

**PERCEPCIÓN DE VIDA, ESTÉTICA Y AUTOESTIMA EN
PACIENTES USUARIOS DE PRÓTESIS OCULAR EN BOGOTÁ:
10 CASOS.**

Adriana Camila Pulga Pantoja Cód.: 10271614592.

Sandra Daniela Pulga Pantoja Cód.: 10271617430.

**Línea de investigación: Ciencias de la visión e innovación
óptica.**

Director científico: Dra. Eliana Vásquez.

Director metodológico: Dr. Ernesto Ortega.

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO.

FACULTAD DE OPTOMETRÍA.

Bogotá, D.C. 2020-II.

Tabla de contenido

1. <i>Introducción</i>	6
2. <i>Antecedentes.</i>	7
3. <i>Planteamiento del problema</i>	10
4. <i>Objetivos</i>	11
4.1. <i>Objetivo general</i>	11
4.2. <i>Objetivos específicos</i>	11
5. <i>Justificación</i>	12
6. <i>Marco Teórico.</i>	13
6.1. <i>Clasificación de los traumatismos oculares.</i>	13
6.1.1. <i>Adaptación de prótesis.</i>	15
6.2. <i>Historia de las prótesis.</i>	16
6.3. <i>Tipos de prótesis ocular.</i>	17
6.4. <i>Proceso de fabricación de la prótesis.</i>	19
6.5. <i>Calidad de vida</i>	19
6.6. <i>Cuestionarios usados para medir calidad de vida</i>	20
6.7. <i>Autoestima.</i>	22
6.8. <i>La escala de autoestima de Rosenberg.</i>	23
7. <i>Marco metodológico</i>	26
7.3. <i>Inclusión y exclusión</i>	27
7.3.1. <i>Variables</i>	27
7.4. <i>Fases</i>	28
8. <i>Resultados.</i>	31
8.1. <i>Resultados encuesta de caracterización.</i>	31
8.2. <i>Resultados cuestionario SF-12.</i>	37
8.3. <i>Resultados cuestionario de Rosenberg.</i>	43
9. <i>Discusión</i>	45
10. <i>Conclusiones:</i>	48
11. <i>Bibliografía</i>	50

Listado de figuras.

<i>Figura 1. Ojo de Horus</i>	16
<i>Figura 2. Ojos utilizados en momificaciones egipcias.</i>	17
<i>Figura 3. Prótesis descrita por Ambroise Pare. a) Eblefaron b) Hyblefaron.</i>	17
<i>Figura 4. Conformador.</i>	18
<i>Figura 5. Prótesis ocular individual sobre implante.</i>	18
<i>Figura 6. Concha escleral o cascarilla.</i>	18
<i>Figura 7. Prótesis ocular con pin de titanio.</i>	18
<i>Figura 8. Prótesis ocular con pin de titanio de perfil.</i>	18
<i>Figura 9. Esquema de resumen proceso de fabricación de prótesis (11)</i>	19

Listado de Tablas.

<i>Tabla 1. Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT).</i>	16
<i>Tabla 2. Tipos de prótesis ocular.</i>	19
<i>Tabla 3. Conceptos medidos.</i>	23
<i>Tabla 4. Puntos escala Rosenberg.</i>	25
<i>Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión.</i>	28
<i>Tabla 6. Variables.</i>	29
<i>Tabla 7. Visibilidad de la prótesis</i>	36
<i>Tablas 8 y 9. Resultados Rosemberg.</i>	43
<i>Tabla 9. Cronograma.</i>	49
<i>Tabla 10. Presupuesto.</i>	50

Listado de gráficos.

<i>Gráfica 1. Grupo etario.</i>	33
<i>Gráfica 2. Ocupación.</i>	33
<i>Gráfica 3. Motivo de pérdida ocular.</i>	34
<i>Gráfica 4. Edad de pérdida del globo ocular.</i>	34
<i>Gráfica 5. Cambio de prótesis en años.</i>	35
<i>Gráfica 6. Producto para Asepsia.</i>	36
<i>Gráfica 7. Estado de Salud.</i>	38
<i>Gráfica 8. Salud física.</i>	39
<i>Gráfica 9. Salud física 2.</i>	39
<i>Gráfica 10. Problema emocional.</i>	40
<i>Gráfica 11. Problema emocional 2.</i>	40
<i>Gráfica 12. Cuánto tiempo se sintió calmado.</i>	41
<i>Gráfica 13. Cuánto tiempo tuvo energía.</i>	42
<i>Gráfica 14. Cuánto tiempo se sintió desanimado.</i>	42
<i>Gráfica 15. Dificultad física-emocional.</i>	43
<i>Gráfica 16. Escala de autoestima Rosenberg.</i>	44

1. Introducción

La prótesis ocular fue descrita por Felizzola en el año 2014 como aditamento, ojo artificial, ojo protésico, dispositivo médico sobre medida para la salud visual y ocular que estéticamente restaura la pérdida parcial o completa del globo ocular. El objetivo de elaborar la prótesis ocular es realizar una adaptación de forma personalizada empleando materiales poliméricos y pinturas no tóxicos para brindar una solución estética y anatómica (1), además de proporcionar una protección del lecho residual ocular.

Los usuarios de estos dispositivos, además de una alteración física, deben afrontar problemas estéticos, funcionales y psicológicos (2), se ha establecido por ello, que las prótesis oculares son la solución terapéutica para estas condiciones y el éxito de la adaptación es permitir la rehabilitación del paciente en sociedad con una apariencia normal, para mejorar los aspectos –psicológicos y estéticos (3) y afrontar la pérdida de uno de sus ojos.

En este proceso de restauración anatómica, cobra vital importancia la condición de aceptación propia y la percepción de integridad debido a que evoca la identidad; condiciones que de manera directa manifiestan calidad de vida de las personas; dicho concepto se encuentra definido por la OMS desde el año 1966, como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” (3).

Debido a que se han descrito diversos cambios psicológicos y físicos asociados al uso de prótesis ocular. La presente investigación busca describir cual es la percepción de los usuarios frente a esto, por medio de un reporte de 10 casos, que permitirán establecer su calidad de vida y desarrollar una caracterización del uso de su prótesis ocular en la ciudad de Bogotá, con el fin de recopilar información de interés para el ámbito de la optometría.

2. Antecedentes.

Es un estudio transversal con 23 pacientes adultos y adolescentes usuarios de prótesis auricular (n = 12), nasal (n= 6) u óculo-palpebral (n = 5), rehabilitados en la clínica odontológica del Hospital Universitario de Brasilia en el periodo 2004-2011, se usó como instrumento de recolección de datos, el cuestionario SF-36 y una encuesta que contenía la Escala Visual de Autoestima de Rosenberg/EPM. El cáncer de piel fue el factor etiológico predominante (n = 4). La mayoría de los pacientes pensaron que su deformidad era visible hasta cierto punto (n = 4) y para tres de ellos, este hecho afectó negativamente la frecuencia para visitar lugares públicos. La escala de autoestima arrojó un puntaje promedio de 4.6. Al evaluar la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, se obtuvieron puntuaciones como dolor (46,67) y aspectos emocionales (33,33). (5)

En un estudio realizado en Estados Unidos, se evaluaron las opiniones, actitudes y experiencias de los pacientes anoftálmicos sobre aspectos relacionados con sus prótesis oculares, 170 cuestionarios donde se registraban y preguntaba; edad, sexo, ocupación, causa de pérdida ocular, tipo de prótesis, frecuencia de uso de prótesis, frecuencia de limpieza de prótesis y problemas encontrados. Los datos se analizaron utilizando el software SPSS. Casi el 50% de los pacientes perdieron su ojo debido a un trauma. Una alta proporción limpia sus prótesis diariamente (37.4%), casi el 30.3% experimentó problemas con su prótesis ocular. Los pacientes que limpiaban su prótesis ocular cada 6 meses experimentaron más problemas. La mayoría de los pacientes usan sus ojos protésicos las 24 horas (92%). La mitad de los pacientes que recibieron un ojo protésico por primera vez experimentaron problemas con él, como secreción excesiva (45%), infección (25%) y dolor (20%). Sin embargo, los problemas fueron independientes del tipo de prótesis. (6)

Entre el periodo de enero 2000 a marzo 2001, en un estudio evaluaron la alteración en aspectos psicológicos en los usuarios de prótesis oculares, 30

pacientes con anoftalmía unilateral adquiridos sin otras deformidades orbitales y de los párpados, 16 hombres y 14 mujeres, con edades entre 12-66 años, fueron sometidos a examen evaluación oftalmológica y psicológica a través de cuestionarios estandarizados y semidirigido de 66 temas, con una duración media de dos horas.

La mayor incidencia de anoftalmos adquiridos fue de 47% en personas de 0 a 6 años; por otra parte, el setenta por ciento de los pacientes estuvieron en la preparación del proceso de pérdida (n = 21), los mecanismos de defensa utilizados por los pacientes en vista de su situación fueron la racionalización, la represión, la negación y el desplazamiento; y, el treinta por ciento aceptó su situación actual. Ante la presencia de anoftalmos el 37% de los pacientes presentaron estados depresivos, asociados a síntomas en el 64% de ellos; el sesenta por ciento fue adaptado inmediatamente después de la cirugía mientras que el 40% se adaptaron en dos o más años después de la pérdida ocular. Estéticamente el 70% estaban satisfechos, mientras que el 30% estaban insatisfechos. Cincuenta y tres por ciento revelaron baja autoestima y 37% distorsionada imagen de sí mismo. (7)

En un estudio del 2010 se evaluó el Impacto psicosocial en pacientes anoftálmicos con prótesis ocular en el Centro de Oncología Oral desde enero de 1998 hasta noviembre de 2010. Se realizaron encuestas que incluyeron un formulario para la evaluación del patrón psicosocial en 40 pacientes anoftálmicos rehabilitados con prótesis. Las pruebas de Wilcoxon se aplicaron para comparar la percepción de los pacientes entre los períodos, además de pruebas de la relación entre la mejora en la conciencia psicosocial y las variables del estudio de características (demográficas, los factores de pérdida / tratamiento, la actividad social y la relación entre profesional/ paciente). Los sentimientos de vergüenza, la timidez, la preocupación por ocultarlo, tristeza, inseguridad y temor fueron significativos para la mejora de la conciencia psicosocial. Se concluyó que los pacientes tienen una mejora significativa en la conciencia después de la

rehabilitación psicosocial. La asociación entre la actividad social y mejora de la conciencia psicosocial, en los pacientes que recibió el apoyo de su familia y parientes, (n=19) 47,5%; (n=13) 68,4% presentaron mejora en percepción; en comparación el de los pacientes que no recibieron este tipo de ayuda (n=7) 33,3%. (8)

En el año 2014 entre julio y noviembre, en el Hospital Afiliado de la Universidad de Zhejiang, Hangzhou, China, se realizó un estudio donde se incluyeron a 195 participantes con un ojo enucleado que asistían a una clínica oftálmica para rehabilitación protésica. Se recopilaron datos demográficos y clínicos. Los participantes también completaron el Cuestionario de la función visual del Instituto Nacional del Ojo, la subescala de Apariencia Facial de la Escala Negativa del Ser Físico y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital. Se utilizaron modelos de regresión para identificar los factores asociados con la ansiedad y la depresión. La proporción de participantes con ansiedad clínica fue del 11,8% y depresión clínica del 13,8%. Se asociaron con una peor calidad de vida relacionada con la visión y mayores niveles de problemas de apariencia. La edad más joven se relacionó con mayores niveles de ansiedad. Los participantes menos educados y aquellos que se sienten más enojados por perder un ojo son más propensos a experimentar depresión. Las variables clínicas no estaban relacionadas con la ansiedad o la depresión.

Una revisión de las causas clínicas de 1375 globos enucleados en un gran centro de tercera referencia en China mostró que el trauma fue la causa más común (62.5%), seguido por el tumor (28.5%) y las enfermedades oculares tratadas quirúrgicamente o no tratadas (5.7%) (9)

3. Planteamiento del problema

Las prótesis oculares tienen el objetivo de promover la reparación estética, proteger el área damnificada y servir como auxiliar en la terapia psicológica (4), en personas que han sufrido un traumatismo o enfermedad grave en dicho órgano que ha obligado a su extirpación.

Las dificultades que con más frecuencia relatan estas personas se concentran en la autopercepción negativa y en las interacciones sociales. La rehabilitación mediante cirugías o prótesis representa un importante instrumento de adaptación (1). Es de vital importancia para entender la autopercepción del paciente usuario de prótesis en su estado físico y emocional, esto forma parte del estado de bienestar influenciado en el medio que lo rodea, para su calidad de vida.

En este sentido, la pregunta que orienta el presente documento es:

¿Cómo es la percepción, la calidad de vida y la autoestima en 10 pacientes usuarios de prótesis oculares en Bogotá?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Describir la percepción de la vida, estética y autoestima en pacientes usuarios de prótesis ocular en Bogotá: Reporte de 10 casos.

4.2. Objetivos específicos

- Interpretar los resultados de las encuestas aplicadas y determinar la afectación de la calidad de vida.
- Caracterizar la población usuaria de prótesis en Bogotá, reporte de caso 10 usuarios.

5. Justificación

El presente trabajo hace parte de la línea de investigación, Ciencias de la Visión e Innovación Óptica de la Facultad de Optometría de la Universidad Antonio Nariño, el cual busca comprender mediante caracterización de usuarios de prótesis ocular, el estado emocional y percepción física.

Generar respuesta a nuestros intereses propios, la descripción de estos factores y cómo pueden estar afectados, con el fin de establecer información a través de 10 pacientes usuarios, ya que no existe una caracterización en Bogotá y relación de calidad de vida. Por esta razón, este trabajo resulta un gran aporte al estudio de usuarios con prótesis ocular, además de aportar información relevante al profesional de la salud visual.

6. Marco Teórico.

La evisceración del globo ocular es una técnica que se ha empleado desde los últimos dos siglos y fue descrita por primera vez por Bear en 1817. Este procedimiento quirúrgico consiste en remover el contenido ocular como es el cristalino, úvea, vítreo y la porción anterior del globo, la córnea, la esclera y los músculos extraoculares se dejan intactos con el fin de utilizarlos en la reconstrucción del muñón ocular. Difiere de la enucleación ya que en esta se remueve quirúrgicamente todo el globo ocular y de la exanteración en que se extrae el globo ocular con el contenido orbitario con o sin comprometer los párpados (10).

La epidemiología de la pérdida de un globo ocular es poco documentada a nivel mundial y por tanto, es difícil encontrar cifras o datos a nivel nacional; no obstante, en un estudio desarrollado en Nueva Zelanda donde se realizó un comparativo de la pérdida de un globo ocular tomando datos de 4 estudios de países como Corea y Estados Unidos, donde concluyeron que el motivo principal de pérdida del globo ocular fue en hombres, y la edad promedio fue en menores de 50 años, con un pico entre los 0 y 20 años. La principal causa de pérdida del globo ocular fue el trauma (accidente de trabajo seguido por deporte y accidentes en el hogar), continuó de alguna condición médica como el glaucoma, el desprendimiento de retina u ojo ciego doloroso y la causa menos frecuente fue la de tipo congénito (10).

6.1. Clasificación de los traumatismos oculares.

En contexto con la terminología internacional para describir un traumatismo ocular se presenta la clasificación utilizada en el modelo Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) tabla 1, avalado por diferentes asociaciones de oftalmología de Estados Unidos y Europa, descrita y como aparece en la tabla (11).

Tabla 1. Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT).

Fuente: Tomado de Banta, 2008.

Pared ocular	Está conformado por las capas de la esclera y córnea
Laceración	Es la lesión de la pared ocular del grosor total, producida por un objeto puntiagudo, se caracteriza por tener una presión intraocular y una extrusión del contenido ocular menor en comparación con la ruptura.
Laceración lamelar	Herida de la pared ocular de grosor parcial afectando las capas más superficiales
Ruptura	Sucede cuando se presenta una herida de la pared ocular del grosor total al recibir un golpe fuerte con un objeto contuso, produciendo una elevación repentina y significativa en la presión intraocular que a su vez generará una fuerza de energía con dirección de adentro hacia a afuera, buscando salida al exterior en el punto más débil de la pared ocular dando como resultado una extrusión de los contenidos oculares
Lesión Penetrante	Es la ruptura de la pared ocular con un objeto puntiagudo con una única zona afectada de entrada y salida. Es de pronóstico reservado.
Lesión Perforante	Es la ruptura de la pared ocular con un objeto puntiagudo generando dos puntos de referencia, un punto de entrada y otro distinto de salida. Si esta lesión es generada en un punto de la pared ocular y el objeto que produce la lesión no sale o parte de este queda alojado en el interior del ojo, se describe como una lesión perforante con cuerpo extraño intraocular. Es de mal pronóstico.
Contusión	Traumatismo ocular cerrado, sin defecto de la pared del globo ocular producida por un objeto.

Traumatismo ocular cerrado	Herida de la pared ocular de grosso parcial con compromiso tisular y puede estar acompañado de una laceración lamelar, fractura orbitarias, cuerpo extraño en cornea, hemorragias conjuntivales o mixtas.
Traumatismo ocular abierto	Herida de la pared ocular de grosso total. Puede presentarse con una ruptura, laceración, penetración, perforación cuerpo extraño retenido (CEIO) o mixto.
Mecanismo Mixto	Herida que presenta más de dos lesiones descritas anteriormente.

6.1.1. Adaptación de prótesis.

En Colombia los encargados del manejo y adaptación de las prótesis oculares son especialistas en la salud visual y ocular (optómetras), actividad amparada en el artículo 4 numeral (d) de la Ley 372 de 1997 (11). El recurso humano capacitado en el arte y elaboración del dispositivo con las características personalizadas o solicitadas por el médico tratante es llamado fabricante según Felizzola, en el año 2014 (15). El especialista de salud visual y ocular que tenga habilidades de fabricación, adaptación y control del uso de la prótesis ocular en el paciente se llama ocularista (14).

El profesional debe evaluar las características cuantitativas y cualitativas físicas del ojo de referencia (ojo sano) para su elaboración los datos cuantitativos son:

- Tamaño de la apertura palpebral: se mide con reglilla milimétrica, dará indicación del tamaño, espesor y posicionamiento del dispositivo.

- Diámetro del iris: Se puede medir con reglilla milimetrada o paleta de iris.

- Diámetro horizontal de la pupila en condición habitual: Se mide con reglilla milimétrica con ayuda de una paleta de pupila

-Exoftalmometria: Se toma el reborde orbitario hasta el ápice del centro de la córnea.

En las medidas cualitativas se toma en cuenta el posicionamiento de la pupila y el iris, el color de esclera, el nivel de venas (nula, baja, media o alta) (14).

6.2. Historia de las prótesis.

La historia de la prótesis, en sus inicios se remontan hacia los años 8.000A.C donde se usaba como una representación artística, decorativa y artesanal sagrada de las diferentes culturas (15). Por su parte en la cultura egipcia, el ojo era considerado un amuleto para la prosperidad y salud. Dentro de su cultura el ojo del Dios Horus (**Figura 1**) se consideraba como un amuleto mágico que potenciaba la vista, protegía y remediaba las enfermedades oculares. Los antiguos gobernantes egipcios en los años 2400A.C utilizaban las prótesis en los difuntos en ceremonias, ya que se tenía la creencia de que los ayudaría a ver en el otro mundo (**Figura 2**).

Dando continuidad a la historia de la prótesis ocular en Francia en el siglo XVI, el cirujano francés Ambroise Pare, considerado padre de la cirugía moderna; describió dos tipos de prótesis: el Ecblefaron, la cual consistía en un parche de cuero con un ojo dibujado, sujetado a la cabeza; y el Hyblefaron fue una pieza de porcelana que asemejaba un ojo y se colocaba dentro de la cavidad. (**Figura 3**) (11)



Figura 1. Ojo de Horus

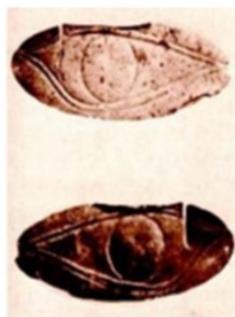


Figura 2. Ojos utilizados en momificaciones egipcias.

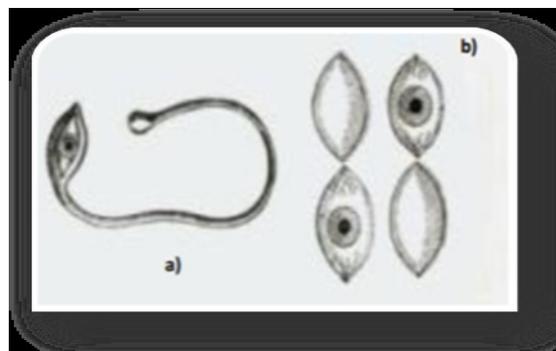


Figura 3. Prótesis descrita por Ambroise Pare. a) Eclefaron b) Hyblefaron.

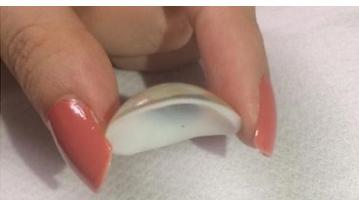
Las primeras pruebas de prótesis ocular se realizaron en Francia en material de vidrio, estas fueron muy populares y utilizadas. Los alemanes llevaron a cabo el perfeccionamiento de estas, durante la primera y segunda Guerra Mundial, los especialistas debían tener cientos de ojos de cristal para cumplir con las altas demandas. (11) (15)

Los alemanes restringieron la exportación de las prótesis de vidrio a Estados Unidos, Inglaterra y Francia, lo cual obligó al desarrollo e investigación de nuevos materiales para la producción. Fue hasta 1947, donde se presentó la primera prótesis ocular oficial realizada a base de polímeros presentada por el Centro de Prótesis Oculares en Francia evidenciaron ventajas sobre el cristal, tales como la mejora en estética, resistencia, durabilidad, entre otras, marcando así el comienzo de una nueva época para las prótesis oculares, la cual ha seguido creciendo con el desarrollo e investigación de nuevos materiales y nuevas técnicas de fabricación. (11).

6.3. Tipos de prótesis ocular.

Tabla 2. Tipos de prótesis ocular.

Fuente: Tabla elaboración propia.

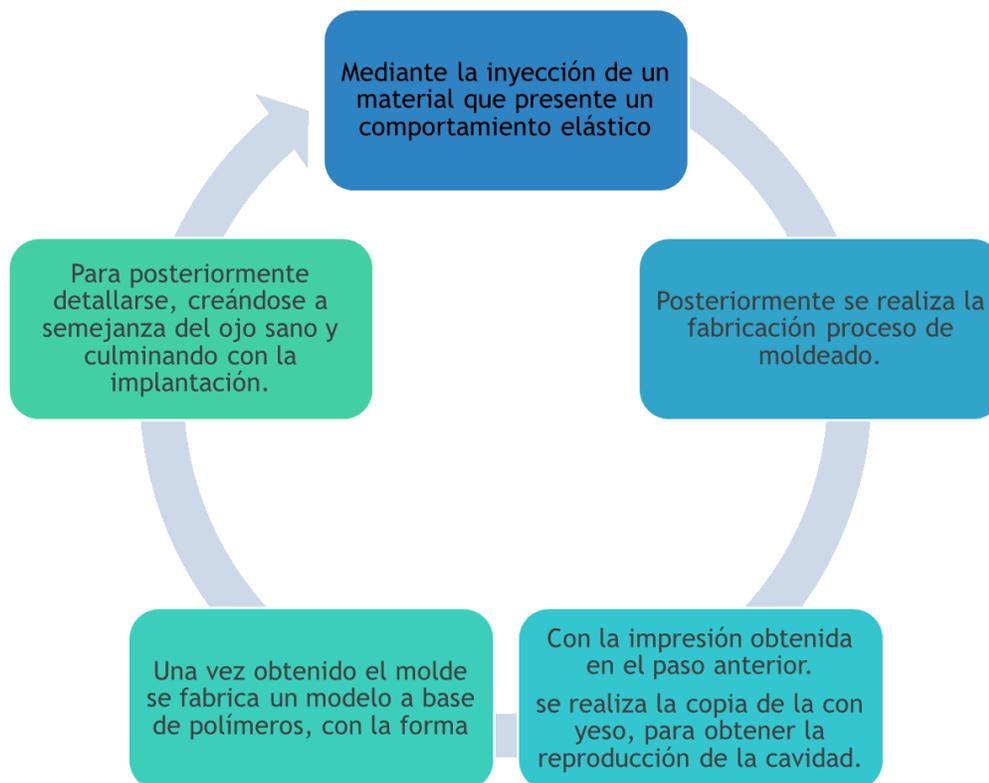
<p>Conformadores: Este tipo de prótesis, blancas o transparentes, sirven para conformar la cavidad hasta que se coloque la pieza definitiva. (15) (11)</p>	 <p><i>Figura 4. Conformador.</i></p>
<p>Prótesis ocular individual sobre implante: Este tipo de prótesis requiere de un implante hecho de algún biomaterial, comúnmente de hidroxiapatita porosa debido a las ventajas que ha mostrado al adaptarse al cuerpo. (15) (11)</p>	 <p><i>Figura 5. Prótesis ocular individual sobre implante.</i></p>
<p>Concha escleral o cascarilla: Son prótesis oculares más delgadas se utilizan en casos donde se conserva el globo ocular. Se coloca sobre el globo sin necesidad de intervención quirúrgica previa y adquiere movimiento al adaptarse con el globo. (15) (11)</p>	 <p><i>Figura 6. Concha escleral o cascarilla.</i></p>
<p>Prótesis ocular con pin de titanio: La colocación de Implantes Esféricos Microporosos (tipo Hidroxiapatita o Medpor) durante el evento quirúrgico, permiten que éste se integre al organismo y en un segundo tiempo sea adaptado un pin de titanio. (15) (11) Esto incrementa la movilidad, genera naturalidad y seguridad al paciente. Beneficios: Soporte central que evita el apoyo en el párpado inferior previniendo su elongación, mejora el drenaje lagrimal y se reduce el riesgo de expulsión de la prótesis en los movimientos bruscos. (15) (11)</p>	 <p><i>Figura 7. Prótesis ocular con pin de titanio.</i></p>  <p><i>Figura 8. Prótesis ocular con pin de titanio de perfil.</i></p>

6.4. Proceso de fabricación de la prótesis.

Más utilizado en la actualidad comienza con la toma de la impresión de la cavidad. (11)

Figura 9. Esquema de resumen proceso de fabricación de prótesis (11)

Fuente: Elaboración propia.



6.5. Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multifacético, donde el individuo tiene sobre sí mismo una visión subjetiva o perspectiva objetiva en cuanto a su salud, en esta se incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales, influenciados por su medio, experiencias, expectativas y el contexto cultural que lo rodea. Está a través del tiempo se ha medido mediante cuestionarios (13).

Autopercepción de la calidad de vida (ACV): Involucra la evaluación de sujeto en base a sus características personales, como también factores externos con relación a enfermedad y tratamiento que requiere para esta, además sus actos, atributos y capacidades, en comparación a la sociedad.(23).

6.6. Cuestionarios usados para medir calidad de vida

6.6.1. Cuestionario SF-36.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud., que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental (14).

6.6.2. Cuestionarios SF-12 Validado en Colombia:

El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que este sea demasiado largo. El SF-12 se contesta en una media de ≤ 2 min., el objetivo principal de permitir obtener puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36. **(Anexo N°2).**

The Colombian standard version of the Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-12 versión 2): Cuestionario validado, versión reducida de la SF36. Comprende 12 preguntas agrupadas en ocho diferentes dominios de salud: funcionamiento físico, limitación de funciones debido a problemas físicos, dolor corporal, percepción salud general, vitalidad, función social, limitación del

rol debido a problemas emocionales y salud mental. Estos ocho dominios se agrupan a su vez en un componente físico y un componente mental (14).

6.6.3. Concepto medido:

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

-Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1).

Tabla 3. Conceptos medidos.

Fuente: Manual prueba sf-12. Ser.es. [citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en:

http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf

<p>1) Función física (FF): grado en que la salud limita las actividades físicas de subir escaleras y andar más de una hora.</p>	<p>5) Vitalidad (VT): sentimiento de vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.</p>
<p>2) Rol físico (RF): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.</p>	<p>6) Función social (FS): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida habitual.</p>
<p>3) Dolor corporal (DC): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.</p>	<p>7) Rol emocional (RE): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en las actividades cotidianas.</p>

4) Salud general (SG): valoración personal de la salud.	8) Salud mental (SM): sentimiento de tranquilidad, desánimo o tristeza.
--	--

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia.

El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

6.6.4. Cálculo de puntuaciones:

Las dos puntuaciones resumen son: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

La recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se hace en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o en software disponible.

Fuente: Manual prueba sf-12. Ser.es. [citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en:http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf.

6.7. Autoestima.

La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida, a partir de las interacciones con otras personas, se considera el reconocimiento y valoración que se tiene de sí, que implica emociones, sentimientos y pensamientos (24). Para Rosenberg la autoestima “es considerada como un aspecto evaluativo del auto concepto basado en la percepción global que el individuo tiene de su persona” (22).

El auto concepto es la unión de elementos que el sujeto utiliza al describirse, en diferencia, el autoestima es la evaluación que se hace de esa información y viene de los sentimientos que tiene la persona hacia sí misma. (24)

Componentes de la autoestima:

Según Martínez en (2010) los clasifica en tres componentes:

- Afectivo: es la respuesta que se percibe de sí mismo.
- Conductual: Son las intenciones que se tienen al momento de actuar, de acuerdo a las opiniones que tengan de sí y lo que se esté dispuesto a realizar.
- Cognitivo: Involucra creencias, ideas y descripciones que se hacen de sí mismo en los diferentes ámbitos de su vida. (24).

6.8. La escala de autoestima de Rosenberg.

Cada ítem se puntúa del 0 al 3 en función del grado en que la persona que contesta se identifica con la afirmación que lo constituye. Así, el 0 se corresponde con estar muy en desacuerdo y el 3 con estar totalmente de acuerdo.

Los ítems positivos (1, 2, 4, 6 y 7) se puntúan de 0 a 3, mientras que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 se valoran en sentido inverso. **Una puntuación inferior a 15 indica una autoestima baja**, situándose la autoestima normal entre los 15 y los 25 puntos. 30 es la mayor puntuación posible. (14)

6.8.1. Versión validada en Colombia de la Escala de Autoestima de Rosenberg. (Anexo N°3).

- **Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.
- **Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.
- **Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. (21).

De 30 a 40 puntos: <i>Autoestima elevada:</i> Considerada como autoestima normal	De 26 a 29 puntos: <i>Autoestima media:</i> No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.	Menos de 25 puntos: <i>Autoestima baja:</i> Existen problemas significativos de autoestima.
--	--	---

Tabla 4. Puntuaciones de la escala Rosenberg.
Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Propiedades psicométricas La escala sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87 .La fiabilidad es de 0,80.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada. A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo. (21).

6.8.2. Dimensiones de la escala:

La escala es unidimensional, pero tiene ítems inversos. Evalúa autoestima general de tal forma que a mayor puntuación se tiene mejor autoestima.

Inversión de ítems: Hay 4 ítems que hay que invertir antes de realizar la sumatoria. Éstos son el 2, 6, 8 y 9

Interpretación y dimensiones: Para obtener las puntuaciones totales hay que primeramente invertir los cuatro ítems redactados de forma negativa y a continuación sumar el total de la puntuación. Las puntuaciones se pueden comparar con los baremos de la escala. (21)

7. Marco metodológico

7.1. Enfoque

El proyecto se desarrolló de un modelo de investigación mixta el cual implica combinar los enfoques cualitativo y cuantitativo, a través de un reporte de 10 casos en usuarios de prótesis en la ciudad de Bogotá.

Mediante el diseño cuantitativo se estableció de manera estadística los resultados de variables cuantitativas como edad, sexo, ocupación, causa de pérdida del globo ocular, antisepsia del dispositivo medico ; por su parte, el enfoque cualitativo provee información acerca de la caracterización demográfica, así como la descripción de condiciones asociadas a la percepción de la vida, estética y autoestima de los usuarios de prótesis ocular en su contexto natural, debido a que posee un fundamento humanista para entender la realidad social de la posición en el orden social (21). De igual manera, el estudio fue de cohorte transversal.

7.1.1. Reporte de caso

Los reportes y series de casos son un tipo de publicación popular, estos son una rica y constante fuente de aprendizaje, problemas y preguntas de investigación biomédica, estas publicaciones son el primer nivel de evidencia (25). Reporta una serie de casos con alguna característica semejante que los vuelve agrupables; similitudes, etiológicas, anatómicas, fisiológicas, tipo de tratamiento, algún efecto adverso al tratamiento o de algún estudio complementario, entre otros. Un estudio considera para fines funcionales que una serie de casos debe tener de 2 a 10 casos en su descripción (25); “un reporte determina la novedad y el mérito de compartir cierto fenómeno clínico, pues este podría ser el insumo para profundizar el conocimiento” (26).

7.2. Diseño

Fue un estudio descriptivo que buscó identificar las características específicas de los usuarios de prótesis oculares; en el cual se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables de estudio. Es de mencionar, que este no indica relación entre las variables (21).

7.3. Inclusión y exclusión

Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión.

Fuente: Elaboración propia.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Pacientes usuarios de prótesis oculares mayores de 18 años.	Pacientes anoftálmicos bilaterales, se requiere de un ojo para realizar el estudio.

7.3.1. Variables

Dentro del presente documento se tuvieron en cuenta las características demográficas, variables de tipo cuantitativo y cualitativo, tal como se encuentran en la **Tabla N° 6**. Los datos epidemiológicos de cada uno de los pacientes estudiados incluyeron:

Tabla 6. Variables.

Fuente: Elaboración propia.

Variable	Definición	Unidad de medida	Tipo de variable	Escala de medida	Codificación
Edad	Son los años que han transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos
Sexo	El sexo biológico es determinado en el momento de la concepción por los cromosomas sexuales que definen el sexo o género de las personas.	Sexo	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Hace referencia a lo que una persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo.	Trabajo Estudio	Cualitativa	Nominal	Trabajo Estudio Jubilado
Causa de la pérdida del globo ocular	Causa de pérdida anatómica del globo ocular, conlleva a la enucleación.	Parcial Total Adquirido Congénito Trauma	Cuantitativo	Discreta	Trauma Enfermedad
Antisepsia del dispositivo médico ocular	Antisepsia es el conjunto de procedimientos o actividades destinados a inhibir o destruir los microorganismos potencialmente patógenos	Diaria Semana Mensual Anual Nula	Cuantitativo	Discreta	Diaria Semana Mensual Anual Nula

7.4. Fases

Se desarrolló el proyecto en III fases, de la siguiente manera:

7.4.1. Fase I: Revisión de literatura

Se realizó una revisión de literatura de fuentes secundarias de libros y artículos de oftalmología, cirugía ocular, maxilofacial, prótesis oculares, materiales dentales y odontología.

7.4.2. Fase II: Recolección de la información

Se empleó el método de entrevista telefónica, con personal debidamente capacitado para aplicar la encuesta.

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes, usuarios de prótesis ocular, en el período comprendido de (Febrero/Abril-2020). A todos se les registraron los siguientes datos: Edad, Sexo, Causa de la pérdida del globo ocular, antisepsia del dispositivo medico ocular y la encuesta de caracterización, el cuestionario de salud SF-12 y la escala de autoestima de Rosenberg (**Anexo N°1, 2, y 3**). Los reportes de caso estuvo constituido por 10 usuarios de prótesis.

7.4.3. Fase III: Análisis de resultados.

El análisis se desarrolló en Microsoft Excel mediante estadística y gráficos de tipo porcentuales para obtenerse resultados descriptivos de las variables cuantitativas, se realizó con el establecimiento de la media como medida de tendencia central. Los resultados se presentaron en gráficos estadísticos y el análisis textual en la presentación del análisis cualitativo, esto para describir si se ve afectada la calidad de vida de los usuarios de prótesis ocular.

Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas de tendencia central para mirar la distribución, medidas de variabilidad para observar que tanto se dispersa del promedio y poder determinar si el grupo estudiado es homogéneo o heterogéneo.

Consideraciones éticas del proyecto de investigación.

1. Equipo de investigación: Estudiantes de la facultad Antonio Nariño Facultad de Optometría Adriana Camila Pulga y Sandra Daniela Pulga Pantoja, ejecutan el trabajo de investigación, encuestadoras y exponentes.

2. Categoría de la investigación según resolución No 008430 de 1993: Es investigación sin riesgo.

3. Población sujeta de investigación: Diez usuarios de prótesis ocular mayores de edad de género masculino en la ciudad de Bogotá, anoftálmicos unilateral.

4. Proceso de obtención de consentimiento informado: Se realizó de forma verbal, se le explico al usuario que se realizarían tres encuestas y se le dijo “La información que usted nos brinde a continuación es de carácter confidencial, para uso exclusivo del proyecto de investigación titulado “Percepción de vida, estética y autoestima en pacientes usuarios de prótesis ocular en Bogotá”, por lo que se garantiza su total confidencialidad. Agradecemos la veracidad de los datos suministrados, su colaboración servirá a otras personas y generar la descripción de esta población”.

5. Uso de datos personales: garantías de privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales de los sujetos participantes. No se contempla la entrega de resultados del estudio (individuales o del estudio en general). Indicar cómo se va a salvaguardar la información y datos recogidos.

6. Riesgos y Beneficios: Se explicaron los posibles beneficios que tendrían los encuestados por participar en el estudio tanto para los usuarios como al profesional de salud visual.

8. Resultados.

Se presentan los resultados obtenidos de las encuestas de caracterización de usuarios de prótesis Ocular, SF-12 de calidad de vida y Escala de autoestima de Rosenberg aplicadas a personas de Bogotá, durante el periodo de Febrero/Abril del año 2020. Para llevar a cabo un análisis más claro, se creó un archivo en Microsoft Excel, en donde se realizó una tabulación de todos los datos obtenidos, para posteriormente ser analizados por medio de tablas y gráficas. El tamaño de la muestra fue de 10 encuestados, en su totalidad hombres usuarios de Prótesis Ocular.

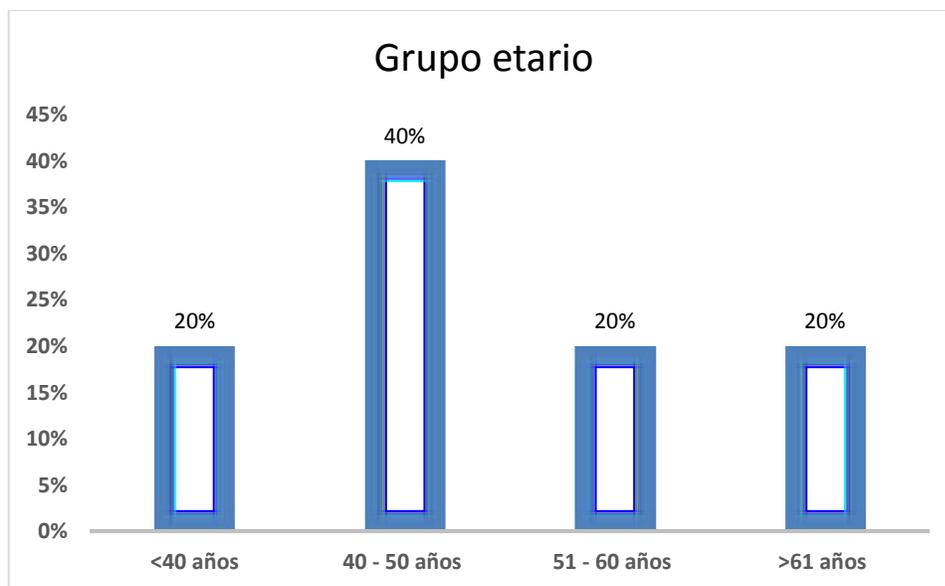
8.1. Resultados encuesta de caracterización.

Entre la población encuestada el promedio de edad fue 50,2 años (DE +/- 17,1). La mayor concentración de pacientes estuvo entre el grupo de edades entre 40 y 50 años correspondiente al 40%, como se muestra en la **(Gráfica N°1)**, seguida por el grupo etario de 51 a 60 años, mayores a 61 años y menores de 40 años con un 20% cada grupo. En cuanto a la ocupación actual, se encontró que el 50% son empleados, el 30% dueños de negocio, 10% pensionados y un 10% que no dio información **(Gráfica N°2)**.

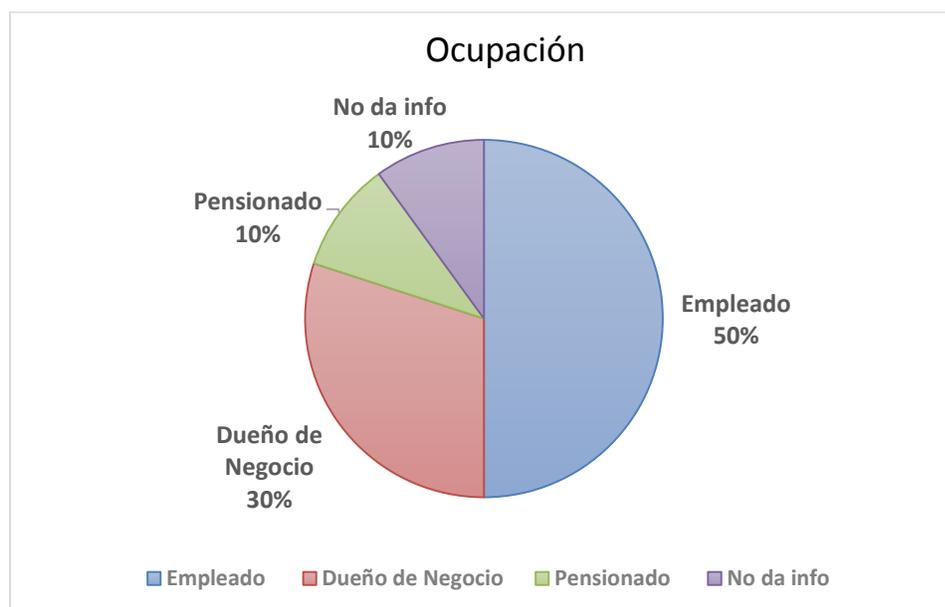
Aspectos de uso de la prótesis

En cuanto al ojo afectado se obtuvo el 50% para cada ojo. A la pregunta del motivo de la pérdida del globo ocular se ponderó que el 80% de los usuarios fue por causa de accidente/trauma, seguido por un 20% ligado a una enfermedad como se muestra en la **(Gráfica N°3)**

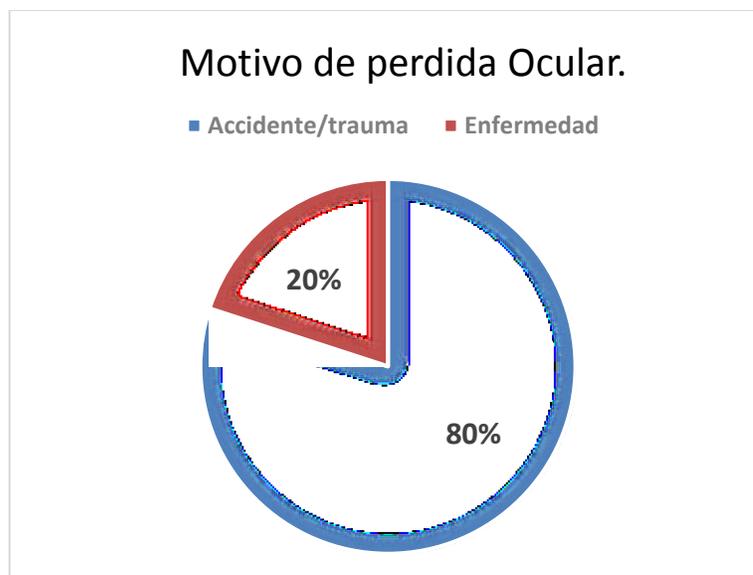
Gráfica 1. Grupo etario.
Fuente: elaboración Propia.



Gráfica 2 .Ocupación.
Fuente: elaboración Propia.



Gráfica 3. Motivo de pérdida ocular.
Fuente: elaboración Propia.

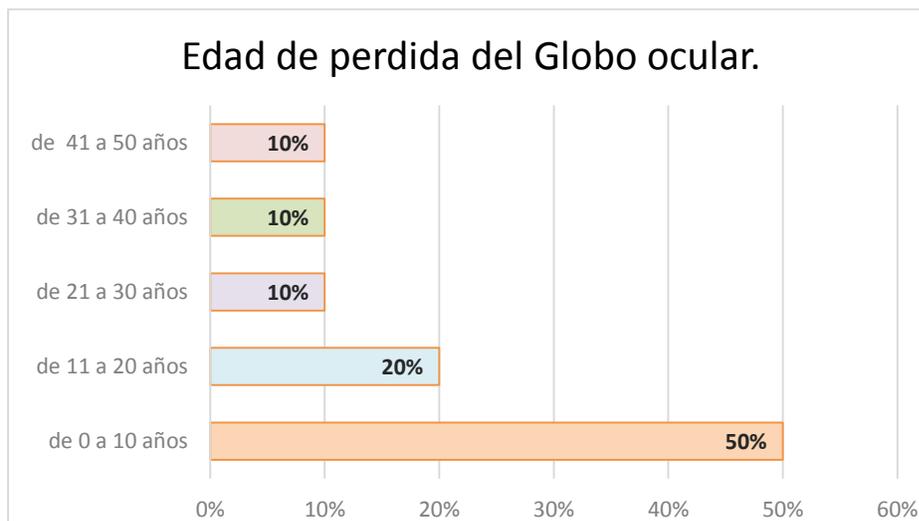


Relación de años de la pérdida ocular y cambio de la prótesis

Se calculó la diferencia entre la edad y los años de pérdida del globo ocular; se categorizó en grupos de cada diez años, siendo la mayor proporción de los pacientes con un tiempo de pérdida ocular entre los 0 a 10 años con un 50%, seguida por las edades de 11 a 20 años con un 20%; 21 a 30 años, 31 a 40 años y 41 a 50 años con un 10% **(Gráfico N°4)**.

Gráfica 4. Edad de pérdida del globo ocular.

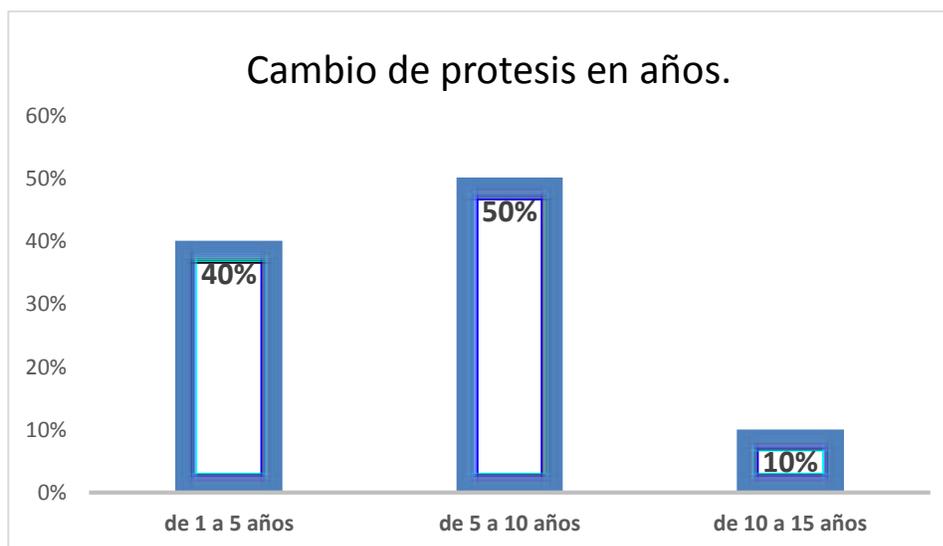
Fuente: elaboración Propia.



El cambio de prótesis en los pacientes encuestados ocurre cada 5 a 10 años en el 50% de los participantes de la encuesta, seguido de por el grupo de 1 a 5 años con un 40% y de 10 a 15 años con un 10% (**Gráfica N°5**).

Gráfica 5. Cambio de prótesis en años.

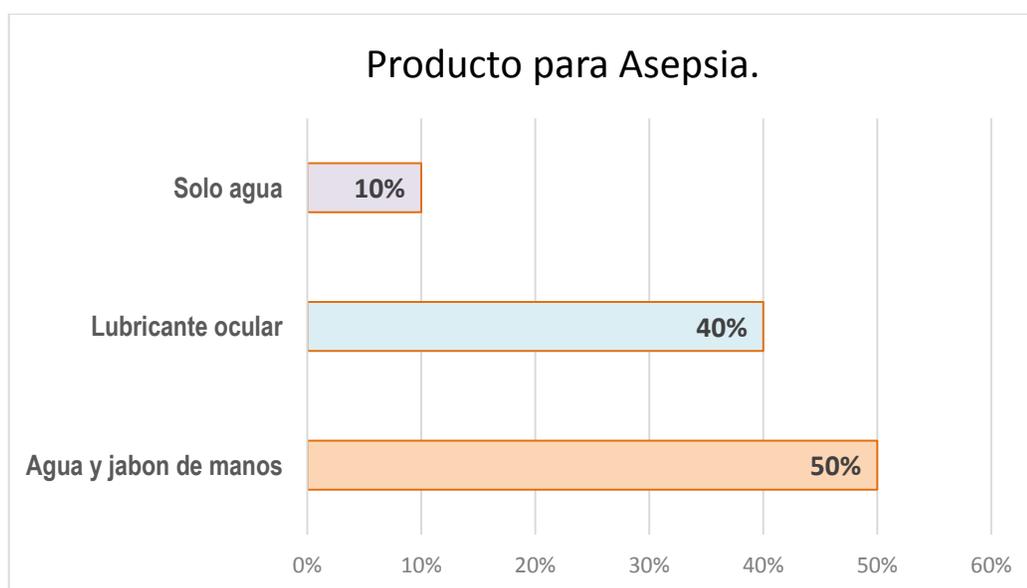
Fuente: elaboración Propia.



Limpieza de la prótesis ocular y producto utilizado.

Para la limpieza de la prótesis ocular los encuestados aseguraron realizarla diariamente el (100%). El producto utilizado para el proceso de asepsia, fue agua con jabón de manos (50%), empleo lubricante ocular el (40%) y solo agua un (10%). Los resultados en la **(Gráfica N°6)**.

Gráfica 6.Producto para Asepsia.
Fuente: elaboración Propia



Percepción física

El 90% de los encuestados manifestó sentirse cómodo con la apariencia física proporcionada por la prótesis ocular, solo un 10% no se siente satisfecho. En el 100% de los encuestados la razón principal del uso de la prótesis ocular es para sentirse mejor consigo mismo.

En cuanto a la percepción para las demás personas sobre el uso de la prótesis, los encuestados respondieron que es poco visible con un 40%, no le presta atención a esto un 30%, nadie la percibe, es visible y muy visible con 10% para cada una de las últimas categorías. Descrito en la **Tabla N°7**

Con respecto a la afectación de tipo emocional, en su forma de actuar, o en la frecuencia de visita a lugares públicos, se encontró que el 80% de los pacientes no se siente afectado en ninguno de estos aspectos, el 10% refirió sentirse afectado en sus sentimientos y el restante afirmó no interesarle las actividades sociales.

Tabla 7. Visibilidad de la prótesis
Fuente: elaboración Propia.

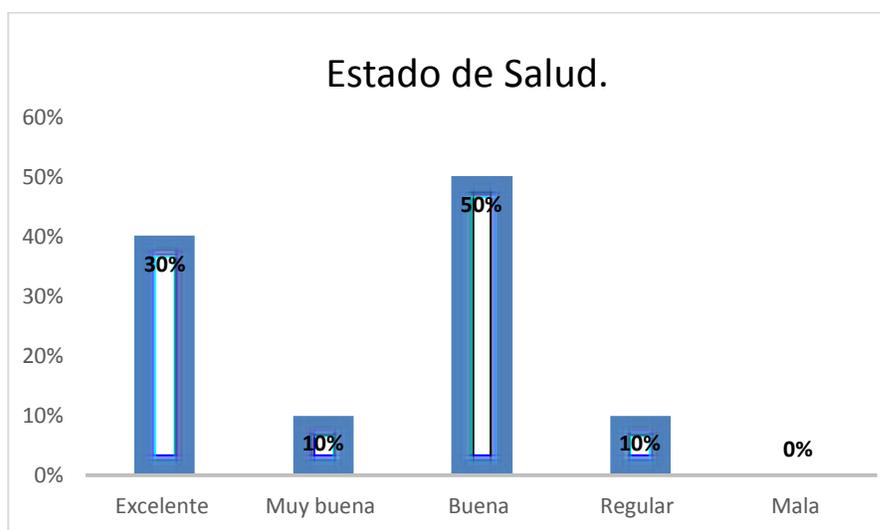
Visibilidad de la prótesis	N°	%
No presto atención	3	30%
Nadie la percibe	1	10%
Poco visible	4	40%
Visible	1	10%
Muy visible	1	10%

8.2. Resultados cuestionario SF-12.

Estado de salud y limitaciones de esfuerzo moderado y subir escaleras.

De los 10 encuestados sobre el estado de salud general el 50% respondió tener una buena salud, 30% afirmó tener una excelente salud y un con un 10% muy buena salud seguido de 10% regular salud y ninguno respondió tener mal estado de salud. **(Gráfico N° 7)**. En cuanto actividades el 100% dijo no tener limitaciones para actividades de esfuerzo moderado como mover mesas, jugar bolos o caminar más de una hora, ni al subir escaleras, por lo que se entiende que están totalmente adaptados al uso de la prótesis ocular.

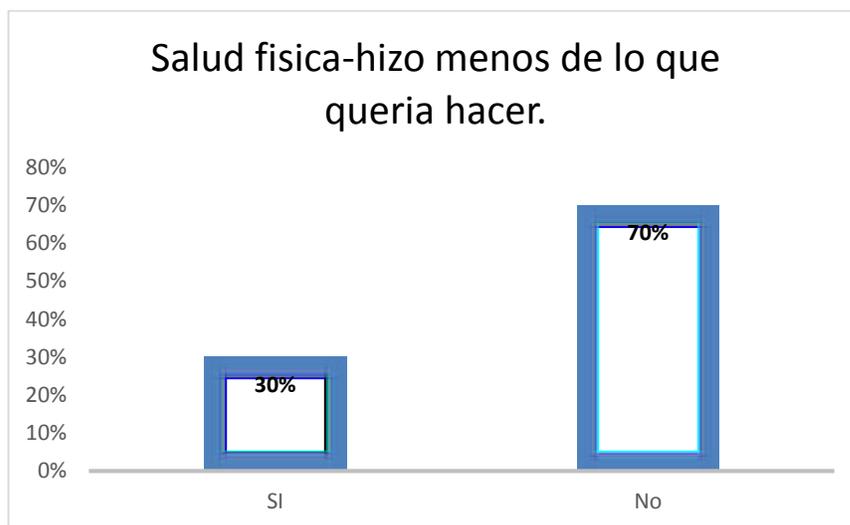
Gráfica 7. Estado de Salud.
Fuente: elaboración Propia.



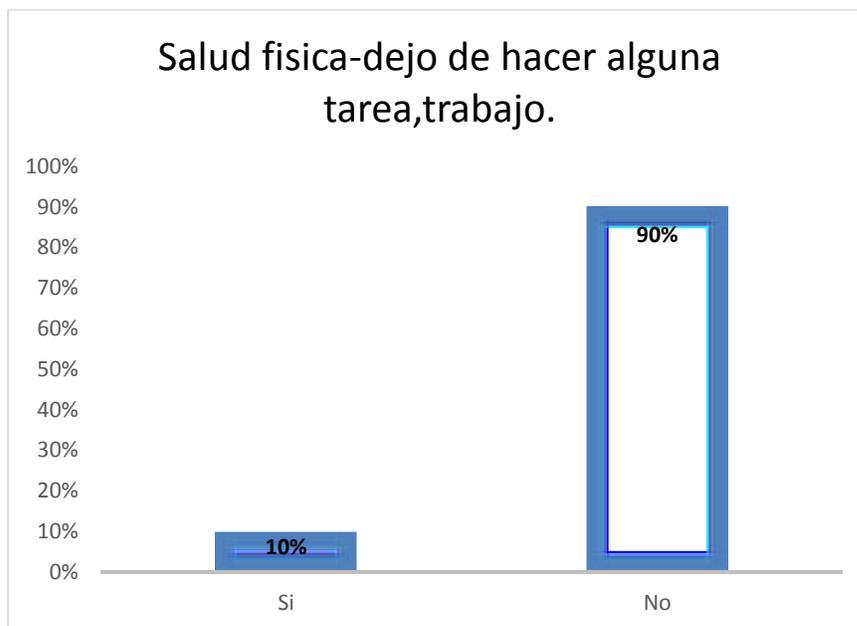
Salud física.

Respecto al estado de salud físico 7 de los encuestados (70%), dijeron no hacer menos de lo que querían hacer y 3 encuestados (30%) aseguro hacer menos de lo que querían hacer **(Gráfica N°8)**. También 9 de los usuarios (90%) afirmó que no dejó de hacer alguna tarea en el trabajo o actividades cotidianas y solo un participante (10%) dijo afectarle para realizar las actividades. **(Gráfica N°9)**.

Gráfica 8. Salud física.
Fuente: elaboración Propia.



Gráfica 9. Salud física 2.
Fuente: elaboración Propia.

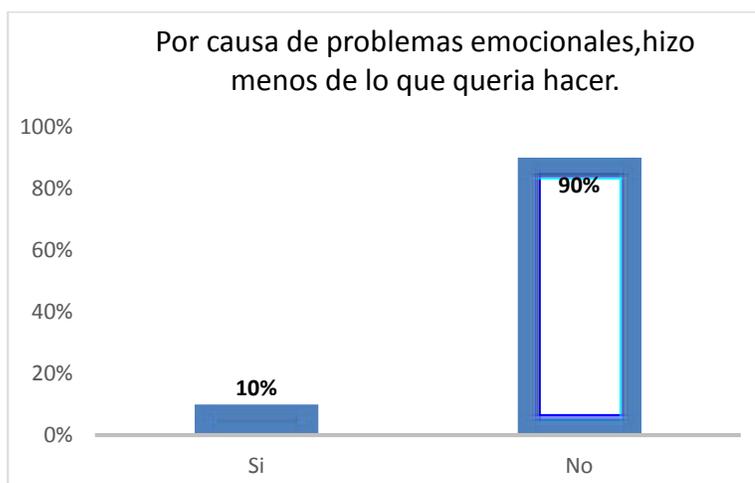


Problema emocional

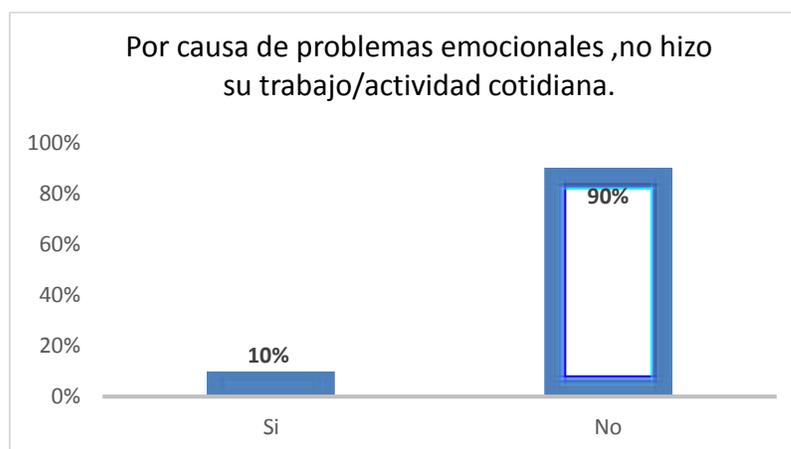
A causa de algún problema emocional hizo menos de lo que quería hacer el 90% dijo no afectarle en su trabajo o actividades cotidianas y solo un 10% dijo si

sentirse afectado por sus problemas emocionales. **(Gráfico N°10)**. A la pregunta hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional el 90% respondió no y un 10% dijo si, se sobre entiende que los problemas emocionales no afectan el realizar las actividades cotidianas. **(Gráfica N°11)**.

Gráfica 10. Problema emocional.
Fuente: elaboración Propia.



Gráfica 11. Problema emocional 2.
Fuente: elaboración Propia.



Dolor y dificultad para hacer trabajos.

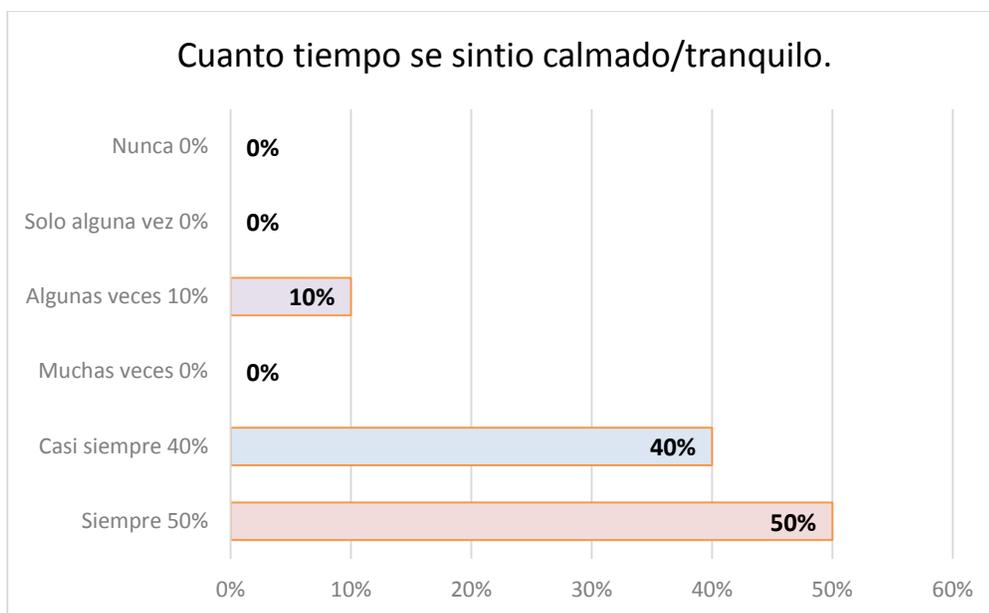
El 80% de los encuestados no tiene nada de dificultad ni dolor y solo un 20% refiere solo un poco de dolor que le dificulta hacer los trabajos habituales (fuera de la casa y tareas domésticas).

En el tiempo como se ha sentido.

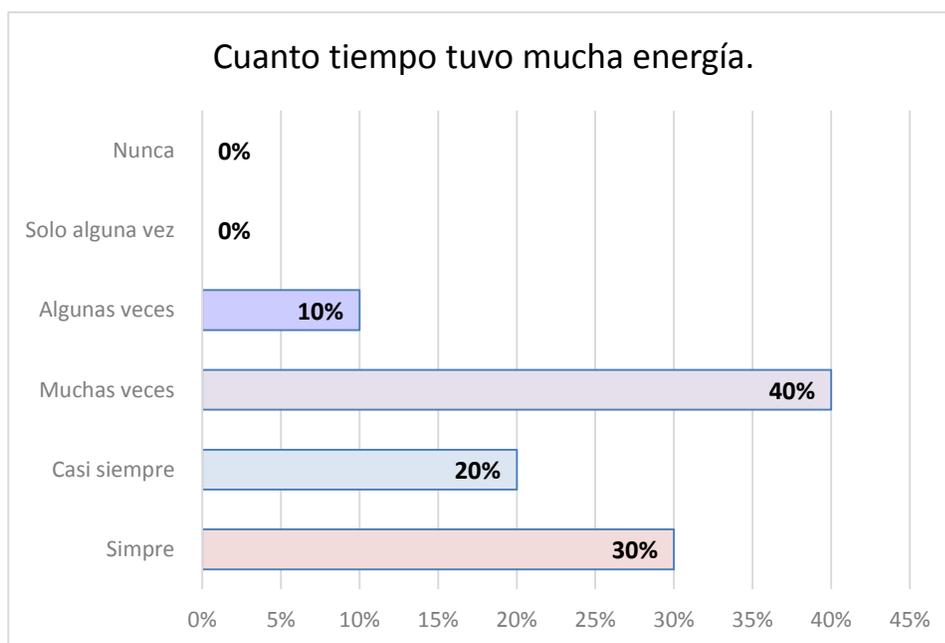
Respecto del cómo se sintió calmado y tranquilo durante las últimas 4 semanas, 5 encuestados (50%) dijeron sentirse siempre tranquilos, 4 encuestados (40%) casi siempre, un encuestado (10%) algunas veces. **(Gráfica N°12)**. A la pregunta de cuánto tiempo estuvo con mucha energía para realizar las actividades cotidianas muchas veces 40%, siempre un 30%, casi siempre 20% y algunas veces el 10%. **(Gráfica N°13)**.

El 50% afirmó sólo alguna vez sentirse desanimado, un 30% algunas veces y un 20% dijo nunca haberse sentido desanimado por el uso de la prótesis **(Gráfico N°14)**.

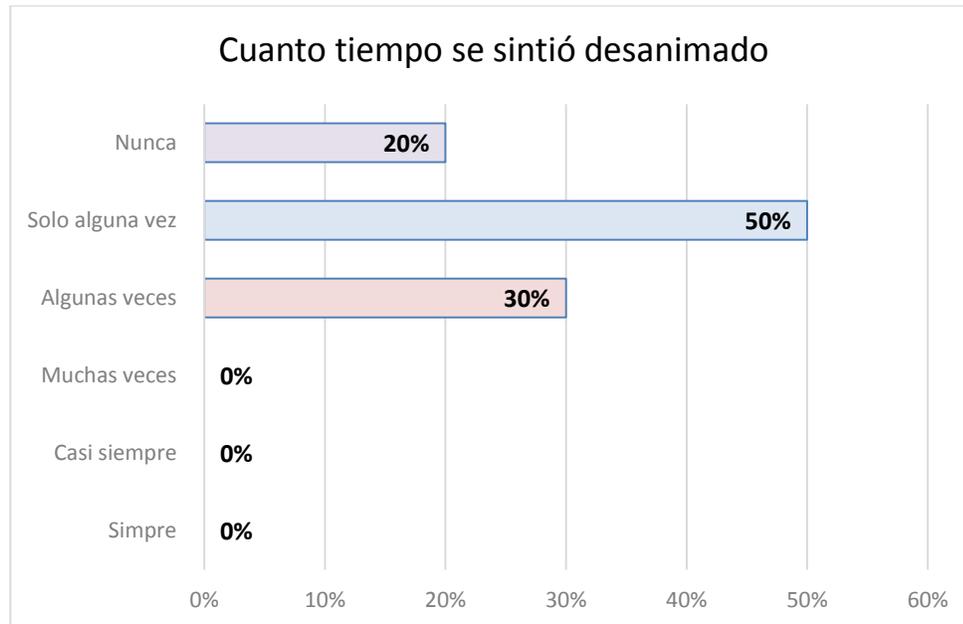
Gráfica 12. Cuánto tiempo se sintió calmado.
Fuente: elaboración Propia.



Gráfica 13. Cuanto tiempo tuvo energía.
Fuente: elaboración Propia.



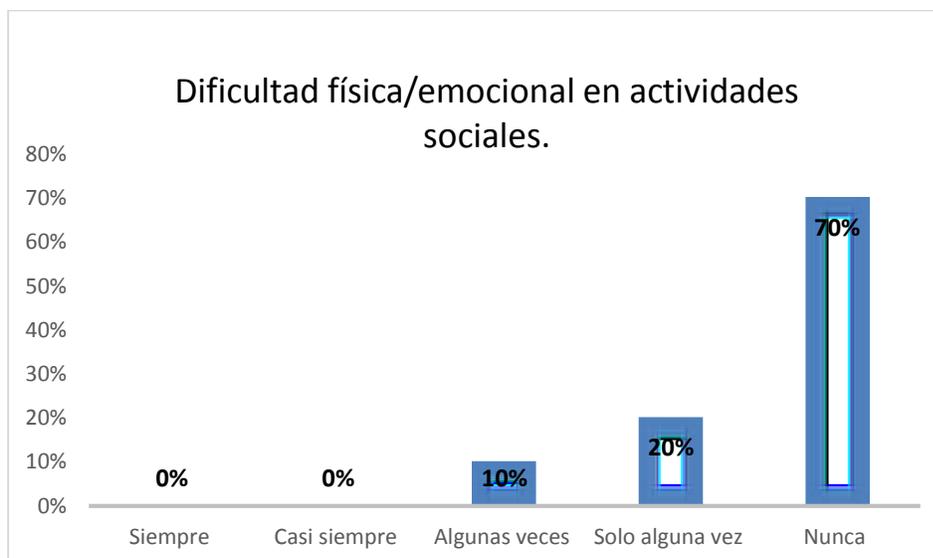
Gráfica 14. Cuánto tiempo se sintió desanimado.
Fuente: elaboración Propia.



Problemas físicos-emocionales y actividades sociales.

De los encuestados, siete dijeron nunca haber tenido problemas físicos-emocionales que le dificulten las actividades sociales, dos dijeron tener dificultad (alguna vez) y uno (solo algunas veces). Los porcentajes se pueden observar en la **(Gráfica N°15)**.

Gráfica 15. Dificultad física-emocional.
Fuente: elaboración Propia.



La interpretación de los datos cualitativos de calidad de vida en la categoría de estado de salud, se evidenció que la muestra de usuarios del dispositivo ocular sobre medida; no tuvieron ningún tipo de limitación para realizar actividades, trabajos, subir escaleras o realizar esfuerzos moderados. Igualmente en la categoría de problemas físicos-emocionales y actividades sociales, no se vieron afectados para realizar actividad social/ trabajos o alguna actividad cotidiana o hacer menos de lo que quería hacer por problemas físico-emocionales por el uso de la prótesis.

8.3. Resultados cuestionario de Rosenberg.

De los 10 encuestados en total, el 80% presentaron un promedio de 30 puntos que corresponde a un nivel de autoestima normal y el 20% restante un promedio menor a los 30 puntos que significa una autoestima media. En la **tabla N° 8** se

muestran el puntaje de cada usuario de prótesis y los valores normales de categoría de nivel de autoestima y el compilado en la **Gráfica N°16**.

Tablas 8 .Resultados Rosenberg.

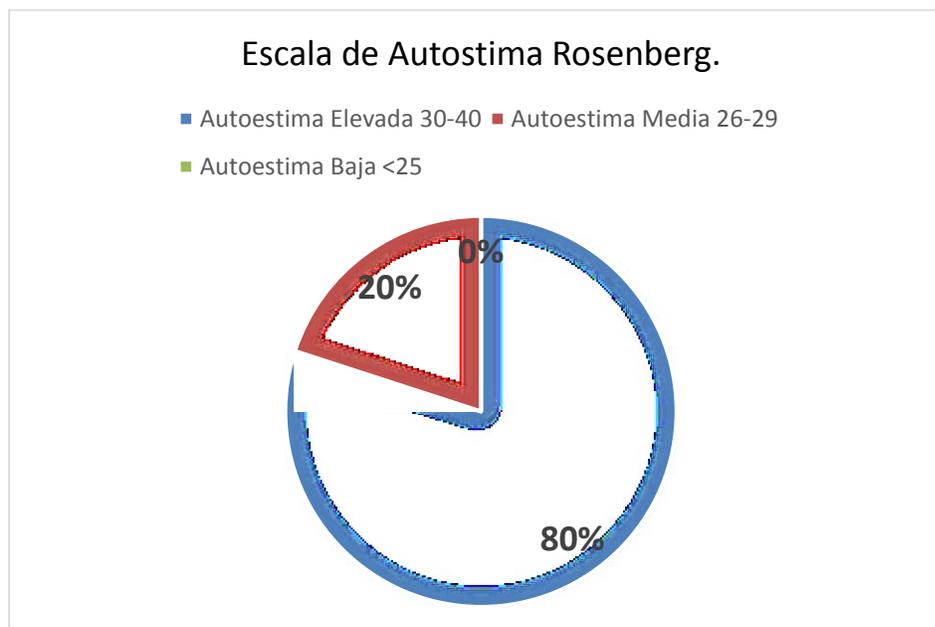
Fuente: elaboración Propia

	Puntaje
Paciente 1	33
Paciente 2	34
Paciente 3	33
Paciente 4	33
Paciente 5	30
Paciente 6	32
Paciente 7	32
Paciente 8	29
Paciente 9	32
Paciente 10	28

Escala de Rosenberg (Valores estándar)	%
Autoestima Elevada (puntos 30-40)	80%
Autoestima Media (puntos 26-29)	20%
Autoestima Baja (puntos <25)	0%

Gráfica 16.Escala de autoestima Rosenberg.

Fuente: elaboración Propia.



9. Discusión

La investigación sobre el papel de los factores psicosociales y la calidad de vida en relación con las enfermedades es cada vez más importante (20). En la revisión que se realizó no se encontraron estudios, solo uno que se relaciona con prótesis faciales. Los estudios sobre el impacto de la pérdida del globo ocular en pacientes usuarios de prótesis son escasos, además, los estudios encontrados durante este proyecto tienen limitaciones debido al pequeño tamaño de la muestra y artículos publicados.

La edad promedio de los pacientes fue de 50.2 años (DE +/- 17,1), el 100% hombres, similar a lo encontrado por Hatamleh el promedio de años 57,55 (DE +/-17.57), de ellos el 58,7% Hombres y 41,3% mujeres (19) y por Rangel de 63.8 ± 13.59 años, donde la mayor prevalencia de prótesis faciales se encontró en pacientes varones mayores de 45 años (16), consistente con los resultados del presente estudio donde la prevalencia fue mayor en el rango de edad ≥ 40-50 años en un 40%.

En cuanto a la ocupación la mayoría de los encuestados en el presente estudio, fueron personas empleadas en el 50%, dueños de negocio 30% y pensionados el 10%, mientras que en otro estudio realizado en Brasilia (Brasil) se menciona de un total de 100%, que son pensionadas el 80% y profesional independiente el 20%, lo que puede corresponder a la edad promedio encontrada (16).

La etiología de pérdida del globo ocular en los usuarios encuestados fue por accidente/trauma en el 80% y un 20% ligado a una enfermedad, la pérdida ocular teniendo la misma proporción tanto para ojo derecho como del ojo izquierdo. En el estudio de Cordero y colaboradores en México realizado con 31 pacientes, la pérdida del globo ocular fue por trauma en un 59% de los casos, el ojo afectado fue el izquierdo en un 52%, el ojo derecho en el 42% y la pérdida de ambos con un 6% (17). Hatamleh en el Reino Unido, de igual manera mencionó que el 50%

de los participantes (muestra de 126 pacientes) presentaron pérdida ocular por trauma (19).

El periodo promedio de cambio de la prótesis en el presente estudio fue de 10 años en un 50%, en el estudio de Rangel el promedio de cambio fue de 4.23 años (16), cabe destacar que este último trabajo utilizó además de prótesis oculares diferentes tipos de prótesis faciales.

El 100% de los pacientes encuestados en este estudio tiene un régimen de limpieza diario, en donde la mayor proporción es realizada con agua y jabón de manos en un 50%, lubricantes oculares un 40%, condición que se encuentra referenciada también en el estudio de Hatamleh; donde limpian la prótesis una vez al día un (37,4%) (19). En otro estudio realizada por Osborn & Hettler, con una muestra de 95, informó que la prótesis ocular debe limpiarse cada vez que se retira la prótesis 58%, el restante requiere además de la limpieza, la lubricación ocular el 42% para que sean más cómoda. El sistema de limpieza de los pacientes preferido es con champú y jabón de bebé 24% y el uso de un lubricante a base de aceite de silicona con un 29% (18). El estudio de Rangel reporto mala higiene de la prótesis por medio de uso de sustancias no recomendadas para este proceso, como lo es el etanol comercial en uno de sus pacientes (16).

Con respecto a la percepción física con el uso de la prótesis, en el presente estudio el 40% refirió que es poco visible, no presta atención a su apariencia física 30%. El estudio de comparación tiene diferentes percepciones, pues las respuestas son variadas, 40% identifican su deformidad como altamente visible, otro 40% la considera poco visible y un 20% no se preocupa por ello (16).

Se utilizó el cuestionario Sf-12 para evaluar la condición de calidad de vida en componentes específicos como la función física, social, emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general. En este trabajo, no se encontró afectación en estos aspectos, pues no reportaron algún tipo de limitación en lo físico o emocional para realizar actividades cotidianas, tampoco reportaron dolor

por el uso de la prótesis, destacando que la mayor parte de la muestra respondió positivamente a las preguntas del cuestionario. No se han encontrado referencias o estudios que permitan hacer comparación de nuestros resultados en prótesis oculares. Se encontró un estudio donde utilizaron el cuestionario Sf-36 en su versión en portugués en (Brasilia-Brasil) aplicado en paciente con prótesis faciales, en la aplicación del test el aspecto emocional fue el menos afectado con un 33,33 % (16).

Se realizó el cuestionario de Rosenberg para evaluar las propiedades psicométricas de la escala de autoestima con relación a la prótesis, con 80% de autoestima normal y un 20% media. No encontramos ningún estudio con la escala de Rosenberg aplicada para evaluar autoestima en el uso de prótesis, solo un estudio relacionado en pacientes con diferentes prótesis faciales en donde las puntuaciones van de 0 a 30, en donde el menor valor significa un mayor grado de autoestima. Para este estudio el grado de autoestimas fue normal (16).

10. Conclusiones:

Teniendo en cuenta los objetivos trazados, así como la metodología realizada en el presente trabajo, se puede concluir lo siguiente:

- La percepción física, de calidad de vida y autoestima de los pacientes encuestados, no se vio afectada reportaron que su prótesis es poco visible para los demás y no les afecta para realizar interacción social. Los niveles de autoestima no mostraron alteraciones psiquiátricas, la percepción de autoestima está en un rango entre 30 a 40 puntos, que significa una autoestima normal sin requerir ayuda psicológica.
- La pérdida del globo ocular de manera temprana genera con el uso de prótesis una mejoría en la autopercepción física, la aceptan rápidamente, aprendiendo a convivir con su nueva condición.
- La función estética de las prótesis es el primer paso hacia una buena calidad de vida de estos pacientes, esto enfatiza la importancia de establecer comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios para cumplir con los objetivos funcionales y estéticos.

10.1. Recomendación

Se sugieren investigaciones con una muestra mayor, donde se destaque información adicional como: limpieza, tiempo de reemplazo de prótesis, estética visual para establecer una evaluación más integral de estos pacientes y ofrecer un apoyo interdisciplinario de estos usuarios.

11. Bibliografía

1. Sánchez A, Solano M, Vásquez A, Margoth K, Briones M, Ospina P, Caso Clínico, Qhalikay 2017; Revista de Ciencias de la Salud. Qhalikay.114-119 120
2. Vilas A, Hernández M, Asín F, Escuin TJ. Prótesis oculo-palpebral. A propósito de un caso clínico. RCOE 2003; 8(5):553- 561.
3. Grupo WHOQOL. Evaluación de la Calidad de Vida. 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1996
4. Gómez P, Prótesis oculares: "Una mirada a las prótesis oculares" Investigaciones Andina, vol. 12, núm. 20, 2010, pp. 66-83 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia
5. Douglas R. , Sigua E, Álvarez N, Rocha A, Queiroz E. Quality of life of patients with facial prosthesis Rev Fac Odontologia Univ Antioq vol.29 no.1 Medellin July/Dec. 2017.
6. Hatamleh MM, Abbariki M, Alqudah, N, Cook AE. Survey of Ocular Prosthetics Rehabilitation in the United Kingdom, Part 1: Anophthalmic Patients' Aetiology, Opinions, and Attitudes. Volumen 28, Número 5, 1 de Julio de 2017, páginas 1293-1296
7. Goiato M, dos Santos D, Bannwart L, Moreno A, Pesqueira A, Haddad M, dos Santos E. Psychosocial impact on anophthalmic patients wearing ocular prosthesis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013 Jan; 42(1):113-9. Doi: 10.1016/j.ijom.2012.05.028. Epub 2012 Jul 7
8. Botelho N, Volpini M, Moura E, Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular Arq Bras Oftalmol 2003; 66:637-46
9. Juan Ye, Lixia Lou, Kai Jin, Yufeng Xu, Xin Ye, Timothy Moss, Hayley McBain Vision-Related Quality of Life and Appearance Concerns Are Associated with

Anxiety and Depression after Eye Enucleation: A Cross-Sectional Study. August 28, 2015.

10. Echeverry L, Alternativa para la Rehabilitación de Cavidades Anoftálmicas no Candidatas a Cirugía, el Método del Expansor Orbitario en el Hospital Universitario de la Samaritana, Nivel 3 de referencia en la ciudad de Bogotá, Colombia. 2016 [2016; 03/10/2019]. Disponible en: URL

11. Hernández J, Rodríguez A, Rodríguez S, Paz S, Reina H, Santos Z, Vidales S. Serie: Cuadernos de optometría 1.ed. Bogotá D.C ,2015 Fundación Universitaria del Área Andina; 2015, 508 p: .il. Col.

12. Tesis: Estudio de la flora conjuntival y su capacidad de formación de Bofill sobre material protésico en pacientes anoftálmicos <file:///C:/Users/user/Downloads/Tesis%20de%20Jos%C3%A9%20C3%81lvaro%20Toribio.PDF>

13. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Residente. 2016; 11(3):120-125.

14. Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.

15. Asociación Colombiana de Cirugía Plástica Ocular, Orbitaria y Oncológica

16. Rangel goulart douglas, Rodríguez E, Álvarez-pinzón N, Rocha U, Queiroz E. Quality of life of patients with facial prosthesis. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 May 20]; 29(1): 131-147. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-

17. Cordero R, Díaz M, Orozco C, Jasso P, Aquino GM, García J del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás José Arturo Patiño Pineda del Centro de Investigación e Innovación Tecnológica del Instituto Politécnico Nacional. “La influencia de la prótesis ocular en la calidad de vida de

los pacientes que acuden a la clínica del CICS-UST” [Internet]. [Cited 2020 May 20]; Clave del proyecto: 20082684

18. Osborn KL, Hettler D. A survey of recommendations on the care of ocular prostheses. *Optometry*. 2010; 81(3):142-145. doi:10.1016/j.optm.2009.11.003.

19. Hatamleh MM, Abbariki M, Alqudah N, Cook AE. Survey of Ocular Prosthetics Rehabilitation in the United Kingdom, Part 1: Anophthalmic Patients' Aetiology, Opinions, and Attitudes. *J Craniofac Surg*. 2017; 28(5):1293-1296. doi:10.1097/SCS.00000000000003370

20. Araújo-Filho RCA, Cardoso MSO, Cardoso AJO, Pereira JRD, de-Souza EHA, Macedo CB. Fatores etiológicos das mutilações Buco-Maxilo-Faciais em pacientes atendidos no serviço of prosthese buco da FOP / UPE. *Odontol Clín Científ*. 2006; 5 (3): 203-206.

21. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). Versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. Gómez-Lugo, M, Espada J, Morales, A., Marchal-Bertrand L., Soler F. & Vallejo, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66.

22. Reina M, Oliva A, Parra A. Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education* 2010, Vol.2, N° 1, pp 55-69. ISSN 2171-2085 (print) / ISSN 1989-709X (online)

23. Ayala CA, Irigoyen CAE, Chirino SA, et al. La autopercepción de calidad de vida en el paciente diabético: elementos para el debate. *Arch Med Fam*. 2017; 19(4):85-89.

24. Panesso K, Arango M. La autoestima, proceso humano, Universidad de Antioquia. VOL. 9 NÚM. 14 (2017).

25. Romaní Romaní F. Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. Rev. CIMEL [Internet]. 2010 [citado Ago 2020]; 15(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/717/71720941013.pdf>

26. Rodríguez A. El reporte de caso: por qué, para qué y cómo hacerlo. Rev. Case Rep. 2016; 2(2) [Internet]. [Citado Ago 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/60594-313935-1-PB.pdf>

27. Vázquez Morejón, A.J., Vázquez-Morejón Jiménez, R. y Bellido Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. Apuntes de Psicología, 31 (1), 37-43

Anexo N°1: Encuesta caracterización de población.

La información que usted nos brinde a continuación es de carácter confidencial, para uso exclusivo del proyecto de investigación titulado “**Percepción de vida, estética y autoestima en pacientes usuarios de prótesis ocular en Bogotá**”, por lo que se garantiza su total confidencialidad. Agradecemos la veracidad de los datos suministrados, su colaboración servirá a otras personas y generar la descripción de esta población.

Fecha de elaboración de la encuesta: _____

Nombre: _____ **Dirección:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Sexo: _____ **Teléfono:** _____

Instrucciones: Coloque una X en el paréntesis para señalar la respuesta más adecuada a su situación

Ocupación: () Empleado () Desempleado () Estudiante () Dueño de negocio
() () Otro - Especifique _____

<i>1.Ojo afectado:</i>	Derecho () Izquierdo ()
<i>2.Motivo de perdida:</i>	Padecimiento Hereditario () Enfermedad () Accidente/trauma () Especifique: _____
<i>3.Tiempo de la afectación:</i>	1 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () O más : _____
<i>4.Cada cuanto cambia su prótesis</i>	_____ Nunca: ()
<i>5.Frecuencia de asepsia de la prótesis ocular</i>	Diaria () Semanal ()

	Mensual () Anual () Nula ()
6. <i>Producto con que limpia la prótesis ocular</i>	Agua y jabón de manos () Suero fisiológico () Jabón neutro () Tópicos/lubricantes oculares () Otros: _____
7. <i>Con respecto a su apariencia física facial se siente</i>	Atractiva () Normal () Poco Atractiva ()
8. <i>Razón principal del uso de prótesis:</i>	Verse mejor ante otras personas () Evitar las miradas curiosas de las personas () Sentirse mejor consigo mismo ()
9. <i>Que tan visible considera usted que es para las demás personas su prótesis ocular.</i>	Muy visible () Visible () Poco visible () Indiferente () Nadie la percibe () No presto atención a eso ()
10. <i>Con respecto al uso de su prótesis se siente afectado en alguno de estos aspectos.</i>	Afectaba su forma de actuar () Sus sentimientos () La frecuencia con la que visitan lugares públicos () No le interesan las actividades sociales () Ninguna ()

Anexo N° 2: Cuestionario de salud SF-12

Introducción: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente () Muy Buena () Buena () Regular () Mala ()

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿Cuánto?

Fuente: Manual prueba sf-12. Ser.es. [citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf

	1. Sí, me limita	2. Si me limita un poco.	3. No, no me limita nada.
2. Esfuerzo moderado , como mover una mesa, pasar la aspiradora, Jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
3. Subir varios pisos por la escalera			

Durante **las 4 últimas semanas** ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

	1. SI	2. NO
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		

5. ¿Tuvo que dejar de hacer alguna tarea en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
--	--	--

Durante las **4 últimas semana** ¿ha tenido de los siguientes problemas en su trabajo en sus actividades cotidiana, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1. SI	2. NO
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?		
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?		

	1.Na da	2.Un poco	3.Regul ar	4.Bastan te	5.Much o
8. Durante las 4 últimas semanas , ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					

Las pregunta que sigue se refieren a como se ha sentido y como le ha ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo....

	1.Siempre	2.casi siempre	3.muchas veces	4.algunas veces	5.solo alguna vez	6.nunca
9...se sintió calmado y tranquilo?						
10...tuvo mucha energía?						

11...se sintió desanimado y triste?						
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

	1.siempre	2.casi siempre	3.algunas veces	4.solo alguna vez	5.nunca
12. Durante las 4 últimas semana ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					

Anexo N°3: Encuesta escala de Rosenberg.

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias.



Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965).

Versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. (2016) en:

Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.67>

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias.

	Totalmente en desacuerdo.	En desacuerdo.	De acuerdo.	Totalmente de acuerdo.
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.				
2. A veces pienso que no soy bueno/a para nada*				
3. Creo que tengo buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de las personas.				
5. Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.				
6. A veces me siento inútil*				

7. Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.				
8. Quisiera respetarme más a mí mismo/a.*				
9. Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.*				
10. Tengo una visión positiva de mí mismo/a.				