

## Actitud y conocimiento sobre la salud del pie: una visión española

Daniel López-López<sup>1</sup>  
Ricardo García-Mira<sup>2</sup>  
Patricia Palomo-López<sup>3</sup>  
Rubén Sánchez-Gómez<sup>4</sup>  
José Ramos-Galván<sup>5</sup>  
Natalia Tovaruela-Carrión<sup>6</sup>  
Matilde García-Sánchez<sup>7</sup>

Objetivo: explorar las actitudes relacionadas con datos autoinformados sobre las creencias de la salud del pie desde una perspectiva actitudinal. Método: una muestra de 282 participantes edad media  $39.46 \pm 16.026$  acudieron a un centro de salud donde se registraron datos autoinformados de las características demográficas, características clínicas y creencias relacionadas con la salud del pie, completándose todas las etapas del proceso de investigación. Resultados: los resultados del análisis revelaron una estructura factorial de 8 factores basado en (1) conductas podológicas, (2) la intención de llevar a cabo una conducta de protección, (3) las creencias actitudinales, (4) las creencias normativas, (5) las necesidades, (6) la apatía, (7) el autocuidado, y (8) la percepción general de salud podal. Todos ellos explicaron un 62,78% de la varianza, y fueron considerados como variables independientes en una ecuación de regresión para determinar cuáles de ellos explicaban mejor la importancia atribuida a la salud del pie. Conclusiones: los participantes en el estudio revelaron una actitud positiva en relación al cuidado de la salud del pie y al comportamiento responsable.

Descriptores: Pie; Podiatría; Percepción.

<sup>1</sup> PhD, Profesor Asistente, Facultade de Enfarmaría e Podoloxía, Universidade da Coruña, Ferrol, España.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Ciencias da Educación, Universidade da Coruña, A Coruña, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asistente, Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extermadura, Plasencia, España.





<sup>4</sup> PhD, Profesor Asistente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Asistente, Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

<sup>7</sup> PhD, Profesor Titular, Facultade de Enfarmaría e Podoloxía, Universidade da Coruña, Ferrol, España.

### Cómo citar este artículo

López-López D, García-Mira R, Palomo-López P, Sánchez-Gómez R, Ramos-Galván J, Tovaruela-Carrión N, et al. Attitude and knowledge about foot health: a spanish view. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2855. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1643.2855>. mes día año

URL

## Introducción

El incremento de la esperanza de vida y la alta prevalencia de problemas en los pies relacionada con la obesidad, diabetes, la práctica deportiva, las alteraciones vasculares, los traumatismos y el estilo de vida sedentario<sup>(1)</sup> para los cuales no existe una curación total y donde el objetivo es reducir o eliminar los síntomas, evitar las complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, donde las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, esperanza de vida) son insuficientes para proporcionar una evaluación completa y efectiva para el tratamiento de las enfermedades de los pies.

Además, estos problemas afectan actualmente entre un 71 y 93% de la población general y son causa frecuente de atención médica del cuidado de los pies<sup>(2)</sup> ya que se ha demostrado que no son enfermedades menores o banales ya que influyen negativamente en la capacidad funcional y en la calidad de vida de estos pacientes<sup>(3-5)</sup>. Estos problemas tienen un origen multifactorial y la alta incidencia está relacionada con la dificultad para calzarse, dolor, alteraciones de la marcha, reducción de la velocidad al caminar, variación de las presiones plantares, riesgo de caídas<sup>(6-8)</sup>. Las patologías más frecuentes son los dedos en garra, hallux valgus, dedos martillo, dedos supraductus, hallux extensus, pies planos, neuroma de morton, juanete de sastre, fascitis plantar y pies cavos<sup>(2,9)</sup>.

Por lo tanto, las preguntas de investigación abordadas se refieren a los siguientes aspectos: ¿qué actitudes y factores influyen en la percepción de las personas sobre las enfermedades del pie y el profesional de la salud que las trata? ¿Cuáles son los métodos más adecuados para aumentar nuestro conocimiento de los aspectos actitudinales?

Para intentar dar respuesta a estas preguntas se definió como objetivo general de investigación evaluar las representaciones sociales de la salud del pie y los aspectos podológicos y psicológicos involucrados en el análisis del comportamiento humano.

Así, podremos percibir si el motivo principal está relacionado con el impacto negativo de las enfermedades del pie sobre la capacidad funcional y la calidad de vida<sup>(10)</sup> y, a este respecto, la principal herramienta para el análisis de la investigación en salud, como un método fiable de medición de los resultados y la generación de evidencia clínica, es la construcción de cuestionarios sobre una base científica<sup>(11)</sup>.

La importancia de un estudio de este tipo radica en la posibilidad de analizar comportamientos particulares y nuestro conocimiento del contexto psicosocial, ya que potencialmente pueden generar un riesgo de padecer patologías del pie.

Esto tendrá una influencia positiva en la respuesta de los pacientes y en la adherencia al tratamiento, caracterizado por la introducción de una variedad de

actividades que las personas lleven a cabo en su vida cotidiana y la importancia atribuida a la enfermedad en general, importancia que también atribuirán a sus causas<sup>(12)</sup>. Todo esto tiene un efecto en el tipo de conductas preventivas que acompañan a un tratamiento o disminuyen la posibilidad de ser afectados por una patología del pie o tobillo<sup>(13)</sup>.

En este sentido, el presente estudio analiza las creencias relacionadas con la salud del pie, desde un punto de vista conductual y actitudinal, debido a la falta de conocimiento de los criterios que las personas toman en cuenta al evaluar la gravedad de todo lo que afecta a la salud del pie.

## Método

### Diseño y muestra

El estudio se completó en 12 meses, de enero de 2014 a enero de 2015. El estudio se llevó a cabo entre personas que acudieron a la Clínica Universitaria de Podología que ofrece tratamiento de enfermedades y trastornos del pie en la Universidade da Coruña, en la ciudad de Ferrol (España).

Fue un estudio de tipo transversal. Se utilizó un método de muestreo consecutivo para seleccionar a los participantes del estudio. Los criterios de inclusión eran tener menos de 65 años y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión era presentar antecedentes de enfermedad psiquiátrica mayor, demencia, trastornos neurológicos, inmunocomprometidos, trauma y antecedentes de cirugía de pie y que se negaran a firmar el formulario de consentimiento o fueran incapaces de comprender las instrucciones necesarias para llevar a cabo el presente estudio.

### Procedimiento

Los pacientes fueron entrevistados sobre la salud general, las características demográficas (edad, sexo, estado civil, ingresos, educación). Un solo examinador entrenado realizó un examen clínico estandarizado en todos los participantes donde se midió la altura, peso con el participante descalzo y ropa ligera y el índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de la altura (m) y el peso (kg<sup>2</sup>), aplicando la ecuación de Quetelet  $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ <sup>(14)</sup>.

En segundo lugar, se registro a través de datos autoinformados la actitud de los pacientes acerca de las creencias relacionadas con la salud del pie desde una perspectiva conductual y actitudinal utilizando un cuestionario ad hoc para recoger datos precisos sobre el perfil del sujeto en general junto con una serie de características específicas que lo definen. También se recogieron datos sobre las actitudes y comportamientos relacionados con el estilo de vida, los hábitos cotidianos, la evaluación de la relevancia subjetiva, los

comportamientos preventivos y la percepción social de la podología, siendo ese factor importante para mantener la salud del pie y de relevancia al determinar que aspectos específicos se relacionan de manera particular con el bienestar.

Se aplicó un cuestionario que incluyó un conjunto de ítems que midieron las variables mencionadas en dos tipos de escala: 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 las personas a la salud de los pies en general, así como a los podólogos y su situación dentro del sistema de salud en particular, se muestran en la Figura 1.

La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ético de la Universidade da Coruña (España) con número de expediente CE 04/2014.

*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.*

NÚM. DE CUESTIONARIO.....

#### INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA:

1) Sexo: Hombre  1 Mujer  2

2) Edad:   Años

3. Indique su peso aproximado en Kilogramos.

4. Indique su estatura aproximada centímetros.

5. Por favor, ¿podría decirme cuál es su nivel de estudios?

Primarios incompletos	1
Primarios (hasta los 14-16 años – EGB – ESO)	2
Secundarios (hasta los 18 años – BACHILLER – COU – FPI)	3
3º Grado – Medios (Diplomado carrera 3 años – FPII)	4
Superiores (Licenciados carrera 5 años)	5

6) En la actualidad, está usted...

Soltero/a	1
Separado/a – Divorciado/a	2
Viudo/a	3
Viviendo en pareja	4
Casado/a	5

7) 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.

7.1. A partir del próximo mes, comenzaré a acudir a revisión podológica	1 2 3 4 5
7.2. A partir del próximo mes comenzaré a hacer ejercicio con más frecuencia.	1 2 3 4 5
7.3. A partir de ahora, utilizaré calzado específico	1 2 3 4 5
7.4. A partir de ahora, utilizaré productos adecuados para el cuidado de mis pies.	1 2 3 4 5

8) 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.

8.1. Los dolores y disfunciones que surgen en los pies deberían tratarse con rapidez nada más surjan.	1 2 3 4 5
8.2. La podología es una profesión que me da cada vez más confianza en mí mismo/a.	1 2 3 4 5
8.3. Los podólogos son facultativos realizan un diagnóstico preciso de los problemas con los pies de la gente.	1 2 3 4 5
8.4. La gente exagera con que debemos vigilar tanto nuestra salud, en relación a las patologías del pie.	1 2 3 4 5
8.5. Me satisface enormemente mantener la salud de mis pies bajo control podológico.	1 2 3 4 5
8.6. Me da una rabia tremenda cada vez que veo a alguien con problemas en los pies no tratados.	1 2 3 4 5
8.7. Desde que acudo al podólogo me siento mucho mejor en mi vida diaria.	1 2 3 4 5
8.8. Me siento fatal cuando tengo que acudir al podólogo.	1 2 3 4 5

9) 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.

9.1. Acudo a una revisión podológica con frecuencia anual o semestral.	1 2 3 4 5
9.2. Utilizo los productos específicos para el tratamiento de mis pies, que me prescribe el podólogo.	1 2 3 4 5
9.3. Realizo ejercicios de autocuidado para cuidar mi salud en los pies todas las semanas.	1 2 3 4 5
9.4. Utilizo un calzado apropiado a las necesidades reales de mi pie.	1 2 3 4 5
9.5. Procuo no caminar descalzo.	1 2 3 4 5
9.6. Acudo a centros de belleza para cuidar mis pies.	1 2 3 4 5

10) 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.

10.1. Mi familia piensa que debería de mejorar mis costumbres y cuidarme los pies acudiendo al podólogo, si es necesario.	1 2 3 4 5
10.2. Mis amigos creen que es positivo el hecho de utilizar terapias adecuadas para el tratamiento de los pies.	1 2 3 4 5
10.3. La gente que yo valoro cree que es positivo que yo acuda al podólogo y realice ejercicios de autocuidado.	1 2 3 4 5
10.4. Mi pareja ve adecuado que cuide la salud de mis pies.	1 2 3 4 5

11) 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.

11.1. 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
11.2. En qué grado cree vd. que puede llegar a cuidar de sus pies por sí solo.	1 2 3 4 5
11.3. Para mí utilizar el calzado adecuado a la morfología de mi pie resulta beneficioso.	1 2 3 4 5
11.4. Acudo al podólogo a revisiones porque resulta beneficioso para el cuidado de los pies.	1 2 3 4 5

\*\*\*Muchas gracias por su colaboración\*\*

Figura 1 – Cuestionario Ad hoc. A Coruña, España Spain, 2014

## Análisis estadístico

### Tamaño muestral

La muestra fue calculada utilizando el software estadístico del Grupo de Investigación de Bioestadística y Epidemiología Clínica de la Universidade da Coruña <sup>(15)</sup>. El tamaño muestral para una hipótesis bilateral, un riesgo alfa del 5% y un poder estadístico del 80%, y un error beta del 20%, fue de al menos 282 casos.

Se calcularon los análisis descriptivos, incluyendo el cálculo de las medias, la desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas: edad, peso, talla e IMC. También se realizó un análisis factorial de componentes principales para obtener una estructura factorial que permita explorar y determinar las dimensiones que caracterizan el modelo perceptivo de la podología y la salud del pie desde el punto de vista de las creencias actitudinales, normativas, intencionales y conductuales, desde la perspectiva de la teoría de acción planificada.

La etapa final consistió en realizar un análisis de regresión lineal múltiple, utilizando el método escalonado, tomando los distintos factores como

variables independientes y la "importancia atribuida a la salud del pie" como variable dependiente. El propósito de este trabajo fue determinar qué factores contribuyeron más a la evaluación de la importancia atribuida, y se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 16), para el análisis descriptivo y estadístico, con nivel de significación inferior al 5%.

### Resultados

Un total de 282 personas completaron todas las etapas del proceso de investigación, de las cuales 80 eran hombres (28,4%) y 202 mujeres (71,6%). Las edades oscilaron entre 12 y 90 años, siendo la edad media de  $39,46 \pm 16,026$  años,  $66,28 \pm 12,126$  de peso,  $166,4 \pm 7,846$ cm de altura,  $IMC = 23,94 \pm 4,51$  kg/m<sup>2</sup>, que han cursado estudios de diplomatura, casados y actualmente trabajando.

El análisis factorial generado por el método de los componentes principales con rotación de Varimax, basado en los 26 ítems obtenidos de la muestra, reveló la existencia de 8 factores que explican el 62,8% de la varianza (Tabla 1).

Tabla 1 - Matriz de Componentes rotados relacionados con la percepción podológica. A Coruña, España, 2014

	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 especialistas 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

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 2).

Tabla 2 - Varianza total explicada. Método de extracción: Análisis de Componentes principales. A Coruña, España, 2014

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	1,078	4,145	58,782
(8) Percepción de la salud relaciona con la deambulaci3n	1,038	3,994	62,776

Teniendo en cuenta los valores altos de la comunalidad (o proporci3n de la varianza explicada por los factores) consideraremos los 8 ítems en los análisis posteriores.

1) Conductas podológicas: el primer factor (23,3 % de la varianza) agrupa muy bien aquellos ítems relacionados con la prevenci3n podológica y el bienestar en general y del pie en particular, siendo condiciones de gran relevancia para la adquisici3n de conocimientos y el desarrollo de confianza y competencia necesarias para el mantenimiento de la misma. Por lo tanto nos referimos a este factor como "conductas podológicas".

2) Intenci3n 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 participaci3n del paciente en el autocuidado de sus pies.

3) Creencias normativas: el tercer factor (7,05% de la varianza) agrupa a los ítems relacionados con el contexto psicosocial, esto genera una respuesta positiva a la intervenci3n terapéutica. De ahí la necesidad de estudiar el contexto individual, ya que la consideraci3n de la enfermedad, y la consideraci3n personal, en general, de sus causas influye en el tipo de conductas preventivas que acompañan a un tratamiento o reducen la posibilidad de sufrir una patologí3a del pie

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 imponen a su estilo de vida. Los

pacientes que piensan que est3n sanos ocultan su comportamiento real para evitar una respuesta negativa de su médico, lo que les permite hacer lo que quieran. Los pacientes que siguen las directrices establecidas est3n satisfechos con su salud y tienen una comunicaci3n más fluida con los profesionales de la salud.

5) Necesidades reales: el quinto factor (5,02% de la varianza) busca de forma explícita cambios en la modificaci3n de conducta y una potenciación de la misma. El uso del calzado ha adquirido una dimensi3n protectora y facilita el movimiento a pie en la cultura occidental, aunque a veces el uso inadecuado est3 directamente relacionada con caídas, alteraciones de la marcha y aparici3n o empeoramiento de las patologías de los pies.

6) Apatía podológica: el sexto factor (4,59% de la varianza) constituye 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. Así, los pacientes que piensan que est3n bien ocultan su comportamiento real para evitar una respuesta negativa de su médico, lo que les permite hacer lo que deseen.

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 participaci3n del paciente en el cuidado de los pies.

Además, el autocuidado asegura la adquisici3n de confianza y permite una mayor participaci3n en la gesti3n del riesgo de la salud de los pies y la búsqueda de cambios en los comportamientos individuales de

promoción de la salud, permitiendo a ciertos grupos de población, como niños, diabéticos y ancianos obtener un mayor beneficio.

8) Percepción de la salud relacionada con la deambulaci3n: el octavo factor (3,99% de la varianza) relacionado con el control para la salud, como resultado de varios estudios que han demostrado que cuando la actividad f3sica forma parte del trabajo y de las actividades recreativas es beneficiosa para la salud, mejorando o manteniendo la aptitud f3sica. Este factor puede ayudar a prevenir patolog3as cardiovasculares y contribuir a una disminuci3n de la mortalidad.

An3lisis de la importancia atribuida a la salud del pie se determina por medio de la an3lisis de regresi3n m3ltiple que permiti3 obtener informaci3n acerca de los factores que contribuyeron en mayor grado a esta determinaci3n de la importancia en lo sujetos.

As3, considerando como variables independientes los 8 factores extra3dos por el an3lisis factorial, y como variable dependiente la importancia atribuida por los entrevistados a la salud de los pies, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 3).

Los factores que contribuyeron a la atribuci3n de importancia a la salud de los pies fueron los factores

que entraron en la ecuaci3n de regresi3n, es decir, los factores 1, 2, 4, 5 y 8, que explicaron todos ellos un 16,1% de la varianza.

El Factor 1, "Conductas podol3gicas", contribuy3 a la explicaci3n de la importancia otorgada a la salud de los pies, con un 7,9% de la varianza. A continuaci3n, se le uni3 el Factor 4, "Creencias actitudinales" (subiendo a un 12,4%), el Factor 8, "Percepci3n 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 (Figura 2).

Estos resultados se3alan como hecho m3s notorio que la atribuci3n de importancia a la salud podal viene determinada por la fuerza que ejercen: la conducta sobre la valoraci3n que hacen los sujetos; las creencias actitudinales, as3 como la percepci3n o vinculaci3n a la deambulaci3n relacionada con la salud, 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 todo ello amplia informaci3n relacionada con las conductas preventivas o terap3uticas que conducen a la sanaci3n y a la mejora de la calidad de vida.

Tabla 3 – Importancia atribuida a la salud del pie. A Coru3a, Espa3a, 2014

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado	Error t3p. de	Sig. del	Estadísticos de cambio			
						Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
F1_Cond.podol3g.	,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_Intenci3n de cond.	,420(e)	,176	,161	,786	,013	4,475	1	276	,035

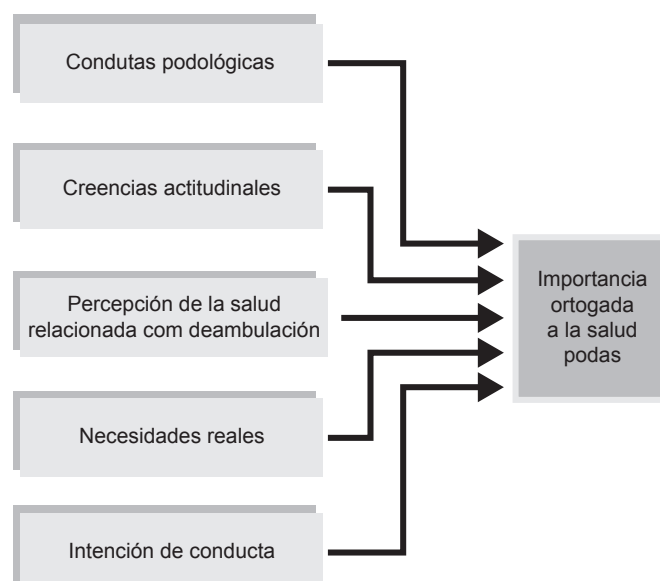


Figura 2 – Importancia atribuida a la salud del pie. A Coru3a, ES, 2014

## Discusión

Los sujetos dan respuesta a 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 a la atribución de la importancia a la salud podal está determinada por la influencia que ejerce no sólo la conducta sobre la valoración que hacen los sujetos, sino también las creencias actitudinales, la percepción de la salud asociada a la deambulación, las necesidades reales y la intención de llevar a cabo conductas de protección del mismo<sup>(16-18)</sup>.

De este modo la percepción de la enfermedad ligada a la salud del pie confiere confianza y seguridad para alcanzar una vida sana y alejada situaciones de dependencia, siendo la deambulación un hábito de vital importancia para mantenimiento de condición física y evitar el deterioro tanto físico como cognitivo<sup>(19-21)</sup>.

En este sentido, la dimensión actitudinal y normativa ocupan un papel relevante en la interpretación del comportamiento humano hacia la salud podal<sup>(22)</sup>. Los participantes muestran la existencia de necesidades reales de acudir al podólogo y de la demanda de un control podológico por parte del mismo, porque permite adquirir seguridad y confianza para mantener la salud del pie a nivel particular y contribuir a la mejora de las enfermedades de base de la salud en general y de esta manera alcanzar una vida sana y alejada situaciones de dependencia. Por lo tanto los chequeos periódicos se convierten en la conducta preventiva que genera más confianza y con la que están más de acuerdo, mostrando los participantes una actitud positiva relacionada con el cuidado de la salud del pie y el comportamiento responsable<sup>(23)</sup>.

Esta actitud positiva está influida 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 con la gestión del riesgo de la salud del pie<sup>(24)</sup>.

De este modo, podemos 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.

## Conclusiones

El presente estudio reveló que las actitudes y creencias de la gente acerca de la salud del pie están relacionados con la existencia de necesidades reales para visitar a un podólogo y la demanda de este tipo de

profesionales de la salud del pie para controlar la salud del pie. Estos resultados muestran la existencia de una actitud social positiva en relación con la podología y la conducta podológica que aumenta la autoconfianza y la confianza necesarias para mantener la salud individual de los pies y contribuir a la mejora de las enfermedades subyacentes y su estado general de salud, ayudándoles a llevar una vida sana y evitar situaciones de dependencia.

## Agradecimientos

A todos los pacientes que participaron en la investigación.

## Referencias

1. Perruccio AV, Gandhi R, Rampersaud YR. Heterogeneity in health status and the influence of patient characteristics across patients seeking musculoskeletal orthopaedic care - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14:83.
2. Pita-Fernandez S, González-Martín C, Seoane-Pillado T, Pertega-Díaz S, Pérez-García S, López-Calviño B. Podiatric medical abnormalities in a random population sample 40 years or older in Spain. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2014;104:574-82.
3. Munro BJ, Steele JR. Foot-care awareness: a survey of persons aged 65 years and older. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1998;88(5):242-8.
4. Menz HB, Stephen RL. Foot pain impairs balance and functional ability in community-dwelling older people. *J. Am. Podiatr Med Assoc.* 2001;91(5):222-9.
5. López López D, Callejo González L, Losa Iglesias ME, Saleta Canosa JL, Rodríguez Sanz D, Calvo Lobo C, Becerro de Bengoa Vallejo R. Quality of Life Impact Related to Foot Health in a Sample of Older People with Hallux Valgus. *Aging Dis.* 2016 Jan 2;7(1):45-52.
6. Benvenuti F, Ferrucci L, Guralnik JM, Gangemi S, Baroni A. Foot pain and disability in older persons: an epidemiologic survey. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43:479-84.
7. Martínez-Nova A, Sánchez-Rodríguez R, Pérez-Soriano P, Llana-Belloch S, Leal-Muro A, Pedrera-Zamorano JD. Plantar pressures determinants in mild Hallux Valgus. *Gait Posture.* 2010;32(3):425-7.
8. Bascarević ZLj, Vukasinović ZS, Bascarević VD, Stevanović VB, Spasovski, DV, Jančić RR. Hallux valgus. *Acta Chir Jugoslavica.* 2011;58(3):107-11.
9. Golightly YM, Hannan MT, Dufour AB, Jordan JM. Racial differences in foot disorders and foot type. *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 2012; 64(11):1756-9.
10. Farrugia P, Goldstein C, Petrisor BA. Measuring foot and ankle injury outcomes: common scales and checklists. *Injury.* 2011;42(3):276-80.

11. Riskowski JL, Hagedorn TJ, Hannan MT. Measures of foot function, foot health, and foot pain: American Academy of Orthopedic Surgeons Lower Limb Outcomes Assessment: Foot and Ankle Module (AAOS-FAM), Bristol Foot Score (BFS), Revised Foot Function Index (FFI-R), Foot Health Status Questionnaire (FHSQ), Manchester Foot Pain and Disability Index (MFPDI), Podiatric Health Questionnaire (PHQ), and Rowan Foot Pain Assessment (ROFPAQ). *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 2011;63(11):229-39.
12. Ribu L, Hanestad BR, Moum T, Birkeland K, Rustoen T. A comparison of the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a non diabetes group from the general population. *Qual Life Res.* 2007;16(2):179-89.
13. Pensri P, Janwantanakul P, Chaikumarn M. Biopsychosocial factors and musculoskeletal symptoms of the lower extremities of sales women in department stores in Thailand. *J Occup Health.* 2010;52(2):132-41.
14. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Body mass index: considerations for practitioners. [Internet] Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [Access 2015 Sep 19]. Available from: [www.cdc.gov/obesity/downloads/bmiforpractitioners.pdf](http://www.cdc.gov/obesity/downloads/bmiforpractitioners.pdf).
15. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996; 3: 138-141.
16. Vedhara K, Dawe K, Wetherell MA, Miles JN, Cullum N, Dayan C, et al. Illness beliefs predict self-care behaviours in patients with diabetic foot ulcers: A prospective study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;106(1):67-72.
17. Eccles MP, Hrisos S, Francis JJ, Steen N, Bosch M, Johnston M. Can the collective intentions of individual professionals within healthcare teams predict the team's performance: developing methods and theory. *Implement Sci.* 2009;5(4):24.
18. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Sigafos J, Alberti G, Oliva D, et al. Three non-ambulatory adults with multiple disabilities exercise foot-leg movements through microswitch-aided programs. *Res Dev Disabil.* 2013;34(9):2838-44.
19. Cabell L, Pienkowski D, Shapiro R, Janura M. Effect of age and activity level on lower extremity gait dynamics: an introductory study. *J Strength Cond Res.* 2013;27(6):1503-10.
20. Rowe M. Long shifts are a factor in apathy, compassion fatigue and poor care. *Nurs Stand.* 2013;27(51):32.
21. Kirch H, Gabel M. Increased awareness of the feet. *MMW Fortschr Med.* 2013;21; 155(3):36.
22. Farndon L, Barnes A, Littlewood K, Harle J, Beecroft C, Burnside J, et al. Clinical audit of core podiatry treatment in the NHS. *J Foot Ankle Res.* 2009;13:2:7.
23. Williams AE, Graham AS, Davies S, Bowen CJ. Guidelines for the management of people with foot health problems related to rheumatoid arthritis: a survey of their use in podiatry practice. *J Foot Ankle Res.* 2013;6(1):23.
24. Korda J, Bálint GP. When to consult the podiatrist. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004; 18(4):587-611.

Recibido: 18.5.2016

Aceptado: 15.11.2016

---

Correspondencia:

Daniel López López  
 Universidade da Coruña. Faculty of Nursing and Podiatry  
 Department of Health Sciences.  
 Campus Universitario de Esteiro s/n  
 15403, Ferrol, A Coruña, España  
 E-mail: [daniellopez@udc.es](mailto:daniellopez@udc.es)

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.