxo y poco preciso (Mayou, 1984, 1986).

En efecto, al mismo tiempo que la expresión “*conducta de enfermedad*” ha pasado a formar parte del léxico médico y psicológico, su falta de claridad conceptual impide el desarrollo de una línea de trabajo desde la que se han realizado fructíferas contribuciones a la comprensión del enfermar humano (Galan, Blanco, & Pérez, 2000).

El desarrollo de la Conducta de Enfermedad arranca con la obra del sociólogo Parsons (1982), que aporta el concepto de “rol” , eje central de sus concepciones en torno a la práctica médica y útil instrumento para entender el estatus social tanto de los profesionales sanitarios como de los enfermos y con el que Parsons designaba los comportamientos que son esperados de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social, sirviendo de guía para la investigación sobre la dinámica de las relaciones médico - paciente.

Este concepto de “rol de enfermo” (*sick role*), implica una serie de derechos y deberes que nuestra sociedad occidental adjudica a los enfermos.

Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo.

De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desean mejorar) y buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros y de evitar los segundos darían lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar (Parsons, 1982).

Este modelo aportaba claves muy valiosas para entender el papel social de la enfermedad y la importancia de la relación médico - enfermo, aunque adolecía de serios problemas que diversos autores plantearon de manera inmediata (Ballester, 1993).

Así, tiene un limitado rango de aplicación debido a que solo es útil en patologías fisiológicas agudas, aplicable fundamentalmente a las clases media y alta de las sociedades occidentales, concede un papel muy relevante al profesional médico a costa de obviar el papel de la familia o de las concepciones que el propio enfermo desarrolla en torno a su enfermedad, desatiende procesos psicológicos (perceptivos, interpretativos, de afrontamiento, etc.) que múltiples investigaciones mostraban como importantes en este ámbito; y finalmente no tiene en consideración las diferencias individuales en la forma de vivir la salud - enfermedad.

Aunque sería Mechanic el auténtico fundador de esta línea de trabajo, y Pilowsky en el campo de la Psiquiatría, ya que aparte de desarrollar sus trabajos, realizaban otras contribuciones, como el modelo biopsicosocial de Engel, los trabajos en torno a la distinción "*illness - disease*", y los modelos de Leventhal, de McHugh y Vallis que pueden ser situadas dentro del marco conceptual de la Conducta de Enfermedad.

Este investigador intenta explicar que el hecho de acudir al médico, no es una respuesta automática ante el padecimiento de una enfermedad, debido a que con frecuencia los pacientes no acuden a los servicios sanitarios y los individuos sanos sí lo hacen, otro factor que refleja es la influencia de factores extra-médicos en la decisión de acudir a los centros sanitarios (Mechanic, 1992).

Para Mechanic el sentirse enfermo y acudir al médico son los puntos finales de un largo proceso que pudo tener trayectorias alternativas y que existen distintas variables que están implicadas en este proceso.

Volkart y Mechanic (1962), crean el término "*Conducta de Enfermedad*", con lo que hacían referencia a la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales, siendo un marco de referencia para múltiples y diversas líneas de investigación en torno a la salud - enfermedad, conceptualizándola de cuatro maneras (Mechanic, 1986):

1. Disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad.
2. Resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que determinan el significado proporcionado a éste.

3. Consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto a los determinantes de la respuesta del enfermo.
4. Resultado de un proceso de atribución en torno a la salud - enfermedad.

Frente a esta dispersión del concepto de Conducta de Enfermedad, Pilowsky la focaliza al ámbito de las manifestaciones psicopatológicas que se desarrollan en el ámbito de la corporalidad y acuña la expresión “*Conducta Anormal de Enfermedad*”.

A la que define como la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de todos los parámetros de funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad, el bagaje educacional y sociocultural del individuo (Pilowsky, 1993).

Este concepto se convierte en el eje central de su teoría y así lo conceptualizada como un *continuum* las manifestaciones de discrepancia entre el estado somático y la reacción del individuo frente a ellos y elabora una nueva clasificación de los trastornos somatomorfos, planteando la necesidad de evaluar en cualquier alteración psicopatológica los aspectos de conducta anormal de enfermedad; y así, sugirió la incorporación de un sexto eje en la clasificación de trastornos mentales de la *American Psychiatric Association* (APA) donde quedaron recogidos los factores de Conducta Anormal de Enfermedad.

Para Leventhal, estas teorías a las que denomina “*de sentido común*”, en oposición a las teorías científicas que rigen la actividad del médico, tienen un gran valor porque son las principales determinantes de la conducta del sujeto respecto a su salud (Leventhal & Nerenz, 1985; Nerenz & Leventhal, 1983; Schiaffino & Cea, 1995; Weinman & Petrie, 1997).

Por ello, el análisis de Leventhal se centra en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona; en ellas quedarán recogidos los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración prevista, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella.

Otro modelo teórico especialmente elaborado es el desarrollado por McHugh y Vallis (1986), que no es sino un intento de superar las deficiencias del modelo biopsicosocial de Engel (1977, 1980, 1997).

En efecto, estos autores coinciden con Engel en su fuerte oposición al modelo biomédico como una forma reduccionista de abordar al enfermo y al enfermar, en el que estos quedan limitados a los aspectos meramente biológicos.

Pero McHugh y Vallis critican al modelo biopsicosocial por su escasa operatividad, y recogen las aportaciones de diversos autores que han tomado como eje central de su trabajo la distinción entre dos términos anglosajones: “*illness*” y “*disease*”.

En líneas generales, este último haría referencia a los aspectos biológicos del enfermar, mientras que “*illness*” recogería los modos subjetivos en que la persona percibe, se representa o reacciona ante los síntomas físicos de lo que considera una enfermedad.

Entre los autores que han abundado en esta distinción terminológica podríamos mencionar a Coe, 1973; Barondess, 1979; Kleinman, 1986; y Cott, 1986.

En la actualidad son diversas las líneas de investigación que utilizan como referencia el marco de la Conducta de Enfermedad. Algunos autores han sistematizado estas aportaciones dividiéndolas en tres grupos según su ámbito de investigación (Lojo, Hilser, Quiroz, Llor, & Nieto, 1995):

1) Sociología Médica y la Psicología Social: abordan la influencia del grupo familiar en el desarrollo de una enfermedad, la relación médico - paciente, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, el papel de las actitudes en el ámbito de la enfermedad, los modelos preventivos de salud, los modelos sobre el uso de los servicios sanitarios, etc.

2) Medicina Comportamental y de la Psicología Clínica: se basan en distintas teorías (del estrés, de la autoeficacia, de los estilos de vida, de la autorregulación, etc.) y los estudios acerca del significado de la enfermedad para los individuos, o sobre la relación entre los estilos de vida o la personalidad, y la salud.

3) Psicopatología: caracterizan formas patológicas o “*no adaptativas*” de respuesta ante la enfermedad.

Según, Galán, Blanco, y Pérez (2000), el concepto útil de Conducta de Enfermedad, se debe entender dentro del complejo mundo del enfermar, determinando qué dimensiones psicosociales son relevantes para la práctica profesional (médica y/o psicológica) y desarrollar procedimientos para explicarlas y valorarlas, tanto en el ámbito de la conducta normal como en la patológica.

4.2.3. Aspectos sociales de la enfermedad.

La enfermedad, con independencia de la patología a la que esté asociada, es un fenómeno cultural complejo, que se inicia con una percepción del sujeto ante algo que le ocurre, y que interpreta dentro de los parámetros establecidos culturalmente, afectando tanto a la percepción y actuación del sujeto, como a los comportamientos de su grupo cercano y al del médico que lo trata, antes, durante y después (Zomoza & Vázquez, 2008).

Por lo tanto, la respuesta que se da ante la enfermedad depende de la imagen que previamente se tenga de ella, y el individuo que la trata actúa en un sistema sociocultural que da legitimidad a sus comportamientos y asume unas responsabilidades y roles que son socialmente aceptados.

El interés existente por los aspectos sociales que dan lugar a la enfermedad ya existen desde la antigüedad. Muchos médicos, usaban sus informes o experiencias, para construir una explicación que fuese más allá de lo biológico, debido a la falta de recursos médicos y tecnológicos, ocupándose del aspecto social y preocupándose por la enfermedad del paciente y de las limitaciones que tenía en el tratamiento médico (Oblitas & Becoña, 2008).

Desde el punto de vista social, esta especialidad se origina en los años cuarenta y cincuenta (Oleson, 1975), pero no sería hasta los años setenta cuando las ciencias sociales se dedican a trabajar de manera más marcada en la comprensión de las enfermedades, otorgando a las causas naturales y biológicas la explicación social, haciendo especial hincapié en el comportamiento individual o en las condiciones de la sociedad que se convierte en productora de enfermedades (Barata, 1997).

Para Bishop (1994), corresponde a la sociología médica el estudio de los aspectos sociales de la enfermedad, comprendiendo temas tales como: patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social, las respuestas sociales y culturales de la enfermedad, la organización del cuidado de la salud (Mechanic, 1978).

De esta forma, las características de la enfermedad son propias de cada sociedad, no son estáticas, ya que ha estado influenciadas por el entorno y sus necesidades, las variaciones existentes vinculadas con la demografía, economía y factores socioculturales determinan la propia identidad de cada sociedad (Lastra & Rodríguez, 1998).

Es por ello, que la enfermedad es evaluada de manera distinta según la sociedad, la época y las características de la persona que enferma.

Para Llor, Abad, García, y Nieto (1995), la descripción de las fases de la enfermedad sigue el siguiente esquema:

1. *Etapas inicial, Fase de dolencia o Aparición de síntomas*: no existe enfermedad, aparece sintomatología y aunque el individuo no se encuentra bien continúa haciendo su vida normal sometiéndose a autotratamiento.
2. *Etapas de definición de la enfermedad*: el sujeto comunica su estado general a la familia o a su grupo de referencia, los cuales si entienden la enfermedad y buscan ayuda especializada.

En otros casos, no reconocen la sintomatología que refiere el sujeto, convirtiéndose el tratamiento en poco técnico, que consiste en remedios populares relacionados con la medicina popular.

3. *Etapas de contacto con la asistencia sanitaria*: aquí se constata oficialmente la enfermedad, el enfermo necesita legitimar socialmente su enfermedad y recuperar su estado funcional.

Si el paciente no cubre las expectativas debido a que el sistema no reconoce su enfermedad, lo que se denomina enfermos funcionales, comienza un recorrido por diferentes especialistas en la búsqueda de legitimar socialmente su enfermedad, la cual tendrá multitud de repercusiones ya sean de tipo social, familiar, laboral y económico.

4. *Etapas de estado de la enfermedad:* el paciente asume su rol de enfermo y asume las premisas terapéuticas, existiendo una relación enfermo - facultativo que es necesaria para valorar la evolución del proceso, necesitando realizar un ajuste de relaciones enfermo - ambiente social, fundamentalmente con el grupo familiar y con el círculo de amistades.

El enfermo se encuentra en una posición de dependencia, requiriendo cuidados y atenciones, por lo que socialmente se encuentra marginado.

5. *Etapas de convalecencia y rehabilitación:* desaparición progresiva de los síntomas y propias secuelas de la enfermedad, el enfermo reanuda parcialmente sus actividades abandonando el rol de enfermo.

6. *Etapas de recuperación o curación*: se reincorpora al 100% de sus actividades cotidianas.

Estas fases descritas anteriormente, relacionadas con el proceso de enfermedad, no siempre incluyen todas las etapas mencionadas, ya que la entrada y salida de cada fase depende de las decisiones que adopte el enfermo o el grupo social o familiar de referencia.

Así algunas enfermedades han sido consideradas como estigmatizantes, debido al riesgo directo para la salud de los otros, es el caso de las enfermedades de transmisión sexual, consideradas enfermas antes de estarlo, y esto las lleva a una "*muerte social antes que a la muerte física*", ya que se las margina en el ámbito familiar y social (Kornblit & Mendes, 2000).

Lo mismo sucede con el cáncer, que determinan reacciones emocionales y/o conductuales pesimistas y desesperanzadas, tanto en los sujetos sanos como en quienes han pasado a la condición de enfermos.

El individuo "*rotulado*" como enfermo, luego del diagnóstico médico, recurre a la información existente en su medio social acerca de su enfermedad y adopta un determinado modo de pensar, sentir y reaccionar frente a ella.

Otro indicador relevante que nos muestra que la enfermedad está ligada a factores sociales es la morbilidad, ya que los cambios significativos a través de los años tienen un origen multicausal, como son el caso de las enfermedades crónico - degenerativas, asociadas con hábitos y estilos de vida.

En la actualidad, los cambios en los perfiles de morbilidad poblacional no impiden que otras enfermedades desaparezcan (desnutrición, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas).

La migración del hombre del campo al área urbana, marca un aceleramiento en la aparición de otras enfermedades en este tipo de población. Por ello la enfermedad es vista no con un carácter individual sino colectivo, pues este tipo de fenómenos migratorios nos hace ver que las enfermedades en toda la historia del hombre, han sido la semblanza del comportamiento social, hábitos de vida e impacto económico productivo.

El factor geográfico, está correlacionado con la presencia de enfermedades siendo distinto dependiendo del área territorial en la que uno se encuentre y estando íntimamente ligado a las formas de producción y riqueza de una sociedad, reflejo de ello son: el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad en la gente pobre, siendo el factor económico un factor externo que desequilibra al hombre influyendo en la aparición de la enfermedad y nos permite ver como los hábitos de vida modifican el comportamiento de la misma.

4.2.4. Aspectos psicosociales.

Cada día es mayor el interés por acercarse o incrementar la investigación en temáticas de alta prioridad social, entre las cuales destaca el estudio de los factores relacionados con la vida y la salud del hombre, tanto en su dimensión individual, como social (Victoria & Martínez, 1997).

El interés de diferentes áreas de la salud humana en la selección, revisión y precisión de aspectos psicosociales vinculados a la salud, es en la actualidad campo de investigación para diversos investigadores y su objeto de estudio se considera, más que médico, psicológico o social, como una categoría biopsicosocial (Madel, 1998).

La investigación psicosocial tiene como objetivo la utilización de procedimientos de observación para recabar y construir información con la que definir el “*hecho - problema*” objetivo de la intervención, aunque asumiendo que la relación de cualquier observación lleva consigo ya una cierta intervención.

El aumento de las enfermedades psicosociales y los múltiples factores que las desencadenan es lo que impide la existencia de una idea precisa, debido al origen atópico que existe en la mayoría de ellas y que dificulta encontrar mecanismos adecuados para poder combatirlos.

Según León (1975), existe un consenso por el cual el ambiente social juega un papel preponderante en la etiología de las enfermedades psicosociales, que está propiciado por el propio ambiente o por sus elementos, propicia una adquisición de caracteres agresivos para el individuo (huésped), que es cuando se denomina agente patógeno.

Se considera como agente psicosocial, aquellos elementos socio - culturales de una comunidad que en un momento dado pueden provocar desajustes emocionales y alteraciones de conducta, en un grupo de individuos considerados como huéspedes susceptibles. Es decir, la enfermedad es de la comunidad y se manifiesta en los huéspedes susceptibles.

Los registros estadísticos actuales, no permiten conocer la real magnitud del problema, aunque supone un grave problema para la sociedad, de ahí que cubre una especial atención en el estudio del proceso salud - enfermedad, que viene determinado por elementos de la estructura y funcionamiento biológicos, así como por condiciones internas del sujeto, tales como procesos psíquicos cognoscitivos, procesos afectivos y formaciones psicológicas complejas de la personalidad y por elementos de índole social, del entorno microsocial y macrosocial (Franco & Duarte, 1991).

El abandono de los estudios correlacionados y de diagnóstico mediante instrumentos aislados, y la búsqueda de estudios de intervención en modelos multidisciplinares tienen como propósito poner en práctica métodos y técnicas de influencia psicosocial que buscan lograr en la población y en los grupos de riesgo, la motivación del cuidado de la salud y el establecimiento de hábitos de vida más saludables.

En relación con esta tendencia, se fortalece cada vez más el trabajo interdisciplinar con la aplicación del método epidemiológico, en la determinación de prioridades para la puesta en práctica de estos procedimientos y en la evaluación de los resultados.

Las técnicas psicosociales, como las encuestas, las entrevistas abiertas de sondeo y de profundidad, los cuestionarios, las escalas autoclasificadoras de uso masivo y los grupos de discusión demostrarán, en ascenso, su efectividad en el estudio de los problemas más complejos de la salud humana.

4.2.5. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad.

Si se busca el estudio de las manifestaciones psicológicas que aparecen en el ámbito podológico, nos encontramos con múltiples conceptos y modelos que realizan aportaciones parciales para la comprensión de estos fenómenos.

Es por ello, por lo que necesitamos conceptos integradores que aporten visiones amplias y completas en torno a la salud y la enfermedad, siendo posible gracias a la teoría de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales de la salud y la enfermedad han sido abordadas como objeto de estudio por la psicología de la salud, los hallazgos sugieren que estas representaciones influyen en una variedad de comportamientos relacionados con la enfermedad y la salud; como los estilos de vida, las formas de afrontar la enfermedad, el modo de controlar ésta última, la vivencia y comprensión de la misma, que influyen también en los comportamientos relacionados con la búsqueda de ayuda (Álvarez, 2006).

Raiter (2002), define el término representaciones sociales como la imagen mental que tiene un individuo cualquiera, acerca de algo que percibe de alguna manera. Esta representación en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra, constituye una creencia y es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, acción o proceso.

Este modelo promulgado por Moscovici como modalidad particular del conocimiento, que tiene como objetivos: a) comunicar, b) estar al día y c) sentirse dentro del ambiente social, origina un intercambio de comunicaciones del grupo social, permitiendo a quien lo conoce situarse dentro de lo que conoce. Debido que al tener la representación social dos caras, figurativa y simbólica, es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura (Herzlich, 1979).

Su aparición tienen como denominador común, la existencia de un ambiente de crisis y responde según Tajfel a tres necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; b) justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos; y c) diferenciar un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción. En suma, causalidad, justificación y diferenciación social (Páez, 1987).

Por consiguiente, es en este contexto es donde surge en la década de los 70, esta nueva corriente de pensamiento que se alberga dentro de la psicología social y yace como alternativa al conductismo y a la psicología cognoscitiva, que eran las teorías propias de esta época, siendo Moscovici su precursor, el cual plasma en su tesis doctoral, *“La psychanalyse son image, son public”* su pensamiento sobre las representaciones sociales, de personas legas y de profesionales concluyendo que existen criterios sociales en la representación de las mismas (Álvarez, 2006).

Aunque tuvo que pasar mucho tiempo, para que la noción de la representación social no fuera ignorado por la comunidad científica, exactamente pasaron tres lustros para su plausible reconocimiento, que constituye desde entonces una referencia insorteable no sólo en psicología social, sino también en otras ciencias sociales y sanitarias (Jodelet, 1989).

Este éxito de la teoría es testimonio elocuente del renacimiento del interés por los fenómenos colectivos y más precisamente por las reglas que rigen el pensamiento social.

El estudio del pensamiento ingenuo, del sentido común, se toma esencial en adelante. La identificación de la visión del mundo que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición es reconocida como indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales (Abric, 2001).

A raíz de las comprobaciones hechas en su investigación, Moscovici (1979) infiere tres condiciones:

- a) Dispersión de la información nunca es suficiente y lo habitual es que esté desorganizada, debido a que los datos de los que dispone la mayoría de las personas para responder a una pregunta, formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente insuficientes y/o superabundantes.

b) Focalización que aparece como un fenómeno en el que se evalúa detenidamente el sujeto individual y colectivo implicado en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones.

c) Presión a la inferencia del objeto socialmente definido, que da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público.

Según Mora (2002), estas tres condiciones de emergencia vistas con anterioridad, son la génesis en el proceso de formación de una representación social quedando determinada tanto la naturaleza de la organización cognoscitiva de la representación, es decir, su estructuración como esquema cognoscitivo; así como su misma existencia y grado de estructuración.

Estos universos de opinión definidos así por Moscovici, pueden ser analizados con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones (Moscovici & Hewstone, 1983):

a) *Información para relacionar los conocimientos* que posee un grupo respecto a un objeto social.

Este concepto engloba la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social, mostrando particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en su caso.

Su dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.

b) *Campo de representación*: que expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo.

Lo que permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización, en relación a sus fuentes inmediatas. Remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación.

c) *La actitud* es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación.

Si bien, esta clasificación no sustenta ninguna jerarquía o prioridad, el propio Moscovici lanza la hipótesis de su cronología que, al verse en conjunto, completa la estructura de la representación en términos de contenido y de sentido.

Señala Moscovici, que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, la primera desde el punto de vista genético. En consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada (Moscovici, 1979).

Las representaciones cumplen tres funciones básicas: describir, clasificar y explicar la realidad (Moscovici & Hewstone, 1983), de las cuales se desprenden otras ya mencionadas como:

- Función de comunicación que sirve de códigos de comunicación entre las personas y su papel de facilitadoras de la misma.

- Función de orientación de los comportamientos por su papel justificadores de los mismos.
- Función de identidad en el individuo y en los grupos debido a que son transmisoras de valores, actitudes, normas, etc.
- Función normalizadora de las relaciones intergrupales, en la medida que sirve para crear la identidad de los grupos y la diferenciación entre los mismos.
- Función de integración de lo nuevo, lo inusitado, en el sistema de pensamiento establecido, que sirve para el equilibrio cognoscitivo y social.

Para Abric (2001), el rastreo heurístico, posibilita un análisis de las funciones de las representaciones sociales y demuestra bien cómo ellas son indispensables en la comprensión de la dinámica social. La representación es informativa y explicativa de la naturaleza de los lazos sociales, intra e intergrupos, y de las relaciones de los individuos con su entorno social.

Ese argumento, es un elemento esencial en la comprensión de los determinantes de los comportamientos y de las prácticas sociales. Por sus funciones de elaboración de un sentido común, de construcción de la identidad social, por las expectativas y las anticipaciones que genera, ésta en el origen de las prácticas sociales. Por sus funciones justificadoras, adaptadoras de diferenciación social, depende de las circunstancias exteriores y de las prácticas mismas. Es modulada o inducida por las prácticas.

Actualmente las ciencias de la salud se encuentran más próximas a la población, esto permite un mayor conocimiento por parte de las personas, que se apoderan y lo comparten, es por ello que las prácticas para el cuidado corporal dependen, de las representaciones construidas en torno a los procesos de salud y enfermedad (Rodríguez & García, 2007).

Estas mismas, constituyen una teoría y sirve de herramienta para entender el entramado de las relaciones y comunicaciones por las que se posibilita construir, desconstruir y reconstruir el conocimiento.

La proximidad entre la asistencia sanitaria tradicional y la oficial, forman parte de la planificación actual de los objetivos de salud, esto fue puesto de manifiesto en las conferencias de Naciones Unidas en el Cairo (1994) y Beijing (1999), metas cualitativas para intentar entender las relaciones del conocimiento y el rol del prestatario de un servicio especializado y el del usuario, pudiendo responder a estas necesidades la teoría de Moscovici.

5. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

5.1 PSICOLOGÍA Y SALUD PODOLÓGICA.

La necesidad de realizar estudios de evaluación psicológica y de analizar aquellos comportamientos que introducen riesgos para la salud podal del ser humano, reclama un mayor número de contribuciones en el ámbito de la podología.

La existencia en la sociedad actual de un gran número de enfermedades, inicialmente no relacionadas con patologías en los pies (por ej. diabetes, obesidad, trastornos cardiovasculares, estrés...), con potencial para mermar la calidad de vida del paciente, ha favorecido la aparición de conductas eventualmente generadoras de riesgo de padecer enfermedades en los pies.

En la medida en que tales enfermedades suponen transformaciones importantes en la morfología estructural del cuerpo en general, y del pie en particular, plantean demandas que, a su vez, requieren la adopción de medidas concretas de intervención podológica, como por ejemplo, la utilización de un calzado adecuado que favorezca el desarrollo de habilidades motoras y que reduzca las limitaciones, físicas o percibidas, de las personas para realizar un gran número de actividades.

De poco sirve promover campañas de promoción de la salud, si la patología del pie no se sitúa en el contexto más general de la enfermedad con la que se relaciona, y en el contexto social en el que el paciente desenvuelve su vida.

El desarrollo de actividades físicas como caminar, bailar, andar en bicicleta, realizar pilates, aerobio u otras actividades complementarias contribuirán de modo positivo a la adaptación y al bienestar psicológico del paciente en su conjunto.

En este sentido, los modelos que han explicado la intervención psicológica en el pie han dado lugar a explicaciones puntuales desde la psicosociobiología (modelo biopsicosocial), desde la psicología cognitiva (modelo cognitivo conductual, modelo de ciclo negativo y modelo de sentido común).

Actualmente, las aportaciones de los distintos modelos de abordaje psicológico para el cuidado de la salud del pie están enfocadas en ciertos aspectos como:

- 1) **Dolor**: fuente de conflicto ya que el fracaso terapéutico desencadena sentimientos negativos de culpa, frustración, rabia y desesperanza, generadores de una actitud pesimista hacia la enfermedad y hacia uno mismo, produciendo una tendencia a "*abandonarse*" en vez de a renovar esfuerzos, que conducen a un estado de agotamiento emocional (Snoek, Weinger, & Van der Ven, 2002).

El abandono conlleva complicaciones que surgen en el pie (dolor crónico, neuropatía, infecciones, caídas, amputaciones), por lo que es importante determinar si los conocimientos y percepciones que tiene el enfermo coinciden o no con las características de la enfermedad, ya que esto desempeña un papel clave en la participación del paciente en el autocuidado de los pies. Por lo que se trataría de determinar:

- a) Si el paciente es consciente de la naturaleza del riesgo y, aunque no existan síntomas, eso no implica que los pies estén íntegros.
- b) Si comprende que la enfermedad podal puede dar lugar a la aparición de afecciones o deformidades en los pies y por qué.
- c) Si entiende que antes de la compra de calzado debe medir la morfología del pie.
- d) Si entiende que la visita periódica al podólogo puede reducir el riesgo de complicaciones.

De la amplia literatura existente se destaca las investigaciones propuestas por:

- a. El **modelo biopsicosocial** que describe el dolor en el pie como resultado de la interacción entre diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales (Gatchel, 1999), que están en consonancia con los receptores nerviosos de los estímulos dolorosos, las creencias sobre el dolor, las estrategias de afrontamiento de la enfermedad, el estado de ánimo, el contexto social, cultural y las expectativas personales (Turk & Okifuji, 2002).

Se ha demostrado que el entorno psicosocial y las creencias sobre el dolor están íntimamente relacionadas con: a) el modo en que se informa sobre el dolor (Bongers, Kremer, & Ter, 2002; Blythabcd, Macfarlanec, & Nicholasa, 2007); b) la intensidad del dolor experimentado (Herda, Siegeris, & Basler, 1994); c) los síntomas fisiológicos (Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000); d) el desarrollo, el mantenimiento y la exacerbación de la discapacidad (Turner, Jensen, & Roamno, 2000); e) el riesgo de padecer dolor músculoesquelético futuro (Hartvigsen, Lings, Leboeuf-Yde, & Bakketeig, 2004) ; y f) los resultados del abordaje terapéutico.

- b. El **modelo cognitivo-conductual**, promueve en el paciente la comprensión del proceso de curación, en relación con las conductas concretas que lleva a cabo para conseguir mejoría, a través de experiencias psicológicas y emocionales sobre el dolor, propiciando que las creencias culturales, los valores y la fortaleza emocional se compartan entre los diferentes contextos sociales (Dysvik, Lindstrøm, Eikeland, & Natvig, 2004).
- c. El **modelo de sentido común**, evalúa el estudio de las diferencias en las experiencias del dolor por parte de hombres y mujeres, que aparece como un aspecto relevante de la investigación psicosocial.

La investigación empírica ha demostrado que el umbral de dolor y la tolerancia de la mujer suele ser significativamente inferior a la del hombre.

Al experimentarlo antes que los hombres, las mujeres son más proclives a denunciarlo, y consecuentemente, es experimentado durante menos tiempo que en los hombres (Chesterton, Barlas, Foster, Baxter, & Wright, 2003).

Estas diferencias han promovido no pocas controversias acerca del papel de las diferencias biológicas entre los sexos (especialmente hormonales), de los factores psicosociales y de las expectativas de género (Wise, Price, Myers, Heft, & Robinson, 2002).

2) **Enfermedades crónicas:** donde los estudios teóricos realizados ponen de manifiesto la incompatibilidad entre información suministrada por el médico y la interpretación que realiza el paciente dando lugar a la falta de adherencia en el tratamiento. Los modelos más utilizados son:

- a. El **modelo de sentido común**, que evalúa el modo en que las personas atribuyen un significado al diagnóstico y a los síntomas relacionados con las enfermedades crónicas y la toma de decisiones con respecto a la conducta a seguir para responder a la enfermedad (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980).

Según esta hipótesis, los pacientes procesan la información relacionada con los riesgos para la salud, construyendo estrategias de sentido común de la enfermedad en términos de diagnóstico, síntomas asociados, antecedentes personales, duración esperada de curación o prevención e influencia que tendrá en su vida, considerada como detonante de la enfermedad (véase Figura 1) (Vileikyte & González, 2009).

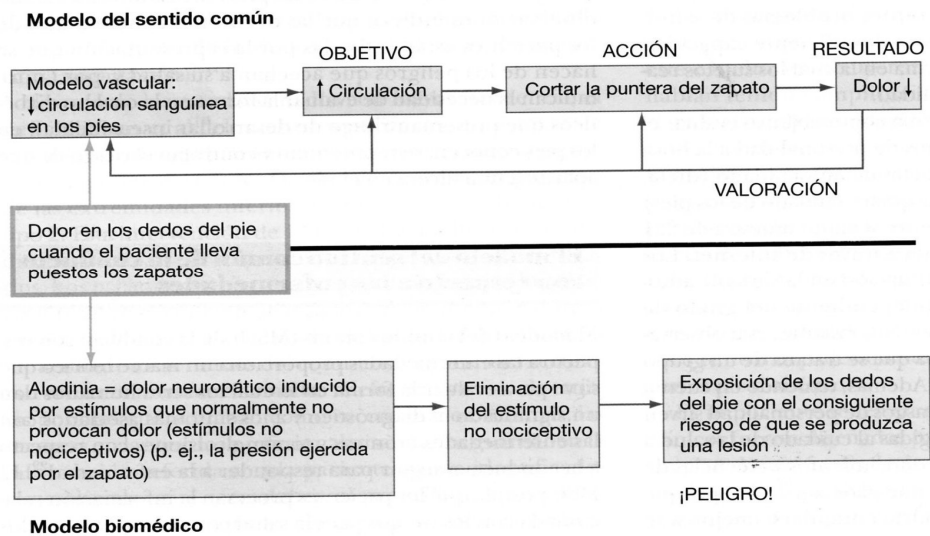


Figura 1.- Comparación entre el modelo de sentido común y modelo biomédico para la explicación del dolor en el pie (ej. neuropatía dolorosa) (tomado de (Vileikyte & González, 2009)).

b. El **modelo conductual**, donde los estudios teóricos realizados en enfermedades crónicas ponen de manifiesto la incompatibilidad entre la información suministrada por el médico y la interpretación que realiza el paciente dando lugar a la falta de adherencia en el tratamiento, de esta manera:

- i. Baumann y Leventhal (1985), constatan que los pacientes con hipertensión arterial consideran que los síntomas son los indicadores para decidir la ingesta o no de antihipertensivos.

- ii. Horowitz, Rein, y Leventhal (2004), manifiestan que los pacientes con cardiopatía crónica consideran que su patología es aguda y no realizan un mantenimiento periódico de su salud cardiovascular, con lo que se les impide prevenir las recidivas.
 - iii. Hampson, Glasgow, y Foster (1995), indican que este modelo predice la adherencia del paciente diabético a las pautas del médico sobre la dieta y el ejercicio físico.
- c. El **modelo de Ciclo Negativo** propuesto por Polonsky (2000), desarrolla una investigación sobre diabetes *burnout* (síndrome de "estar quemado"), donde concluye que un estado emocional nocivo refuerza aún más un autocontrol pobre, que da como resultado unos sentimientos aún más dañinos (véase Figura 2) y un control bajo de la enfermedad.

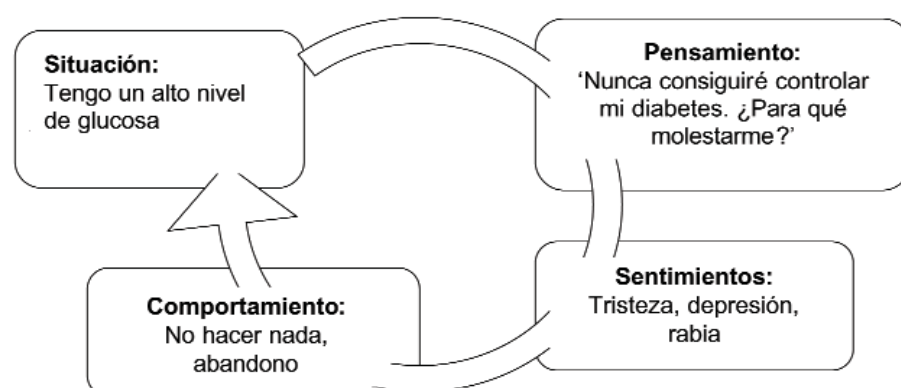


Figura 2.- Modelo del Ciclo Negativo que lleva a un mal control de la diabetes (tomado de Snoek, Weinger, & Van der Ven, 2002).

Además, es importante conocer si el facultativo identifica las representaciones construidas por el paciente sobre las complicaciones que se pueden tener en el pie, así como el conocimiento que el paciente tiene sobre cómo aparecen estas complicaciones (véase Figura 3).

De la misma manera también, es relevante la información que suministre el clínico para que el paciente participe en el autocuidado.

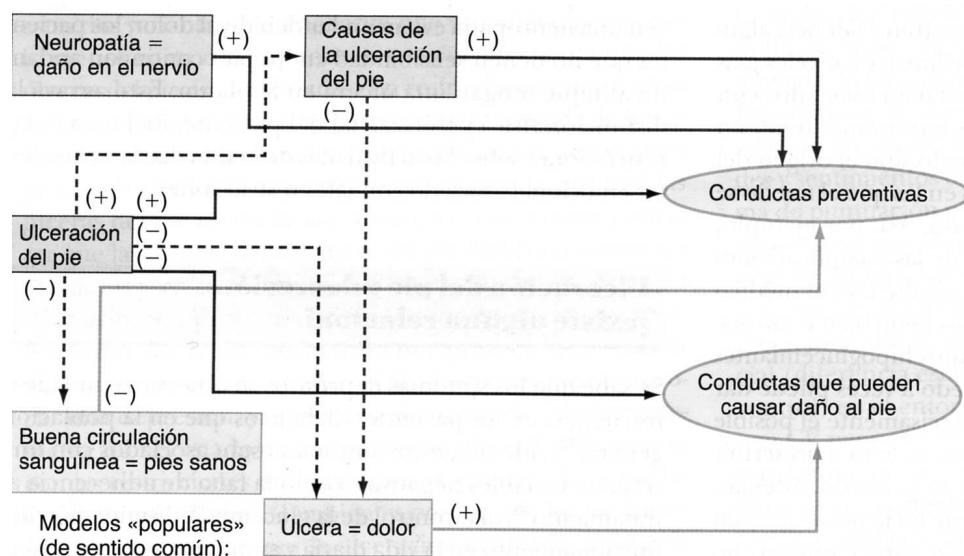


Figura 3.- Papel que desempeña la ulceración del pie en el modelado de las creencias del paciente de las complicaciones del pie diabético y las conductas del autocuidado de los pies (tomado de Vileikyte & González, 2009).

- 3) **Educación Podológica:** se ha señalado que el impacto del contexto psicosocial (por ejemplo, las actitudes y expectativas) en la respuesta al tratamiento que rodea a una intervención contribuyen a resultados terapéuticos positivos (Ramos, 2007).

Es este punto de vista, precisamente, el que centra una parte de esta investigación, que explora el papel de las actitudes, creencias generales y normativas, en la realización de conductas relacionadas con las revisiones podológicas periódicas, la utilización de productos específicos, la realización de ejercicios de autocuidado, la utilización de calzado apropiado, o más en general, del cuidado del pie.

- a. El **modelo conductual** hasta la fecha, se han hecho revisiones sistemáticas sobre investigaciones conductuales que tenían como objetivo evaluar el papel desempeñado por la educación en la prevención de la ulceración.

El fundamento consiste en dar un plan de acción sobre conductas preventivas para el autocuidado de los pies y / o refuerzos para mantener y poner en práctica las habilidades conductuales positivas que ya tenían.

Sin embargo, en los estudios de Litzelman et al., 1993; Malone et al., 1989; Valk, Kriegsman, y Assendelft, 2002; no se identifican y tampoco se analizan los factores psicológicos implicados en el autocuidado de los pies puesto en práctica por los pacientes, limitándose a explicar la corta duración o la inexistencia de los cambios conductuales.

- b. El **modelo de sentido común**, que tiene en cuenta la perspectiva del paciente relacionada con la calidad de vida.

Así, Carrington, Mawdsley, Morley, Kincey, y Boulton (1996); utilizan instrumentos psicométricos de autoinformes para comparar el estado psicológico de una muestra de pacientes amputados unilateralmente con otro grupo de pacientes sin afectación podal ni complicaciones.

De esta forma se constata que el primer grupo presenta una peor adaptación psicosocial y calidad de vida en términos generales.

El estudio fue evaluado por medio de la Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad (*Psychosocial Adjustment to Illness Scale*), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) y un cuestionario sobre el pie diseñado expresamente para el estudio de actitudes y sentimientos de los diabéticos sobre los pies y la calidad de vida.

- c. El **modelo del ciclo negativo** para Ragnarson y Apelqvist (2000), compara el estado de salud de una muestra de 457 diabéticos, los cuales fueron divididos en tres submuestras: (a) pacientes con úlceras recidivantes, (b) pacientes con úlceras que se presentan por primera vez o que ya estaban subsanadas; y (c) pacientes que habían sufrido una amputación.

Los resultados mostraron que los pacientes con úlceras activas presentaban peor estado de salud, que los curados o que aquellos que habían sufrido una amputación. Para ello utilizaron una medida genérica denominada EQ-5D que valoraba el estado de salud.

5.1.1. Investigaciones realizadas. Hallazgos más importantes.

Las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento, y que han supuesto una interacción de la investigación podológica y la psicología, han estado centradas en 3 ejes:

- 1) Aquellas que tienen que ver con la prevención primaria podológica encaminada a :

- i. **Promoción de la educación sanitaria e higiene postural** relacionada con los miembros inferiores en el ámbito escolar, para instar a que los centros escolares, dispongan de mobiliario ergonómico para minimizar efectos adversos en la extremidad inferior.

Las alteraciones músculoesqueléticas de la extremidad inferior están directamente relacionadas con una mala actitud postural en sedestación, debido a que los niños pasan una gran parte de su vida sentados en el aula.

Debido a que existen diferencias rotacionales de la extremidad inferior a la hora de sentarse, las niñas presentan una mayor proporción actitudes rotacionales saludables de la extremidad inferior, en tanto que los niños adoptan una mayor proporción de actitudes nocivas en el pie (Losa, Salvadores, & Saez, 2009).

Así, una mala posición al sentarse en el aula puede ser un factor causal para la aparición de distintas patologías en el pie en la infancia, como el metatarso aducto.

Los educadores tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la salud del pie, mediante la identificación de las posturas incorrectas al sentarse y ayudar al niño a modificar estos hábitos nocivos.

Losa, Becerro de Bengoa, Saez, y Salvadores (2009), atestiguan que la postura es un factor etiológico importante en una amplia variedad de trastornos de la marcha en la infancia.

Una mala postura durante la ejecución de las actividades diarias del niño, puede exacerbar una deformidad existente en el pie, asociada con alteraciones en la marcha e incluso puede contribuir al desarrollo de una deformidad en el pie, ya que los niños pasan una gran parte de cada día en la escuela sentados.

2) Un segundo grupo de investigaciones se han centrado en la prevención secundaria relacionada con:

ii. Promoción de cuidados podológicos.

- a. En la actualidad los podólogos ejercen funciones de gran relevancia, en la prevención secundaria, para Jeffcoate y Harding (2003), las complicaciones del pie causadas por las diabetes están asociadas al tratamiento de la enfermedad.

El mantenimiento de un buen control metabólico impide complicaciones microvasculares, así como la limitación de factores de riesgo cardiovasculares que reducen la susceptibilidad a la isquemia provocada por una enfermedad macrovascular.

Para O'Donnel (2007), la buena asistencia de las úlceras del pie evitará complicaciones, siendo un elemento de mantenimiento de la salud en general y del pie en particular, por medio de actividades educativas y de diagnóstico precoz selectivo que evitarán un deterioro de la condición física y psíquica.

iii. Promoción del autocuidado.

- a. El autocuidado por parte de los pacientes que acuden al podólogo, asegura la adquisición de confianza y permite una mayor implicación en la gestión del riesgo de la salud del pie y una búsqueda de un cambio de conductas individuales para la promoción de la salud (O'Donnel, 2007).

Los grupos que más beneficio obtienen son los niños, los ancianos y los pacientes diabéticos.

- b. Un reciente estudio realizado en el Reino Unido (Waxman et al., 2003) evidencia que la implementación de un programa de autocuidado del pie en personas mayores de 60 años, puede contribuir a mejorar la limitación funcional y reducir los riesgos de la aparición de una discapacidad en el pie o en el miembro inferior.

c. Estos programas de promoción de la salud dirigidos específicamente a la senectud, están obligados a proporcionar la información apropiada para que las personas mayores comprendan mejor la problemática de los trastornos del pie y de la pierna y sus potenciales efectos adversos sobre la movilidad y la independencia, permitiendo una mejor gestión de sus problemas de salud en el miembro inferior (Barr et al., 2005).

d. Otro grupo poblacional, al cual se le debe prestar especial atención, son los pacientes diabéticos. Para Molino (2007), el pie diabético es una de las complicaciones más terribles desde el punto de vista físico, psíquico, social y económico.

Diversos factores como son: la neuropatía diabética (sensibilidad mermada en los pies), las alteraciones estructurales (contribuyen a una distribución anormal de la carga en los pies), o la aterosclerosis (déficit circulatorio que posibilita una mayor dificultad para combatir las infecciones del pie) generan mayor riesgo de ulceración del pie, y dan lugar a problemas de movilidad, osteomielitis y, en casos severos, a la amputación.

- e. La tasa de amputaciones se utiliza como indicador de la calidad del cuidado de los pies en los pacientes diabéticos, siendo un desenlace bien definido cuyos datos son accesibles al producirse generalmente en régimen hospitalario.
- f. Según el Sistema Nacional de Vigilancia de la Diabetes (2002), la incidencia de ingresos hospitalarios por patología en las extremidades inferiores en personas con diabetes en los EEUU y que finalizaron con amputación fue de 52 por cada 10.000 diabéticos.

Siendo en ese mismo año, la tasa en la población general de 2,9 amputaciones por cada 10.000 habitantes.

Mientras que en Europa, la incidencia estandarizada en el año 2005, fue de 9,83 por cada 10.000 habitantes siendo la tasa de amputación de 4,34 por cada 10.000 habitantes (Molino, 2007).

- g. Para Touceda, Pérez, Barreiro, Puñal, Vázquez, y López (2010), la incidencia de diabéticos en la Clínica Universitaria de Podología de la UDC es de 9,55%, estando en consonancia con el valor de prevalencia media total en España, que se encuentra entre un 5,6% y 10%.

Las conductas preventivas orientadas a evitar complicaciones de esta enfermedad contribuyen a evitar un elevado impacto socioeconómico y un deterioro de la calidad de vida que se prevé que aumente en los próximos años.

Así mismo, está demostrado que entre el 1% y 4% de las personas con diabetes mellitus, desarrollan una úlcera en el pie a lo largo de su vida y el riesgo de reulceración es de un 15% (Reiber, 2001).

Por esta razón, la educación de las personas con diabetes en el control de la enfermedad, la prevención de complicaciones, la protección de los pies de un traumatismo menor, el reconocimiento de signos de ulceración incipiente son medidas de gran relevancia para el control de la salud.

De esta manera, el riesgo de ulceración y amputación puede reducirse (Corbett, 2003).

3) Finalmente un tercer grupo de investigaciones han centrado sus estudios en la prevención terciaria y la importancia del análisis de las conductas que introducen riesgos para la salud podal del ser humano.

i. Promoción de cuidados podológicos.

A corto plazo para Valk, Kriegsman, y Assendelft (2002), la intervención educativa mejora los conocimientos del cuidado de los pies y de los comportamientos en las personas con diabetes.

A largo plazo si se apoya con pruebas adicionales de refuerzos periódicos educacionales repercute positivamente a este grupo de riesgo, evitando la ulceración del pie (ADA, 2001; CDA, 2004; Mason et al., 1999).

Aquellos pacientes que no habían recibido información para un cambio de conducta, tienen tres veces más riesgo de amputación, que los que la habían recibido (Reiber, Pecoraro, & Koepsell, 1992).

La opinión de los expertos se apoya en la necesidad de un refuerzo de la educación básica del cuidado de los pies, en pacientes con diabetes y que presentan recidivas o úlceras en los mismos (RNAO, 2004).

ii. Promoción de actividad física.

Para Anderson y Whitaker (2010), la intervención educativa relacionada con la obesidad e incidiendo en la inactividad como un factor de riesgo importante para el desarrollo de la misma, genera una mejor gestión del riesgo y un compromiso por parte de la población de riesgo.

Los investigadores confirman que una sexta parte de los niños que se evaluaron con peso no saludable presentaban lesiones en el pie y en la pierna, mientras que los niños de peso saludable no lo padecen.

Para Morrison, Durward, Watt, y Donaldson (2007, 2009) los pies de los niños obesos son más largos y anchos de lo normal, que le confieren dificultades en la estabilidad, en el equilibrio de la estática y de la dinámica, que generan una mayor lentitud de los infantes que caminan en relación al resto de escolares provocando un deterioro temprano tanto físico como cognitivo.

Por lo tanto, el riesgo de padecer obesidad es un factor causal de presentar problemas en los pies, la espalda y las piernas, limitando su funcionamiento y la capacidad de que los niños hagan ejercicio físico.

La posibilidad de que la enfermedad a nivel particular y general cronifique, contribuirá a que la calidad de vida se vea alterada (Morrison, Durward, Watt, & Donaldson, 2008).

- iii. **La evaluación de la autoeficacia percibida**, Yamakawa y Makimoto (2008), describen que los pacientes que no seguían el consejo médico o el plan terapéutico establecido tendían a tener puntos negativos de la enfermedad debido a las limitaciones que imponían a su estilo de vida.

Además, la creencia de estar sanos les permite realizar lo que consideran oportuno y ocultar su verdadera conducta para evitar respuestas negativas por parte de sus médicos (Wikblad, 1991; Adolfssonab, Starrinc, Smidea, & Wikblada, 2008), por el contrario los pacientes que seguían la pauta establecida son los más satisfechos con su enfermedad y con la comunicación existente con los profesionales sanitarios (Campbell et al., 2003).

- iv. **Percepción y calidad de vida**, siendo la etapa infantil para los pies un elemento clave dentro del organismo humano, ya que nos facultan para caminar, estando en gran medida cohesionados con la percepción, la representación mental y el conocimiento de la información espacial.

Para García-Mira, Goluboff, García-Fontán, y Romay (2004); y García-Mira y Goluboff (2005), este recurso que utilizamos para desplazarnos facilita la adquisición del conocimiento ambiental y la oportunidad de vivenciar el ambiente e integrarlo cognitivamente.

Por lo tanto, cuando esto no se prevé o se ve alterado por un trastorno podal y se recorren distancias en el coche el efecto sobre la adquisición de la percepción es más pobre influyendo de manera significativa en la calidad de vida.

Morris (2007), analiza las percepciones de salud en la etapa infantil, en niños con patologías en los pies indicando que los síntomas físicos y las limitaciones generan restricciones en la participación, siendo consecuencias inevitables del deterioro e influyendo en la participación y en su desarrollo social.

- v. **La modificación de actitudes y ambientes** que mejoren las experiencias del niño por medio de la educación, permite modificar las conductas, las actitudes, los ambientes y así mejorar la autoestima, evitando la frustración y obteniendo una mayor consideración y cooperación social, por parte de sus compañeros, profesores y otras personas referentes en su contexto.

La infraestructura y la flexibilidad de las reglas de la escuela permiten la inclusión de grupos de enfoque con niños creativos que permiten obtener experiencias positivas en los niños con problemas de salud en los pies para mejorar su calidad de vida (Palisano et al., 2003).

En los mayores, el estado anímico y las experiencias positivas contribuyen de manera significativa al mantenimiento de la salud y evitan la involución sensorial, motriz e intelectual más acentuada en el paciente anciano.

Ya que si no fuera de ese modo, se generaría un empobrecimiento de la vida afectiva, de los contactos sociales o de los polos de interés, imprimiendo una mayor dificultad a la adaptación a situaciones nuevas, potenciando un sentimiento de inseguridad y repercutiendo de manera negativa en la calidad de vida (Blain & Jeandel, 2007).

- vi. **Perfil y Estilos de Vida**, para López, García-Mira, Alonso, y López (2010), el análisis del perfil y estilo de vida permite conocer comportamientos más o menos saludables y dar respuesta a aspectos relacionados con las actitudes sociales y comportamientos hacia la enfermedad en general, y del pie en particular.

La carencia de estudios basados en la percepción y conceptualización de la enfermedad por parte del público, y su utilidad para una mejor comprensión de cómo es vista la enfermedad, plantea nuevos retos y nuevas direcciones de investigación, que permitirán, por ejemplo, acceder a la representación mental que pacientes y ciudadanos normales tienen acerca de la enfermedad del pie y de sus riesgos para la salud, en definitiva, de la conexión del pie con el resto del organismo.

5.1.2. Cuestiones sin resolver.

De toda la investigación anteriormente revisada, podemos concluir que los aspectos que han centrado el trabajo de podólogos, desde una perspectiva de la salud y bienestar psicológico, han estado centrados en tres categorías (O' Donnel, 2007):

- i) **Estrategias para el consejo del riesgo para la salud:** las sesiones clínicas dan la oportunidad para ofrecer consejo sobre el riesgo para la salud, escuchar las preocupaciones de los usuarios y comentar diversos asuntos.
- ii) **Estrategias sobre el cambio de conducta individual:** el autocuidado proporcionado por los pacientes que acuden al podólogo va a verse facilitado por la adquisición de conocimientos y el desarrollo de confianza y competencia en las habilidades necesarias.
- iii) **Estrategias sobre el cambio social:** intervenciones que busquen de forma explícita cambios en la modificación de conducta encaminadas a una potenciación de conductas de saludables.

Para Alvarez-Calderón, Alonso, López, Gómez, y Sánchez (2008), el calzado representa una de las partes indispensables en la indumentaria de las personas en la cultura occidental, utilizado de manera adecuada sirve como un elemento de protección del pie y de ayuda para la deambulaci3n.

Sin embargo cuando se utiliza de manera no adecuada se relaciona directamente con caídas, alteraciones en la marcha y aparici3n o agravamiento de patologías en el pie.

Aún cuando los objetivos de muchas de las investigaciones mencionadas estaba en solventar déficits sobre incumplimientos de conducta en los pacientes diabéticos, Lutfey y Wisner (1999); confirma que muchos estudios suponen que el “*cumplimiento*” e “*incumplimiento*” son cualidades fundamentales de los individuos, aunque esta suposici3n no se haya comprobado (O’Donnel, 2007).

Por lo tanto, todavía falta informaci3n evaluativa que permita conocer con precisi3n los efectos a largo plazo del uso de calzado de tac3n alto (Dawson et al., 2002; Menz & Morris, 2005); las complicaciones del pie diabético y la depresi3n (Vileikyte & González, 2008); y utilizar esta informaci3n como base para la adopci3n de decisiones en el terreno profesional.

Así, no existen todavía herramientas evaluativas que nos permitan crear o mejorar esas bases de datos sobre el comportamiento de las personas que presentan patologías podológicas.

Hay un gran déficit de estudios, que nos permitan conocer cuál es la representación mental que pacientes y ciudadanos normales tienen acerca de los riesgos del pie, y de la conexión del pie con el sistema en su conjunto.

5.1.3. Planteamiento del problema.

La necesidad presente del desarrollo de esta investigación podológica es debido al incremento de la esperanza de vida, lo que genera a su vez una mayor demanda de cuidados y un aumento de enfermedades en general (Ansiedad, Astrosis, Cardiopatías, Diabetes, Estrés, Fibromialgia, Obesidad ...) que pueden influir de manera negativa en el estado general del pie, posibilitando una merma en la propia calidad de vida y en la autonomía, ya que determinadas conductas pueden ser potenciales generadoras de riesgo para padecer patologías en los pies.

A la vista de lo anterior y una vez que se ha revisado exhaustivamente la documentación publicada hasta el momento, tanto desde fuentes documentales de la psicología social, como desde fuentes de la podología, en relación con la percepción social del pie, y las representaciones sociales de la población respecto a la enfermedad del pie, y los aspectos psicosociales implicados en el desarrollo / mantenimiento de enfermedades vinculadas a esta extremidad del cuerpo humano, queda refrendado el escaso número de investigaciones relacionadas con la investigación objeto de estudio.

La presente investigación pretende encontrar respuesta a aspectos relacionados con las actitudes sociales y los comportamientos hacia la enfermedad en general y del pie en particular relacionada con las patologías del pie, por medio de estudios acerca de las representaciones sociales de la población respecto al proceso salud – padecimiento - enfermedad.

Del mismo modo trata de analizar el conjunto de barreras y restricciones que actúan condicionando comportamientos más o menos saludables.

A su vez, explora los modelos más adecuados de observación de componentes psicológicos de la enfermedad podológica y de las dimensiones conceptuales, a través de técnicas de representación multidimensional, que ayuden a esclarecer el conocimiento de la enfermedad del pie.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVOS GENERALES.

Evaluar las representaciones sociales de las enfermedades del pie y los aspectos podológicos y psicológicos implicados en el proceso de definición y percepción de la salud, la conceptualización de la enfermedad, la prescripción terapéutica, la prestación de servicios sociales y terapéuticos que conduzcan de manera efectiva a la sanación.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a) Revisar exhaustivamente la documentación publicada hasta el momento, tanto desde fuentes documentales de la psicología social como desde fuentes de la podología, en relación con la percepción social del pie, y las representaciones sociales de la población respecto a la enfermedad del pie, y los aspectos psicosociales implicados en el desarrollo / mantenimiento de enfermedades vinculadas a esta extremidad del cuerpo humano.

b) Estudiar las actitudes y representaciones sociales de la población respecto al proceso salud / padecimiento / enfermedad y de la relación clínica en podología. Se hará hincapié en la diligencia en la atención de las enfermedades del pie, la profesión podológica, los podólogos, la percepción de la gente y la satisfacción general en la relación con las patologías del pie.

c) Analizar las actitudes sociales hacia la enfermedad y el modo en que los distintos agentes del sistema social y terapéutico afrontan el diagnóstico y desarrollo de las distintas patologías.

d) Analizar las barreras y restricciones, tanto subjetivas como estructurales, para el establecimiento de un tratamiento de las enfermedades podológicas.

e) Elaborar un modelo de predicción de la conducta del cuidado del pie, haciendo énfasis en el autocuidado, el uso de calzado apropiado, el uso de productos específicos, la promoción de caminar y la asistencia podológica.

f) Explorar la aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada, y el ajuste del modelo, cuando se estudia la conducta de protección del pie.

g) Conocer a través de técnicas de representación multidimensional de información podológica, cuales son los criterios básicos que caracterizan la percepción de las enfermedades del pie.

h) Elaborar un mapa con información básica procedente de la evaluación psicosocial de la enfermedad, que sirva como documentación referente para la acción diagnóstica y evaluativa, y contribuya a la mejora de la precisión en la toma de decisiones que tienen que ver con la terapia y la curación definitiva.

7. METODOLOGÍA

El inicio de la presente investigación, está fundamentado en la realización de un estudio exploratorio que se centra en la obtención de información a cerca de las representaciones sociales de las enfermedades del pie, desde una perspectiva psicosocial y así poder cumplir los objetivos marcados.

Se trata de una tesis que describe distintos aspectos acerca del significado atribuido a las patologías de los pies, así como de la percepción social de una muestra extraída de la provincia de A Coruña, mediante un procedimiento no probabilístico.

Los datos, obtenidos a partir de un estudio de cuestionario (véase Anexo 1), se analizan mediante un procedimiento multimétodo, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas para analizar la enfermedad y otros aspectos concomitantes al proceso de desarrollo, así como sobre las representaciones sociales de las enfermedades del pie en general, incluidos aspectos terapéuticos.

Aunque la capacidad para realizar una generalización de los resultados a la población general está limitada, ello no es obstáculo, sin embargo, para hacer valer una herramienta evaluativa que es muy útil durante este proceso teórico de elaboración y plasmación de las relaciones y observaciones más apropiadas (véase Marans & Ahrentzen, 1987).

La aplicación de este tipo de muestreo (véase también García-Mira, 1997; Losada, 2005) aún cuando no cumple con el requisito de la probabilidad en la selección de los sujetos, propio del *muestreo probabilístico*, tiene otras ventajas, al permitir, con facilidad y rapidez, llevar a cabo estudios exploratorios, orientar estudios y perfeccionar instrumentos de medida en las fases previas a investigaciones más amplias que trabajan con muestras representativas de la población.

Estos aspectos aparecen reforzados en el texto de Hernández, Fernández y Baptista (2002); quienes hacen hincapié en que este tipo de estudios nos permiten indagar sobre un tema del cual no se tiene demasiado conocimiento y así obtener más información al respecto; gracias al trabajo descriptivo, se va a dar respuesta a propiedades, características y perfiles importantes de personas o grupos de la población objeto de análisis.

Al tratarse un muestreo de tipo no probabilístico, tenemos en cuenta que la muestra es más controlable y aunque mejora la validez interna, que como es sabido está directamente relacionada con la interpretación de los resultados, - cuestión que sólo será posible si el instrumento de medida ha medido correctamente lo que se pretendía que midiese - y se debilita la validez externa, es decir, la capacidad para generalizar los resultados de la investigación a la población estudiada (García-Mira, 1997; Losada, 2005).

Kinnear y Taylor (1993); confirman este importante aspecto teórico en el que la selección de los elementos de la muestra, se basa parcialmente en el criterio del investigador, que debe establecer las necesarias cautelas cuando proceda con la interpretación de los resultados y la discusión acerca de sus posibilidades de generalización al resto de la población (García-Mira, 1997).

De este modo, para esta investigación se procedió a utilizar un muestreo que podríamos denominar “*de conveniencia*”, debido a la facilidad de disponer fácilmente de entrevistas que se realizaron a pacientes que acuden a una clínica privada de podología, así como a alumnos universitarios de la Universidade da Coruña (UDC), Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y de la Universidad Senior de la UDC (Véase tabla 1).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Clínica	150	53,2
UDC	92	32,6
UNED-USenior	40	14,2
Total	282	100,0

Tabla 1.- Procedencia de la muestra total.

En total, la muestra estuvo compuesta por 282 sujetos, de ambos sexos, distribuidos de acuerdo con la procedencia señalada en la Tabla 1 y en la Figura 4.

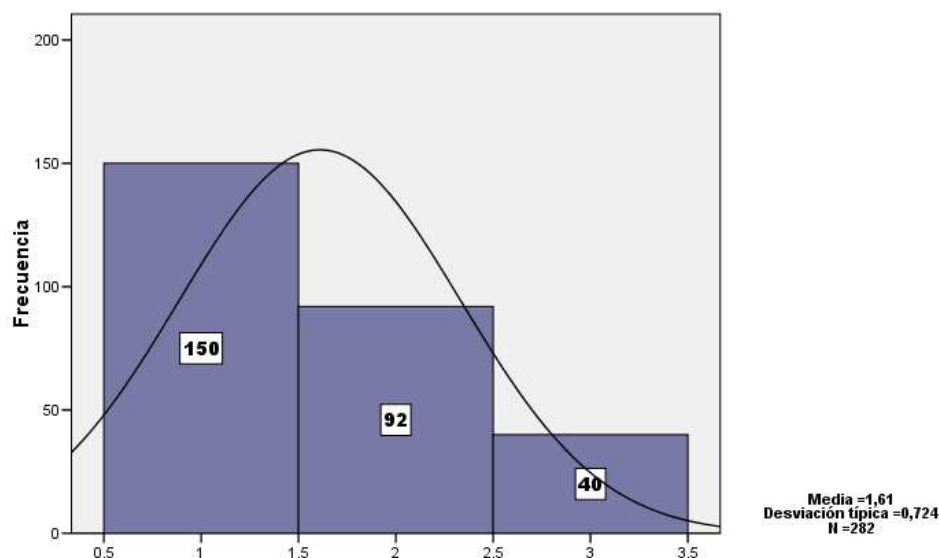


Figura 4.- Histograma relacionada con la distribución de la muestra (pacientes, alumnos de la UDC, UNED – Senior).

Para llevar a cabo la investigación se utilizó el método basado en el *diseño de encuesta*. Este tipo de diseño suele aplicarse con frecuencia en la investigación cuantitativa en Psicología Social y, en concreto, en estudios sobre el ambiente y el comportamiento humano (Marans & Ahrentzen, 1987).

Consiste en la aplicación de cuestionarios autoadministrados o de entrevistas personales o telefónicas para la recogida sistemática de información sobre los sujetos de una determinada muestra de la población.

Es por ello, que para la recolección de los datos se seleccionó como instrumento o método de recogida de información un cuestionario (ver Anexo I), que cumple dos requisitos indispensables: la confiabilidad (grado en que la aplicación repetida del mismo arroja resultados iguales) y validez (grado en que dicho instrumento mide en realidad la variable que pretende medir) (Hernández, Fernández, & Baptista, 2002).

Por lo tanto, este cuestionario fue diseñado por medio de:

- 1) Escalas cualitativas, con ítems abiertos que recogieron información sobre hábitos y actividades.
- 2) Escalas tipo Likert de 5 puntos, para medir la importancia atribuida por los sujetos a la salud de los pies en general, y al profesional de la podología y su situación en el sistema de salud.

Para así poder cumplir los objetivos y obtener los resultados que se pretenden con la presente investigación, se elabora un instrumento de medición que se muestra en el Anexo 1, que fue aplicado a 30 personas en un muestreo no probabilístico de conveniencia, como prueba piloto, para saber si las instrucciones del mismo se comprendían correctamente y funcionaba de manera adecuada según los criterios de confiabilidad y validez.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante un enfoque multimétodo que consistió en:

- a) Análisis descriptivo sobre actitudes y comportamientos en relación con las patologías del pie.
- b) Análisis de las representaciones sociales de la población respecto al proceso - salud – padecimiento - enfermedad (Actitudes sociales).
- c) Análisis de tablas de contingencias y mapeado de información basada en datos subjetivos y objetivos de la enfermedad podológica.
- d) Dimensiones conceptuales. Representaciones mentales de la información multidimensional (Análisis PROXSCAL).
- e) Modelos de observación de componentes psicológicos de la enfermedad podológica (Análisis de conglomerados jerárquicos).

Todo ello, permitió mediante la utilización del programa estadístico SPSS (versión 16), obtener el análisis de los gráficos, tablas y un resumen de los datos de mayor relevancia incluidos en los objetivos de esta investigación.

8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

8.1 Análisis descriptivo sobre actitudes y comportamientos en relación con las patologías del pie.

Como ya se señaló anteriormente, la muestra estuvo compuesta por 282 personas, de los cuales el 71,6 % eran mujeres y el 28,4 % hombres (Véase tabla 2).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Hombre	80	28,4
Mujer	202	71,6
Total	282	100,0

Tabla 2. - Género.

En general, la mujer en todo lo relacionado con la salud está más comprometida, y se muestra más interesada en responder a este tipo de cuestionarios (López, García-Mira, Alonso, & López, 2010). Si atendemos a Chesterton, Barlas, Foster, Baxter, y Wright (2003); Wise, Price, Myers, Heft, y Robinson (2002), quizá esto esté en relación con la menor tolerancia de la mujer al dolor en general y de los pies en particular, razón por la cual consultan antes y experimentan dolor durante menos tiempo que los hombres (véase Figura 5).

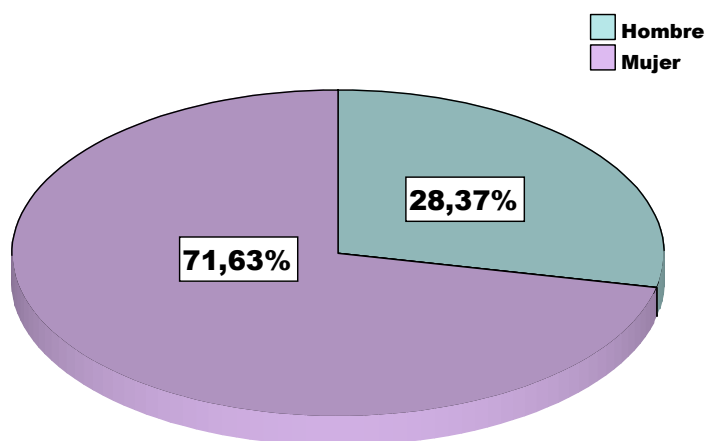


Figura 5.- Género.

Las principales características sociodemográficas, que aporta la presente investigación, están relacionadas con el perfil del paciente, tratándose de mujeres jóvenes adultas con un rango de edad 18-45 años, con un peso que oscila entre los 61-75 kg y una altura aproximada de 155-165 cm, que han cursado estudios universitarios de primer ciclo, que se encuentran trabajando, siendo su estado civil actual de persona casada (Véase tabla 3).

Para Munro y Steel (1998); Chen, Devine, Dick, Dhaliwal, y Prince (2003); Lopez, García-Mira, Alonso, y López (2010); el rango de edad de la gente que acude al podólogo, se sitúa en la etapa de jóvenes adultos, entre 41 y 60 años, que aproximadamente coincide con los datos que aporta la presente investigación .

	Frecuencia	Porcentaje válido
Edad		
De 6 a 17 años	6	2,1
De 18 a 30 años	101	35,8
De 31 a 45 años	79	28,0
De 46 a 60 años	61	21,6
De 61 a 75 años	30	10,6
76 años o más	5	1,8
Peso		
45-60 Kg	108	38,3
61-75Kg	122	43,3
76-90kg	41	14,5
+91kg	11	3,9
Altura		
155-165 cm	151	53,5
166-176 cm	102	36,2
177-187 cm	25	8,9
+188	4	1,4
Estudios		
Primarios Incompletos	13	4,6
Primarios Completos	24	8,5
Secundarios	70	24,8
Primer Ciclo / diplomaturas	110	39,0
Licenciados	65	23,0
Estado Civil		
Soltero	115	40,8
Divorciado	15	5,3
Viudo	12	4,3
Viviendo en pareja	22	7,8
Casado	118	41,8
Total	282	100,0

Tabla 3.- Características sociodemográficas relacionadas con la edad, peso, altura, estudios cursados, estado civil.

A la vista de los resultados obtenidos en la tabla anterior, se representan de manera más pormenorizada los datos relacionados con las características sociodemográficas en los siguientes histogramas (véase Figura 6).

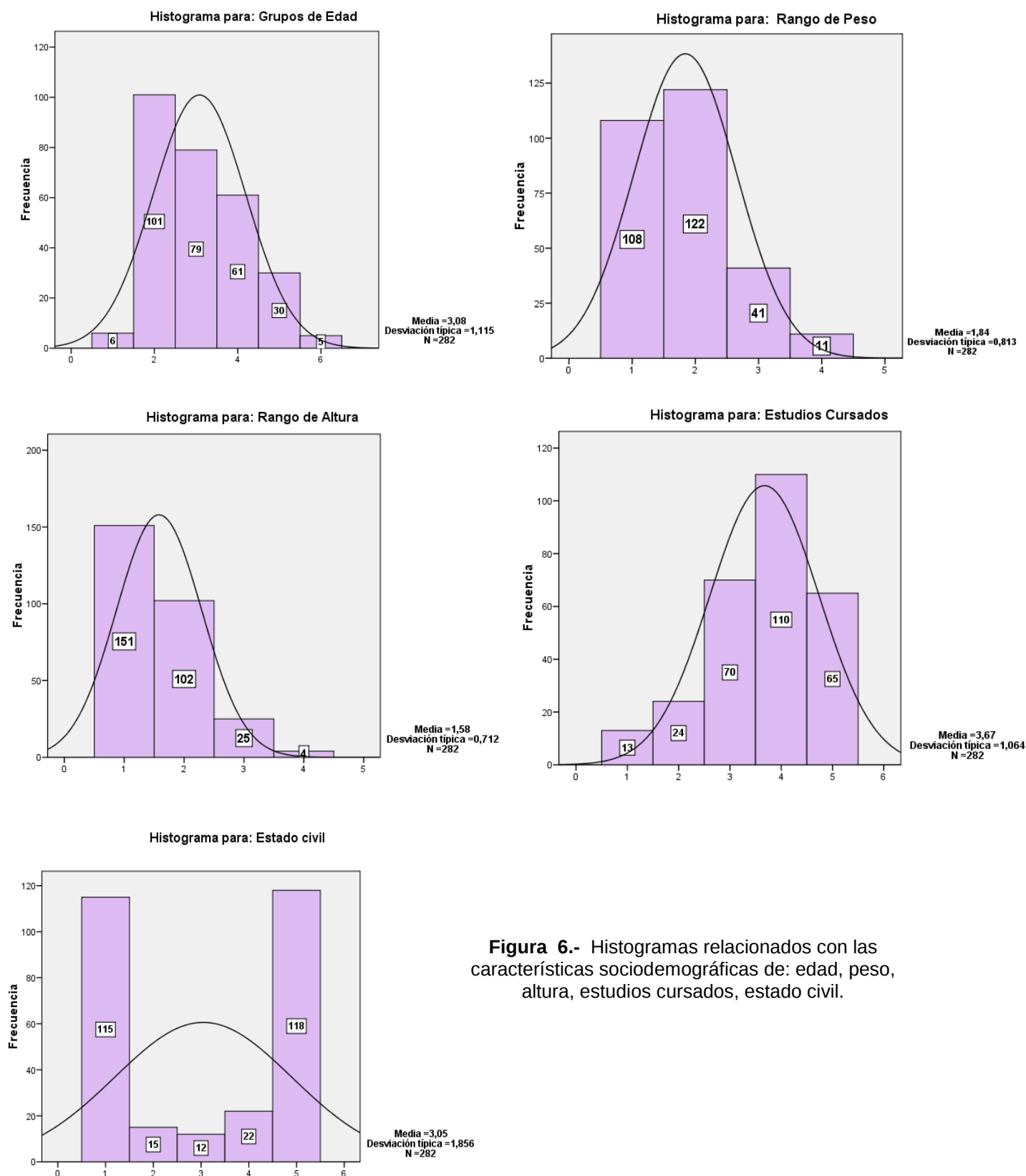


Figura 6.- Histogramas relacionados con las características sociodemográficas de: edad, peso, altura, estudios cursados, estado civil.

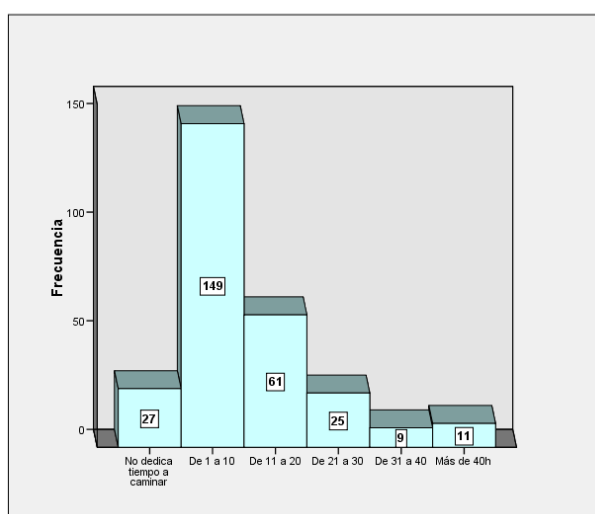
En relación al estilo de vida, las conductas generales que llevan a cabo en su actividad diaria están enfocadas a caminar, permanecer de pie y realizar ejercicio con una horquilla que oscila entre 1 y 10 horas a la semana (véase tabla 4), esto puede ser debido a la fuerte asociación que existe entre el dolor, discomfort al caminar y limitaciones en las actividades diarias, siendo el discomfort al caminar el efecto más prevalente en la calidad de vida en aquellas personas que presentan patologías en los pies.

Estos datos sugieren que una gran proporción de pacientes con problemas en los pies tienen adversamente afectada la calidad de vida (Katsambas et al., 2005).

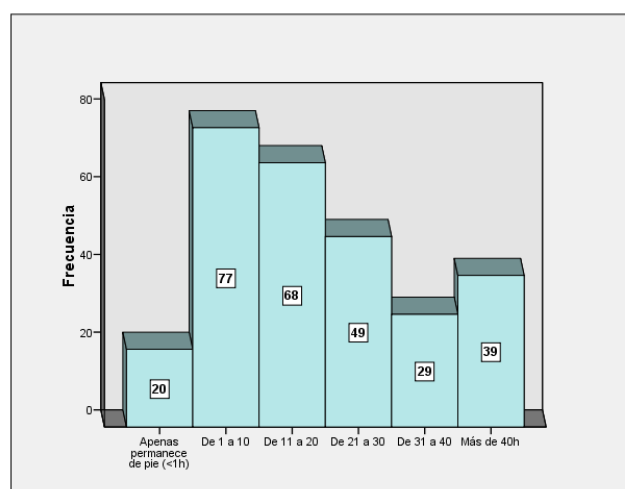
	Frecuencia	Porcentaje válido
Horas semanales que camina		
No camina	27	9,6
De 1 a 10 h	149	52,8
De 11 a 20 h	61	21,6
De 21 a 30 h	25	8,9
De 31 a 40 h	9	3,2
Más de 40h	11	3,9
Horas semanales en bipedestación		
Permanece de pie (<1h)	20	7,1
De 1 a 10h	77	27,3
De 11 a 20 h	68	24,1
De 21 a 30 h	49	17,4
De 31 a 40 h	29	10,3
Más de 40 h	39	13,8
Ejercicio Físico		
No hace ejercicio	94	33,3
De 1 a 10 h	148	52,5
De 11 a 20 h	32	11,3
De 21 a 30 h	4	1,4
De 31 a 40 h	1	,4
Más de 40 h	3	1,1
Total	282	100,0

Tabla 4.- Conductas generales relacionadas con estilo de vida, horas semanales que: camina, permanece de pie, ejercicio físico.

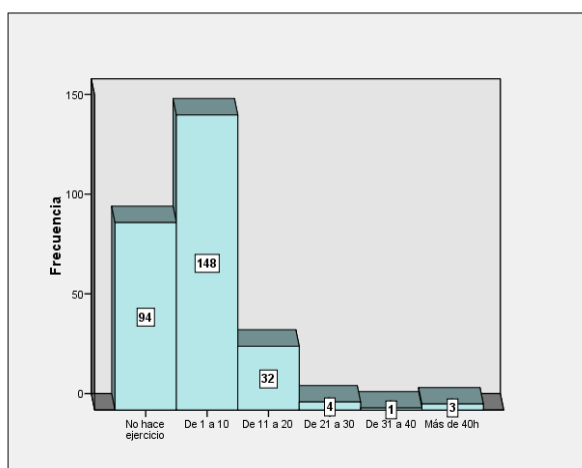
Por lo tanto, es de señalar la mayor firmeza atribuida al poco tiempo que dedican las personas encuestadas a la deambulaci3n y a realizar f3sico, siendo un h3bito de vital importancia para el mantenimiento de la condici3n f3sica y evitar el deterioro cognitivo y f3sico (Abbott, White, Ross, Masaki, Curb, & Petrovitch, 2004; Bean, Vora, & Frontera, 2004; Roddy & Doherty, 2006) (v3ase Figura 7).



(a)



(b)



(c)

Figura 7.- Conductas generales relacionadas con los estilos de vida:

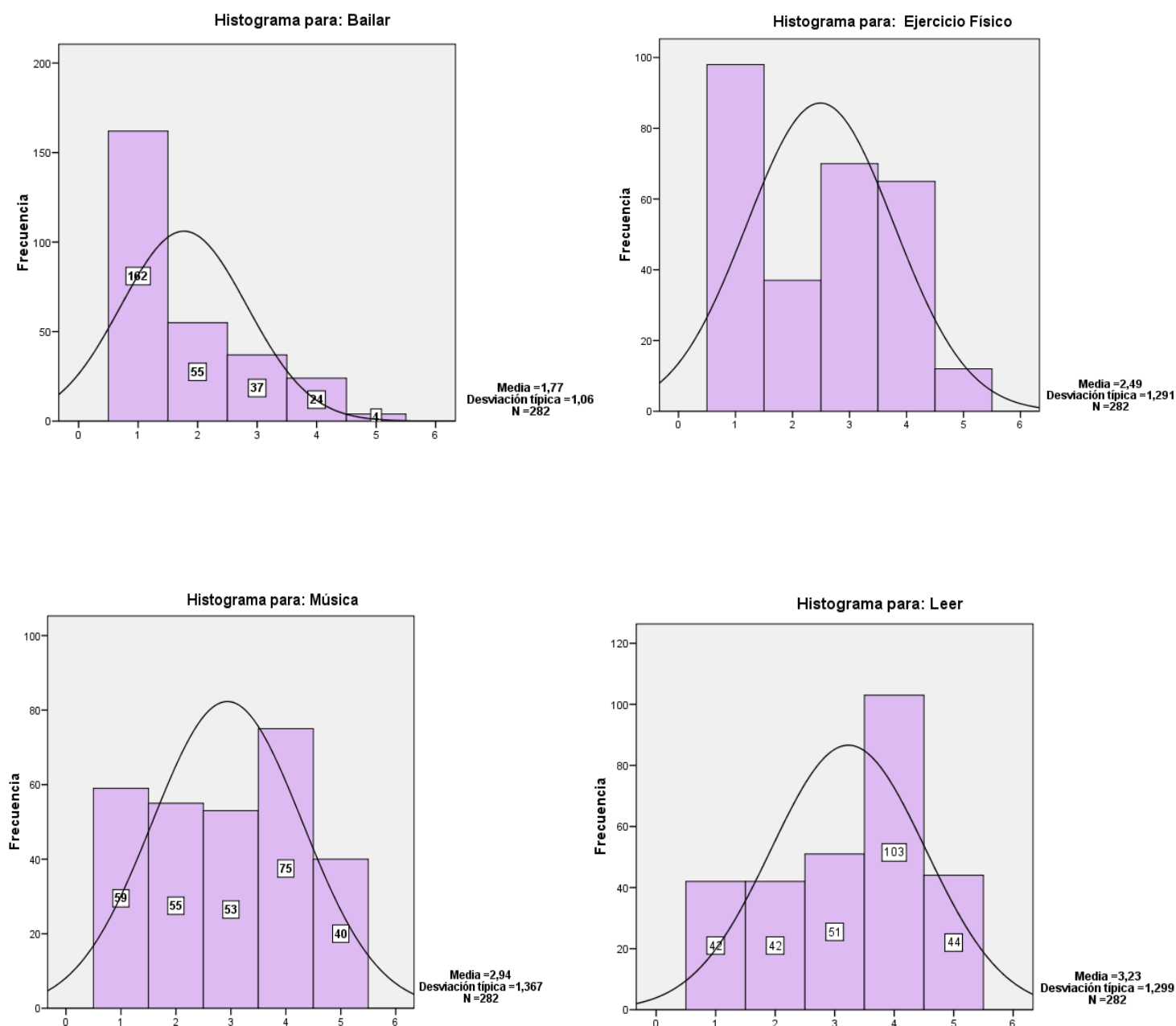
- a) Horas semanales que camina.
- b) Horas semanales que permanece de pie.
- c) Ejercicio f3sico en horas semanales.

En cuanto a las conductas particulares relacionadas con el tiempo libre se observa que están enfocadas al uso de internet y leer (véase Tabla 5), confirmando lo publicado en el último Estudio General de Medios (EMG) (2010), que indica que el 59,4 % de la población española manejan internet de manera habitual.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bailar		
Nada	162	57,4
Algo	55	19,5
Poco	37	13,1
Bastante	24	8,5
Mucho	4	1,4
Ejercicio Físico		
Nada	98	34,8
Algo	37	13,1
Poco	70	24,8
Bastante	65	23,0
Mucho	12	4,3
Música		
Nada	59	20,9
Algo	55	19,5
Poco	53	18,8
Bastante	75	26,6
Mucho	40	14,2
Leer		
Nada	42	14,9
Algo	42	14,9
Poco	51	18,1
Bastante	103	36,5
Mucho	44	15,6
Pasear		
Nada	48	17,0
Algo	50	17,7
Poco	79	28,0
Bastante	82	29,1
Mucho	23	8,2
Internet		
Nada	49	17,4
Algo	38	13,5
Poco	57	20,2
Bastante	79	28,0
Mucho	59	20,9
Tv		
Nada	40	14,2
Algo	53	18,8
Poco	105	37,2
Bastante	61	21,6
Mucho	23	8,2
Total	282	100,0

Tabla 5.- Conductas particulares relacionadas con estilo de vida (bailar, ejercicio físico, música, leer, pasear, internet, televisión).

Si observamos los histogramas relacionados con las conductas particulares se certifica la gran repercusión que tiene en la vida de los ciudadanos la utilización de internet, en contraposición al ejercicio físico actividad menos contemplada por los usuarios que han respondido a este cuestionario (véase Figura 8).



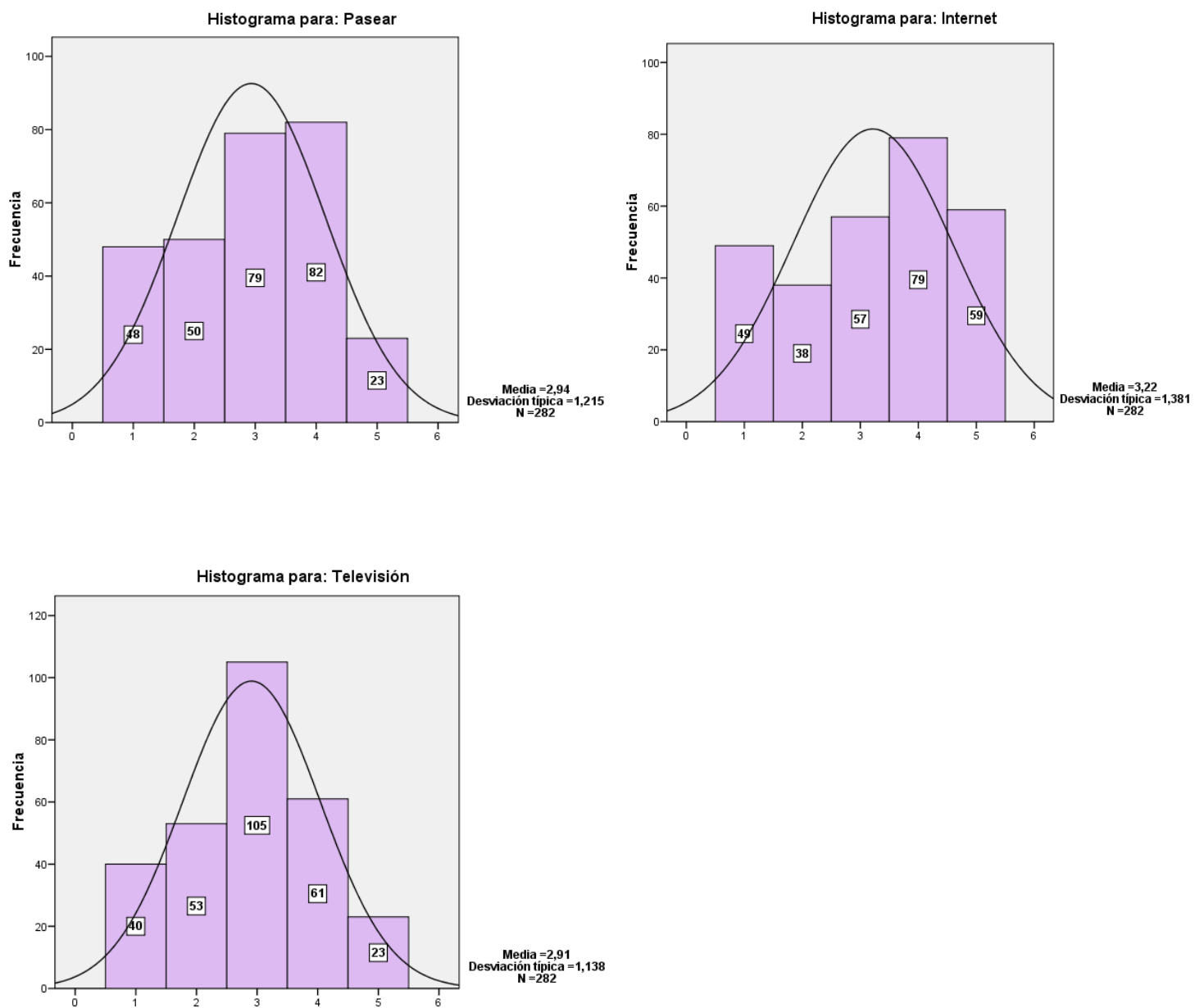


Figura 8.- Histogramas de conductas particulares relacionadas con los estilos de vida (bailar, ejercicio físico, música, leer, pasear, internet, televisión).

En cuanto a los hábitos de consumo, la mayoría de los encuestados son no fumadores (71,3%), ingieren semanalmente entre 1 y 10 cafés (57,1%), consumen entre 1 y 10 copas (56,7%) y no realizan dietas el 92, 6 % de la población muestral (Véase Tabla 6).

		Frecuencia	Porcentaje válido
Consumo de Tabaco			
	FUMADOR	81	28,7
	No Fumador	201	71,3
Consumo de Bebidas Alcoholicas			
	Alcohol	160	56,7
	No Alcohol	122	43,3
Vino	1-10 copas	90	91,8
	11-20 copas	7	7,1
	31-40 copas	1	1,0
	No vino	184	101,1
Cerveza	1-10 copas	88	86,3
	11-20 copas	14	13,7
	No Cerveza	180	
Combinados	1-10 copas	60	90,9
	11-20 copas	5	7,6
	21-30 copas	1	1,5
	No Combinados	216	
Licores	1-10 copas	23	85,2
	11-20 copas	3	11,1
	+ 40 copas	1	3,7
	No Licores	255	
Café			
	1-10	112	57,1
	11-20	62	31,6
	21-30	18	9,2
	31-40	3	1,5
	+ 40	1	,5
	No Café	86	
Dieta			
	No Dieta	261	92,6
	Calcio	1	,4
	Hipocalórica	2	,7
	Hipoglúcida	1	,4
	Hipoproteica	8	2,8
	Hiposódica	9	3,2
	Total	282	100,0

Tabla 6. - Hábitos de consumo relacionados con: tabaco, alcohol, cafés, infusiones, dieta.

Si se realiza un estudio más pormenorizado, por medio de histogramas se determina la escasa repercusión en hábitos cotidianos que tienen conductas nocivas como el tabaco y el alcohol, mostrando un mayor interés en la ingesta de café e infusiones (véase Figura 9).

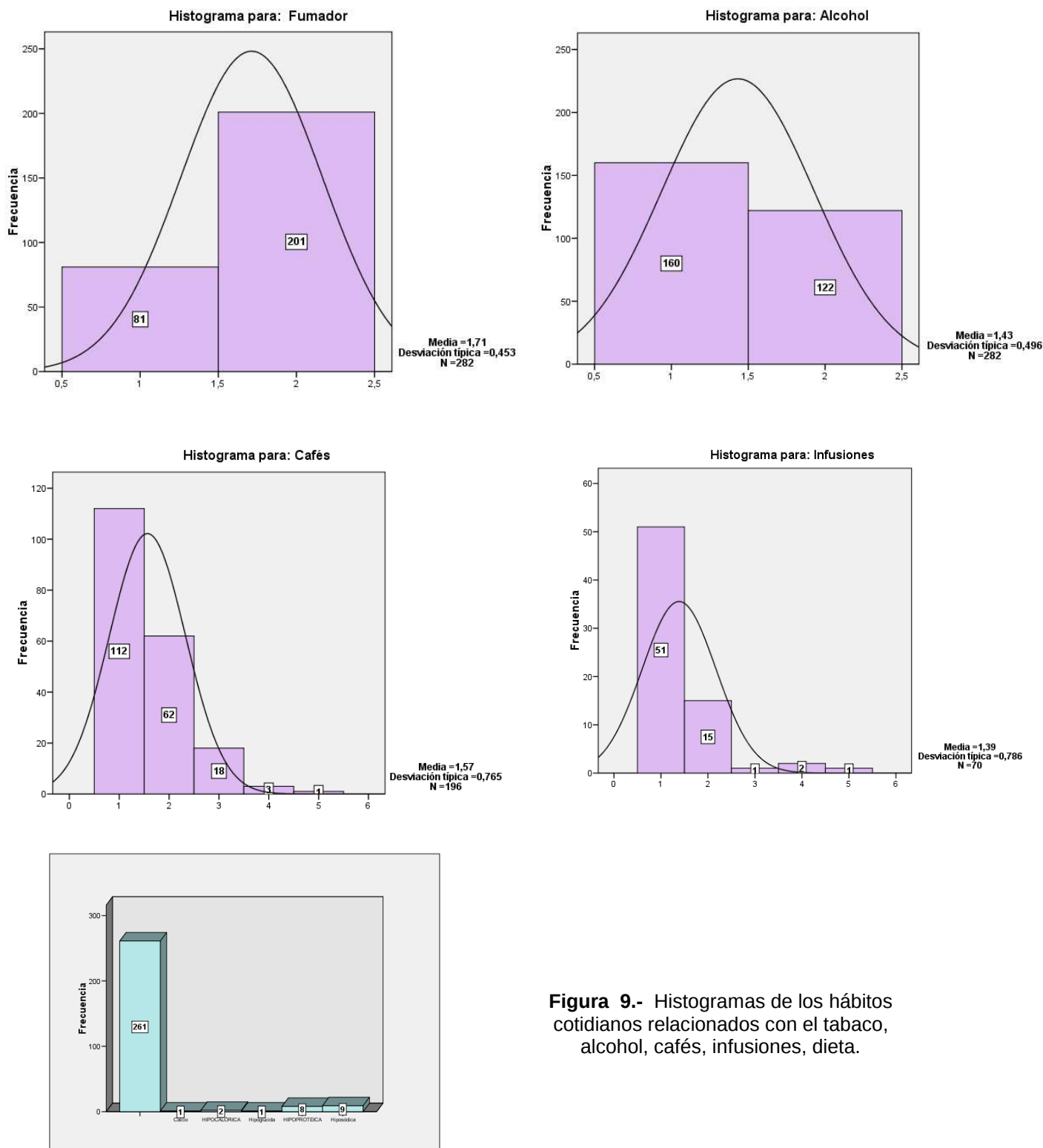


Figura 9.- Histogramas de los hábitos cotidianos relacionados con el tabaco, alcohol, cafés, infusiones, dieta.

En cambio, los participantes de la investigación, si que le atribuyen mayor importancia a la salud de los pies con un 63,8% (Véase Tabla 7).

Esto se debe al aumento de enfermedades crónicas que se caracterizan por su origen multifactorial, donde el comportamiento y el estilo de vida individual juegan un papel fundamental en su desarrollo, y donde la prevención podológica aparece como una opción para mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente (Blain & Jeandel, 2007; López, García-Mira, Alonso, & López, 2010) (véase Figura 10).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Importancia que le merece la salud de los pies		
Nada	1	,4
Algo	7	2,5
Poco	42	14,9
Bastante	52	18,4
Mucho	180	63,8
Total	282	100,0

Tabla 7.- Importancia de la salud pie.

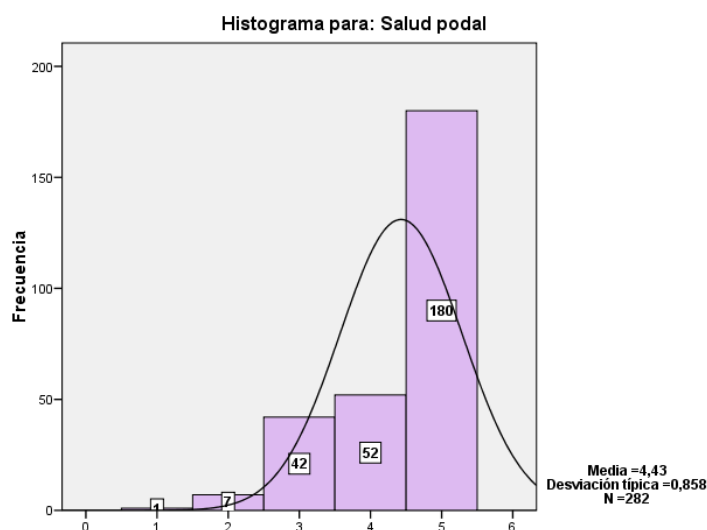


Figura 10.- Histograma relacionado con importancia de la salud del pie.

Del mismo modo, la conducta más repetida por los encuestados para prevenir las patologías del pie se enfocan hacia la higiene con un 53,5% y acudir al podólogo 25 % (véase Tabla 8).

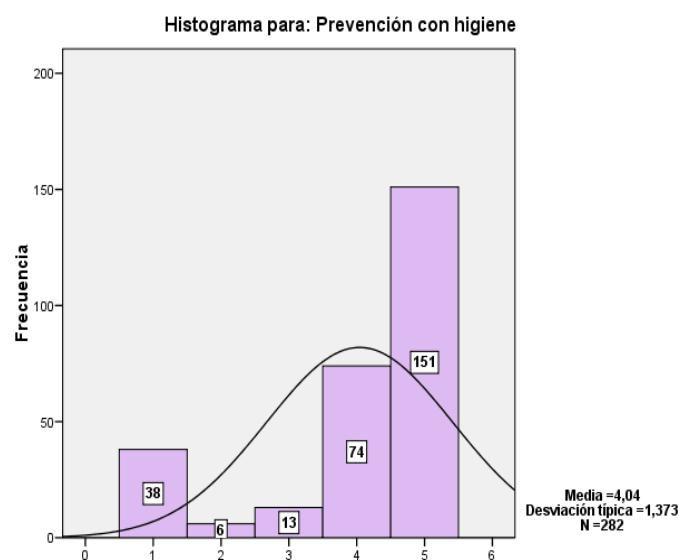
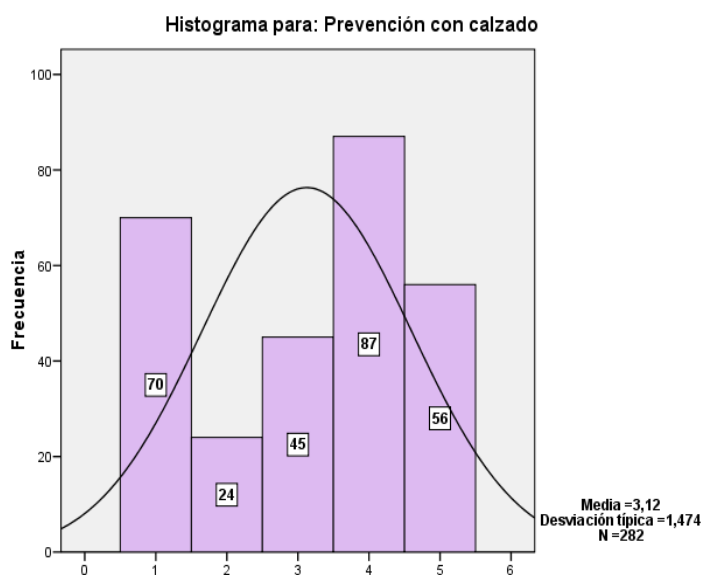
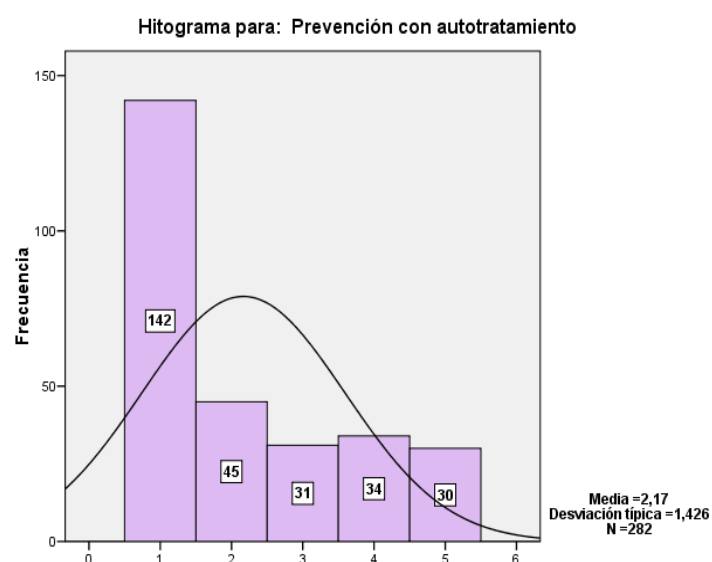
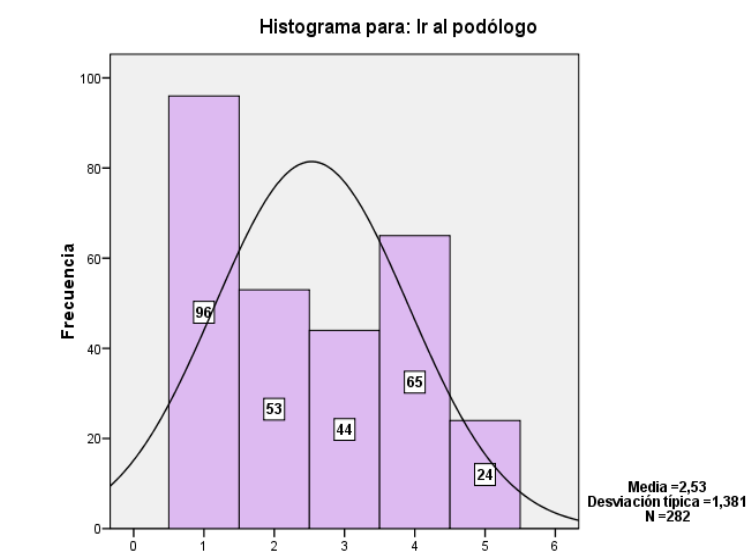
Estas conductas preventivas están relacionadas con la importancia del cuidado y así lo expone Teixeira, 2001; López, García-Mira, Alonso, y López (2010); siendo medidas que permiten el mantenimiento de la salud del pie y una mejora de la calidad de vida.

		Frecuencia	Porcentaje válido
Tipo de Prevención Podológica que realiza			
Podólogo			
	Nunca	96	34,0
	Alguna Vez	53	18,8
	Pocas Veces	44	15,6
	Bastantes Veces	65	23,0
	Muchas Veces	24	8,5
Autotratamiento			
	Nunca	142	50,4
	Alguna Vez	45	16,0
	Pocas Veces	31	11,0
	Bastantes Veces	34	12,1
	Muchas Veces	30	10,6
Calzado			
	Nunca	70	24,8
	Alguna Vez	24	8,5
	Pocas Veces	45	16,0
	Bastantes Veces	87	30,9
	Muchas Veces	56	19,9
Higiene			
	Nunca	38	13,5
	Alguna Vez	6	2,1
	Pocas Veces	13	4,6
	Bastantes Veces	74	26,2
	Muchas Veces	151	53,5
Hidratación			
	Nunca	54	19,1
	Alguna Vez	29	10,3
	Pocas Veces	62	22,0
	Bastantes Veces	78	27,7
	Muchas Veces	59	20,9
Secado			
	Nunca	85	30,1
	Alguna Vez	16	5,7
	Pocas Veces	47	16,7
	Bastantes Veces	64	22,7
	Muchas Veces	70	24,8
	Total	282	100,0

Tabla 8.- Conductas preventivas de la salud del pie relacionadas con el podólogo, autotratamiento, calzado, higiene, hidratación, secado.

A continuación, en los siguientes histogramas (véase Figura 11), se observa la importancia que para la población en general le merece la higiene del pie, siendo la conducta más repetida por los encuestados para prevenir las patologías podológicas.

Teixeira (2001), ya confirma la importancia del cuidado y de las conductas preventivas para el mantenimiento de la salud y de la condición física. De ahí la preocupación de las posibles consecuencias que mermarían de manera significativa su calidad de vida.



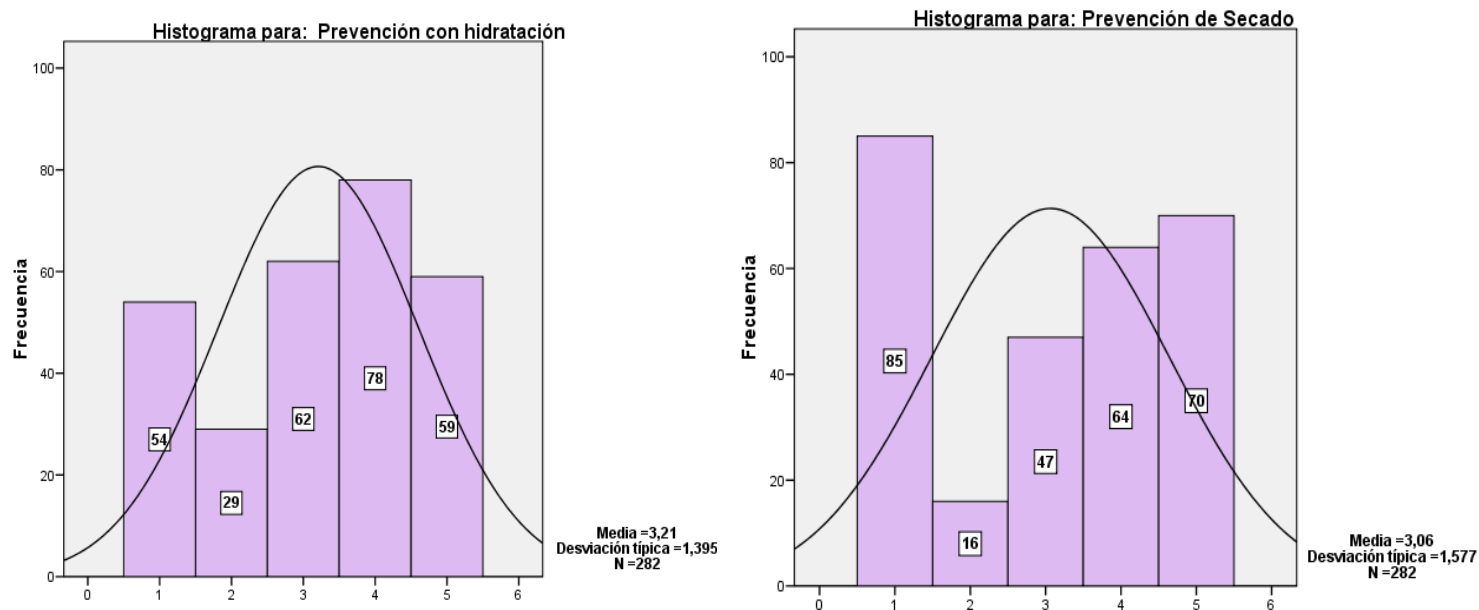


Figura 11.- Histogramas sobre las conductas preventivas de salud del pie relacionadas con el podólogo, el autotratamiento, el calzado, la higiene, la hidratación y el secado.

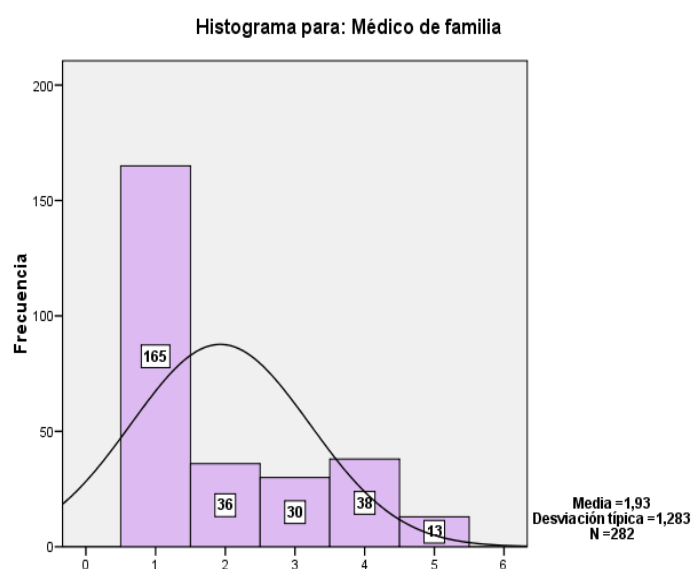
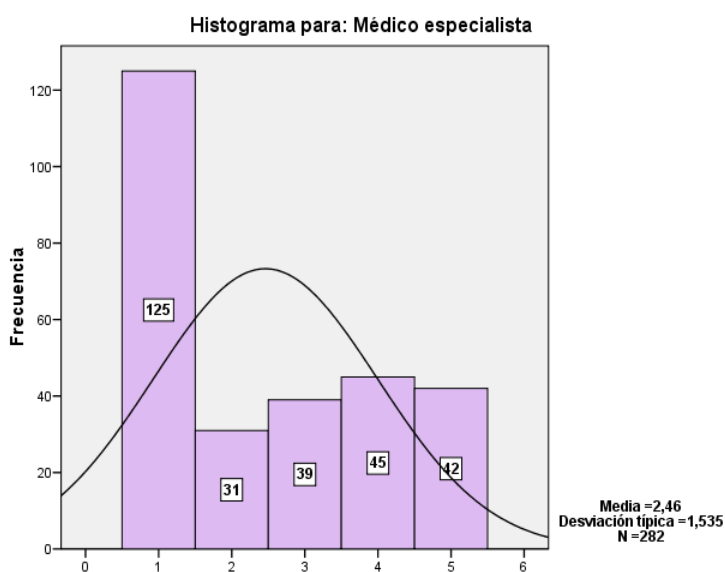
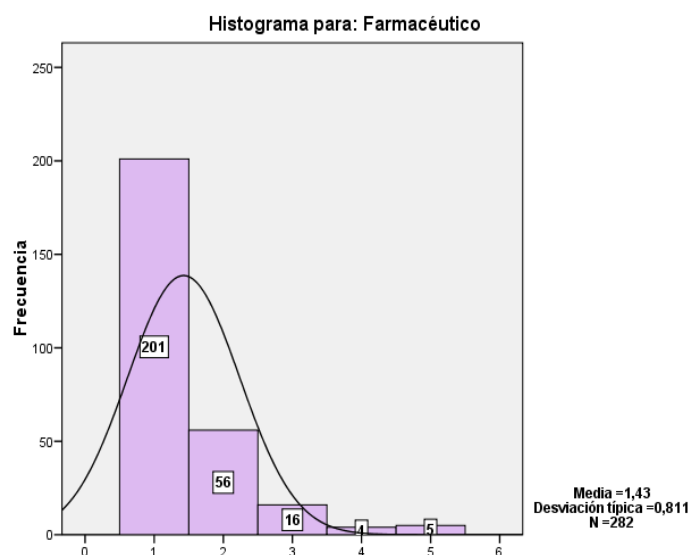
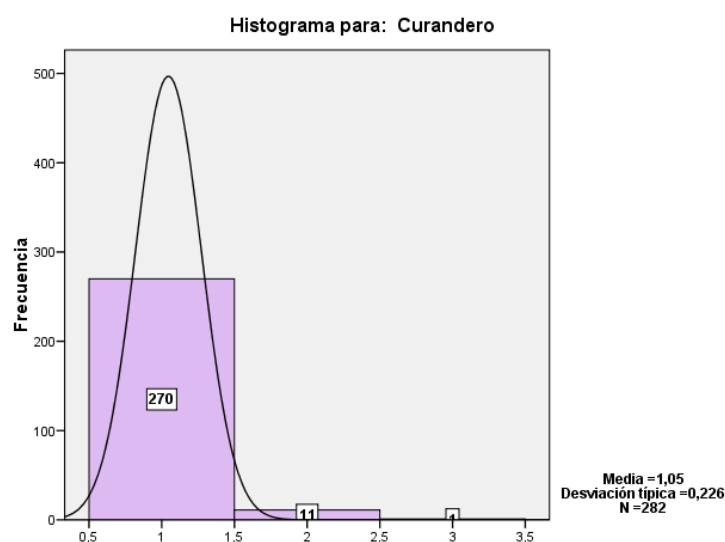
La mayoría de los ciudadanos de la muestra estudiada el 53, 9 % identifica al podólogo como el facultativo más idóneo para solventar las patologías que se presentan en el pie.

Las principales causas de consulta podológica están orientadas hacia la prevención de la salud del pie, para el 52, 5 % y la curación de las patologías dérmicas el 30,9 % (Tabla 9), al igual que los datos que aporta la investigación desarrollada por Cesarone et al., (2002).

		Frecuencia	Porcentaje válido
Si presentara patologías en los pies donde acudiría			
Curandero	Nunca	270	95,7
	Alguna Vez	11	3,9
	Pocas Veces	1	,4
Farmacéutico	Nunca	201	71,3
	Alguna Vez	56	19,9
	Pocas Veces	16	5,7
	Bastantes Veces	4	1,4
	Muchas Veces	5	1,8
Médico Especialista	Nunca	125	44,3
	Alguna Vez	31	11,0
	Pocas Veces	39	13,8
	Bastantes Veces	45	16,0
	Muchas Veces	42	14,9
Médico de Familia	Nunca	165	58,5
	Alguna Vez	36	12,8
	Pocas Veces	30	10,6
	Bastantes Veces	38	13,5
	Muchas Veces	13	4,6
Podólogo	Nunca	17	6,0
	Alguna Vez	24	8,5
	Pocas Veces	20	7,1
	Bastantes Veces	69	24,5
	Muchas Veces	152	53,9
Hospital	Nunca	203	72,0
	Alguna Vez	36	12,8
	Pocas Veces	18	6,4
	Bastantes Veces	17	6,0
	Muchas Veces	8	2,8
Cuál es el motivo de consulta			
	Patología dérmica	87	64,9
	Patología muscular	21	15,7
	Patología ósea	26	19,4
	Sin Patologías	148	

Tabla 9.- Percepción del especialista al que acudiría a consulta para el cuidado del pie (curandero, farmacéutico, médico especialista, médico de familia, podólogo, hospital) y cual sería el motivo de consulta.

En los siguientes histogramas (véase Figura 12), se aprecia como los usuarios perciben la necesidad del cuidado del pie y de la importancia del podólogo, para Blain y Jeandel (2007); ésto se debe al aumento de enfermedades crónicas que se caracterizan por su origen multifactorial, donde el comportamiento y el estilo de vida individual juegan un papel fundamental en su desarrollo, y donde la prevención podológica aparece como una opción para mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente.



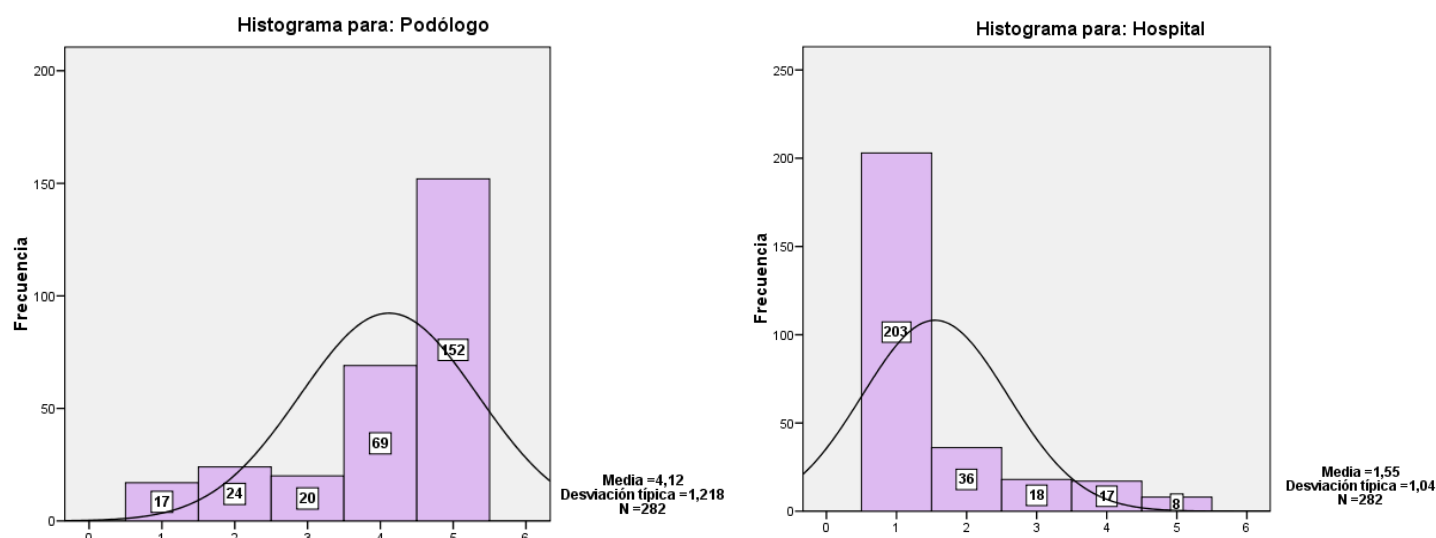


Figura 12.- Histogramas sobre la percepción del especialista al que acudiría para el cuidado del pie (curandero, farmacéutico, médico especialista, médico de familia, podólogo, hospital) y cual sería el motivo de consulta.

Las creencias normativas responsables de la aparición de enfermedades en los pies se relacionan para la muestra estudiada con: el calzado, el sobrepeso, los traumatismos y el trabajo (véase Tabla 10), coincidiendo con las investigaciones llevadas a cabo por: Cobb, Cornelly, y Grubb, 1977; Greenberg y Davis, 1993; Spraul y Koenning, 1994; Gupta et al., 2000; Burzykowski et al., 2003; López, García-Mira, Alonso, y López, 2010; existiendo un porcentaje muy alto 64,9% de personas que tienen enfermedades en los pies y que no acuden a un facultativo en busca de un tratamiento.

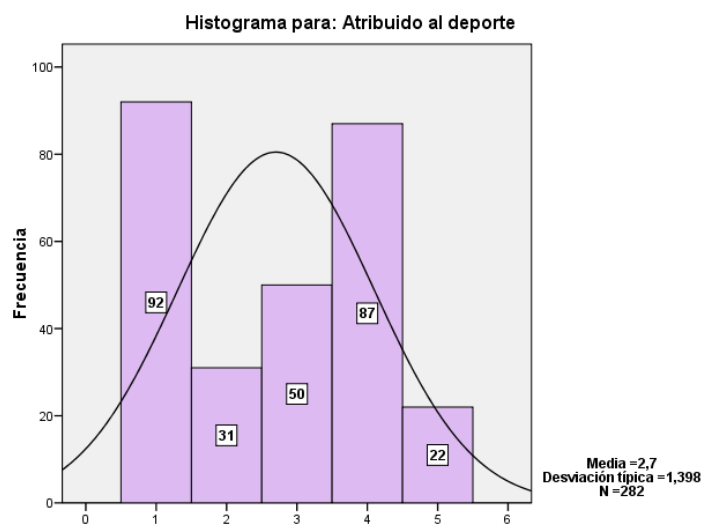
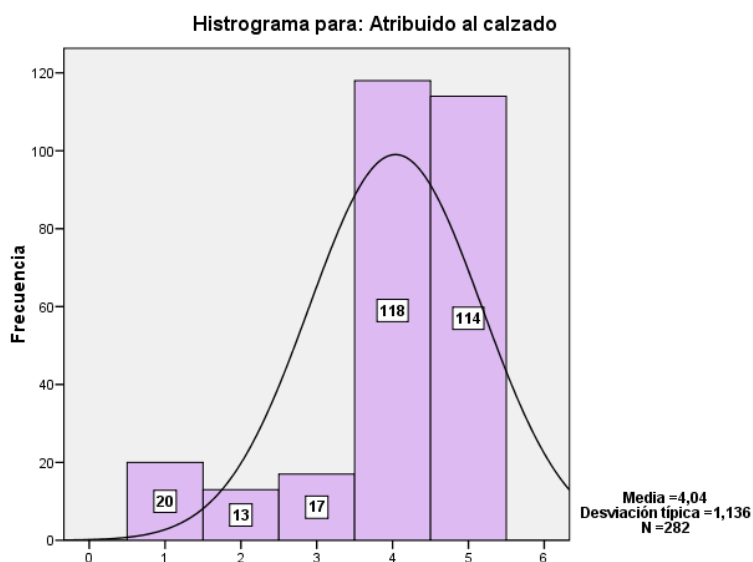
		Frecuencia	Porcentaje válido
Atribución de Patologías en el pie			
Calzado	Nada	20	7,1
	Algo	13	4,6
	Poco	17	6,0
	Bastante	118	41,8
	Mucho	114	40,4
Deporte	Nada	92	32,6
	Algo	31	11,0
	Poco	50	17,7
	Bastante	87	30,9
	Mucho	22	7,8
Enfermedad de Base	Nada	106	37,6
	Algo	36	12,8
	Poco	53	18,8
	Bastante	65	23,0
	Mucho	22	7,8
Infección	Nada	82	29,1
	Algo	34	12,1
	Poco	54	19,1
	Bastante	81	28,7
	Mucho	31	11,0
Sobrepeso	Nada	63	22,3
	Algo	13	4,6
	Poco	26	9,2
	Bastante	108	38,3
	Mucho	72	25,5
Traumatismos	Nada	81	28,7
	Algo	15	5,3
	Poco	34	12,1
	Bastante	106	37,6
	Mucho	46	16,3
Trabajo	Nada	76	27,0
	Algo	19	6,7
	Poco	36	12,8
	Bastante	104	36,9
	Mucho	47	16,7
Conoces personas con patologías en los pies no tratadas			
Sin Asistir a Consulta	Si	183	64,9
	No	99	35,1
	Total	282	100,0

Tabla 10.- Creencias normativas relacionadas con los factores que desencadenan enfermedades en los pies (calzado, deporte, enfermedad de base, infección sobrepeso, traumatismos, trabajo).

Los juicios que emiten los ciudadanos encuestados, responsabilizan a la utilización de calzado inadecuado, como el factor principal de causalgia que propicia la aparición de patologías en los pies.

Para Akhtar, Choudry, y Kumar, 2006; Álvarez-Calderón, Alonso, López, Gómez, y Sánchez, 2008; Kerrigan et al., 2009 ya han demostrado la relación existente entre el uso de un calzado no adecuado y la presencia de lesiones en los pies, aparición de inestabilidad en la marcha, aumento del riesgo de sufrir caídas y descenso de la independencia del sujeto.

En los siguientes histogramas (véase Figura 13), se observa de manera más detallada las percepciones relacionadas con las enfermedades del pie.



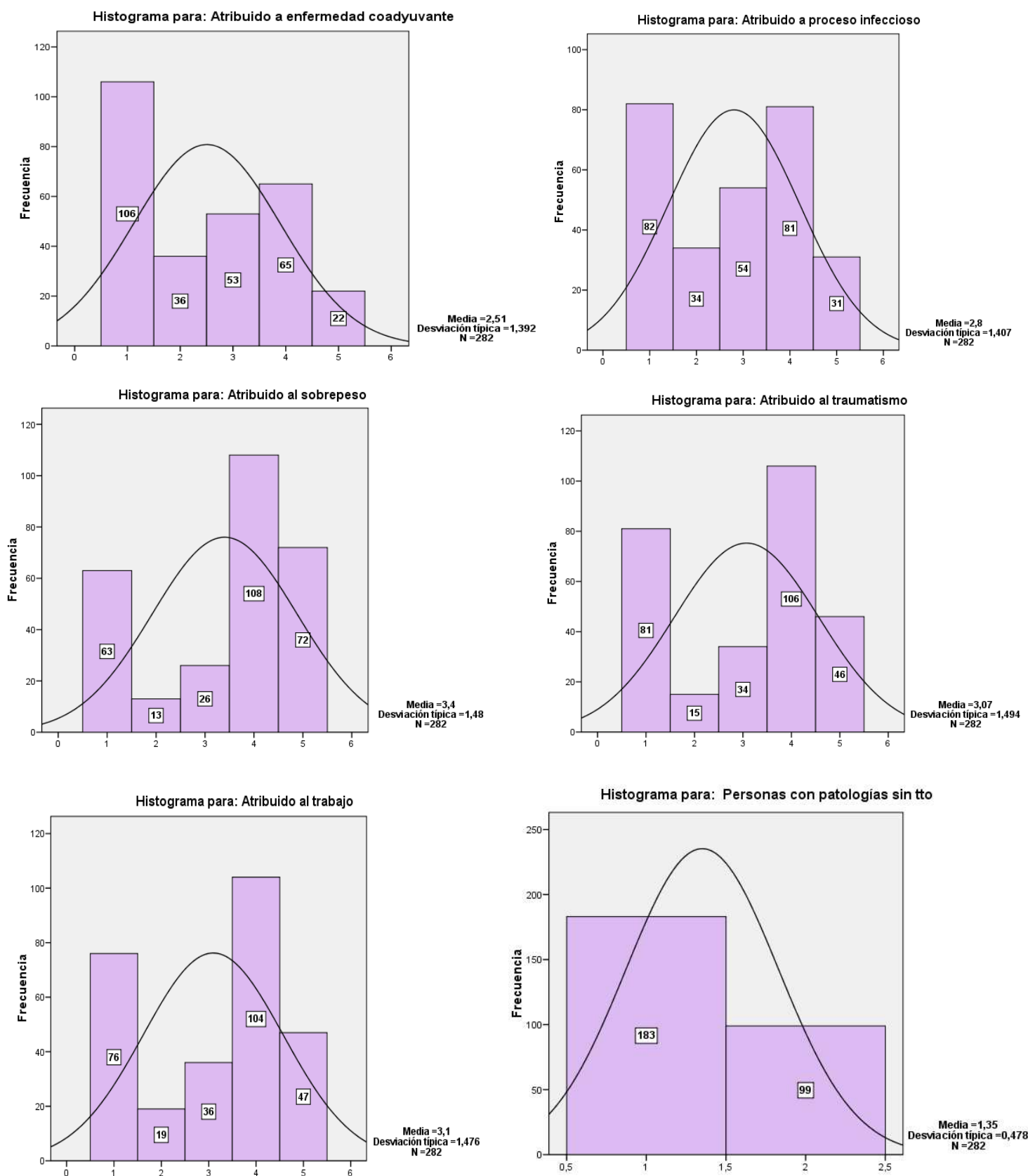


Figura 13.- Histogramas de las creencias normativas relacionadas con los factores que desencadenan enfermedades en los pies (calzado, deporte, enfermedad de base, infección sobrepeso, traumatismos, trabajo).

Para la mayoría de personas encuestadas la percepción de la figura del podólogo es muy alta, un 70,9 % así lo confirman y el 80,9 % aseveran la importancia de su inclusión dentro del sistema nacional de salud.

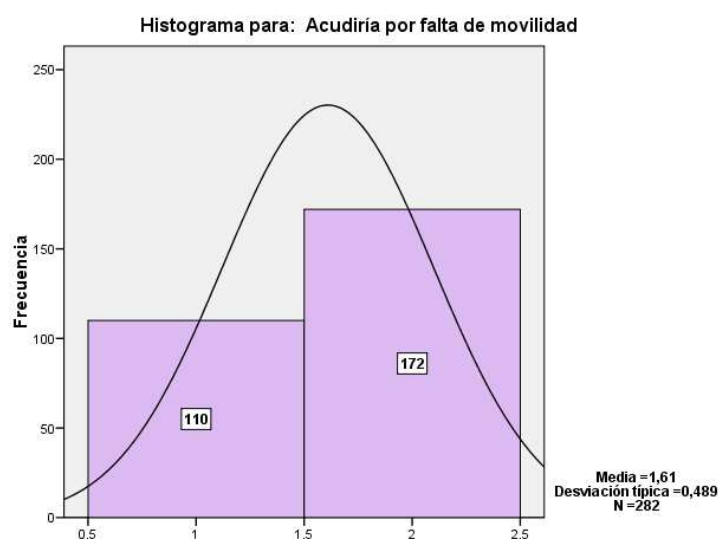
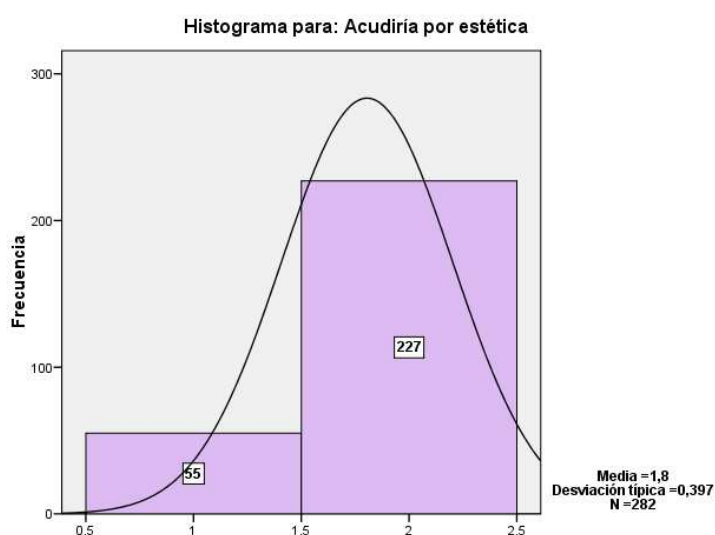
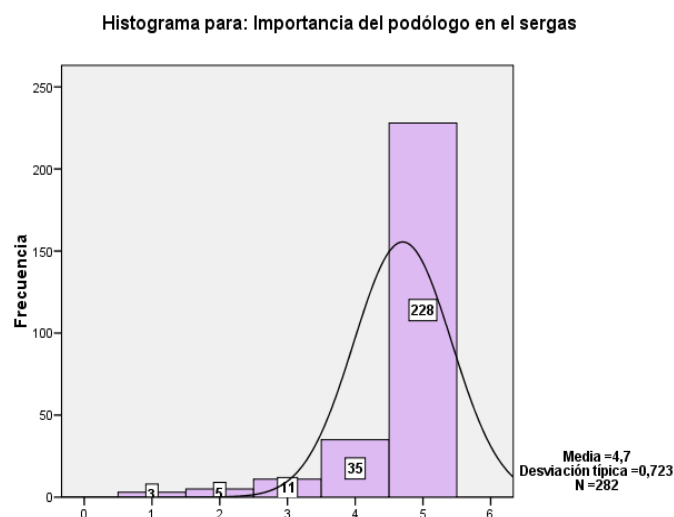
Otros datos que son a tener en cuenta, es que el 23,8 % nunca ha acudido a una consulta y lo harían por dolor y prevención (véase Tabla 11).

		Frecuencia	Porcentaje
Importancia atribuyes al podólogo			
	Nada	8	2,8
	Algo	3	1,1
	Poco	10	3,5
	Bastante	61	21,6
	Mucho	200	70,9
Importancia del podólogo del SNS			
	Nada	3	1,1
	Algo	5	1,8
	Poco	11	3,9
	Bastante	35	12,4
	Mucho	228	80,9
Motivo por lo que acudirías al podólogo			
Dolor	Si	233	82,6
	No	49	17,4
Estética	Si	55	19,5
	No	227	80,5
Movilidad	Si	110	39,0
	No	172	61,0
Sensibilidad	Si	88	31,2
	No	194	68,8
Prevención	Si	130	46,1
	No	152	53,9
Recomendación Especializada	Si	99	35,1
	No	183	64,9
Recomendación Familiar	Si	47	16,7
	No	235	83,3
Asistencia Podológica	Nunca	67	23,8
	Alguna Vez	32	11,3
	De vez en cuando	51	18,1
	Habitualmente	38	13,5
	Siempre	94	33,3

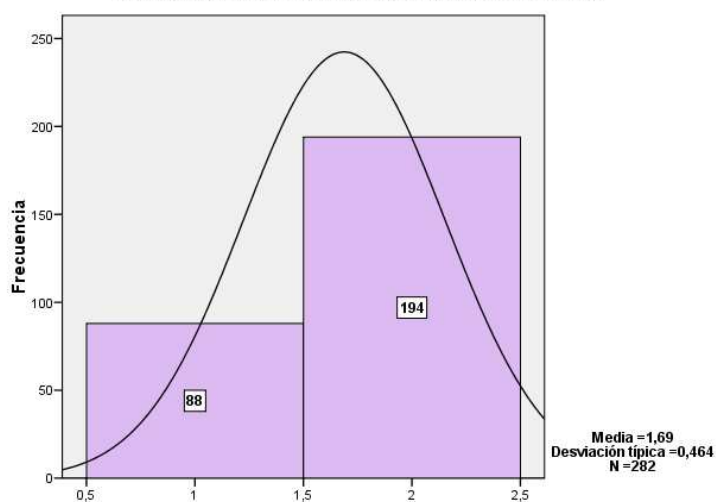
Tabla 11.- Percepción del podólogo y el motivo de consulta (dolor, estética, movilidad, sensibilidad, prevención, recomendación especializada, recomendación familiar) y asistencia podológica.

Según O'Donnel (2007), esto se debe a que la podología y este facultativo, permiten la adquisición de confianza y una mayor implicación en la gestión del riesgo de la salud del pie, por parte del propio paciente, que lo llevará a buscar un cambio en sus conductas individuales, en la línea de promover hábitos saludables que, sin duda, redundarán en la mejora de su salud general y del pie en particular.

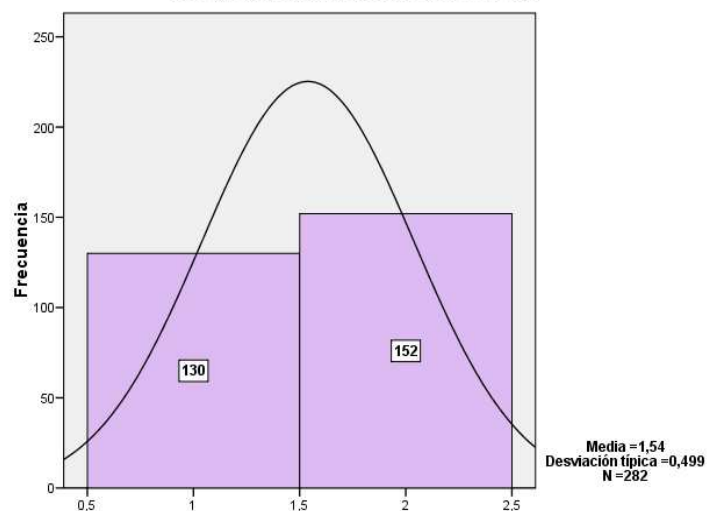
A continuación, se recogen en los siguientes histogramas (véase Figura 14), la percepción que para la muestra estudiada tiene la figura del podólogo y cual sería el motivo principal de visita podológica.



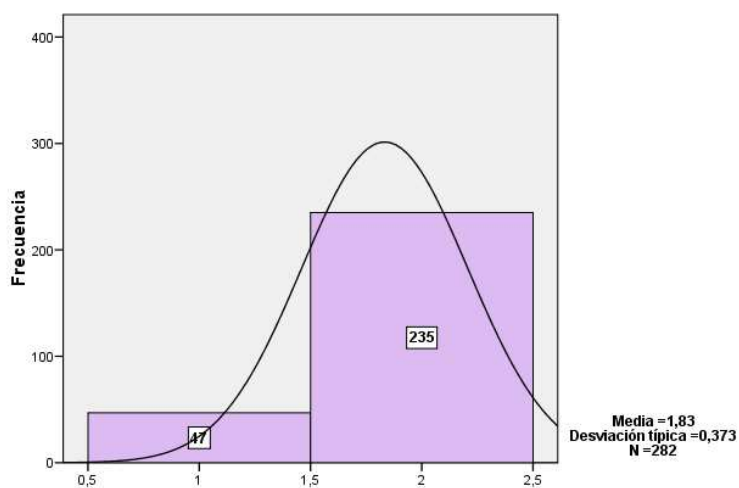
Histograma para: Acudiría por pérdida de sensibilidad



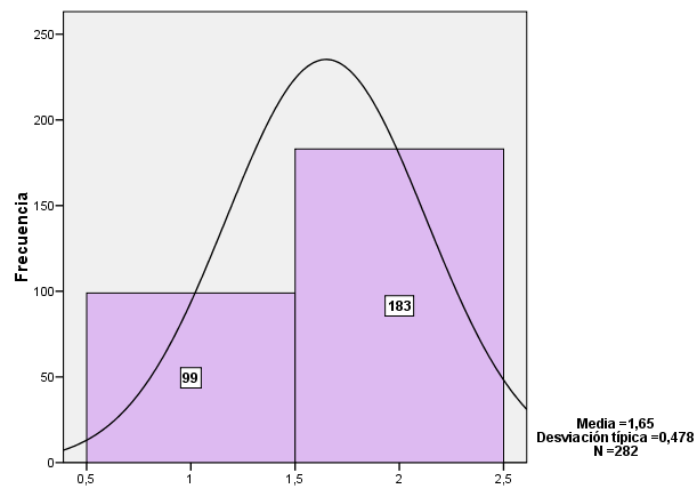
Histograma para: Acudiría por prevención



Histograma para: Acudiría por recomendación familiar



Histograma para: Acudiría por recomendación especializada



Histograma para: Ha acudido alguna vez al podólogo

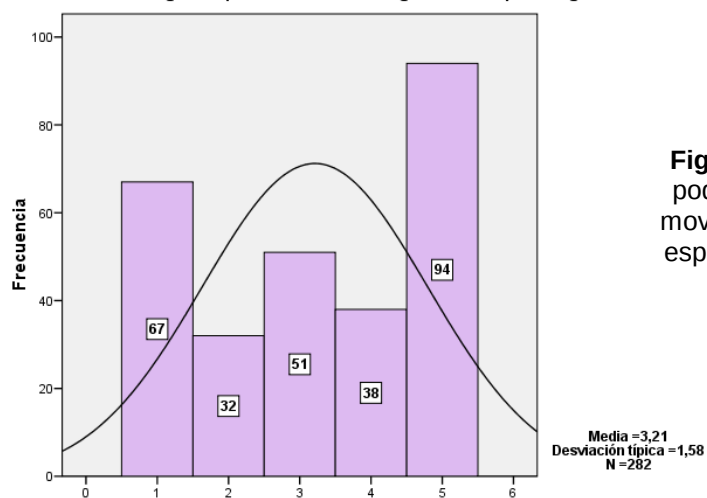


Figura 14.- Histogramas sobre la percepción del podólogo y el motivo de consulta (dolor, estética, movilidad, sensibilidad, prevención, recomendación especializada, recomendación familiar) y asistencia podológica.

La muestra recoge que un 82,6 % de los encuestados que acuden al podólogo lo hacen por prevención de la salud del pie, sin presentar causa aparente alguna.

Aunque lo que si es verdaderamente alarmante es que un 18,1 % de la muestra estudiada tienen una enfermedad de base y prestan una nula atención a sus pies, (véase Tabla 12) siendo una causa potencial para mermar la calidad de vida del paciente y de generar un riesgo de impotencia funcional y pérdida de autonomía (López, García- Mira, Alonso, & López, 2010).

Frecuencia		Porcentaje válido
Presentas patologías en el pie		
Si	49	17,4
No	233	82,6
Presenta patología de base		
Si	51	18,1
No	231	81,9

Tabla 12. – Creencias relacionadas con patologías generales o particulares.

En los histogramas (véase Figura 15), observamos más en detalle las creencias relacionadas con las patologías a nivel general y a nivel particular en el pie.

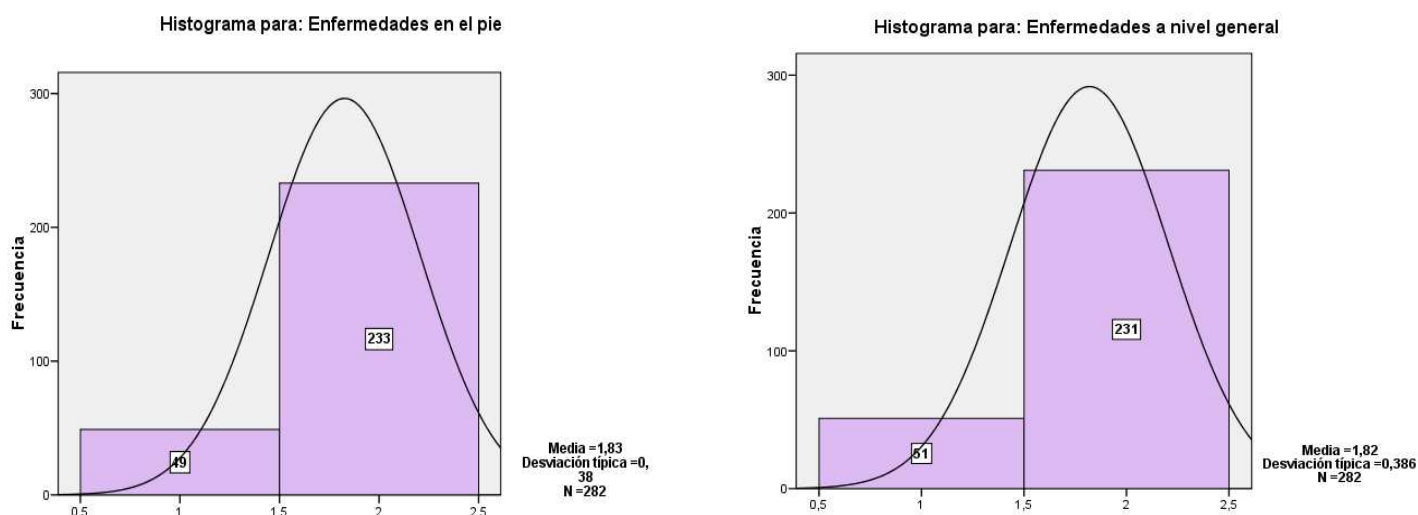


Figura 15.- Histogramas de las creencias relacionadas con las patologías generales o particulares.

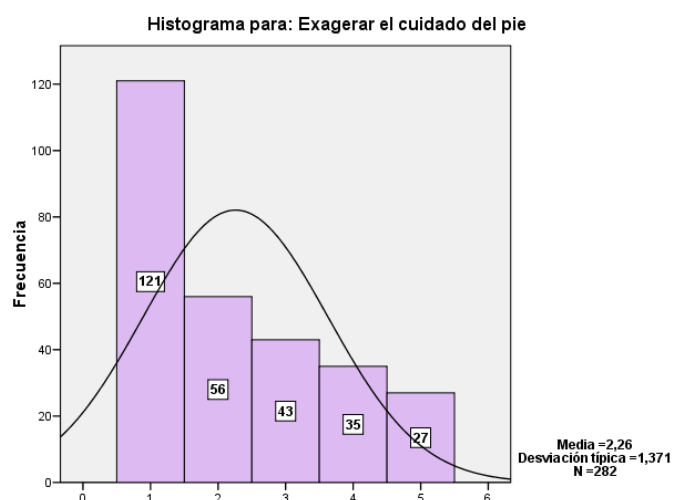
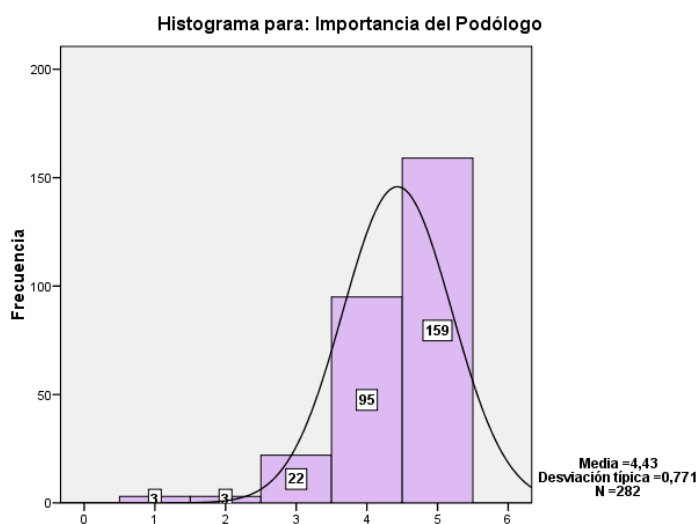
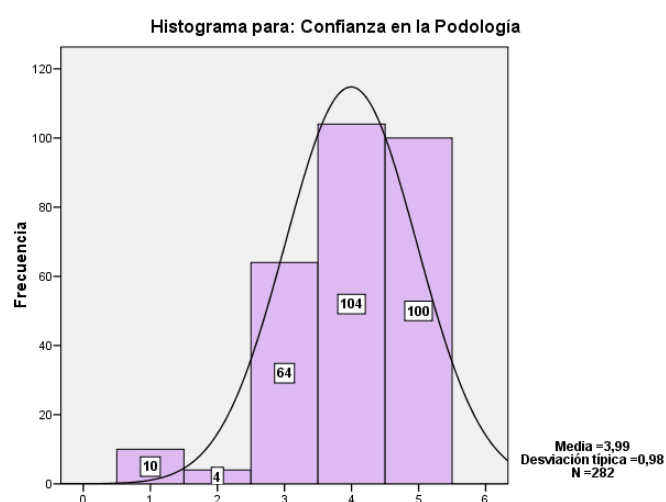
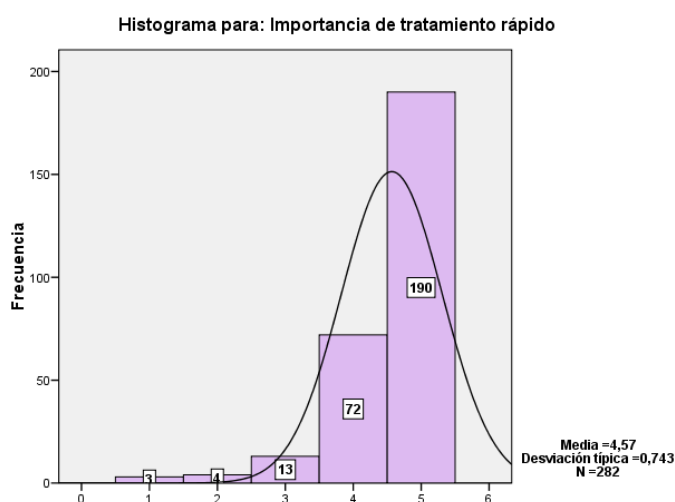
Las creencias actitudinales que recoge este proyecto de tesis están relacionadas con el aumento de la percepción social de la Podología, existiendo una gran valoración de los facultativos de este campo.

El 56,4 % los considera muy importante y un 36,9% tienen depositada su confianza en la figura del podólogo, generando una satisfacción para el 45,5 % de la muestra analizada (véase Tabla 13).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Importancia de Tratar podalgias con rapidez		
Totalmente en desacuerdo	3	1,1
En desacuerdo	4	1,4
Indiferente	13	4,6
De acuerdo	72	25,5
Totalmente de acuerdo	190	67,4
Confianza en la Podología		
Totalmente en desacuerdo	10	3,5
En desacuerdo	4	1,4
Indiferente	64	22,7
De acuerdo	104	36,9
Totalmente de acuerdo	100	35,5
Importancia del podólogo como facultativo		
Totalmente en desacuerdo	3	1,1
En desacuerdo	3	1,1
Indiferente	22	7,8
De acuerdo	95	33,7
Totalmente de acuerdo	159	56,4
Exageración acerca del cuidado Podal		
Totalmente en desacuerdo	121	42,9
En desacuerdo	56	19,9
Indiferente	43	15,2
De acuerdo	35	12,4
Totalmente de acuerdo	27	9,6
Satisfacción con mantener la salud podal bajo control podológico		
Totalmente en desacuerdo	1	,4
En desacuerdo	8	2,8
Indiferente	50	17,7
De acuerdo	95	33,7
Totalmente de acuerdo	128	45,4
Rabia al ver a gente con problemas en los pies no tratados		
Totalmente en desacuerdo	12	4,3
En desacuerdo	11	3,9
Indiferente	94	33,3
De acuerdo	61	21,6
Totalmente de acuerdo	104	36,9
Sentimiento de mejoría desde que acude al podólogo		
Totalmente en desacuerdo	29	10,3
En desacuerdo	6	2,1
Indiferente	75	26,6
De acuerdo	85	30,1
Totalmente de acuerdo	87	30,9
Malestar por tener que acudir al podólogo		
Totalmente en desacuerdo	180	63,8
En desacuerdo	33	11,7
Indiferente	44	15,6
De acuerdo	11	3,9
Totalmente de acuerdo	14	5,0
Total	282	100,0

Tabla 13. – Creencias actitudinales relacionadas con la percepción podológica (abordaje terapéutico, confianza, importancia, exageración, satisfacción, rabia, mejoría, malestar).

A continuación, observamos en los siguientes histogramas la percepción positiva de la figura del podólogo y este aumento de la percepción del cuidado del pie es consecuencia de un cambio social en determinados factores como son: el envejecimiento de la población, variación en el estilo de vida (López, García-Mira, Alonso, López, 2010) (véase Figura 16).



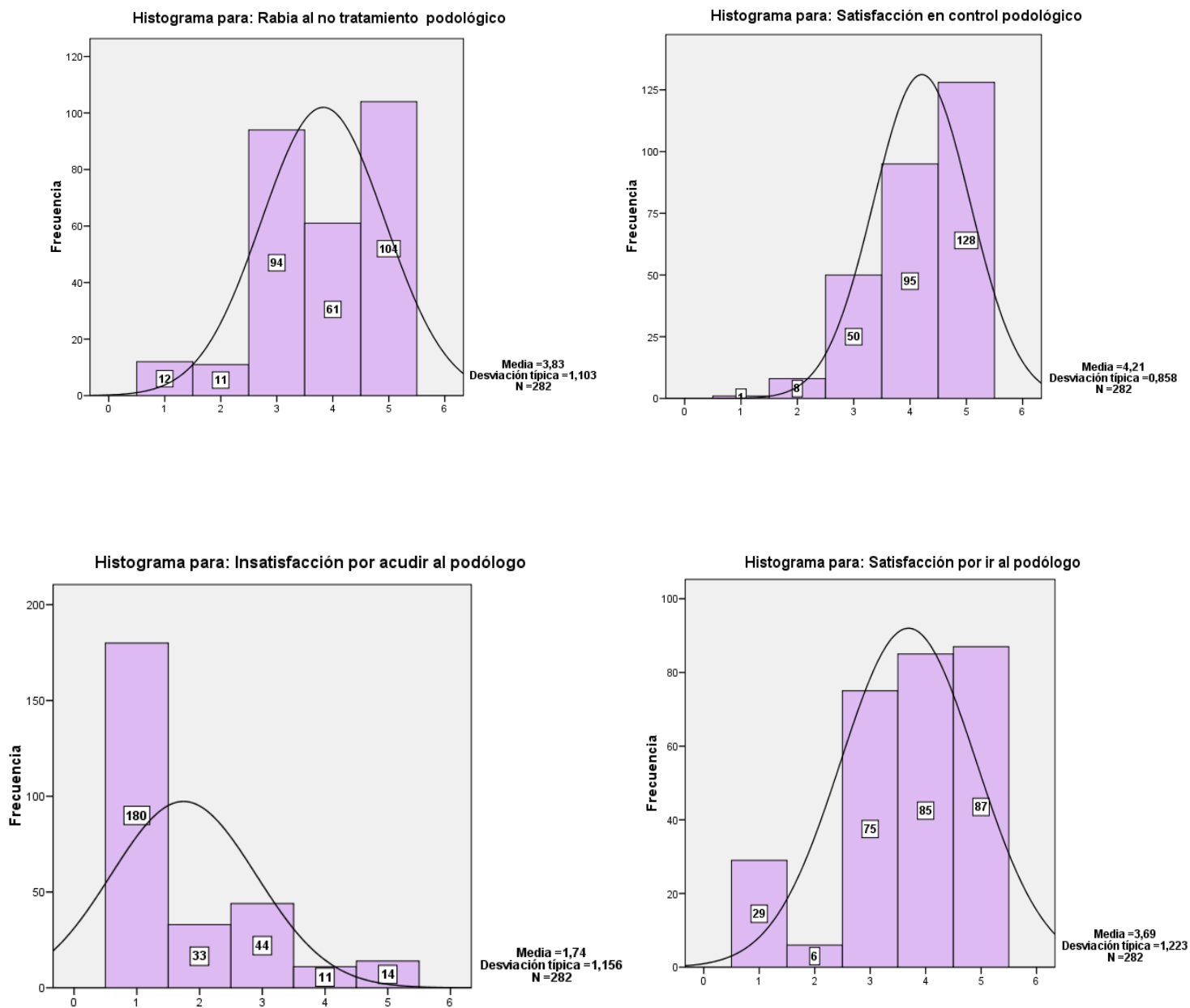


Figura 16.- Histogramas de las creencias actitudinales relacionadas con la percepción podológica (abordaje terapéutico, confianza, importancia, exageración, satisfacción, rabia, mejoría, malestar).

En general, hay una actitud general de evaluación positiva y satisfacción respecto a la figura del podólogo, y a la necesidad de acudir al podólogo y tratar los problemas derivados de las patologías de los pies.

Estos datos revelan la firmeza e importancia atribuida que para la salud poblacional tienen los pies.

López, García-Mira, Alonso, y López (2010); ya han puesto de manifiesto que la promoción de conductas podológicas relacionadas con hábitos y estilos de vida permiten a las personas obtener confianza y los recursos necesarios para alcanzar una vida sana y alejada de situaciones de dependencia.

En cuanto a las creencias normativas relacionados con los cambios de conducta para el cuidado del pie, las normas subjetivas que buscan una potenciación de los cambios de conducta, están relacionadas con los consejos proporcionados por su pareja (véase Tabla 14).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Consejo familiar para acudir al podólogo		
Totalmente en desacuerdo	61	21,6
En desacuerdo	27	9,6
Indiferente	84	29,8
De acuerdo	49	17,4
Totalmente de acuerdo	61	21,6
Consejo amigos para cuidado del pie		
Totalmente en desacuerdo	16	5,7
En desacuerdo	12	4,3
Indiferente	113	40,1
De acuerdo	79	28,0
Totalmente de acuerdo	62	22,0
Apoyo social para cuidado podológico		
Totalmente en desacuerdo	20	7,1
En desacuerdo	9	3,2
Indiferente	92	32,6
De acuerdo	81	28,7
Totalmente de acuerdo	80	28,4
Consejo pareja para cuidar los pies		
Totalmente en desacuerdo	25	8,9
En desacuerdo	8	2,8
Indiferente	79	28,0
De acuerdo	70	24,8
Totalmente de acuerdo	100	35,5
Total	282	100,0

Tabla 14. – Creencias Normativas: Normas subjetivas relacionadas con los consejos familiares, amistades, apoyo social y pareja encaminado a cambios de conducta en el cuidado del pie.

Estos datos revelan las aportaciones efectuadas por Morales (1999); que revelan el amplio acuerdo de la psicología social en cuanto a que las actitudes están determinadas por las creencias.

Por lo tanto la salud del pie, guarda una estrecha relación con las creencias de las personas relacionadas con el podólogo y la podología.

Si se observan los siguientes histogramas, observamos la firmeza atribuida, la relación existente con los cambios de conducta del cuidado del pie y las creencias normativas: normas subjetivas (véase Fig.17).

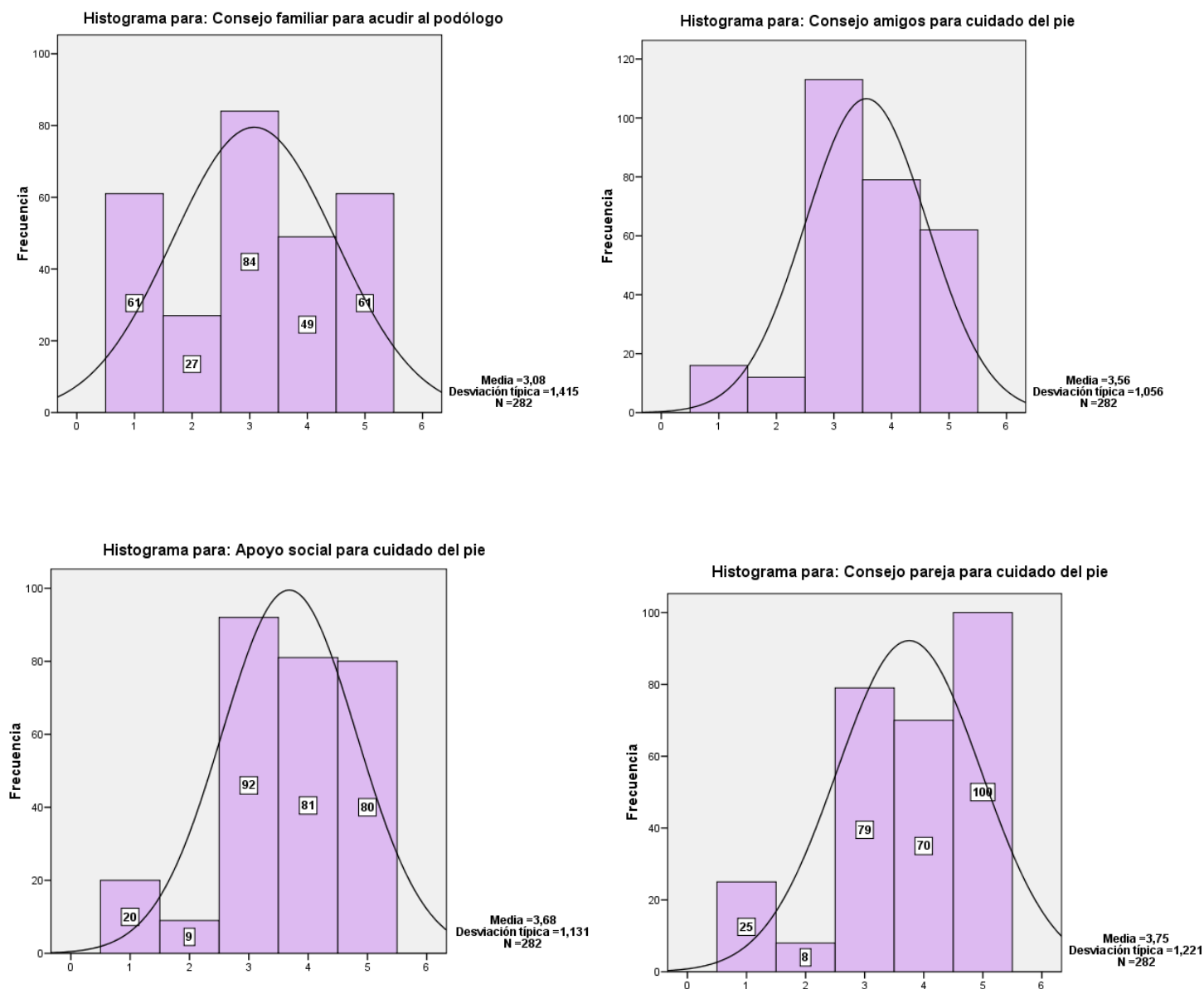


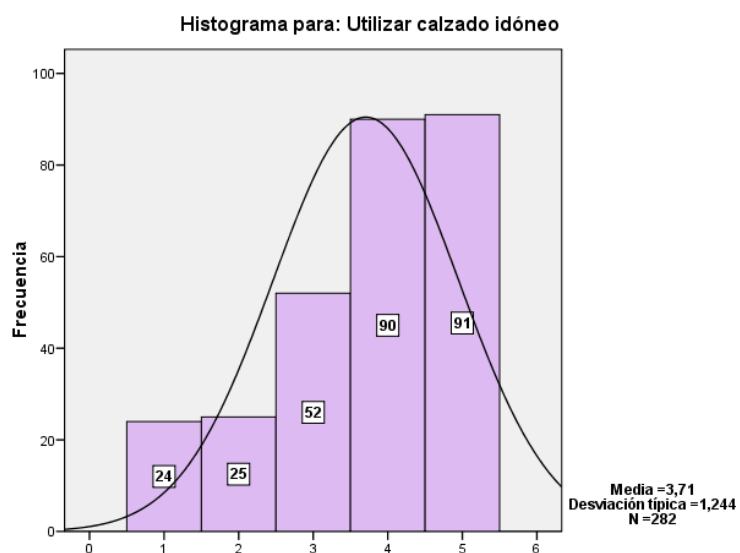
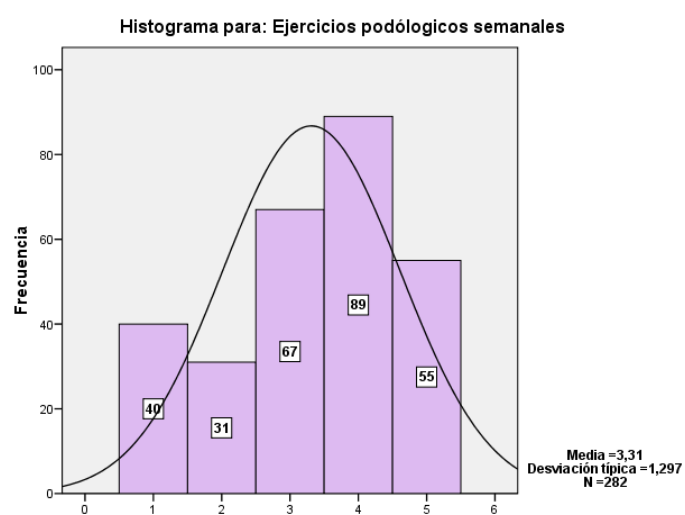
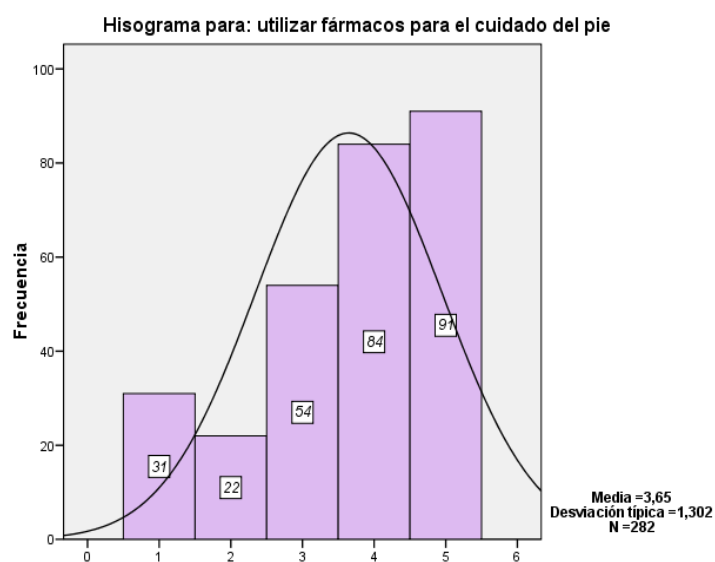
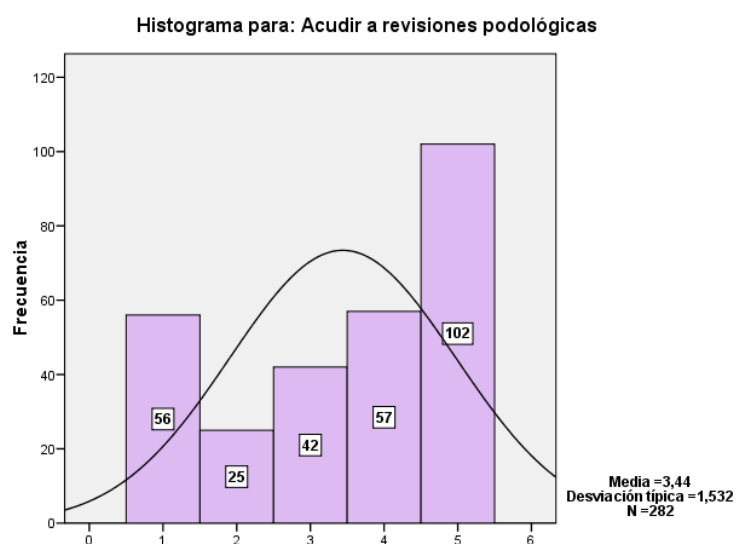
Figura 17.- Histogramas de las creencias normativas: normas subjetivas relacionadas con los consejos familiares, las amistades, el apoyo social y la pareja encaminado a cambios de conducta en el cuidado del pie.

En cuanto a la conducta preventiva más importante para el cuidado del pie consiste en acudir al podólogo 36, 2 % y utilizar un calzado adecuado 32,3 % (véase Tabla 15), para López, García-Mira, Alonso y López (2010); la promoción de conductas saludables relacionadas con los hábitos de conducta contribuirán a que la población se dote de los recursos necesarios para alcanzar una vida sana, autónoma y alejada de situaciones de dependencia.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Acudir a revisiones podológicas		
Totalmente en desacuerdo	56	19,9
En desacuerdo	25	8,9
Indiferente	42	14,9
De acuerdo	57	20,2
Totalmente de acuerdo	102	36,2
Utilizar fármacos para cuidado del pie		
Totalmente en desacuerdo	31	11,0
En desacuerdo	22	7,8
Indiferente	54	19,1
De acuerdo	84	29,8
Totalmente de acuerdo	91	32,3
Ejercicios podológicos semanales		
Totalmente en desacuerdo	40	14,2
En desacuerdo	31	11,0
Indiferente	67	23,8
De acuerdo	89	31,6
Totalmente de acuerdo	55	19,5
Utilizado calzado Idóneo		
Totalmente en desacuerdo	24	8,5
En desacuerdo	25	8,9
Indiferente	52	18,4
De acuerdo	90	31,9
Totalmente de acuerdo	91	32,3
No camino descalzo		
Totalmente en desacuerdo	62	22,0
En desacuerdo	41	14,5
Indiferente	49	17,4
De acuerdo	61	21,6
Totalmente de acuerdo	69	24,5
Cuidado del Pie en centros de belleza		
Totalmente en desacuerdo	194	68,8
En desacuerdo	21	7,4
Indiferente	29	10,3
De acuerdo	25	8,9
Totalmente de acuerdo	13	4,6
Total	282	100,0

Tabla 15. – Conductas preventivas particulares para el cuidado del pie que se relacionan con: las revisiones podológicas, farmacoterapia, ejercicios podológicos, calzadoterapia, no caminar descalzo, centros de belleza.

En los siguientes histogramas se presentan las figuras relacionadas con las conductas preventivas que los encuestados realizan para el cuidado del pie (véase Figura 18).



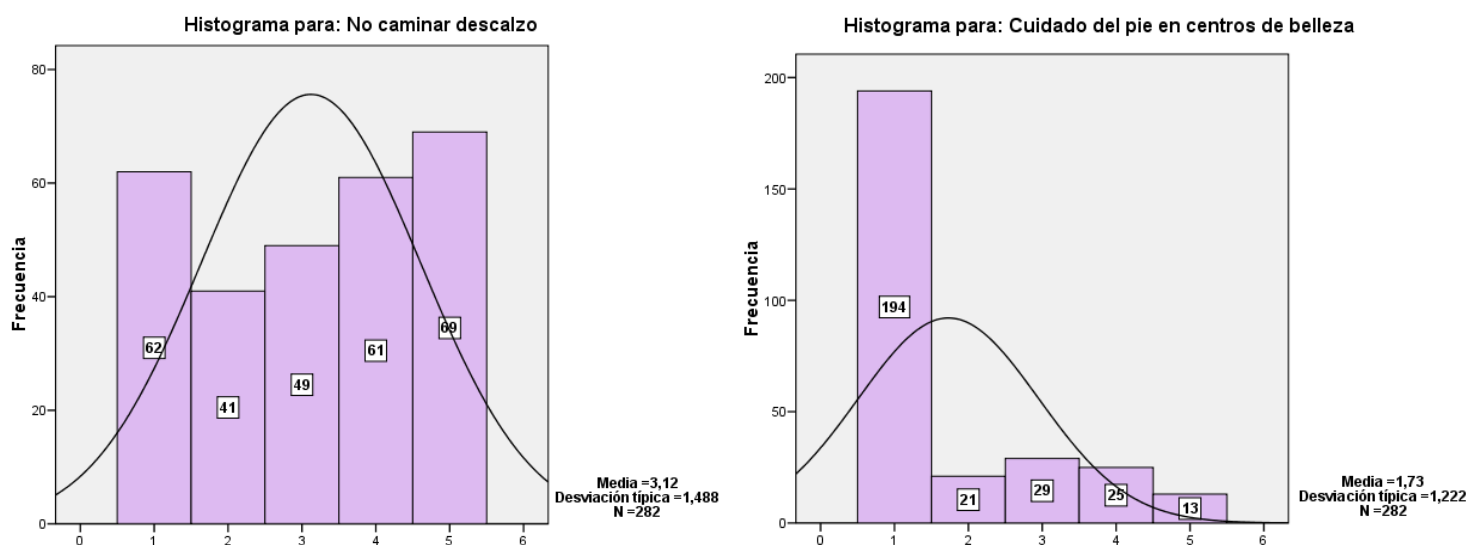


Figura 18.- Histogramas relacionados sobre las conductas preventivas particulares para el cuidado del pie.

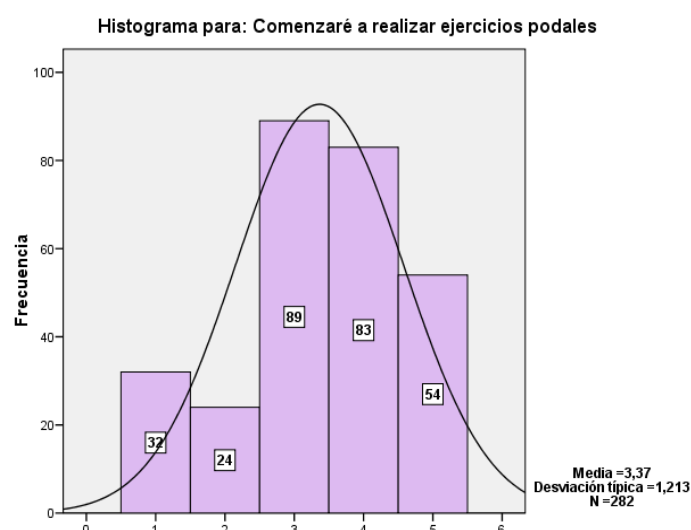
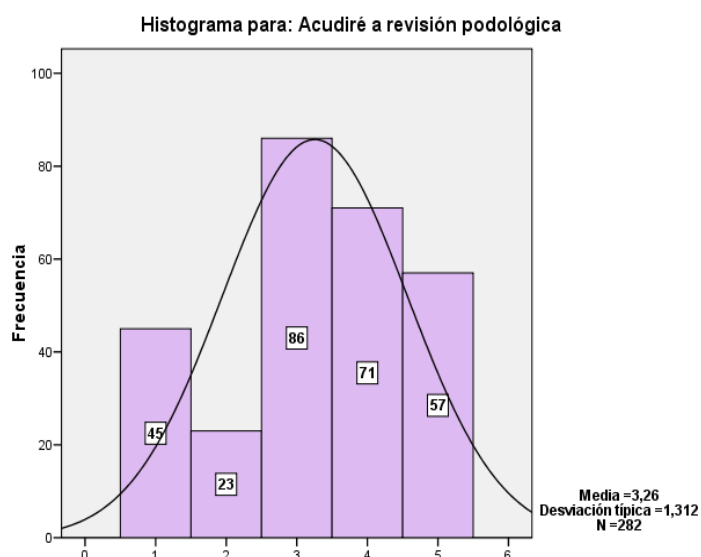
Las intenciones para un cambio en las conductas preventivas para el cuidado del pie se relacionan con el cambio de calzado para el 21,3 % de la muestra y con acudir al podólogo para el 20, 2 % de la misma (véase Tabla 16). Para López, García-Mira, Alonso, y López (2010); la educación terapéutica se mantiene como el eslabón más débil en la cadena de la prevención del cuidado del pie.

Obviamente, ésto es debido a la carencia de información clínica de las personas que no acuden a una revisión podológica periódica. De este modo, se impide el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones diarias que influyan en conductas generadoras de autocuidado diario y beneficio para los pies.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Acudiré a revisión podológica		
Totalmente en desacuerdo	45	16,0
En desacuerdo	23	8,2
Indiferente	86	30,5
De acuerdo	71	25,2
Totalmente de acuerdo	57	20,2
Comenzaré a realizar ejercicios podales		
Totalmente en desacuerdo	32	11,3
En desacuerdo	24	8,5
Indiferente	89	31,6
De acuerdo	83	29,4
Totalmente de acuerdo	54	19,1
Utilizaré calzado adecuado		
Totalmente en desacuerdo	27	9,6
En desacuerdo	22	7,8
Indiferente	88	31,2
De acuerdo	84	29,8
Totalmente de acuerdo	61	21,6
Utilizare fármacos para cuidado del pie		
Totalmente en desacuerdo	26	9,2
En desacuerdo	11	3,9
Indiferente	77	27,3
De acuerdo	100	35,5
Totalmente de acuerdo	68	24,1
Total	282	100,0

Tabla 16. – Intención de cambio de conductas preventivas para el cuidado del pie relacionadas con: revisiones podológicas, ejercicios podológicos, calzadoterapia, farmacoterapia.

De la misma manera, los siguientes histogramas muestran las intenciones percibidas con el cambio de conducta relacionada con el cuidado del pie (véase Figura 19).



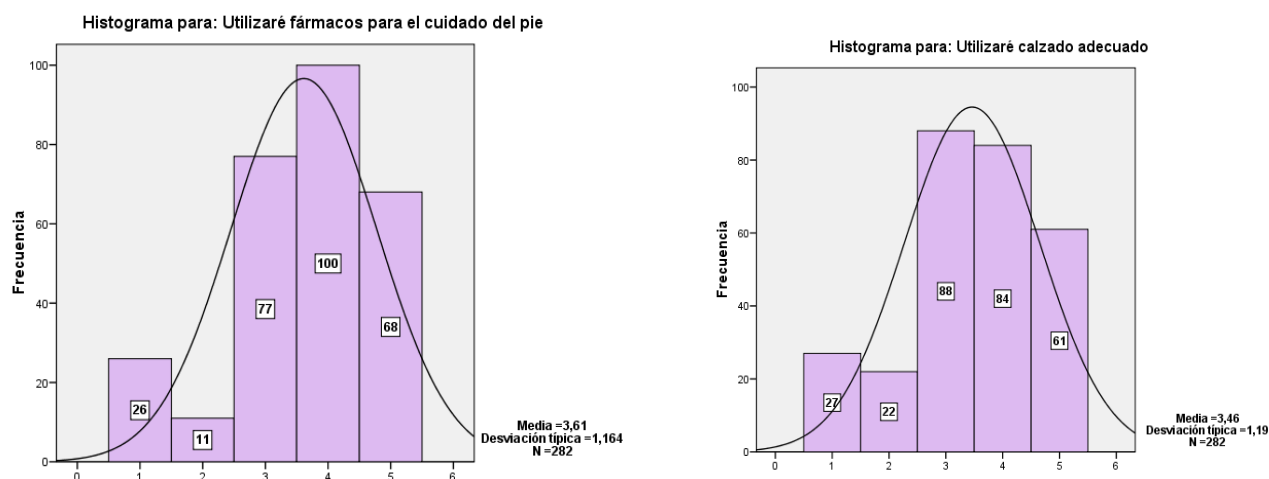


Figura 19.- Histogramas relacionados con intención de cambios de conductas preventivas para cuidado del pie (revisiones podológicas, ejercicios podológicos, calzadoterapia, farmacoterapia).

La percepción del control conductual está relacionada con la utilización de calzado adecuado 59,6 % y acudir a revisiones podológicas 52,5 % (véase Tabla 17).

	Frecuencia	Porcentaje
Pasear beneficio para la salud		
Totalmente en desacuerdo	4	1,4
En desacuerdo	8	2,8
Indiferente	38	13,5
De acuerdo	98	34,8
Totalmente de acuerdo	134	47,5
Grado de autocuidado podal		
Totalmente en desacuerdo	25	8,9
En desacuerdo	30	10,6
Indiferente	71	25,2
De acuerdo	117	41,5
Totalmente de acuerdo	39	13,8
Beneficio de usar calzado idóneo		
Totalmente en desacuerdo	3	1,1
En desacuerdo	2	,7
Indiferente	33	11,7
De acuerdo	76	27,0
Totalmente de acuerdo	168	59,6
Beneficio de revisiones podológicas		
Totalmente en desacuerdo	21	7,4
En desacuerdo	14	5,0
Indiferente	46	16,3
De acuerdo	53	18,8
Totalmente de acuerdo	148	52,5
Total	282	100,0

Tabla 17. – Control conductual percibido relacionado con pasear, autocuidado, calzadoterapia, revisiones podológicas.

En los siguientes histogramas (véase Figura 20) se observa más en detalle el grado de control conductual percibido de los participantes del estudio.

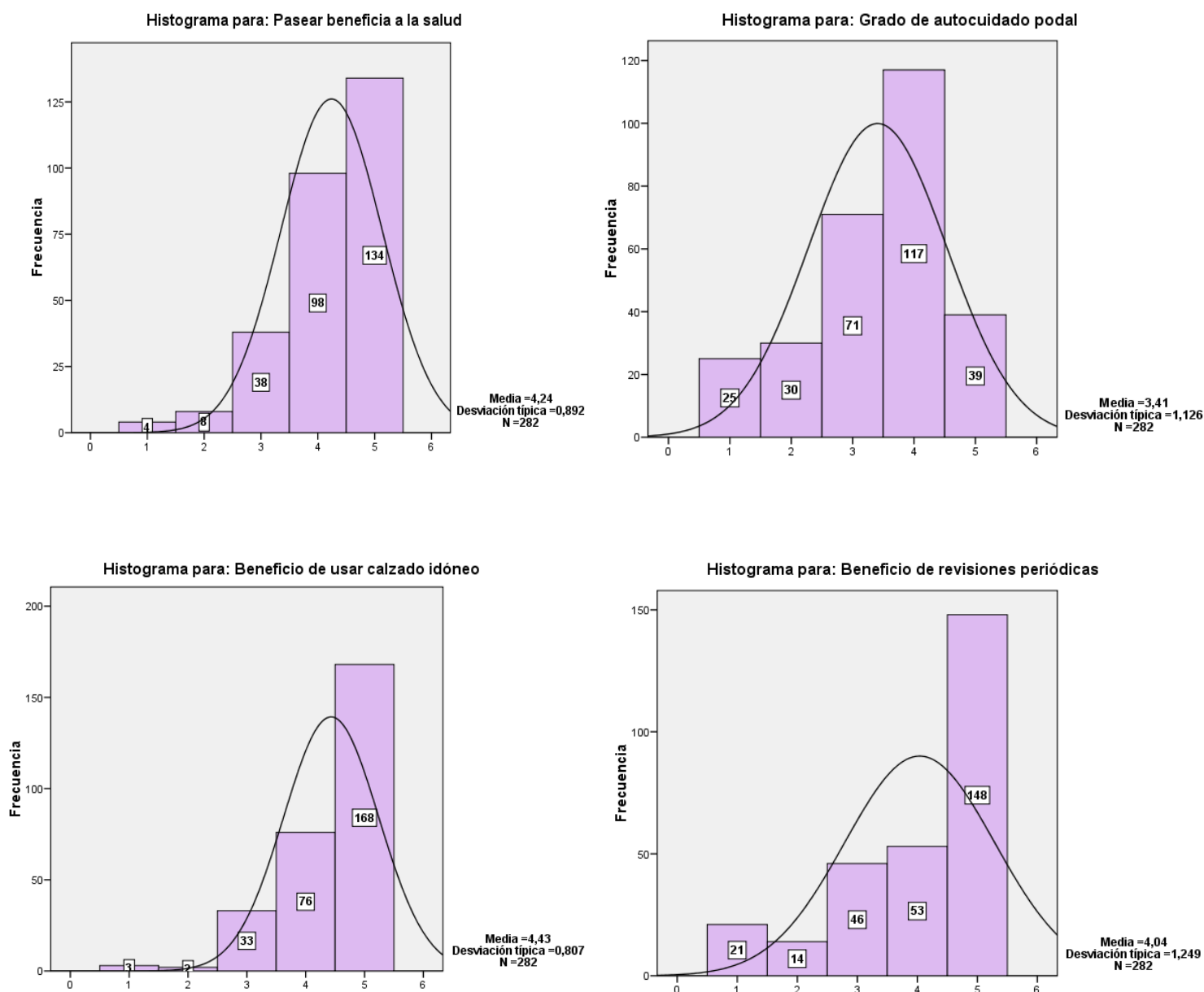


Figura 20.- Histogramas del control conductual percibido relacionado con pasear, autocuidado, calzadoterapia, revisiones podológicas.

8.2 Análisis de representaciones sociales de la población respecto al proceso salud - padecimiento - enfermedad. (Actitudes sociales).

Dado que la percepción podológica de las personas es una consideración importante en el mantenimiento de la salud del pie, es relevante determinar que cuestiones específicas están más relacionadas con este bienestar. Para ello se llevo a cabo un procedimiento en dos fases utilizando el análisis factorial y la regresión múltiple.

La solución factorial, fue generada por el método de componentes principales, con rotación Varimax, basada en los 26 ítems descritos en la tabla 18 y obtenida a partir de la muestra, reveló la existencia de 8 factores, que explicaron un 62,78 % de la varianza.

En la Tabla 18, observamos la distribución de las cargas factoriales rotadas, los autovalores y el porcentaje de varianza que explica cada uno de los factores.

Teniendo en cuenta los valores altos de la comunalidad (o proporción de la varianza explicada por los factores) consideraremos los 8 ítems en los análisis posteriores.

Ahora veamos más en detalle el significado de esta salida proporcionada por el análisis factorial.

El criterio para la extracción factorial consistió en retener los factores con un autovalor mayor que 1. Podría haberse simplificado la salida aumentando este valor, sin embargo, hemos optado por el criterio tradicional con intención de conservar el máximo de varianza y poder obtener a partir del instrumento original un conjunto más significativo y manejable de 8 aspectos relacionados con la percepción podológica (véase tabla 18).

	Componente							
	Conductas Podológicas (1)	Intención de conducta (2)	Creencias Normativas (3)	Creencias actitudinales (4)	Necesidades Reales (5)	Apatía Podológica (6)	Autocuidado (7)	Percepción de la salud (8)
31.1 Revisiones Podológicas periódicas.	,831							
31.2 Productos específicos para salud podal.	,776							
34.4 Beneficio de revisiones podológicas.	,735							
30.7 Bienestar por revisión podológica.	,584							
30.5 Satisfacción por revisión podológica.	,496			,472				
33.4 Comienzo a usar productos específicos.		,821						
33.3 Comienzo a usar calzado adecuado.		,800						
33.1 Comenzar a revisión podológica.	,419	,743						
33.2 Recomiendan amigos importancia cuidado podal.		,670						
32.3 Entorno valora importante el cuidado de mis pies.			,759					
32.2 Los amigos ven positivo el cuidado de mis pies.			,710					
32.1 Mi familia ve necesario el cuidado de mis pies.			,686					
32.4 Mi pareja ve adecuado el cuidado de mis pies.			,662					
30.2 La Podología ofrece confianza en mi mismo.				,761				
30.6 Rabia al conocer personas sin tratamiento podológico.				,616				
30.3 Los podólogos son facultativos en salud del pie.				,601				
31.5 Procuero no caminar descalzo.				,452				
30.1 Las podalgias deben tratarse con rapidez.								
31.4 Utilizo calzado adecuado para mis pies.					,790			
34.3 Resulta beneficioso utilizar calzado adecuado.					,722			
30.4 Personas exageran con mantener la salud del pie.						,754		
30.8 Me siento fatal acudiendo al podólogo.	- ,407					,563		
31.6 Acudo a centros de belleza para cuidar mis pies.						,555		
34.2 Grado en el que puede cuidar de mis pies.							,717	
31.3 Realizo ejercicios para fortalecer mis pies.	,408						,482	
34.1 Pasear importante para la salud general y del pie.								,794

Tabla 18. – Matriz de Componentes rotados.

La definición e interpretación adecuada del significado de cada uno de los valores se hace posible al observar la distribución de las cargas factoriales a través de los ítems.

A efectos de alcanzar una mayor claridad interpretativa de los factores, no se han tenido en cuenta las cargas inferiores a 0,40.

En la tabla 18 se muestran los ítems, cargas factoriales y descripción de cada ítem, que aparecen agrupados por cada factor y que se explican en los siguientes apartados (véase tabla 19):

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
(1) Conductas Podológicas.	6,057	23,297	23,297
(2) Intención de Conducta.	2,276	8,754	32,051
(3) Creencias Normativas.	1,832	7,047	39,097
(4) Creencias Actitudinales.	1,542	5,930	45,028
(5) Necesidades Reales.	1,306	5,023	50,050
(6) Apatía Podológica.	1,192	4,586	54,637
(7) Autocuidado de la salud del pie.	1,078	4,145	58,782
(8) Percepción de la salud relaciona con la deambulaci3n.	1,038	3,994	62,776

Tabla 19. – Varianza Total explicada. Método de extracci3n: Análisis de Componentes principales.

- 1) **Conductas Podológicas:** el primer factor (23,3 % de la varianza), agrupa muy bien aquellos ítems relacionados con la prevención podológica, el bienestar en general y del pie en particular, siendo condiciones de gran relevancia para la adquisición de conocimientos, el desarrollo de confianza y las competencias necesarias para el mantenimiento de la misma.

De este modo, atribuimos así el nombre de “*Conductas Podológicas*”, ya extraído en estudios anteriores como dimensión importante cuando se evalúa la salud del pie (López, García-Mira, Alonso, & López, 2010).

- 2) **Intención de Conducta:** el segundo factor (8,75 % de la varianza), agrupa a las variables relativas a los conocimientos y percepciones que tiene las personas relacionadas con la salud de los pies y si coinciden o no con las características de la enfermedad, desempeñando un papel clave en la participación del paciente en el autocuidado de sus pies (López, García-Mira, Alonso, & López, 2010).

- 3) **Creencias Normativas:** el tercer factor (7,05 % de la varianza), agrupa a los ítems relacionados con el contexto psicosocial, para Ramos (2007) esto genera una respuesta positiva en la intervención terapéutica.

López, García-Mira, Alonso, y López (2010); indican la necesidad de estudiar el contexto de las personas debido a la importancia atribuida a la enfermedad y a las creencias, en general, que las personas hacen relacionadas con las causas de las mismas.

Esto nos permite poseer información sobre el tipo de conductas de prevención que acompañan a un tratamiento o que reducen la posibilidad de sufrir una patología podal.

- 4) **Creencias actitudinales:** el cuarto factor (5,93 % de la varianza), permite conocer los conocimientos de las personas relacionados con la salud del pie y de las limitaciones que imponían a su estilo de vida.

Aquellos pacientes que siguen las pautas establecidas están satisfechas de su salud (Yamakawa & Makimoto, 2008), existiendo una comunicación más fluida con los profesionales sanitarios (Campbell et al., 2003).

5) **Necesidades reales:** el quinto factor (5, 02 % de la varianza), busca de forma explícita cambios en la modificación de conducta y una potenciación de la misma, ya que para Alvarez-Calderón, Alonso, López, Gómez y Sánchez (2008); el uso del calzado se ha convertido en un elemento de protección y facilitador de la deambulaci3n en la cultura occidental, aunque en ocasiones su mala praxis se relaciona directamente con caídas, alteraciones en la marcha y aparici3n o agravamiento de patologías en el pie.

6) **Apatía podológica:** el sexto factor (4, 59 % de la varianza), establece el significado que las personas establecen en el cuidado del pie en particular y de la salud en general sirviendo como medio diagnóstico precoz selectivo.

Para Wikblad, 1991; Adolfssonab, Starrinc, Smidea, y Wikblada, 2008; los pacientes que creen que est3n bien de salud, ocultan su conducta real para evitar respuestas negativas de los facultativos y así hacen lo que consideran oportuno.

- 7) **Autocuidado:** el séptimo factor (4,15 % de la varianza), permite saber si conocimientos y percepciones que tiene el enfermo coinciden o no con las características de la enfermedad, desempeñando un papel clave en la participación del paciente en el autocuidado de sus pies (López, García-Mira, Alonso, & López, 2010).

Así mismo, el autocuidado asegura la adquisición de confianza y permite una mayor implicación en la gestión del riesgo de la salud del pie y una búsqueda de un cambio de conductas individuales para la promoción de la salud (O'Donnel, 2007); permitiendo a ciertos grupos poblacionales como niños, diabéticos y ancianos obtener un mayor más beneficio.

- 8) **Percepción de la salud relacionada con la deambulaci3n:** por 3ltimo, el octavo factor (3,99 % de la varianza) aparece explicado exclusivamente, por diferentes estudios que han demostrado que cuando la actividad f3sica forma parte de las actividades laborales y recreativas, es beneficioso para la salud y mejora o mantiene la condici3n f3sica (Kennedy, Meyers, & Layden, 1996), siendo un factor que permite prevenir las patolog3as cardiovasculares y que contribuye a disminuir la mortalidad (NIH, 1996).

8.3. Relación entre los factores y la importancia atribuida a la salud de los pies.

Realizando un análisis de regresión lineal múltiple de los factores sobre la variable “Importancia atribuida a la salud”, se determinó qué factores contribuyeron en mayor grado a esta determinación de la importancia en lo sujetos.

Así, considerando como variables independientes los 8 factores extraídos por el análisis factorial, y como variable dependiente la importancia atribuida por los entrevistados a la salud de los pies, se obtuvieron los siguientes resultados (véase Tabla 20).

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
F1_Cond.podológ.	,287(a)	,082	,079	,824	,082	25,151	1	280	,000
F4_Creenc.actitud.	,362(b)	,131	,124	,803	,048	15,505	1	279	,000
F8_Perc.salud.deamb.	,383(c)	,147	,138	,797	,016	5,266	1	278	,022
F5_Necesidades reales	,403(d)	,163	,151	,791	,016	5,223	1	277	,023
F2_Intención de cond.	,420(e)	,176	,161	,786	,013	4,475	1	276	,035

Variable dependiente: Importancia atribuida a la salud de los pies.

Tabla 20. – Importancia atribuida a la salud de los pies.

Los factores que contribuyeron a la atribución de importancia a la salud de los pies fueron los factores que entraron en la ecuación de regresión, es decir, los factores 1, 2, 4, 5 y 8, que explicaron todos ellos un 16,1 % de la varianza.

El Factor 1, “*Conductas podológicas*”, contribuyó a la explicación de la importancia otorgada a la salud de los pies, con un 7,9% de la varianza. A continuación, se le unió el Factor 4, “*Creencias actitudinales*” (subiendo a un 12,4%), el Factor 8, “*Percepción de la salud relacionada con la deambulaci3n*” (que sube la varianza a un 13,8%), el factor 5, “*Necesidades reales*” (15,1%), y el Factor 2, “*Intenci3n de conducta*”, que fija la varianza en un 16,1% para explicar la importancia otorgada a la salud podal (véase Figura 21).

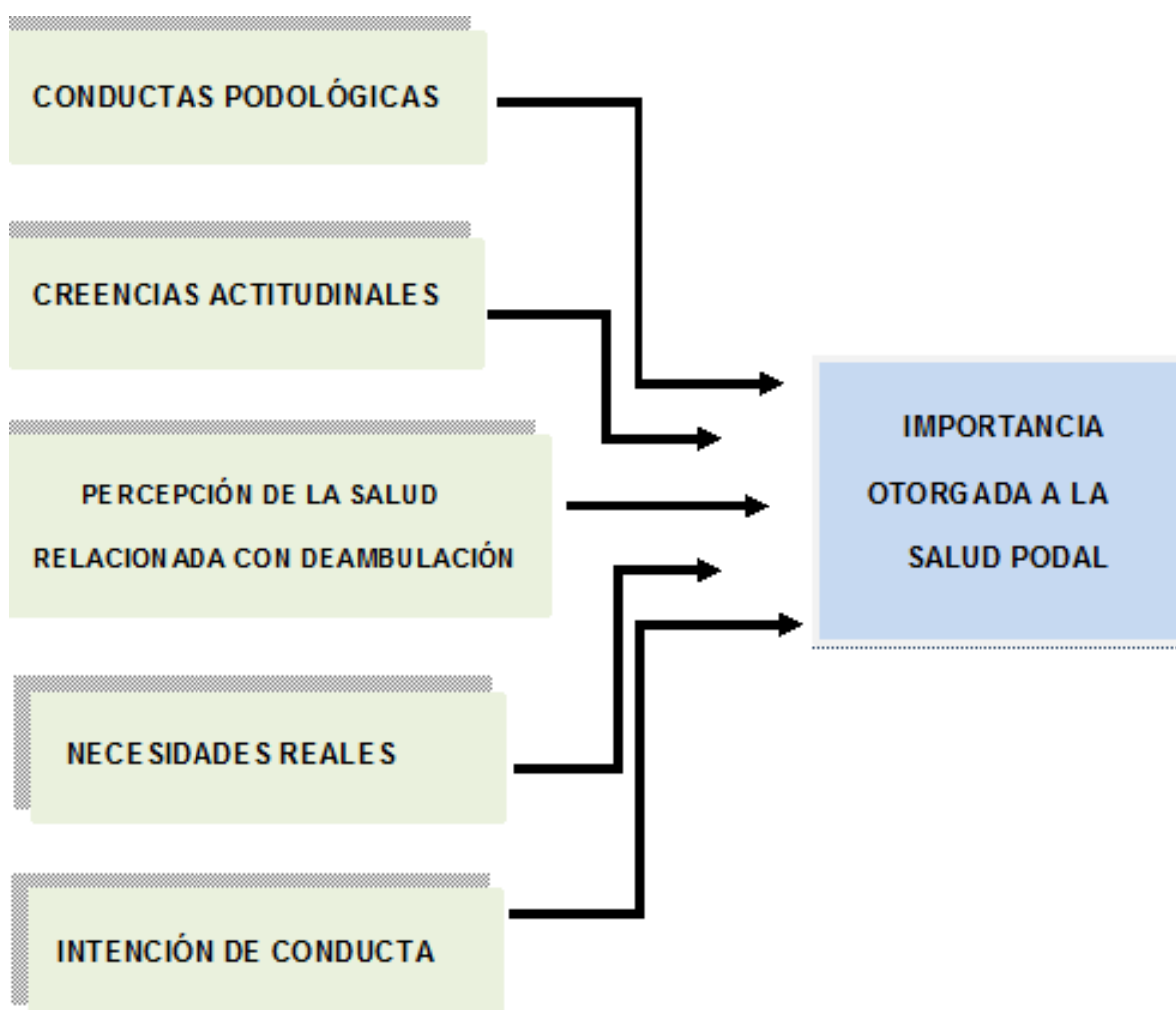


Figura 21.- Importancia otorgada a la salud podal.

Estos resultados señalan el papel determinante de la atribución de importancia a la salud podal y que viene determinado por la fuerza que ejerce no sólo la conducta sobre la valoración que hacen los sujetos, sino también las creencias actitudinales, la percepción o vinculación a la deambulaci3n relacionada con la salud.

Así como la existencia de necesidades reales de acudir a un especialista que contribuya a la mejora de la salud en general y del pie en particular, proporcionando informaci3n relacionada con conductas preventivas o terapéuticas que conduzcan a la sanaci3n y a la mejora de la calidad de vida.

8.4 Relación entre los factores y la importancia atribuida a la figura del podólogo.

Realizando un segundo análisis de regresión lineal múltiple de los factores sobre la variable “Importancia atribuida al podólogo”, se determinó qué factores contribuyeron en mayor grado a esta determinación de la importancia en los sujetos.

Así, considerando como variables independientes los 8 factores extraídos por el análisis factorial, y como variable dependiente la importancia atribuida por los entrevistados al podólogo, obtuvimos los siguientes resultados (véase Tabla 21).

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
F1_Cond.podológ.	,214(a)	,046	,042	,832	,046	13,401	1	280	,000
F4_Creenc_actit.	,295(b)	,087	,081	,815	,042	12,730	1	279	,000
F3_Creenc_normat.	,318(c)	,101	,092	,810	,014	4,346	1	278	,038

Tabla 21. – Importancia atribuida a la salud de los pies.

Por ende, los factores que contribuyeron a la atribución de mayor importancia a la figura del podólogo fueron los factores que entraron en la ecuación de regresión, es decir, los factores 1, 4 y 3, que explicaron todos ellos un 9,2 por ciento de la varianza.

El Factor 1, “*Conductas podológicas*”, contribuyó a la explicación de la importancia otorgada a la salud de los pies, con un 4,2% de la varianza.

A continuación, se le unió el Factor 4, “*Creencias actitudinales*” (subiendo a un 8,1%), y el Factor 3, “*Creencias normativas*”, que fija la varianza en un 9,2% para explicar la importancia otorgada a la figura del podólogo (véase Figura 22).

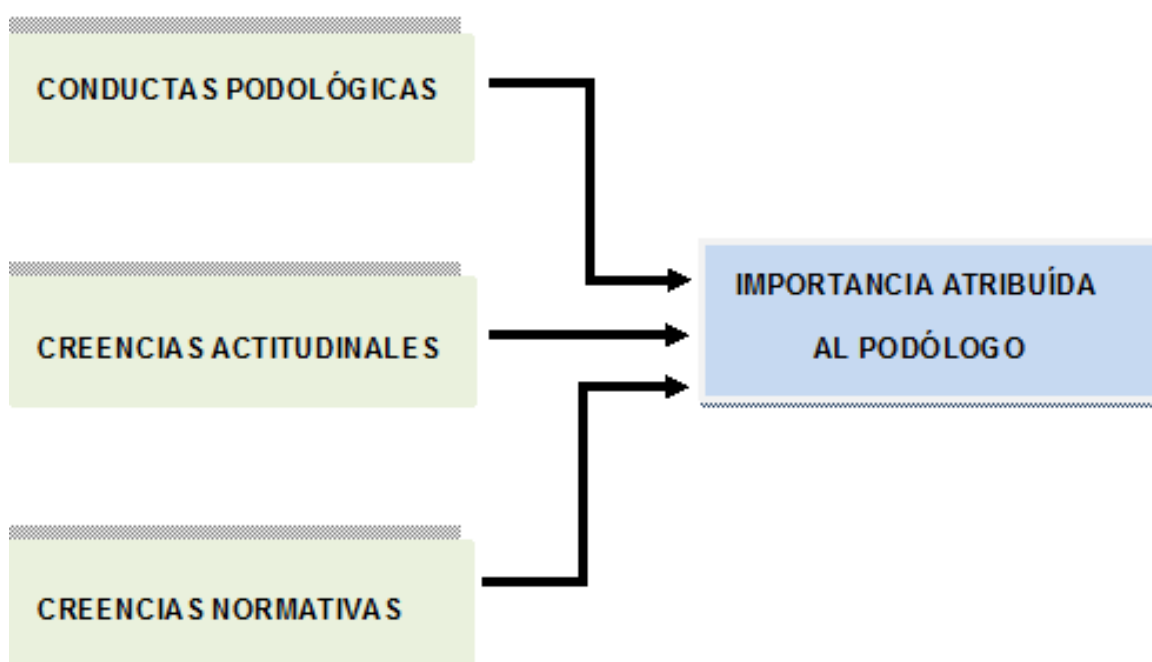


Figura 22.- Importancia atribuida al podólogo.

Si dejamos a parte que las personas que ya acuden al podólogo, es lógico que otorguen una mayor importancia a la figura del podólogo, esto refleja el papel de las creencias actitudinales sobre la podología y el de las creencias normativas, determinadas por nuestros referentes más próximos, a la hora de percibir u otorgar mayor importancia a este profesional.

Estos resultados, no obstante, deben ser interpretados con cautela, dado que el porcentaje de varianza es un porcentaje bajo y si bien los resultados apuntan en la dirección de nuestra interpretación, existen todavía otros factores que están por explorar y podrían estar ejerciendo un influjo importante en la atribución de importancia tanto a la salud podal como la relacionada con los podólogos.

8.5 Análisis de tablas de contingencias y mapeado de información basada en datos subjetivos y objetivos de la enfermedad podológica.

La gente, a pesar de atribuir la aparición de enfermedades del pie (procesos infecciosos, sobrepeso, traumatismos, enfermedad coadyuvante...) no planifica visitas al médico de familia, al especialista o al hospital e identifica al podólogo como el facultativo más idóneo para solventar las patologías que se presentan en el pie.

Así el 63, 6 % de los sujetos de la muestra que identifican los problemas del pie y los atribuyen a enfermedades coadyuvantes, acudirían al podólogo ante una enfermedad del pie, y lo mismo ocurre con el 71% de las personas que lo atribuyen a un proceso infeccioso, el 56,9% al sobrepeso, el 65´2 % a traumatismos y el 59, 6% al trabajo (véase tabla 22).

Acudiría al podólogo		Atribuido a enfermedad coadyuvante					Total
		Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho	
Nunca	Recuento	8	3	2	2	2	17
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	7,5%	8,3%	3,8%	3,1%	9,1%	6,0%
Alguna Vez	Recuento	11	5	4	3	1	24
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	10,4%	13,9%	7,5%	4,6%	4,5%	8,5%
Pocas Veces	Recuento	6	5	7	1	1	20
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	5,7%	13,9%	13,2%	1,5%	4,5%	7,1%
Bastantes Veces	Recuento	28	5	16	16	4	69
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	26,4%	13,9%	30,2%	24,6%	18,2%	24,5%
Muchas Veces	Recuento	53	18	24	43	14	152
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	50,0%	50,0%	45,3%	66,2%	63,6%	53,9%
Total	Recuento	106	36	53	65	22	282
	% de 16.3 Atribuido a enfermedad coadyuvante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Acudiría al podólogo		Atribuido a proceso infeccioso					Total
		Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho	
Nunca	Recuento	8	2	3	3	1	17
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	9,8%	5,9%	5,6%	3,7%	3,2%	6,0%
Alguna Vez	Recuento	7	5	4	6	2	24
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	8,5%	14,7%	7,4%	7,4%	6,5%	8,5%
Pocas Veces	Recuento	5	5	4	6	0	20
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	6,1%	14,7%	7,4%	7,4%	,0%	7,1%
Bastantes Veces	Recuento	21	7	13	22	6	69
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	25,6%	20,6%	24,1%	27,2%	19,4%	24,5%
Muchas Veces	Recuento	41	15	30	44	22	152
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	50,0%	44,1%	55,6%	54,3%	71,0%	53,9%
Total	Recuento	82	34	54	81	31	282
	% de 16.4 Atribuido a proceso infeccioso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Acudiría al podólogo		Atribuido al sobrepeso					Total
Nunca	Recuento	6	0	0	8	3	17
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	9,5%	,0%	,0%	7,4%	4,2%	6,0%
Alguna Vez	Recuento	7	0	4	8	5	24
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	11,1%	,0%	15,4%	7,4%	6,9%	8,5%
Pocas Veces	Recuento	5	1	3	8	3	20
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	7,9%	7,7%	11,5%	7,4%	4,2%	7,1%
Bastantes Veces	Recuento	19	4	5	21	20	69
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	30,2%	30,8%	19,2%	19,4%	27,8%	24,5%
Muchas Veces	Recuento	26	8	14	63	41	152
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	41,3%	61,5%	53,8%	58,3%	56,9%	53,9%
Total	Recuento	63	13	26	108	72	282
	% de 16.5 Atribuido al sobrepeso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Acudiría al podólogo		Atribuido al traumatismo					Total
		Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho	
Nunca	Recuento	8	0	1	7	1	17
	% de Atribuido al traumatismo	9,9%	,0%	2,9%	6,6%	2,2%	6,0%
Alguna Vez	Recuento	9	1	2	10	2	24
	% de Atribuido al traumatismo	11,1%	6,7%	5,9%	9,4%	4,3%	8,5%
Pocas Veces	Recuento	7	3	3	6	1	20
	% de Atribuido al traumatismo	8,6%	20,0%	8,8%	5,7%	2,2%	7,1%
Bastantes Veces	Recuento	18	5	10	24	12	69
	% de Atribuido al traumatismo	22,2%	33,3%	29,4%	22,6%	26,1%	24,5%
Muchas Veces	Recuento	39	6	18	59	30	152
	% de Atribuido al traumatismo	48,1%	40,0%	52,9%	55,7%	65,2%	53,9%
Total	Recuento	81	15	34	106	46	282
	% de Atribuido al traumatismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Acudiría al podólogo		Atribuido al trabajo					Total
		Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho	
Nunca	Recuento	7	1	2	6	1	17
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	9,2%	5,3%	5,6%	5,8%	2,1%	6,0%
Alguna Vez	Recuento	7	1	5	6	5	24
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	9,2%	5,3%	13,9%	5,8%	10,6%	8,5%
Pocas Veces	Recuento	5	2	5	7	1	20
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	6,6%	10,5%	13,9%	6,7%	2,1%	7,1%
Bastantes Veces	Recuento	21	6	4	26	12	69
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	27,6%	31,6%	11,1%	25,0%	25,5%	24,5%
Muchas Veces	Recuento	36	9	20	59	28	152
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	47,4%	47,4%	55,6%	56,7%	59,6%	53,9%
Total	Recuento	76	19	36	104	47	282
	% de 16.6 Atribuido al trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 22. – Acudir al podólogo por distintos motivos.

Estos datos revelan la buena percepción social que ostenta la figura del podólogo en el mantenimiento de la salud en general y del pie en particular.

Para Levy (2008), esto se debe al rol amplio del podólogo que le confiere un papel relevante en la atención sanitaria preventiva y en la atención de la salud de la comunidad. Esto puede ser debido al incremento notable por parte de la ciudadanía de chequeos podológicos, si los comparamos con las visitas al médico (de familia, internista, pediatra, dermatólogo).

En la actualidad y como consecuencia directa de la atención periódica, el podólogo está involucrado en el mantenimiento de la salud en general y del pie particular.

Levy (2008), lo pone de manifiesto y como ejemplo nos indica que el podólogo valora el estado de la tensión arterial no diagnosticada, no tratada o descontrolada siendo un hallazgo útil para la instauración de un tratamiento, permitiendo ampliar relaciones con otros profesionales sanitarios y contribuyendo a recabar y facilitar información que ayude a gestionar la salud de una manera óptima, aumentando la percepción de la podología.

8.6. Dimensiones conceptuales. Representaciones mentales de la información multidimensional (Análisis PROXSCAL).

La solución derivada por *PROXSCAL* permite observar la presencia de 2 dimensiones importantes, que estructuran esta salida multidimensional, y que caracterizan el juicio emitido por los sujetos de la muestra.

Así, cuando las personas emiten juicios relacionados con comportamientos saludables y responsables relacionados con las patologías de los pies, tienen en cuenta 2 dimensiones, que señalamos a continuación (véase Figura 23):

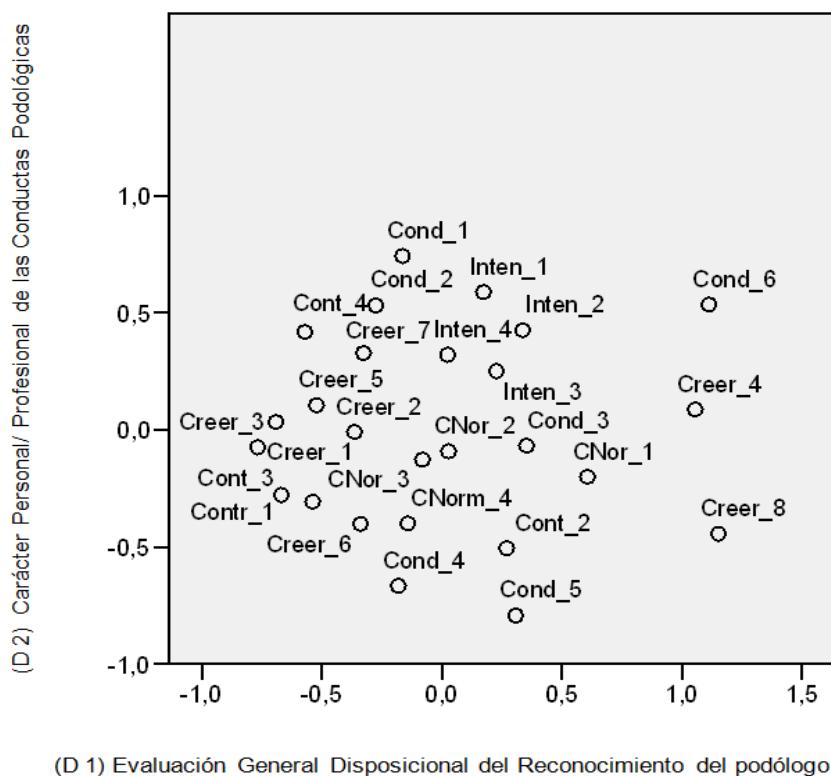


Figura 23.- Espacio común para los ítems relacionados con las creencias actitudinales y normativas, la intención de llevar a cabo conductas responsables, las propias conductas y el control percibido de esas conductas. Solución bi-dimensional derivada por Proxscal.

La primera dimensión, a la que etiquetamos como “*Evaluación general disposicional del reconocimiento del podólogo*”, discrimina entre aquellos ítems que se refieren a evaluaciones favorables de la figura del podólogo y de la podología en general y aquellas creencias, conductas y críticas que muestran apatía hacia esta profesión como “*Me siento fatal al ir al podólogo*”, “*La gente exagera con que debemos vigilar tanto la salud, en relación a las patologías de los pies*”, “*Acudo a centros de belleza para el cuidado de mis pies*” (véase tabla 23).

Nº de Ítem	Denominación	Descripción del ítem agrupado
Cond_6	Acudo a centros de belleza para cuidar mis pies.	Conductas Generales
Creer_4	La gente exagera con que debemos cuidar tanto nuestra salud en relación a las patologías del pie.	Creencias Actitudinales
Creer_8	Me siento fatal acudiendo al podólogo.	Creencias Actitudinales

Tabla 23. – “*Evaluación general disposicional del reconocimiento del podólogo*” (Ítems agrupados en la Dimensión 1)

En el espacio común derecho de la figura 23, se observa como aparecen agrupadas estas creencias y críticas, mientras que las evaluaciones positivas aparecen en el margen izquierdo.

La dimensión dos, a la que etiquetamos “*Carácter personal / profesional de las conductas podológicas*” distingue entre aquellas conductas que tienen que ver con la frecuencia de una revisión podológica, el uso de la prescripción del podólogo y las conductas vinculadas al uso del calzado adecuado (véase tabla 24).

Nº de Ítem	Denominación	Descripción del ítem agrupado
Cond_1	Acudo a una revisión podológica con frecuencia anual o semestral.	Conductas Generales
Cond_2	Productos específicos para salud podal.	Conductas Generales
Cont_4	Acudo al podólogo a revisiones porque resulta beneficioso para el cuidado de mis pies.	Control Conductual Percibido
Creer_7	Desde que acudo al podólogo me siento mucho mejor en mi vida diaria.	Creencias Actitudinales
Creer_5	Me satisface enormemente mantener la salud de mis pies bajo control podológico.	Creencias Actitudinales
Creer_2	La podología es una profesión que me da cada vez más confianza en mi mismo/a.	Creencias Actitudinales
Creer_3	Los podólogos son facultativos realizan un diagnóstico preciso de los problemas de los pies de la gente.	Creencias Actitudinales
Creer_1	Los dolores y disfunciones que surgen en los pies deberían tratarse con rapidez nada más que surjan.	Creencias Actitudinales
Cont_3	Para mí utilizar el calzado adecuado a la morfología de mi pie resulta beneficioso.	Control Conductual Percibido
Cont_1	Para mí pasear a diario resulta beneficioso para mi salud en general y para la de mis pies en particular.	Control Conductual Percibido
CNorm_3	La gente que yo valoro cree que es positivo que yo acuda al podólogo y realice ejercicios de autocuidado.	Creencias Normativas
Creer_6	Me da una rabia tremenda cada vez que veo a alguien con problemas en los pies no tratados.	Creencias Actitudinales
Inten_1	A partir del próximo mes, comenzaré a acudir a revisión podológica.	Intención Conductual
Inten_2	A partir del próximo mes empezaré a hacer ejercicio con más frecuencia.	Intención Conductual
Inten_4	A partir de ahora, utilizaré productos adecuados para el cuidado de mis pies.	Intención Conductual
Inten_3	A partir de ahora, utilizaré calzado específico.	Intención Conductual
Cond_3	Realizo ejercicios de autocuidado para cuidar mi salud en los pies todas las semanas.	Conductas Generales
CNorm_2	Mis amigos creen que es positivo el hecho de utilizar terapias adecuadas para el tratamiento de los pies.	Creencias Normativas
CNorm_1	Mi familia piensa que debería de mejorar mis costumbres y cuidarme los pies acudiendo al podólogo, si es necesario.	Creencias Normativas
CNorm_4	Mi pareja ve adecuado que cuide la salud de mis pies.	Creencias Normativas
Cond_4	Utilizo un calzado adecuado a las necesidades reales de mis pies.	Conductas Generales
Cont_2	En que grado cree vd. que puede llegar a cuida de sus pies por si solo.	Creencias Actitudinales
Cond_5	Procuro no caminar descalzo.	Conductas Generales

Tabla 24. – “Carácter personal/profesional de las conductas podológicas” (Ítems agrupados en la Dimensión 2).

Esto nos informa que las personas cuando emiten juicios acerca o que tienen que ver con el podólogo, la podología y los problemas podológicos tienen en cuenta dos dimensiones:

Una dimensión de evaluación general que proporciona información sobre cual es la predisposición al reconocimiento de un profesional.

Una segunda dimensión que discrimina más entre el carácter personal o profesional de las actividades y conductas podológicas concretas que una persona realiza.

Todo ello nos permite constatar que existe una progresiva aceptación del podólogo, en la vida o actividad personal del ciudadano que integra y conceptualiza como parte de un estilo de vida más saludable.

8.7. Modelos de observación de componentes psicológicos de la enfermedad podológica.
(Análisis de conglomerados jerárquicos).

El análisis del dendograma proporciona salidas de conglomerados jerárquicos que nos permiten observar dos agrupaciones fundamentales (véase Figura 24).

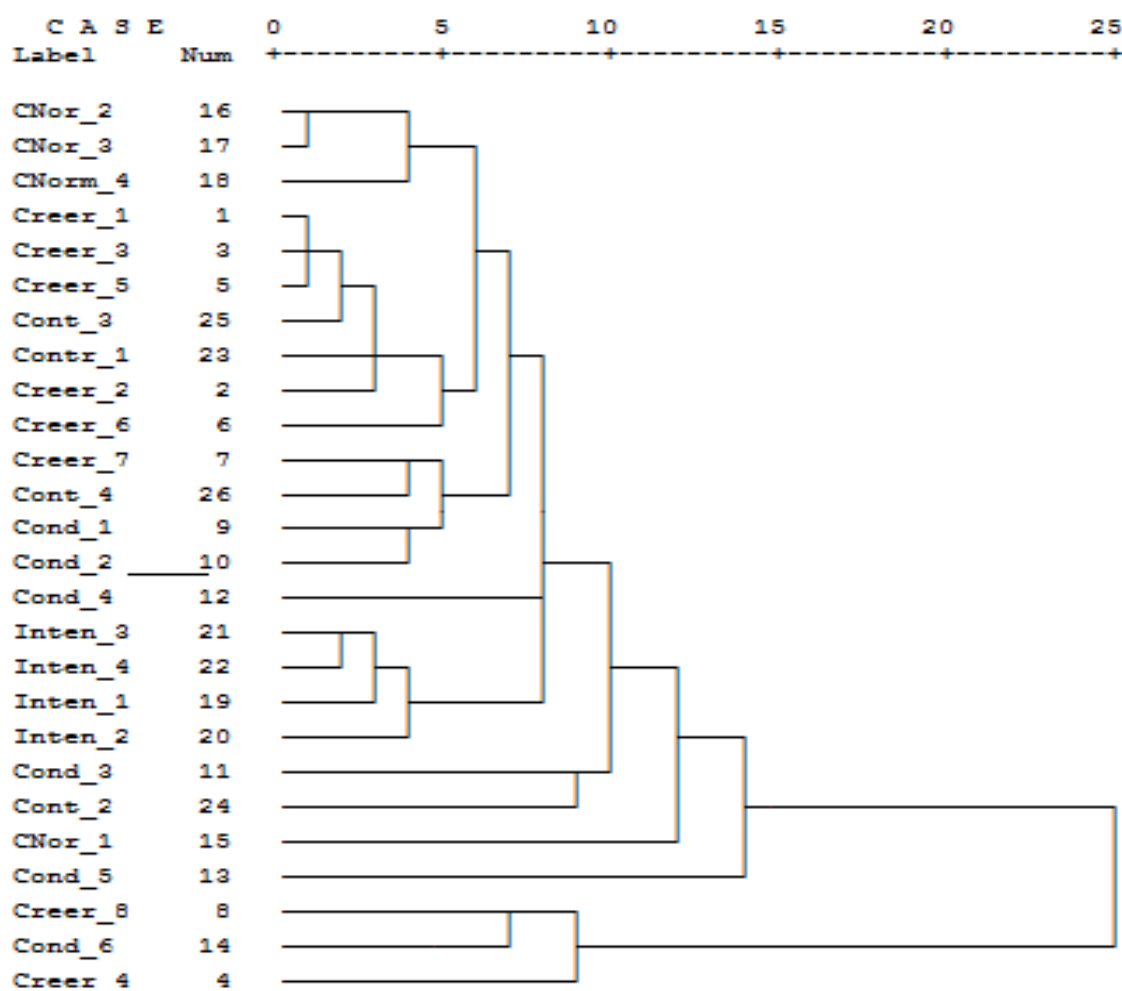


Figura 24.- Dendograma obtenido a partir de los conglomerados jerárquicos formados por los ítems relacionados con las creencias actitudinales y normativas, la intención de llevar a cabo conductas responsables, las propias conductas y el control percibido de esas conductas.

- 1) La que reúne aquellos ítems que evalúan actitudes y creencias generales y normativas relacionadas con la podología.
- 2) La que aglutina aquellos aspectos más apáticos o críticos respecto a la profesión podológica y la visión de las enfermedades de los pies o de su salud.

El análisis de los conglomerados, al igual que con el Escalamiento Multidimensional, nos permite observar la presencia de 2 conglomerados fundamentales, que interpretaremos de acuerdo a las mismas reglas que en el Escalamiento Multidimensional (véase Figura 24).

De esta manera los ciudadanos y los pacientes al emitir juicios sobre la percepción podológica, los comportamientos saludables y responsables relacionados con las patologías de los pies, tienen en cuenta una dimensión de evaluación general que proporciona información sobre cual es la predisposición al reconocimiento de un profesional y una segunda dimensión que discrimina más entre el carácter personal o profesional de las actividades y conductas podológicas concretas que una persona realiza.

8.8. Dimensiones conceptuales y conglomerados jerárquicos.

El conjunto del espacio común general PROXSCAL y el dendograma nos permite ver dos grandes concentraciones de puntos que coinciden con los dos conglomerados que acabamos de ver (véase Figura 25), que constituye la estructura percibida en relación con las patologías de los pies, la prescripción podológica, las intenciones de conducta, las creencias actitudinales, las creencias normativas, las conductas podológicas y el control conductual percibido.

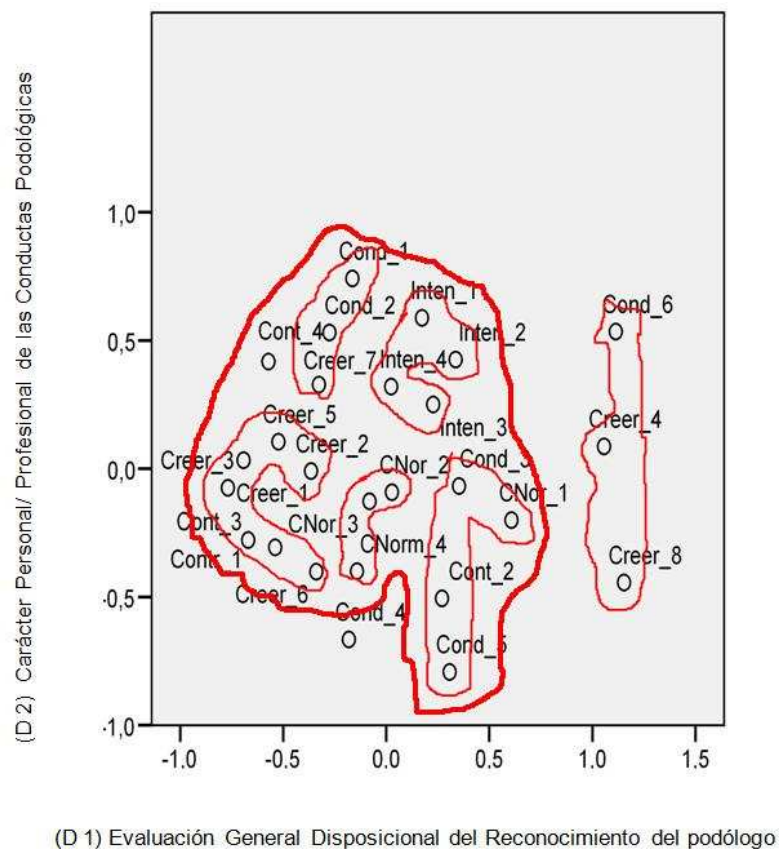


Figura 25.- Espacio común derivado por PROXSCAL para los ítems relacionados con las creencias actitudinales y normativas, la intención de llevar a cabo conductas responsables, las propias conductas y el control percibido de las mismas, conjuntamente representado con los conglomerados jerárquicos.

Este novedoso enfoque metodológico permite al investigador acceder a los criterios que utilizan las personas cuando emiten juicios relacionados con las patologías en los pies, lo que constituye una aportación importante de la Psicología, siendo esta contribución de gran interés para la Podología por cuanto cubre un espacio de conocimiento que no se había estudiado hasta la actualidad relacionado con las representaciones mentales de las enfermedades del pie.

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la vista de los resultados comentados en los apartados anteriores de esta tesis, podemos establecer los siguientes puntos de discusión.

MULTIDISCIPLINARIDAD Y TRANSDISCIPLINARIDAD

Se ha realizado un trabajo doctoral con un marcado carácter multidisciplinar. La concurrencia de disciplinas como la psicología social para abordar una investigación basada en problemas podológicos, ha resultado fructífera, habiéndose accedido a conocimiento que permite situar el comportamiento respecto a los problemas de los pies en su contexto social más amplio, susceptible de ser abordado a la luz de las teorías psicosociales.

Sin embargo, la multidisciplinaridad no es suficiente para el abordaje de problemas como los descritos, sino que se hace necesario utilizar también un enfoque transdisciplinar, que persigue el objeto de generar conocimiento nuevo, fruto del análisis conjunto, que, por otro lado, cubre la ausencia de enfoques psicológicos en general en podología, y psicosociales en particular, abordando las patologías del pie dentro de un marco de servicio social a la comunidad.

APRENDER DE MODELOS PSICOSOCIALES

El estudio de las actitudes y las creencias en relación con las patologías de los pies, apareció reforzado por la importancia que tiene, por una parte, la educación en el cuidado y la protección contra la enfermedad del pie, y por otra por la relevancia que adquieren los aspectos normativos, que nos descubren a las personas que consideramos importantes u ocupan un lugar próximo y primordial en nuestra vida (familiares, amigos, pareja), ambos importantes condicionantes a la hora de generar una intención de conducta relacionada con el tratamiento responsable del pie.

En definitiva, tanto la dimensión actitudinal como la normativa ocupan un papel relevante en la interpretación del comportamiento humano hacia la salud podal.

Por su parte, el modelo de Ajzen incorpora una variable esencial, el control percibido sobre la conducta saludable, que indudablemente se relacionará con la posibilidad o imposibilidad de llegar a acudir al podólogo, así como con la vulnerabilidad y fragilidad que caracteriza un contexto de interacción y puede actuar como agente restrictor de conductas favorables al cuidado de la enfermedad.

Los modelos psicosociales, así, permiten analizar el comportamiento saludable a partir de la teoría de la conducta planificada (Azjen, 1985, 1987, 1988, 1991, 2002), lo que constituye un modo de acceder al conocimiento de la conducta de los pacientes en relación con su salud en general, y la salud podal en particular.

La discusión de los datos más significativos que aporta este estudio a la luz de la teoría, están relacionados con distintos aspectos que analizaremos detalladamente a continuación.

LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS EN RELACIÓN A LAS PATOLOGÍAS DEL PIE.

Se ha querido mostrar aquí como diferentes variables, que no se habían considerado en otros estudios, configuran una serie de formas de valorar las representaciones sociales de las enfermedades del pie.

De este modo, el análisis descriptivo de las características sociodemográficas relacionadas con la edad, sexo, peso, altura, estudios cursados y el estado civil, estilos de vida, percepción podológica, creencias actitudinales, normativas, permiten conocer los aspectos personales y situacionales como determinantes de los procesos podológicos – psicológicos y cuyo interés se ha centrado en abordar:

- a) El perfil que nos permite conocer que la mayoría de las personas que acuden al podólogo son mujeres con un rango de edad que oscila entre los 18 - 45 años, que han finalizado estudios universitarios de primer ciclo, siendo su estado profesional actual activo y su situación civil casada.

Estos datos se suman a las investigaciones de Dawson, Thorogood, Marks, Juszczak, Dodd, Lavis, y Fitzpatrick, 2002; Menz y Lord, 2001; López, García-Mira, Alonso, y López, 2010; que ya ponían de manifiesto este perfil poblacional relacionado con las patologías de los pies y de la influencia negativa en la capacidad funcional y en la calidad de vida que tienen la falta de salud de los mismos.

Para Nyska, McCabe, Linge, y Klenerman, 1996; esto es consecuencia de la mayor prevalencia del sexo femenino a la existencia de alteraciones estructurales del pie como los juanetes, dedos en garra, martillo, pies cavos, pies planos, y las queratopatías relacionadas con las distrofias ungueales, y las callosidades.

Ruíz (2007); argumenta que este patrón de comportamiento y su repercusión fisiológica se fija principalmente durante la etapa de la adolescencia, debido a los cambios psicológicos que tienden a afectar a la imagen corporal, la forma de alimentarse y el modo de comportarse, que suelen persistir durante muchos años o incluso durante toda la vida.

- b) Por otra parte, estos datos sugieren la actitud positiva relacionada con el cuidado de la salud del pie y el comportamiento responsable en etapas tempranas, por parte de los participantes de la investigación, al percibir acudir al podólogo a realizar *chequeos* periódicos como la conducta preventiva que les genera más confianza y con la que se encuentra más de acuerdo.

Estos datos revelan la firmeza e importancia atribuida que tienen los pies para la salud poblacional. López, García-Mira, Alonso, y López (2010) ya han puesto de manifiesto que la promoción de conductas podológicas relacionadas con hábitos y estilos de vida saludables permiten a las personas obtener confianza y seguridad para alcanzar una vida sana y alejada de situaciones de dependencia.

- c) A lo anteriormente expuesto, podemos unirle la importancia percibida por la mayoría de los entrevistados en relación con la figura del podólogo y de la podología, y la interrelación existente entre esta importancia y el aumento de la esperanza de vida, la necesidad de disminuir las enfermedades crónicas que tiene un origen multifactorial y el compromiso del podólogo y de la podología en la gestión del riesgo de la salud del pie.

Para O'Donnel (2007), este facultativo facilita la adquisición de confianza y una mayor implicación en la gestión del riesgo de la salud del pie por parte del propio paciente, que le llevará a buscar un cambio en sus conductas individuales, en la línea de promover hábitos saludables que, sin duda, redundarán en la mejora de su salud general.

- d) Otros datos que afianzan la actitud positiva de la percepción de la salud del pie, están relacionados con las creencias actitudinales y la confianza depositada por los encuestados en la podología, subrayando la importancia del podólogo como facultativo y la satisfacción manifestada por el control de la salud del pie por parte del mismo.

En la línea de lo anterior, las creencias de los encuestados relacionadas con la podología son las responsables de determinar las intenciones y las conductas positivas relacionadas con la salud del pie.

La misma consonancia se le atribuye a las creencias normativas subjetivas, que permiten observar otros factores implicados en la gestión del riesgo del cuidado del pie como son: el consejo atribuido por la pareja y el apoyo social que permiten variar conductas nocivas en la salud del pie.

Las creencias actitudinales confirman que las personas que buscan un cuidado de la salud del pie llevan a cabo conductas individuales preventivas relacionadas con la higiene diaria y el calzado adaptado a las necesidades reales del pie. Los factores que contribuyen a la aparición de enfermedades en los pies para la muestra, están relacionadas con el calzado, sobrepeso y los traumatismos.

Esto nos permite saber si conocimientos y percepciones que tiene el enfermo coinciden o no con las características de la enfermedad, desempeñando un papel clave en la participación del paciente en el autocuidado de sus pies.

Por otra parte, otros datos manifiestan un empobrecimiento de la calidad de vida de la población, a la vista de las conductas más habituales que informan los encuestados relacionadas con el uso de internet y la lectura. Ello provoca un estilo de vida sedentario, donde la utilización de los pies como recurso cotidiano para desplazarse es escasa.

En la línea de lo anterior, es de señalar la mayor firmeza atribuida al poco tiempo que dedican las personas encuestadas a la deambulaci3n y a realizar ejercicio f3sico, siendo un h3bito de vital importancia para el mantenimiento de la condici3n f3sica y evitar el deterioro tanto f3sico como cognitivo (Abbott, White, Ross, Masaki, Curb, & Petrovitch, 2004; Bean, Vora, & Frontera, 2004; Roddy & Doherty, 2006).

Para L3pez, Garc3a – Mira, Alonso, y L3pez (2010) la educaci3n terap3utica se mantiene como el eslab3n m3s d3bil en la cadena de la prevenci3n del cuidado del pie. Obviamente, 3sto es debido a la carencia de informaci3n cl3nica de las personas que no acuden a una revisi3n podol3gica peri3dica.

De este modo, se impide el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones diarias, que influyen en conductas generadoras de autocuidado diario y beneficio para los pies.

Aún cuando los participantes manifiestan una conciencia favorable a evaluar positivamente el beneficio para la salud que obtienen al caminar y acudir al podólogo, dentro de un marco de una percepción de control favorable a la conducta, los resultados muestran una escasa repercusión e implementación de estas conductas saludables en el día a día.

Las intenciones para variar conductas de autocuidado están relacionadas con la utilización de productos podológicos y la utilización de un calzado adaptado a las necesidades reales de los pies.

REPRESENTACIONES SOCIALES RESPECTO AL PROCESO DE SALUD - PADECIMIENTO - ENFERMEDAD.

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, y liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979).

Por lo tanto, es necesario que exista un proceso de socialización mediante el cual, las personas se convierten en miembros de la sociedad. A través de este mecanismo el individuo aprende a hablar, pensar, sentir, adquirir unos criterios morales y valores, para participar dentro de su grupo social.

La socialización es un proceso de transmisión de la cultura, en el que los hombres aprenden qué es lo correcto para ser aceptado dentro del grupo. De esta manera contribuyen a que el sistema cultural se mantenga (Spindler, 1993).

De esta forma, la enfermedad, con independencia de la patología a la que esté asociada, es un fenómeno cultural complejo, que se inicia con una percepción del sujeto ante algo que le ocurre, y que interpreta dentro de los parámetros establecidos culturalmente, afectando tanto a la percepción y actuación del sujeto, como a los comportamientos de su grupo cercano y al del médico que lo trata, antes, durante y después (Zomoza & Vázquez, 2008).

Los sujetos dan respuesta de la enfermedad dependiendo de la imagen que previamente se tenga de ella, y el individuo que la trata actúa en un sistema sociocultural que da legitimidad a sus comportamientos y asume unas responsabilidades y roles socialmente aceptados.

En este sentido, la respuesta que dan los sujetos de la presente investigación, relacionados las creencias normativas y actitudinales sobre la podología, están orientadas a una valoración positiva del cuidado del mismo y están concienciados de la importancia que tienen los pies en su salud en general.

En relación a la salud del pie, consideran como factor primordial para un cambio de conducta de riesgo, las aportaciones vertidas por la familia, pareja y amigos que les permite mejorar el estado general del pie, por medio de creencias actitudinales efectivas enfocadas a no caminar descalzo, acudir al podólogo y la rabia manifiesta relacionada con la falta de asistencia podológica por parte de las personas que así lo requieren.

Por otra parte, los juicios emitidos por los encuestados muestran una buena actitud relacionada con el autocuidado, las intenciones de cambios de conductas no saludables para realizar conductas podológicas que permitan a las personas obtener los recursos e información necesaria para adquirir conocimientos, así como desarrollar las competencias y la confianza necesaria para el mantenimiento de la salud en general y del pie en particular.

La repercusión positiva que genera esta actitud en el mantenimiento de la salud del pie, contribuirá a la mejora de la calidad de vida y al bienestar del paciente y / o ciudadano.

Así mismo, la satisfacción en la atención podológica está determinada para los entrevistados por la importancia de asistir a revisiones podológicas y utilizar productos específicos para el cuidado de los pies, donde adquieren confianza y se refuerza la adherencia terapéutica que tiene una repercusión positiva en la salud del pie en particular y en el resto del organismo en general.

En la misma línea de lo expuesto con anterioridad, el autocuidado unido con la prescripción podológica y la deambulaci3n juegan un papel relevante en el cuidado del mismo, ya que permiten un mantenimiento de la salud en general y del pie en particular.

Por otra parte, son tambi3n tenidos en consideraci3n por los encuestados, la apatía podológica como la negaci3n hacia el cuidado de la salud del pie y la asistencia a centros de belleza, que generan conductas de riesgo, ya que no permiten un diagnóstico y un tratamiento adecuado de las afecciones y / o deformidades de los pies.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN BASADA EN DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS DE LA ENFERMEDAD PODOLÓGICA

En esta investigación, el procedimiento de análisis de regresión lineal múltiple de los factores sobre la variable *“Importancia atribuida al podólogo”*, ha refrendado que viene determinada por las *“Conductas podológicas”*, las *“Creencias actitudinales”* y las *“Creencias normativas”*, a la hora de percibir u otorgar mayor importancia a este profesional.

A pesar de que la gente, atribuye la aparición de enfermedades del pie a: procesos infecciosos, sobrepeso, traumatismos, enfermedad coadyuvante; no planifica visitas al médico de familia, al especialista o al hospital e identifica al podólogo como el facultativo más idóneo para solventar las patologías que se presentan en el pie.

Estos datos revelan la buena percepción social que ostenta la figura del podólogo en el mantenimiento de la salud en general y del pie en particular.

El compromiso de la podología y el podólogo en la vigilancia de la salud, para López, García – Mira, Alonso, y López (2010) está relacionado con la alta prevalencia de enfermedades crónicas, que existen en la mayoría de los países, para los cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, que lleva a que las medidas clásicas de los resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar de manera integral, si los pacientes reciben un tratamiento apropiado y eficaz, a nivel de las enfermedades del pie.

REPRESENTACIONES MENTALES DE LA INFORMACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA PERCEPCIÓN PODOLÓGICA

La utilización del procedimiento PROXSCAL ha permitido inferir sobre la existencia de dos dimensiones que los individuos consideran al emitir juicios relacionados con la percepción podológica.

Para interpretar esta solución dimensional se ha demostrado como a través de los conglomerados jerárquicos se puede obtener un procedimiento interesante y efectivo que nos permite confirmar dicha solución.

De este modo se ha llegado a concluir que los individuos encuestados, al emitir juicios sobre la percepción podológica y los comportamientos saludables y responsables relacionados con las patologías de los pies tienen en cuenta las siguientes dimensiones:

- 1) Una dimensión de evaluación general que proporciona información sobre cual es la predisposición al reconocimiento de un profesional.
- 2) Una segunda dimensión que discrimina más entre el carácter personal o profesional de las actividades y conductas podológicas concretas que una persona realiza.

Como posible explicación de esta estructura, subyacente en los individuos al emitir juicios, podemos avanzar que existe una progresiva aceptación del podólogo en la vida o actividad personal que integra y conceptualiza como parte de un estilo de vida más saludable.

Por lo tanto, es necesario sumar esfuerzos, para realizar intervenciones que contribuyan a una mejora de la prevención de la salud del pie y una mayor promoción de conductas saludables, relacionadas con los hábitos de conducta que solo de este modo e incorporando la prevención y la promoción del comportamiento saludable, se podrá alcanzar un sistema sano, autónomo y menos dependiente.

OBSERVACIÓN DE COMPONENTES PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PODOLÓGICA

En la misma dirección que el escalamiento multidimensional PROXSCAL, el análisis del dendograma nos proporciona información relacionada con las actitudes y creencias generales y normativas relacionadas con la podología y aquellos aspectos más apáticos o críticos respecto a la profesión podológica y a la visión de las enfermedades de los pies o de su salud.

Todo ello nos permite constatar que existe una progresiva aceptación del podólogo en la vida o actividad personal que integra y conceptualiza como parte de un estilo de vida más saludable.

PROCEDIMIENTO PARA INDAGAR EN EL CONOCIMIENTO

Paralelamente al procedimiento de escalamiento multidimensional PROXSCAL, se ha querido resaltar como el conjunto del espacio común general PROXSCAL.

El dendograma, por su parte, permitió acceder a los criterios que utilizan las personas cuando emiten juicios relacionados con las patologías en los pies, lo que constituye una aportación importante de la Psicología, siendo esta aportación de gran interés para la Podología por cuanto cubre un espacio de conocimiento que no se había estudiado hasta la actualidad relacionado con las representaciones mentales.

Para concluir, el presente proyecto de tesis, pretende servir de inspiración para la realización de otros estudios futuros similares, en los que se analicen las relaciones con otros factores que den lugar a análisis más exhaustivos y hallazgos de mayor espectro en relación con la temática estudiada.

La implementación de equipos multidisciplinares, en la realización de programas de intervención de comportamientos saludables relacionados con la salud del pie, reportarán a que el trabajo del podólogo no se efectúe de manera aislada y se genere un feedback con la Psicología y otras disciplinas que repercutirán de manera satisfactoria en una mejora de la salud en general y del pie en particular.

UNA PERSPECTIVA INTEGRAL

En la actualidad, se han observado un incremento de las enfermedades no transmisibles, que incluyen enfermedades cardiovasculares y apoplejia, diabetes, cáncer, problemas respiratorios tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (OMS, 2005; Mathers, Vos, & Stevenson, 1999); normalmente con aumentos concomitantes en la obesidad y disminución de la actividad física.

Por lo tanto, las verdaderas causas de mortalidad tienen que ver con factores de riesgo previsibles mediante cambios sociales (ambientales), individuales (de comportamiento) y con determinantes sociales que requieren de cambios políticos que permitan una mejoría de la calidad de vida (Alonso, Martínez, Pérez, Blanco, Lado, González-Zaera, & Hervada, 2006).

En este sentido, diferentes estudios han demostrado la eficacia de realizar ejercicio físico para mejorar o mantener el peso corporal (Kennedy, Meyers, & Layden, 1996); y al mismo tiempo permite prevenir patologías cardiovasculares y la disminución de la mortalidad cuando la actividad física forma parte de las actividades laborales y recreativas de nuestra vida cotidiana (NIH, 1996).

En el momento actual, se estima que estas enfermedades contribuyen al 60% de las defunciones mundiales y al 45% de la carga mundial de morbilidad. Se prevé que para el año 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de las defunciones y el 60% de la morbilidad atribuida.

Actualmente en la Unión Europea, ya son responsables del 86% de las muertes y del 77% de la carga de la enfermedad (OMS, 2006).

Es por ello, que el ejercicio es fundamental en el control y en el tratamiento de enfermedades como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes, las enfermedades coronarias, así como en las dolencias respiratorias y psicológicas.

La podología, no escapa a esta problemática y por medio de intervenciones o recomendaciones podológicas ha demostrado la capacidad para disminuir la morbilidad podológica y aumentar la calidad de vida de la población (Gentil, 1993).

Para Ramos (2007); las intervenciones están relacionadas con la calzadoterapia y hábitos y estilos de vida saludables que puedan ser capaces de evitar la aparición de un proceso patológico futuro.

Pero lamentablemente en la actualidad, existen desigualdades en materia de la salud que constituyen una importante dimensión y hándicap en la asistencia que prestan la gran mayoría de los servicios de podología (Ramos, 2007); solo el servicio cántabro de salud lo contempla dentro del cuadro de especialistas del sistema sanitario público, mientras que el resto del territorio nacional carece de dicha cobertura asistencial.

Por lo tanto, la población solo puede acceder al podólogo dependiendo de su poder adquisitivo, aunque la OMS recoge que la Salud en la *“Declaración Universal de los derechos humanos”* en su artículo 25, como un derecho humano básico, siendo imprescindible para el desarrollo económico y social de cualquier pueblo.

De la misma manera y aunque la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, sobre la protección de la salud dice que: *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios”*, dicha implementación todavía no se ha producido.

Por consiguiente, la salud debe ser considerada como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida, es una condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad.

La implicación de este concepto positivo y relativo de salud, es que todos, prescindiendo de las condiciones económicas o de edad, puedan conquistar un estado de bienestar haciendo pleno uso de sus capacidades funcionales.

La tesis que se defiende aporta tres conclusiones principales:

- 1) Es posible abordar, generar y procesar el conocimiento de la salud podal a través de técnicas que permiten acceder al modo en que las personas procesan la información relevante relacionada con la salud del pie.

En este sentido, las técnicas de representación utilizadas nos permitieron acceder a la estructura de creencias actitudinales y normativas desde la teoría de la conducta planificada (Azjen, 1985, 1987, 1988, 1991, 2002).

También podemos ofrecer conocimiento de la importancia psicológica que tienen estas creencias actitudinales y normativas, lo que da lugar a una nueva perspectiva para conocer más sobre este campo de la salud, desde una perspectiva del paciente y el ciudadano.

- 2) El aumento de la percepción social de la podología y del podólogo en esta investigación, permiten mostrar los juicios emitidos por los participantes del mismo, relacionados con la salud en general y del pie particular.

La actitud positiva relacionada con el cuidado de la salud del pie y el comportamiento responsable desde etapas tempranas, está enfocada para la muestra estudiada con acudir al podólogo a realizar *chequeos* periódicos, siendo la conducta preventiva que les genera más confianza y con la que se encuentra más de acuerdo.

Por lo tanto, la importancia de esta especialidad sanitaria y de este facultativo, viene dada por el aumento de la esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas que tiene un origen multifactorial y el compromiso del podólogo y de la podología en la gestión del riesgo de la salud del pie.

Todo ello nos permite constatar que existe una progresiva aceptación de la podología y el podólogo en la vida o actividad personal que integra y conceptualiza como parte de un estilo de vida más saludable.

- 3) Las desigualdades en materia de la salud, constituyen una importante dimensión y hándicap en la asistencia que prestan la gran mayoría de los servicios de podología (Ramos, 2007).

Aunque, ya se ha demostrado que la podología y la implementación de programas de promoción y prevención de la salud del pie permiten disminuir la morbilidad podológica y aumentar la calidad de vida de la población (Gentil, 1993; O'Donnel, 2007; Ramos, 2007); que permitirá una mejora en la optimización de los recursos y una disminución del gasto sanitario, este cambio todavía no se ha producido en la gran mayoría del territorio español.

Por lo tanto, queda demostrada en esta tesis la capacidad y la necesidad del Podólogo y de la Podología en la sociedad, siendo los poderes públicos responsables finales de velar por el mantenimiento y el cuidado de la salud de la población.

En definitiva, la inclusión del podólogo dentro del cuadro de especialistas del sistema sanitario de salud, redundaría en una mejora de la gestión del riesgo de la salud del pie y se obtendría una mejora en la calidad de vida y de la autonomía de los pacientes y de los ciudadanos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, R.D., White, L.R., Ross, G.W., Masaki, K.H., Curb, J.D., & Petrovitch, H. (2004). Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA*, 22/29 (292), 1447 - 1453.
- Abric, J. C. (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones*. Mexico: Ediciones Covoacán, S. A.
- Ackerman, J. (2006). Lo malo de estar de Pie. *National Geographic*, 6, 45-63.
- Adolfssonab, E. A., Starrinc, B., Smidea, B., & Wikblada, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches — A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45, (7), 986-994.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro Blanco. Título de Grado en Podología*. Madrid.
- Alemany, J., Flamarich, M., Mañe, F., & Sala, J. (1998). *Podología historia de una profesión*. Barcelona: Index.
- Alfonso, M. T. Jr., & Álvarez-Dardet, C. (2.000). *Enfermería Comunitaria I. (8ª Ed)*. Barcelona: Masson S.A.
- Alonso, B., Martínez, A., Pérez, J.J., Blanco, O., Lado, M.E., González-Zaera, J., Hervada, J., & Amigo, M. (2006). Programa galego de actividades saludables, ejercicio e alimentación (PASEA). Documentos técnicos de saúde pública serie A. Nº 17. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Álvarez, J. (2006). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis Psicosocial*. Sevilla: Editorial Mad SI.
- Álvarez, L. Y. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *MedUnab*, 9 (3), 2-10.

- Álvarez-Calderón, O., Alonso, F., López, D., Gómez, B., & Sánchez, R. (2008). Análisis del calzado en una población mayor de 60 años. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 2 (1), 19-26.
- Alvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A. & Regidor, E. (1995). *La medición de clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores-Sociedad Española de Epidemiología.
- American Diabetes Association (ADA). (2001). American Diabetes Association: Clinical practice recommendations 2001. *Diabetes Care*, 24 (1), 1-133.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6th ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, S. E., & Whitaker, R.C. (2010). Household Routines and Obesity in US Preschool-Aged Children. *Pediatrics*, 125, 420-428.
- Arnal, M. *Enfermedad*. (2009). En J.L. Álvarez (ed). El Almanaque del léxico etimología. Recuperado el 25 de Enero de 2009, <http://www.elalmanaque.com/marz/20-3-eti.htm>.
- Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2004). Diabetic foot infection: stepwise medical and surgical management. *Int Wound J*, 1, 123.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J, Khul & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 20, pp. 1-63). New York: Academic Press.

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton-Keynes, England: Open University Press & Chicago, IL: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Badlissi, F., Dunn, J., Link, C., Keysor, J., McKinlay, J. & Felson, D. (2005). Foot musculoskeletal disorders, pain, and foot-related functional limitation in older persons. *J Am Soc Geriatr Dent* 2005, 53, 1029-1033.
- Bakker, K. & Riley, P. (2005). The year of the diabetic foot. *Diabetes Voice*, 50(1), 11-14.
- Baker, N. (2006) Practical issues in diabetes foot care: podiatry – linking primary and secondary care. In A.J.M. Cavanagh, & P.R.G. Rayman, (Eds). *Foot in Diabetes*, (pp. 424-430). Chichester: Wiley & Sons.
- Ballester, R. (1993). Un análisis crítico de la aportación de Parsons a la Psicología de la Salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 25, 41-51.
- Barriga, S., León, J. M., Martinez, M., & Rodriguez, J. (1990). Intervención en salud desde la Psicología social. [Intervention in Health issues from Social Psychology]. Proceedings of the III Congreso Nacional de Psicología social. Santiago de Compostela: Torculo A.G.
- Barr, E., Browning, C., Lord, S., Menz, H., & Kendig, H. (2005). Foot and leg problems are important determinants of functional status in community dwelling older people. *Disability And Rehabilitation*, 27(16), 917-923.

- Bauman, L., & Leventhal, H. (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't? *Health Psychology*, 7, 309-328.
- Bayés, R., & Borràs, F. X. (1999) Psiconeuroinmunología y Salud. En M. A. Simón (Eds). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (pp. 77-104) Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
- Bean, J.F., Walter, A.V, & Frontera, R. (2004). Benefits of exercise for community-dwelling older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 31-42.
- Becerro de Bengoa, R., Losa, M.E., & Berzosa, M. (2005). Estudio bibliométrico de la producción científica en materia de podología a través de la revista Podoscopio desde los años 1984-2001. Madrid: C.E.R.S.A.
- Benedetti, F., Mayberg, H., Wager, T., Stohler, C., & Zubieta, J. (2005). Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *The Journal Of Neuroscience: The Official Journal Of The Society For Neuroscience*, 25 (45), 10390-10402.
- Bennett, R. (1999). Emerging concepts in the neurobiology of chronic pain: evidence of abnormal sensory processing in fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 74(4), 385-398.
- Benvenuti, F., Ferrucci, L., Guralnik, J., Gangemi, S., & Baroni, A. (1995). Foot pain and disability in older persons: an epidemiologic survey. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 43(5), 479-484.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology. Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.

- Blain, H., & Jeandel, C. (2007). Prevención y Envejecimiento. En I. Herbaux, H. Blain, & C. Jeandel (Eds), *Podología Geriátrica*. (pp. 14-40). Badalona : Paidotribo.
- Blythabcd, F. M., Macfarlanec, G.J., & Nicholasa, M. K. (2007). The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain: The key to better outcomes for patients? *Pain*, 129 (1), 8-11.
- Bongers, P., Kremer, A., & Ter, J. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *American Journal Of Industrial Medicine*, 41(5), 315-342.
- Boulton, A. J. M., & Armstrong, D. G. (2003). Studies in plantar diabetic neuropathic ulcers; time for a paradigm shift? *Diabetes Care*, 26, 2689–2690.
- Boussageon, R., Gueyffier, F., Moreau, A., & Boussageon, V. (2006). The difficulty of measurement of placebo effect. *Thérapie*, 61(3), 185-190.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.
- Bunge M. A. (1985). *Epistemología. Curso de actualización*. Barcelona: Ariel.
- Burra, G., & Katchis, S. (1998). Rheumatoid arthritis of the forefoot. *Rheumatic Diseases Clinics Of North America*, 24(1), 173-180.
- Burzykowski, T., Molenberghs, G., Abeck, D., Haneke, E., Hay, R., Katsambas, A., Roseeuw, D., Van de Kerkhof, P., Van Aelst, R., & Marynissen, G. (2003). High prevalence of foot diseases in Europe: results of the Achilles Project. *Mycoses*, 46 (11-12), 496-505.
- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Revista Colomb Med*, 35(3), 164-168.

- Calvo, A. (2007). *Estudio de casos y controles para la evaluación de la asociación de parámetros morfológicos del pie y la presencia de Hallux Rigidus*. (Tesis Doctoral). Universidad de Rovira y Virgili, Tarragona.
- Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M., & Donovan, J. (2003). Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Soc Sci Med*, 6(4), 671-84.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo Normal y lo Patológico*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Carrington, A. L., Mawdsley, S. K. V., Morley, M., Kincey, J., & Boulton, A. J. M. (1996). Psychological status of diabetic people with or without lower limb disability. *Diabetes Res Clin Pract*, 32 (1), 19.
- Centres for Disease Control and Prevention (2004). Awareness of family health history as a risk factor for disease –United States, 2004. Centres for Disease Control and Prevention. Recuperado 21 de febrero, 2009, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5344a5.htm>
- Cesarone, M.R, Belcaro, G., Nicolaidis, A.N., Geroulakos, G., Griffin, M., Incandela, L., Sanctis, M.T., Sabetai, M., Geroulakos, G., Agus, G., Bavera, P., Ippolito, E., Leng, G., A Di, R., Cazaubon, M., Vasdekis, S., Christopoulos, D., & Veller, M. (2002). Real epidemiology of varicose veins and chronic venous diseases: the San Valentino Vascular Screening Project. *Angiology*, 53 (2), 119-130.
- Chen, J., Devine, A., Dick, I. M., Dhaliwal, S. S., & Prince, R. (2003). Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. *J Rheumatol*, 30, 2689 – 2693.

- Chesterton, L., Barlas, P., Foster, N., Baxter, G., & Wright, C. (2003). Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain*, 101(3), 259-266.
- Chin, M. H., Auerbach, S. B., Cook, S., Harrison, J., Koppert, J., Jin, L., Thiel, F., Karrison, T. G., Harrand, A. G., Schaefer, C. T., Takashima, H. T., Egbert, N., Chiu, S. C., & McNabb, W. L. (2000). Quality of diabetes care in community health centers. *American Journal Of Public Health*, 90(3), 431-434.
- Chumbler, N., & Grimm, J. W. (1993). Gender Differences in Establishing Podiatric Medical Careers. *Sociol View*, 9, 73-86.
- Chumbler, N., & Grimm, J. W. (1996). Surgical Specialization in a Limited Health Care Profession: Countervailing Forces Shaping Health Care Delivery. *Free Inq Creat Sociol*, 24, 59-66.
- Chen, J., Devine, A., Dick, I. M., Dhaliwal, S., & Prince, R. L. (2003). Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. *J Rheumatol*, 30, 2689-2693.
- Clayton, Y., & Hay, R. (1994). Epidemiology of fungal skin and nail disease: roundtable discussion held at Dermatology 2000, Vienna, 17 May 1993. *The British Journal Of Dermatology*, 130, 439-11.
- Cobb, J., Cornely, P.B., & Grubb, W. (1977). An assessment of foot health problems and related health manpower utilization and requirements. *Journal Of The American Podiatry Association*, 67 (2), 102-114.
- Coelho, M. S., Da Silva, D. M., & Padilha, M. L. (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (1), 65-71.

- Corbett, C. (2003). A randomized pilot study of improving foot care in home health patients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 29(2), 273-282.
- Corrales, R. (1999). *Epidemiología del pie cavo en la población escolar de Málaga*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga.
- Cortes, J. A., Méndez-Bonito, E., Koutsourais, R., Utrilla, J., Macías, J., Casado, M.A., & Rozas, Z. (1996) ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en Atención Primaria?. *Atención Primaria*, 18, 327-330.
- Crawford, F., Atkins, D., & Edwards, J. (2003) .Interventions for treating plantar heel pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, CD000416.
- Dananberg, H. J. (1986). Functional hallux limitus and its relationship to gait efficiency. *JAPMA*, 76: 648.
- Dananberg, H. J. (1995). Lower Extremity Mechanics and Their Effect on Lumbosacral Function. *Spine Review*, 9 (2), 389-405.
- Dananberg, H. J., & Guiliano, M. (1999). Chronic low-back pain and its response to custom-made foot orthoses. *JAPMA*, 89, 109.
- Dawson, J., Thorogood, M., Marks, S. A., Juszczak, E. D., Dodd, C., Lavis, G., & Fitzpatrick, R. (2002). The prevalence of foot problems in older women: a cause for concern. *Journal of Public Health Medicine*, 24, 77-84.
- De Bono, M. (2007). La creatividad y el pensamiento lateral: Todo sobre métodos creativos. En M. Guilford, & B. Czikszenmihalyi (Eds.). *La búsqueda psicológica*. Londres: Routledge.
- Domínguez, G., & Munuera, P. V. Evaluación Radiográfica del primer segmento metatarso-digital. (2009). En P.V Munuera (Ed). *El primer radio biomecánica y ortopodología* (pp. 73-103). Santander: Exa Editores S.L.

- Domínguez, G., Munuera, P. V., & Lafuente, G. (2006). Relative metatarsal protrusion in the adult: a preliminary study. *J Am Podiatr Med Assoc*, 96 (3), 238-44.
- Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física / psicológica diferencias según sexo / género, situación laboral y cultura / nación*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Dysvik, E., Lindstrøm, T., Eikeland, O., & Natvig, G. (2004). Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 5(2), 66-74.
- Ertugrul, M., Baktiroglu, S., Salman, S., Unal, S., Aksoy, M., Berberoglu, K., & Calangu, S. (2006). The diagnosis of osteomyelitis of the foot in diabetes: microbiological examination vs. magnetic resonance imaging and labelled leucocyte scanning. *Diabet Med*, 23, 649 – 653.
- Estudio general de medios de la Asociación para la investigación de los medios de comunicación. (2010). Recuperado 21 de febrero, 2010, de <http://download.aimc.es/aimc/03internet/macro2009.pdf>
- Franco, S., & Duarte, E. (1991). Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. *Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social*, 7-115.
- Gafo, J. (1986). *Dilemas éticos de la medicina actual*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Galán, A., Blanco, A., & Pérez, M.A. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de psicología*, 16 (2), 157-166.
- Galbraith, J. K. (1992). *La Cultura de la Satisfacción*. Barcelona: Ariel.
- Garcia-Mira, R. (1997). *La Ciudad Percibida. Una Psicología Ambiental de los Barrios de A Coruña*. A Coruña: Universidade da Coruña Servicio de Publicacións.
- Garcia-Mira, R., Sabucedo, J.M., Romay, J. (2002). *Psicología y Medio Ambiente. Aspectos Psicosociales y Metodológicos*. A Coruña: AGEIP-IAPS.
- Garcia-Mira, R., Sabucedo, J.M., & Romay J. (2002). *Culture, Quality of Life and Globalization. Problems and Challenges for the new Millennium*. A Coruña: Asociación Galega de Estudios e Investigación Psicosocial.
- García-Mira, R., Goluboff, M., García-Fontán, C., & Romay, J. (2004). La experiencia perceptiva de la ciudad: diferencias en la estructuración cognitiva de peatones y pasajeros. *Encuentros en Psicología Social*, 2 (1), 256-260.
- Garcia-Mira, R., Goluboff, M. (2005). The perception of urban space from two different viewpoints: pedestrians and automobile passengers. En R. Garcia-Mira, D.L. Uzzell, J.E. Real, & J. Romay (eds). *Housing, space and quality of life*, Ashgate.
- Garrow, A. P., Silman, A.J., & Macfarlane, G.J. (2004). The Cheshire foot pain and disability survey: a population survey assessing prevalence and associations. *Pain*, 110, 378-384.

- Gatchel, R.J. (1999). Perspectives on pain: A historical overview. En R.J. Gatchel, & D.C. Turk (eds). *Psychosocial Factors in Pain Critical Perspectives* (pp. 3-17). New York: Guilford Press.
- Gentil, I. (1993). *Proyecto Docente de Prevención Podológica*. (Proyecto No Publicado). Universidad de Complutense de Madrid, Madrid.
- Gil, P., Jr. (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. (10ª Ed). Barcelona: Masson.
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M.A. Simón (Eds). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 39-45). Madrid: Biblioteca Nueva S.L
- Gómez, C. (2.005). *La educación para la salud: Un modelo de evaluación Psicológica*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.
- Gould, N., Schneider, W., & Ashikaga, T. (1980). Epidemiological survey of foot problems in the continental United States: 1978-1979. *Foot & Ankle*, 1(1), 8-10.
- Gracia, D. (1992). La relación clínica. *Rev. Clín Española*, 191(2), 61-63.
- Greenberg, L. (1994). Foot care data from two recent nationwide surveys. A comparative analysis. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*, 84 (7), 365-370.
- Greenberg, L., & Davis, H. (1993). Foot problems in the US. The 1990 National Health Interview Survey. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*, 83 (8), 475-483.

- Gupta, A., Jain, H., Lynde, C., Macdonald, P., Cooper, E., & Summerbell, R. (2000). Prevalence and epidemiology of onychomycosis in patients visiting physicians' offices: a multicenter canadian survey of 15,000 patients. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 43(2), 244-248.
- Gupta, A. K., Konnikov, N., MacDonald, P., Rich, P., Rodger, N., Edmonds, M. W, McManus, R., & Summerbell, R.C. (1998). Prevalence and epidemiology of toenail onychomycosis in diabetic subjects: a multicentre survey. *The British Journal Of Dermatology*, 139 (4), 665-671.
- Gutiérrez, M., & Vázquez, A. I. (2008). Una visión antropológica del trabajo social en salud. *Boletín informativo trabajo social*, 13.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Foster, L. S. (1995). Personal models of diabetes among older adults: relation to self-management and other variables. *Diabetes Educ*, 21, 300–307.
- Hawke, F., Burns, J., Radford, J., & Du Toit, V. (2008). Custom-made foot orthoses for the treatment of foot pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, CD006801.
- Haneke, E., & Roseeuw, D. (1999). The scope of onychomycosis: epidemiology and clinical features. *International Journal Of Dermatology*, 38, 27-12.
- Haour, F. (2005). Mechanisms of placebo effect and of conditioning: neurobiological data in human and animals. *Médecine Sciences: M/S*, 21(3), 315-319.
- Harradine, P., & Bevan, L. (2009). A Review of the Theoretical Unified Approach to Podiatric Biomechanics in Relation to Foot Orthoses Therapy. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 99 (4), 317-325.

- Hartvigsen, J., Lings, S., Leboeuf-Yde, C., & Bakketeig, L. (2004). Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occupational And Environmental Medicine*, 61(1), 2.
- Hawke, F., & Burns, J. (2009). Understanding the nature and mechanism of foot pain. *Journal Of Foot And Ankle Research*, 21.
- Herda, C., Siegeris, K., & Basler, H. (1994). The Pain Beliefs and Perceptions Inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain*, 57(1), 85-90.
- Heredia, J. M., Aparicio, V., Delgado, M., Porres, J. M., & Soto, V. M. (2009). Spatial-temporal parameters of gait in women with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 28(5), 595-598.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2002) *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw Hill.
- Herzlich, C. (1979). La representación social: sentido del concepto. En S. Moscovici (Eds). *Introducción a la Psicología social*. (pp. 391-418), Barcelona: Planeta.
- Hicks, J.H. (1956). Mechanics of the foot. Action of the muscles on the foot in standing, *Acta Anat*, 27, 180–192.
- Hill, C., Gill, T., Menz, H., & Taylor, A. (2008). Prevalence and correlates of foot pain in a population-based study: the North West Adelaide health study. *Journal Of Foot And Ankle Research*, 1(1), 2.
- Hogan, P., Dall, T., & Nikolov, P. (2003). Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes Care*, 26, 917-932.

- Hoogendoorn, W., Van Poppel, M., Bongers, P., Koes, B., & Bouter, L. (2000). Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, 25(16), 2114-2125.
- Horowitz, C. R., Rein, S. B., & Leventhal, H. (2004). A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science and Medicine*, 58(3), 631-643.
- Huerta, J. (2003). Estudio comparativo de los criterios biomecánicos en la ortesiología del pie. En A.E. Levy & J.M, Cortes (Eds), *Ortopedia y Aparato locomotor*. (pp. 483-502), Madrid: Masson.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. En: Morales, F.J., Blanco, A., Huici, C., & Fernández, J. M. (Eds), *Psicología Social Aplicada*. (pp.111-130), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A.A., Passchier J, Van Suijlekom- Smit, L., & Wouden, J.C. (2002). Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: The mother's perception. *Psychol Psychother*, 75, 251-260.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) y Secretaría de Salud. (2002). *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.
- International Working Group on the Diabetic Foot. (1999). *International Consensus on the Diabetic Foot*. Recuperado 21 de febrero, 2008, de <http://www.diabetic-foot-consensus.com>
- James, W. (2002). *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana*. Barcelona: Península.

- Jeffcoate, W. J., & Harding, K. G. (2003). Diabetic foot ulcers. *Lancet*, 362 (9398), 1858.
- Joas, H. (1991). Interaccionismo simbólico. En A. Giddens & J. Turner (eds). *La teoría social hoy*. (pp. 112-154). México: Alianza-Conaculta.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (eds). *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1989) Representations sociales: un domaine en expansion. En D. Jodelet. *Les representations sociales*, Paris : PUF.
- Jude, E., & Armstrong, D. G. (2001). Assessment of the diabetic foot. In : Krasner, D., Rodeheaver, G., & Sibbald, G. (Eds), *Chronic Wound Care : A clinical source book for healthcare professionals*, (pp. 589-596). New York: McGraw Hill.
- Katsambas, A., Abeck, D., Haneke, E., Van de Kerkhof, P., Burzykowski, T., Molenberghs, G., & Marynissen, G. (2005). The effects of foot disease on quality of life: results of the Achilles Project *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*. 19 (2), 191-195.
- Kennedy, E., Meyers, L., & Layden, W. (1996). The 1995 dietary guidelines for americans: An overview. *Journal of the American Dietetic Association*, 96 (3), 234-237.
- Kerrigan, D. C., Franz, J. R., Keenan, G. S., Dicharry, J., Della, U., & Wilder, R. P. (2009). The effect of running shoes on lower extremity joint torques. *Journal American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1(12), 1058-63.
- Kidd, B., & Urban, L. (2001). Mechanisms of inflammatory pain. *British Journal Of Anaesthesia*, 87(1), 3-11.

- Kinnear, R. C., Taylor, J. R. (1993): *Investigación de mercados. Un enfoque aplicado*. McGraw-Hill.
- Kirby, K. A. (2000). Biomechanics of the normal and abnormal foot. *JAPMA*, 90 (1), 30-35.
- Kirby, K. A. (2001). Subtalar joint axis location and rotational equilibrium theory of foot function. *JAPMA*, 91 (9), 465-487.
- Kornblit, A., & Mendes, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Argentina: Aique.
- Kriel, J. R. (1988), Removing Medicine`s Cartesian Mask: The problem of Humanising medical education. *Journal o Biblical Ethics in Medicine*, 3 (3), 6-11.
- Krul, M., Van der Wouden, J C., Schellevis, F. G., Van Suijlekom-Smit, L.W. A., & Koes, B. W. (2009). Foot problems in children presented to the family physician: A comparison between 1987 and 2001. *Family Practice*, 26 (3), 174-179.
- Krishnan, S., Nash, F., Baker, N., Fowler, D., & Rayman, G. (2008). Reduction in diabetic amputation over 11 years in a defined U.K. population. Benefits of multidisciplinary team work and continuous prospective audit. *Diabetes Care*, (31), 99-101.
- Kuehn, B. (2005). Pain studies illuminate the placebo effect. *Journal Of The American Medical Association*, 294 (14), 1750-1751.
- Lafuente, G. (2000). *Proyecto Docente de Ortopodología*. (Proyecto No Publicado). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Laín, P. (1983). La comunicación entre el médico y el enfermo. En Laín, P (Eds), *La relación médico-enfermo: Historia y teoría* (pp. 294-312). Madrid: Alianza Universidad.

- Laín, P. (1990). El saber médico en la antigüedad clásica. En P. Laín, (Eds), *Historia de la Medicina*, (pp. 80-85). Barcelona: Salvat Editores.
- Lastra, L.G., & Rodríguez, A. (1998). La salud - enfermedad como proceso social. *Salud Tab*, (1), 244-245.
- Lefebvre, G. (1956). *Essai sur la médecine égyptienne de l'époque pharaonique*. París: Presses Universitaires de France.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In: Rachman, S (Eds). *Contributions to medical psychology*, (pp. 7-30). Oxford: Pergamon Press.
- Levy, L. (2008). Public health and podiatry. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*, 98(5), 426.
- Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Recuperado 21 de Octubre, 2008, <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Lindholm, C., Bjellerup, M., Christensen, O., & Zederfeldt, B. (1992). A demographic survey of leg and foot ulcer patients in a defined population. *Acta Dermato-Venereologica*, 72(3), 227-230.
- Litzelman, D. K. (1993). Reduction of Lower Extremity Clinical Abnormalities in Patients with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 119 (1), 36-41.
- Llor, B., Abad, M. A., García, M., & Nieto, J. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Madrid: McGraw Hill.
- Lojo, F., Hilser, L., Quiroz, R., Llor, B., & Nieto, J. (1995). Estructura factorial de segundo orden del cuestionario IBQ de Pilowsky en una población andina. *Anales de Psiquiatría*, 11, 386-389.

- López, D., García-Mira, R., Alonso, F., & López, L. (2010). Análisis del Perfil y Estilo de Vida de las personas con Patologías en los Pies. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 4 (2), 49-58.
- Losa, M.E., & Becerro de Bengoa, B. (2005). Diferente asunción de los avances en el campo de la biotecnología en la sociedad española y la norteamericana actual. Madrid : C.E.R.S.A.
- Losa, M.E., & Becerro de Bengoa, R. (2003). Criterios americanos de patología podológica. En A.E. Levy, & J.M. Cortes (Eds). *Ortopodología y aparato locomotor. Ortopedia de pie y tobillo* (pp. 455 - 481). Barcelona: Masson.
- Losa, M.E., & Becerro de Bengoa, R. (2008). Tratamiento no farmacológico del dolor en la oseoartritis basado en la evidencia. *Revista Española de Podología*, 19 (4), 154-156.
- Losa, M.E., Becerro de Bengoa, R., Saez., A, & Salvadores, P. (2009). Poor Sitting Posture and Metatarsus Adductus Deformity. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 99 (2), 174-177.
- Losa, M.E., Becerro de Bengoa, R., & Salvadores, P. (2010). Moral distress related to ethical dilemmas among Spanish podiatrists. *J Med Ethics*, 36, 310-314.
- Losa, M.E., Gómez, M., & Fuentes., M. (2007). Prevalencia de micosis superficiales intergítales en una muestra de corredores de la Maratón Popular de Madrid. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 1(1), 19-26.
- Losa, M.E., Salvadores, P., & Sáez, J.A. (2009). Actitudes posturales de la extremidad inferior en los escolares durante las clases. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 3 (1), 7-14.

- Losada, M. D. (2005). *La educación ambiental en el currículo de la enseñanza obligatoria. Un modelo psicosocial para la explicación del comportamiento proambiental a partir de la competencia en la acción*. (Tesis doctoral). Universidade da Coruña, A Coruña.
- Lpwy R. J. (1991), Variations in clinical decisions: a study of orthopaedic patients. *Public Health*, 105(5), 351-355.
- Lutfey, K.E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22 (4), 635-639.
- Madel, T. L. (1989). *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*, (pp. 14-26). Río de Janeiro: Campus.
- Maganaris, C., Narici, M., Almekinders, L., & Maffulli, N. (2004). Biomechanics and pathophysiology of overuse tendon injuries: ideas on insertional tendinopathy. *Sports Medicine*, 34 (14), 1005-1017.
- Magaña, P. (1987). Génesis. En P. Magaña (Eds), *Sagrada Biblia*, (pp. 4). México: Paulinas.
- Malone, J. M., Snyder, M., Anderson, G., Bernhard, V. M., Holloway, G. A. Jr., & Bunt, T. J. (1989). Prevention of amputation by diabetic education. *Am J Surg*, 158 (6), 520-3.
- Marans, R. W., & Ahrentzen, S. (1987). Developments in research design, data collection and analysis. Quantitative methods. En E.H. Zubey, & G.T. Moore (Eds.), *Advances in environment, behavior and design*, 1, (pp. 251-277). Nueva York: Plenum Press.

- Martín, M. I. S., Martínez, M. A., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., & Martínez, J. A. (1999). Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Revista Española de Atención Primaria*, 24 (6), 34 – 53.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología teoría social hoy*. San Salvador: Universidad Centroamericana.
- Martínez, A., Pascual, J., & Sánchez, R. (2008). Cadence, Age, and Weight as Determinants of Forefoot Plantar Pressures Using the Biofoot In-shoe System. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 98 (4), 302-310.
- Martínez, A., Sánchez, R., Leal, A., Sánchez, E., & Pedrera, J. D. (2008). Percutaneous Distal Soft Tissue Release–Akin Procedure, Clinical and Podobarometric Assessment With the BioFoot In-Shoe System: A Preliminary Report. *Foot & Ankle Specialist*, 1 (4), 222 - 230.
- Martinez, A. (2009). Modificaciones baropodométricas en el antepié después de la cirugía percutánea del Hallux Valgus. (Tesis Doctoral). Universidad Extremadura, Plasencia.
- Mason, J., O’Keefe, C. O., Hutchinson, A., McIntosh, A., Young, R., & Booth, A. (1999). A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus: treatment. *Diabetic Medicine*, 16, 889-909.
- Mathers, C., Vos, T., & Stevenson, C. (1999). The burden of disease and injury in Australia. Canberra : Australian Institute of health and welfare.
- Mayou, R. (1984). Sick role, illness behaviour and coping. *British Journal of Psychiatry*, 144, 320-322.

- Mayou, R. (1986). The use of illness behaviour concepts in Psychiatry. En S. McHugh, & T.M Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 377-382). New York: Plenum Press.
- McPoil, T., & Hunt, G. (1995). Evaluation and management of foot and ankle disorders: present problems and future directions. *The Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy*, 21(6), 381-388.
- Menz, H., & Lord, S. (1999). Foot problems, functional impairment, and falls in older people. *Journal of The American Podiatric Medical Association*, 89 (9), 458-467.
- Menz, H. B., & Morris, M. E. (2005). Footwear Characteristics and Foot Problems in Older People. *Gerontology*, 51 (5), 346-351.
- Menz, H. B., Tiedemann, A., Kwan, M. M. S., Plumb, K., & Lord, S.R. (2006). Foot pain in community-dwelling older people: an evaluation of the Manchester Foot Pain and Disability Index. *Rheumatology*, 45, 863-867.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP Press.
- Mira, E. (1961). Prólogo a la primera edición castellana. En J.B. Watson (Eds). *El conductismo* (pp. 13-15). Buenos Aires: Paidós.
- Molino, A. M. (2007). *Amputación no Traumática de Miembros Inferiores en pacientes diabéticos de la comunidad de Madrid 1997-2005. Epidemiología y estimación de los costes hospitalarios*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Mora, M., (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2. Recuperado 21 de febrero, 2008, de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Morales, J.F. (1999) Psicología Social, Madrid: Mc Graw Hill.
- Moreno, J. L. (2009). Teorías del apoyo. En J.L. Moreno (Eds), *Podología General y Biomecánica* (pp. 68-88). Barcelona: Masson.
- Morris, C., Liabo, K., Wright, P., & Fitzpatrick, R. (2007). Development of the Oxford ankle foot questionnaire: finding out how children are affected by foot and ankle problems. *Child: Care, Health And Development*, 33 (5), 559-568.
- Morrison, S. C, Durward, B.R, Watt, G. F., & Donaldson, M. D. C. (2007). Anthropometric foot structure of peripubescent children with excessive body mass versus normal body mass. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 97, 366-370.
- Morrison, S. C., Durward, B. R., Watt, G. F., & Donaldson, M. D. C. (2008). The influence of body mass on the temporal parameters of peripubescent gait. *Gait & Posture*, 27, 719 – 721.
- Morrison, S. C., Durward, B. R., Watt, G. F., & Donaldson, M. D. C. (2009). The prediction of anthropometric foot characteristics in children. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 99 (6), 497 – 502.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S., & Hewstone, M. (1984). Social representations and social explanations: forms the naive to the amateur scientist. En M. Hewstonw (Eds), *Attribution Theory: social and functional extensions*, Oxford: Basil Blakwell.

- Mueller, M., & Maluf, K. (2002). Tissue adaptation to physical stress: a proposed Physical Stress Theory to guide physical therapist practice, education, and research. *Physical Therapy*, 82 (4), 383-403.
- Munuera, P. V. (2006). *Factores morfológicos en la etiología del hallux limitus y el hallux abductus valgus*. (Tesis doctoral), Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Munuera, P. V., Domínguez, G., Palomo, I. C., & Lafuente, G. (2006). Effects of rearfoot-controlling orthotic treatment on dorsiflexion of the hallux in feet with abnormal subtalar pronation: a preliminary report. *J Am Podiatr Med Assoc*, 96 (4), 283-289.
- Munuera, P. V., Dominguez, G., Polo, J., & Rebollo, J. (2006). Medial deviation of the first metatarsal in incipient hallux valgus deformity. *Foot Ankle Int.* 27(12), 1030-1035.
- Munuera, P. V., Polo, J., & Rebollo, J. (2008). Length of the first metatarsal and hallux in hallux valgus in the initial stage. *International Orthopaedics*. 32(4), 489 - 495.
- Munro, B., & Steele, J. (1998). Foot - care awareness. A survey of persons aged 65 years and older. *Journal Of The American Podiatric Medical Association*, 88 (5), 242-248.
- National Diabetes Surveillance System Hospitalizations for non-traumatic lower extremity amputations. (2004). Recuperado 21 de febrero, 2008, de <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/lea/table7->
- NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. (1996). Physical activity and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association*, 276 (3), 241-246.

- Nutbeam, D., & Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion.
- Nyska, M., McCabe, C., Linge, K., & Klenerman, L. (1996). Plantar foot pressures during treadmill walking with high-heel and low-heel shoes. *Foot & Ankle International / American Orthopaedic Foot And Ankle Society [And] Swiss Foot And Ankle Society*, 17(11), 662-666.
- Oblitas, L. A., & Becoña, E. (2008). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes Editores, S.A.
- O'Donnel, T. Salud y promoción de la salud. (2007). En W.A Turner, & M.A. Merriman (Eds). *Habilidades Clínicas para el tratamiento del pie*, (pp. 69 -88). Madrid: Elsevier.
- Oller, A. (2007). *La Fórmula metatarsal y su valor predictivo en los trastornos de la marcha*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Páez, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En D. Páez (Eds), *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*, (pp 297-317). Madrid: Fundamentos.
- Palisano, R. J., Tieman, B. L., Walter, S. D., Bartlett, D. J., Rosenbaum, P. L., Russell, D., & Hanna, S. E. (2003). Effect of environmental setting on mobility methods of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 113–120.
- Palomo I. C. (2007). Prevalencia del hallux abductus valgus en la mujer de edad fértil. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.

- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Pataky, Z., & Vischer, U. (2007). Diabetic foot disease in the elderly. *Diabetes & Metabolism*, 33 (1), 56-65.
- Peña, A., & Paco O. (2002). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 63(3). Recuperado 21 de febrero, 2008, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v63_n3/concepto_general_enfermedad.htm
- Perea, R. (2005). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz Santos.
- Pérez, M. C. (1999). *Epidemiología del pie plano en la población preescolar de Málaga*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga.
- Pérez, R. (2006). *Desigualdades en salud por clase social y Política Sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002)*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Pinzur, M., Shields, N. N., Goelitz, B., Slovenkai, M., Kaye, R., Ross, S. D., & Suri, M. (1999). American Orthopaedic Foot and Ankle Society shoe survey of diabetic patients. *Foot & Ankle International*, 20 (11), 703-707.
- Pita, S. (1996) Investigación: Elemento básicos en el diseño de un estudio. *Cad Aten Primaria*, 3, 83-85.
- Plonsky, M. (2004). *Psychology with style: A hypertext writing guide (Version 5)*. Recuperado 21 de febrero, 2008, de <http://www.uwsp.edu/psych/apa4b.htm>
- Polonsky, W. H. (2000). *Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore*. Alexandria, VA: American Diabetes Association.

- Ragnarson, G., & Apelqvist, J. (2000). Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Diabetes Complications*, 14, 235–241
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Ramos, J. (2007). *Detección Precoz y confirmación diagnóstica de alteraciones podológicas en la población escolar*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Ramos, J. (2007). Placebo effect and pain: brain bases. *Neurología*, 22 (2), 99-105.
- Raiter, A. (2002). Representaciones Sociales. En A. Raiter (Eds). *Representaciones Sociales*, (pp 11-30). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Reducing Foot Complications for People with Diabetes*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Reiber, G. E. (2001). Epidemiology of foot ulcers and amputations in the diabetic foot. En J.H. Bowker, & M.A. Pfeiffer (Eds). *The Diabetic Foot* (pp.13-32). St. Louis: Mosby.
- Reiber, G. E., Boyko, E. J., & Smith, D. G. (1995). Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes. In National Diabetes Data Group (Eds), *Diabetes in America* (pp. 409-428). Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases.

- Reis, J. (1992): Autonomia conceitual da pessoas nos processos de saúde e doença: desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*, 8, 137-169.
- Reis, J. (1998): *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Reyes-Gibby, C. C., Aday, L., & Cleelandm, C. (2002): Impact of pain on selfrated health on the community dwelling older adults. *Pain*, 95, 75-82.
- Ribeiro, J. (1998): *Psicologia e Saúde*. Lisboa, ISPA.
- Roddy, E., & Doherty, M. (2006). Changing life-styles and osteoarthritis: what is the evidence? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 20 (1), 81-97.
- Rodríguez, T., García, M. L. (2007). Representaciones Sociales. Teoría e Investigación. México: CUCSH-UDG.
- Rodríguez-Marín, J. (1999). La Psicología de la Salud en la España actual. En : Simón, M.A (Eds). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*, (pp. 177-216). Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
- Rodríguez-Marín, J., & Neipp, M. C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Root, M. L. (1982). *How was the Root Functional Orthotic Developed?* Perspectives in Podiatry. Los Angeles: Podiatry Arts Lab Inc.
- Root, M. L., Orien, W. P., Weed, J. H. (1977). *Normal and Abnormal Function of the Foot*. Los Angeles: Clinical Biomechanics Corporation.
- Rosenzweig, J. L. (2006). Diabetes y sistema sanitario: costes económicos y sociales. En: C.R. Kahn, G.C. Weir, G.L. King, A.M. Jacobson, A.C. Moses, &

- R.J. Smith (Eds.). *Joslin's Diabetes Mellitus* (PP. 778-792). Madrid: Adis Internacional Ediciones Médicas.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schumucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115, 152-162.
 - Russell, D. J., Avery, L. M., Rosenbaum, P. L., Raina, P. S., Walter, S. D. & Palisano, R. J. (2000). Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. *Physical Therapy*, 80, 873–885.
 - Sánchez, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.
 - Sawyer, P., Bodner, E., Ritchie, C., & Allman, R. (2006). Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*, 4, 316-324.
 - Schwartz, M. H., Viehweger, E., Stout, J., Novacheck, T. F., & Gage, J. R. (2004). Comprehensive treatment of ambulatory children with cerebral palsy: an outcome assessment. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 24, 45–53.
 - Sibbald, R.G., Orsted, H. L. (2000). Expert opinion to link the scientific literature to patient care. *Ostomy/wound management*, 46(11), 9.
 - Sigerist, H., & Aguirre, R. (1946). *Civilización y Enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Simon, G., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, 341, 1329-1335.

- Simón, M. A. (1992). *Comportamiento y salud*. Valencia: Promolibro.
- Simón, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
- Simón, M. A., & Amenedo, E. (2001). *Manual de Psicofisiología Clínica*. Madrid: Piramide.
- Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2005). Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. *Journal American Medical Association*. 293 (12), 217 - 228.
- Snoek, F., Weinger, K., & Van der Ven, N. (2002). Cognitive behaviour therapy: how to improve diabetes self-management. *Diabetes Voice*, 47 (3), 10-13.
- Spencer, S. (2000). *Pressure relieving interventions for preventing and treating diabetic foot ulcers*. Cochrane Database Syst Rev 3:CD002302.
- Spicker, S. F. (1987). An introduction to the medical epistemology of Georges Canguilhem: moving beyond Michel Foucault. *J Med Philos*, 12, 397-411.
- Spindler, G. (1993) La transmisión de la cultura. En H. Velasco., F.J. García., & A. Díaz. (Eds). *Lectura de antropología para educadores. El ámbito de la educación y de la etnografía escolar*, Madrid: Trotta.
- Spraul, G., & Koenning, G. (1994). A descriptive study of foot problems in children with juvenile rheumatoid arthritis (JRA). *Arthritis Care And Research: The Official Journal Of The Arthritis Health Professions Association*, 7 (3), 144-150.
- Stern, S. (1988) Ankle and foot pain. *Prim Care*, 15,809-826.
- Stroud, M., Thorn, B., Jensen, M., & Boothby, J. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84(2-3), 347-352.

- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology, 23*(2), 119-125.
- Taylor, S. (1990). *Health Psychology: the science and the field. American Psychologist, 45*, 40-50.
- Teixeira, E. R. (2003). A doença do sangue doce: representações sociais em saúde. En C. Loyola, & R.M.P. Oliveira (Eds). *Organizadores. Índícios marginais: imaginário coletivo na saúde*. (pp. 46-76). Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Teixeira, E. R., & Figueiredo, N. M. A. (2001). *O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem*. Rio de Janeiro: UFF.
- Touceda, S., Pérez, S., Barreiro, S., Puñal, M., Vázquez, R., & López, D. (2010). Incidencia de pie diabético en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de La Coruña. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas, 4* (2), 9-19.
- Tugwell, P., Shea, B., Boers, M., Brooks, P., Simon, L., Strand, V., & Wells, G. (2004). *Evidence-based Rheumatology*. London: BMJ books.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 70*(3), 678-690.
- Turner, J., Jensen, M., & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*.
- Turner, W. A., & Merriman, L. M. (2007). Principios terapéuticos fundamentales. En W.A.Turner, & L.M. Merriman (Eds). *Habilidades Clínicas para el tratamiento del pie*. (pp 1-14). Madrid : Elsevier.

- Urien, T. (2007). *Podología: Historia Antigua y Moderna*. Madrid: Vision net.
- Uroz, V. (2008). *Influencia de la cirugía percutánea en hallux valgus sobre las presiones plantares en dinámica*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Valk, G. D., Kriegsman, D. M. W., & Assendelft, W. J. J. (2002). Patient education for preventing diabetic foot ulceration: A systematic review. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America*, 31 (3), 633-658.
- Vanderah, T. (2007). Pathophysiology of pain. *The Medical Clinics Of North America*, 91(1), 1-12.
- Vandier, J. (1952). *Manuel d'archaeologie égyptienne*. Paris: Picard.
- Vázquez, M. T. (2000). *Desarrollo de la articulación subastragalina ("Articulatio subtalaris") en embriones y fetos humanos*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Verleysen, J. (1977). *Compendio de Podología*. Madrid: Paraninfo.
- Victoria, C.R., & Martínez, E. (1997). Factores psicosociales y salud. Reflexiones necesarias para su investigación en nuestro país. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13 (6), 572-76.
- Vileikyte, L., & González, J. S. (2008). Aspectos Psicosociales de las Complicaciones del Pie Diabético. En M.E. Levin L.W. & O'Neal (Eds). *El Pie Diabético*. (pp.589 - 598). Barcelona: Elsevier.
- Wainwright, A. M., Auld, T., Benson, M. K. & Theologis, T. N. (2002). The classification of congenital talipes equinovarus. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 84, 1020–1024.
- Watson, J.B. (1924). *Behaviorism*. Nueva York: W.W. Norton.

- Waxman, R., Woodburn, H., Powell, M., Woodburn, J., Blackburn, S., & Helliwell, P. (2003). FOOTSTEP: a randomized controlled trial investigating the clinical and cost effectiveness of a patient self-management program for basic foot care in the elderly. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 56 (11), 1092-1099.
- Wernick, J. (2001). The change in orthotic making techniques with the development of current biomechanical theories. *Clin Pod Med Surg*, 18, 719-723.
- Whitehead, M. (1990). Conceptos y principios de igualdad y salud. En Programa de políticas de salud y Planificación, OMS. Copenhague: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Wikblad, K. F. (1991). Patient perspectives of diabetes care and education, *Journal of Advanced Nursing*, 16 (7), 837–844.
- Wild, S., Roglic, C., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047-1053.
- Wise, E., Price, D., Myers, C., Heft, M., & Robinson, M. (2002). Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*, 96 (3), 335-342.
- World Health Organisation. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2004). *International Classification of Functioning, Disability and Health: Version for Children and Youth*. WHO, Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2004). *Preventing Chronic disease – a vital investment*. WHO, Geneva, Switzerland.

- World Health Organisation. (2005). *Preventing chronic disease – a vital investmentent*. WHO, Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2006). *Diseases Conditions*. WHO, Geneva, Switzerland.
- Wreszinski, W. (1913). *Der Papyrus Ebers*. Leipzig.
- Wrobel, J. S., Connolly, J. E., Beach, & M. L. (2004). Associations between static and functional measures of joint function in the foot and ankle. *JAPMA*, 94, 535.
- Wu, S. C., Driver, V. R., Wrobel, J. S., & Armstrong, D. G. (2007). Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vasc Health Risk Manag*, 3(1), 65-76.
- Yamakawa, M., & Makimoto, K. (2008). Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: an exploratory qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45 (7), 1032-41.

11. ANEXO



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

NÚM. DE CUESTIONARIO.....

--	--	--	--

La Universidad de A Coruña está realizando una investigación sobre la situación de Galicia en cuanto a patologías derivadas de problemas con los pies, para la que solicitamos su colaboración. Los datos serán analizados colectivamente, por lo que garantizamos su anonimato, que queda protegido por la ley.

1) Indique con una "X" el número aproximado de horas semanales que camina.

1.1 No dedica tiempo a caminar	1
1.2 De 1 a 10	2
1.3 De 11 a 20	3
1.4 De 21 a 30	4
1.5 De 31 a 40	5
1.6 Más de 40h	6

2) Indique con una "X" el número aproximado de horas semanales que permanece de pie.

2.1 Apenas permanece de pie (<1h)	1
2.2 De 1 a 10	2
2.3 De 11 a 20	3
2.4 De 21 a 30	4
2.5 De 31 a 40	5
2.6 Más de 40h	6

3) Indique con una "X" el número de horas que realiza ejercicio físico a la semana.

3.1 No hace ejercicio	1
3.2 De 1 a 10	2
3.3 De 11 a 20	3
3.4 De 21 a 30	4
3.5 De 31 a 40	5
3.6 Más de 40h	6

4) Indique con una "X" el tipo de actividad/es complementaria/s que realiza habitualmente:

	Nada	Algo	Poco	Bast.	Mucho
4.1. Bailar	1	2	3	4	5
4.2. Ejercicio Físico	1	2	3	4	5
4.3. Escuchar Música	1	2	3	4	5
4.4. Leer	1	2	3	4	5
4.5. Pasear	1	2	3	4	5
4.6. Utilizar Internet	1	2	3	4	5
4.7. Ver la TV, DVD, Videos	1	2	3	4	5
4.8. Otros ¿Cuál/es?	1	2	3	4	5

5) ¿Es fumador/a?

Fumador	1
No fumador	2

6) Fumador habitual de:

	1-10 (día)	11-20 (día)	20-30 (día)	30-40 (día)	+ 40 (día)
6.1. Cigarrillos	1	2	3	4	5
6.2. Cigarros puros, habanos	1	2	3	4	5
6.3. Tabaco de liar	1	2	3	4	5
6.4. Hachis / Marihuana	1	2	3	4	5
6.5. Otras sustancias ¿Cuál/es?	1	2	3	4	5

7) Si ingiere alcohol, indique el número de copas que toma a la semana.

7.1 Consume bebidas alcohólicas	1
7.2 No consume bebidas alcohólicas	2

8) Consumidor de:

	1-10	11-20	20-30	30-40	Más de 40
8.1. Vino	1	2	3	4	5
8.2. Cerveza	1	2	3	4	5
8.3. Combinados (gin-tonic, cuba-libre, etc.)	1	2	3	4	5
8.4. Licores (chupitos, aguardientes, whisky, etc.)	1	2	3	4	5
8.5. Otras bebidas ¿Cuál/es?	1	2	3	4	5

9) Si toma café o té, indique el número de cafés que ingiere a la semana-

	1-10	11-20	20-30	30-40	+ 40
9.1 Café o té	1	2	3	4	5
9.2 Otras infusiones	1	2	3	4	5

10) Si realiza algún tipo de dieta, indique de que tipo

--

11) ¿Qué importancia le merece la salud de sus pies? Asigne un "1" si no le parece importante hasta un máximo de "5" si lo considera muy importante.

Nada Importante	1	2	3	4	5	Muy Importante
-----------------	---	---	---	---	---	----------------

12) ¿Qué tipo de prevención realiza para no presentar problemas en los pies?

	Nunca	Alg. vez	Pocas veces	Bast. veces	Muchas veces
12.1 Ir al podólogo	1	2	3	4	5
12.2 Autotratamiento	1	2	3	4	5
12.3 Calzado	1	2	3	4	5
12.4 Higiene	1	2	3	4	5
12.5 Hidratación	1	2	3	4	5
12.6 Secado exhaustivo	1	2	3	4	5
12.7 Otros ¿Cuál/es?	1	2	3	4	5

13) Si tuviera alguna enfermedad en el pie, ¿A dónde acudiría?

	Nunca	Alg. vez	Pocas veces	Bast. veces	Muchas veces
13.1 Curandero	1	2	3	4	5
13.2 Farmacéutico	1	2	3	4	5
13.3 Médico Especialista	1	2	3	4	5
13.4 Médico de familia	1	2	3	4	5
13.5 Podólogo	1	2	3	4	5
13.6 Hospital	1	2	3	4	5
13.7 Otro ¿Cuál?	1	2	3	4	5

14) ¿Qué tipo de enfermedad/es ha tenido en el pie?

--

15) Indique con una "X" si conoce a personas que tienen patologías en los pies que no están o no han estado sometido a tratamiento especializado.

15.1 Si	
15.2 No	

16) ¿A qué atribuye la aparición de enfermedades en el pie?

	Nada	Algo	Poco	Bast.	Mucho
16.1 Calzado	1	2	3	4	5
16.2 Deporte	1	2	3	4	5
16.3 Enfermedad coadyuvante	1	2	3	4	5
16.4 Proceso Infeccioso	1	2	3	4	5
16.5 Sobre peso	1	2	3	4	5
16.6 Traumatismo	1	2	3	4	5
16.7 Trabajo	1	2	3	4	5
16.8 Otro ¿Cuál?	1	2	3	4	5

17) ¿Qué importancia le merece la figura del podólogo como especialista en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies?

Nada	1	2	3	4	5	Muy
Importante						Importante

18) ¿Ha acudido alguna vez al podólogo?

Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

19) ¿Cuál es el motivo por el cual acudiría a un podólogo?

19.1 Dolor	1
19.2 Estética	2
19.3 Falta de Movilidad	3
19.4 Pérdida de Sensibilidad	4
19.5 Prevención	5
19.6 Recomendación especializada	6
19.7 Recomendación familiar	7
19.8 Otro ¿Cuál?	8

20) Le parece importante que el podólogo forme parte del cuadro de especialidades del sistema sanitario de salud. Asigne un "1" si no le parece importante hasta un máximo de "5" si lo considera muy importante.

Nada	1	2	3	4	5	Muy
Importante						Importante

INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA:

21) Sexo: Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2

22) Edad: Años

23) Indique su peso aproximado en Kilogramos.

----------------------	----------------------	----------------------

24) Indique su estatura aproximada centímetros.

----------------------	----------------------	----------------------

25) ¿Cuál es su actividad profesional?

Trabajador por cuenta propia	
Miembros cooperativa o propietarios agrícolas sin empleados	1
Agricultor con 1 a 5 empleados	2
Agricultor con 6 ó más empleados	3
Comerciante sin empleados	4
Empresarios / Comerciantes con 1 a 5 empleados	5
Empresarios / Comerciantes con 6 ó más empleados	6
Profesional liberal (con despacho, médico, abogado, arquitecto, artista, deportista, etc.)	7
Trabajador manual / autónomo (artesano, albañil, taxista, fontanero, electricista, etc.)	8
Trabajador por cuenta ajena	
Directores de empresas de más de 25 empleados	9
Directores de empresas de menos de 25 empleados	10
Mando superior, empleados a nivel superior de empresa o administración pública (abogados, economistas, ingenieros, etc.), y oficiales del ejército	11
Mandos intermedios, empleados a nivel medio de empresas o administración pública y oficiales del ejército	12
Capataces, encargados, suboficiales del ejército	13
Agentes comerciales, representantes	14
Administrativos (contable, telefonista, trabajo de oficina, etc.)	15
Obreros especializados (carpintero, mecánico, conductor, panadero, etc., guardia civil y policía)	16
Vendedores, dependientes	17
Obreros no especializados (peones, servicio doméstico) y empleados subalternos (conserjes, bedeles, etc.)	18
Otros trabajadores no cualificados y jornaleros del campo	19
Resto (jubilados, pensionistas, amas de casa, parados, etc.)	20

26) Por favor, ¿podría decirme cuál es su nivel de estudios?

26.1 Primarios incompletos	1
26.2 Primarios (hasta los 14-16 años – EGB – ESO)	2
26.3 Secundarios (hasta 18 años – BACHILLER – COU – FPI)	3
26.4 3º Grado – Medios (Diplomado carrera 3 años – FPII)	4
26.5 Superiores (Licenciados carrera 5 años)	5

27) En la actualidad, está usted...

27.1 Soltero/a	1
27.2 Separado/a – Divorciado/a	2
27.3 Viudo/a	3
27.4 Viviendo en pareja	4
27.5 Casado/a	5

28) ¿Tiene Vd. alguna enfermedad específica a nivel del pie?

Si	1	No	2
----	---	----	---

29) ¿Tiene Vd. alguna enfermedad a nivel general?

Si	1	No	2
----	---	----	---

30) A continuación le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Indiferente; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo.

30.1. Los dolores y disfunciones que surgen en los pies deberían tratarse con rapidez nada más surjan.	1 2 3 4 5
30.2. La podología es una profesión que me da cada vez más confianza en mí mismo/a.	1 2 3 4 5
30.3. Los podólogos son facultativos realizan un diagnóstico preciso de los problemas con los pies de la gente.	1 2 3 4 5
30.4. La gente exagera con que debemos vigilar tanto nuestra salud, en relación a las patologías del pie.	1 2 3 4 5
30.5. Me satisface enormemente mantener la salud de mis pies bajo control podológico.	1 2 3 4 5
30.6. Me da una rabia tremenda cada vez que veo a alguien con problemas en los pies no tratados.	1 2 3 4 5
30.7. Desde que acudo al podólogo me siento mucho mejor en mi vida diaria.	1 2 3 4 5
30.8. Me siento fatal cuando tengo que acudir al podólogo.	1 2 3 4 5

31) A continuación le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Indiferente; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo.

31.1. Acudo a una revisión podológica con frecuencia anual o semestral.	1 2 3 4 5
31.2. Utilizo los productos específicos para el tratamiento de mis pies, que me prescribe el podólogo.	1 2 3 4 5
31.3. Realizo ejercicios de autocuidado para cuidar mi salud en los pies todas las semanas.	1 2 3 4 5
31.4. Utilizo un calzado apropiado a las necesidades reales de mi pie.	1 2 3 4 5
31.5. Procuro no caminar descalzo.	1 2 3 4 5
31.6. Acudo a centros de belleza para cuidar mis pies.	1 2 3 4 5

32) A continuación le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Indiferente; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo.

32.1. Mi familia piensa que debería de mejorar mis costumbres y cuidarme los pies acudiendo al podólogo, si es necesario.	1 2 3 4 5
32.2. Mis amigos creen que es positivo el hecho de utilizar terapias adecuadas para el tratamiento de los pies.	1 2 3 4 5
32.3. La gente que yo valoro cree que es positivo que yo acuda al podólogo y realice ejercicios de autocuidado.	1 2 3 4 5
32.4. Mi pareja ve adecuado que cuide la salud de mis pies.	1 2 3 4 5

33) A continuación le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Indiferente; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo.

33.1. A partir del próximo mes, comenzaré a acudir a revisión podológica.	1 2 3 4 5
33.2. A partir del próximo mes comenzaré a hacer ejercicio con más frecuencia.	1 2 3 4 5
33.3. A partir de ahora, utilizaré calzado específico.	1 2 3 4 5
33.4. A partir de ahora, utilizaré productos adecuados para el cuidado de mis pies.	1 2 3 4 5

34) A continuación le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

1=Totalmente imposible; 2=Imposible; 3=Indiferente; 4=Posible; 5=Totalmente posible.

34.1. Para mí pasear a diario resulta beneficioso para mi salud en general y para la de mis pies en particular.	1 2 3 4 5
34.2. En qué grado cree vd. que puede llegar a cuidar de sus pies por sí solo.	1 2 3 4 5
34.3. Para mí utilizar el calzado adecuado a la morfología de mi pie resulta beneficioso.	1 2 3 4 5
34.4. Acudo al podólogo a revisiones porque resulta beneficioso para el cuidado de los pies.	1 2 3 4 5

Muchas gracias por su colaboración