



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

**ANSIEDAD EN PACIENTES
AMPUTADOS HOSPITALIZADOS**

Alumna: María Revilla Aguado

Tutor: Pedro Martín Villamor

Cotutora: Isabel García Pozo

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer el tiempo, la dedicación y la paciencia que me han brindado mi tutor, Pedro Martín y mi cotutora Isabel García haciendo posible la realización de este trabajo.

A Agustín Mayo por toda la ayuda recibida en relación al tema estadístico del estudio.

Por otro lado, al personal de enfermería de la 6º planta de Cirugía Vascular del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por la ayuda prestada para realizar la captación de los pacientes encuestados.

Por último, a mi familia, papá, mamá, abuelos, Israel y a mi alma “gemela” por enseñarme a no rendirme nunca y por ese apoyo incondicional que me demostráis día a día.

RESUMEN

Introducción: La isquemia crítica es, a menudo, un estadio avanzado de la enfermedad arterial periférica (EAP) que puede requerir la amputación parcial o total de una extremidad. Las amputaciones suponen la pérdida parcial o total de una parte del cuerpo. Cada año se hacen alrededor de 113.000 amputaciones de miembros inferiores y en España alrededor de 9500 de miembros inferiores a causa de una enfermedad vascular. La ansiedad es un estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo.

Objetivos: Evaluar el nivel de ansiedad en la clínica ‘no visible’ del paciente sometido a cirugía de amputación.

Material y metodología: Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo-comparativo y de corte transversal. Se evaluó el nivel de ansiedad a 21 pacientes sometidos a una amputación a través del cuestionario STAI. Y se recogieron variables sociodemográficas

Resultados: Del total de la muestra, un 52,38% presentaron niveles patológicos de ansiedad. Sin embargo, no se han encontrado datos estadísticamente significativos al relacionar las variables sociodemográficas con la ansiedad a excepción del hecho de tener una amputación a nivel digital.

Conclusión: se han objetivado los niveles de ansiedad y se ha mejorado el conocimiento de los datos sociodemográficos en pacientes amputados. Se evidencia la necesidad de atender especialmente los aspectos psicológicos de este grupo de pacientes y se plantea la creación de nuevos protocolos y planes de cuidados.

Palabras clave: amputación, ansiedad, STAI, enfermedad arterial periférica.

ABSTRACT

Introduction: Critical limb ischaemia is often an advanced stage of peripheral arterial disease (PAD) which may require total or partial amputation of a limb. Amputations mean the total or partial loss of a limb. Every year around 113.000 amputations are carried out and in Spain around 9500 amputations of lower limbs due to vascular disease. Anxiety derived from these amputations is a state in which a person experiments a feeling of uneasiness (mild or intense), whose origin is usually unspecific or unknown for the patient.

Objectives: Evaluating the level of no visible anxiety of the patient who is under amputation in the hospital.

Material and methodology: It was carried out a descriptive, comparative, transversal , observational-type study. The level of anxiety was evaluated in 21 patients under amputation procedures by means of the STAI questionnaire and socio-demographic variables were also collected.

Results: From the whole sample, a 52,38% showed pathological levels of anxiety. However, significant statistical data have not been found when relating socio-demographic variables to anxiety ,except for amputations at a finger level.

Conclusion: The levels of anxiety have been objectified and the knowledge of the socio-demographic data about amputated patients has been improved. It is evident the necessity of taking into account the psychological aspects of this group of patients and new care plans and protocols are outlined.

Key words: amputation, anxiety, STAI, peripheral arterial disease.

ÍNDICE GENERAL

- Índice de tablas.....	V
- Índice de figuras.....	V
- Introducción.....	1
- Justificación, hipótesis y objetivos.....	4
- Marco teórico.....	5
- Metodología:	
o Diseño.....	9
o Muestra.....	9
o Cronograma.....	9
o Material e instrumentos.....	9
o Análisis estadístico.....	10
o Consideraciones éticas.....	11
- Resultados.....	12
- Discusión.....	17
- Conclusiones.....	19
- Bibliografía.....	20
- Anexos:	
o Anexo 1: Encuesta demográfica.....	22
o Anexo 2: Inventario Ansiedad Estado/Rasgo.....	23
o Anexo 3: Consentimiento Informado.....	25
o Anexo 4: Conformidad Jefe de Servicio.....	30
o Anexo 5: Compromiso Confidencialidad.....	31
o Anexo 6: Solicitud Comité Ético de Investigación.....	32
o Anexo 7: Informe Comité de Ética e Investigación F.E.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.....	10
- Tabla 2.....	12
- Tabla 3.....	13
- Tabla 4.....	13
- Tabla 5.....	13

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.....	14
- Figura 2.....	14
- Figura 3.....	15
- Figura 4.....	15
- Figura 5.....	16

INTRODUCCIÓN

La isquemia crítica es, a menudo, un estadio avanzado de la enfermedad arterial periférica (EAP) que puede requerir la amputación parcial o total de una extremidad – más frecuentemente la inferior- como mejor y, a veces, única opción de tratamiento¹.

La EAP consiste en un daño u obstrucción en los vasos sanguíneos más alejados del corazón: las arterias periféricas. Es una enfermedad crónica limitante del estilo de vida que afecta aproximadamente al 20% de los adultos mayores de 55 años².

Los factores de riesgo que se asocian a los pacientes con dicha enfermedad son el sexo masculino, la hiperlipidemia, Hipertensión Arterial (HTA), tabaquismo, sobrepeso y obesidad, el consumo de alcohol y la Diabetes Mellitus (Informe SEA 2007). Estos factores de riesgo están implicados en el 80-90 % de las enfermedades cardiovasculares³.

De todos estos factores de riesgo, el que más importancia adquiere en el papel de la enfermedad vascular periférica es la Diabetes Mellitus (DM). En España, la diabetes es la tercera causa de mortalidad entre las mujeres y la séptima en los varones¹. Además, es una enfermedad que supone un gran impacto económico y de salud a las sociedades y a los sistemas de salud. Se estima que en España la prevalencia se encuentra entorno al 6-10% según la zona y el grupo de edad estudiado⁴.

Por otro lado, la población con DM tiene un riesgo de 10 a 30 veces mayor de sufrir una amputación del miembro inferior que aquellos que no la padecen⁵. Aproximadamente del 40 al 85% de las amputaciones de extremidades inferiores se realiza en sujetos con DM y de estas el 85% está precedida por una úlcera del pie⁶.

Cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado, normalmente, el tratamiento de primera elección para salvar de la amputación es una reconstrucción vascular o tratamiento farmacológico. Si bien es cierto que la probabilidad de realizar una amputación subsecuente a este proceso es del 40%¹.

Los aspectos psicológicos ante este evento dependerán mucho de los diferentes estilos de afrontamiento⁷ y de las vivencias de cada paciente y por ello la importancia del conocimiento de sus necesidades para la planificación de la asistencia y de un plan de

cuidados, además de un abordaje multidisciplinar desde el momento del preoperatorio hasta el alta hospitalaria.

Para elaborar el plan de cuidados debemos realizar la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Todos son fundamentales, pero en este tipo de pacientes quizás los que más relevancia adquieren son^{8,9}:

- Percepción y manejo de la salud: la amputación supone una pérdida y puede parecer que conlleva una disminución del estado de salud, pero la mayoría de las veces es una opción de tratamiento para la resolución de la patología.
- Actividad-ejercicio: tras ello le sigue un periodo de deterioro de la actividad física y para ello debemos evaluar la capacidad del paciente para deambular, para mantener el equilibrio.
- Auto percepción-autoconcepto: una amputación supone una gran alteración de la imagen corporal y por ello debemos valorar los diferentes sentimientos que puedan ir experimentando.
- Adaptación-tolerancia al estrés: es una nueva situación y hay que adaptarse a los cambios, además de superar la fase de duelo por la pérdida.

Derivado de esta valoración se identifican los diagnósticos de enfermería con más importancia:

- 000155 Riesgo de caídas relacionado con el uso de dispositivos de ayuda y/o silla de ruedas.
- 00118 Trastorno de la imagen corporal relacionado con los efectos de la cirugía (amputación) por rechazo a verificar un cambio real, no tocar y/o mirar una parte del cuerpo.
- 00120 Baja autoestima situacional relacionado con la alteración de la imagen corporal
- 00136 Duelo relacionado con la pérdida de una parte corporal.
- 1400 Manejo del dolor.

La cirugía supone un potente estresor complejo, aunque su carácter estresante no se encuentra aislado, sino que depende de otros factores que también debemos tener en cuenta. Además, la prevalencia de este supone un incremento del tiempo de recuperación y en consecuencia supone un aumento directo de riesgos y costes¹⁰.

La ansiedad es de origen latino ‘anxietas’ implica una experiencia con diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor¹¹. Estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo¹².

Para entender mejor la ansiedad no clínica, a continuación, vamos a diferenciar los dos tipos que se contemplan dentro de esta:

- Ansiedad estado: se trata de una reacción emocional y puntual ante una situación que tiene una duración limitada.
- Ansiedad rasgo: se trata de la dimensión de la personalidad bien definida y ejerce una influencia constante.

Un estudio del Hospital General de México¹³ muestra que pacientes que se van a someter a una cirugía mediante una escala visual de la ansiedad manifestaron valores entre 2 y 5 que corresponde con ansiedad de leve a moderada.

En el grupo control, del estudio efectividad de una intervención preoperatoria en el control de la ansiedad¹⁴, la media para la ansiedad estado fue de un 20,03 que equivale a una ansiedad leve.

Por otro lado, en un estudio de ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras¹⁵, se analizaron 36 pacientes hospitalizados por quemaduras, de los cuales el 41,7 % se les diagnosticaron de trastorno de la ansiedad.

Existen diferencias entre los niveles de ansiedad que genera cada estresor hospitalario, entre los que presentan un nivel mayor de ansiedad se encuentran las consecuencias de la enfermedad y el alivio al dolor y la falta de información sobre esta¹⁶.

JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS y OBJETIVOS

La ansiedad, en este tipo de pacientes que se someten a esta intervención, es un hecho frecuente, complejo, complicado de explicar y evaluar objetivamente⁷ y, por lo tanto, susceptible de ser interpretado erróneamente, con diferencias entre lo percibido por el personal sanitario y lo que el paciente siente realmente. Por todo ello consideramos que es importante incidir en este tipo de estudios y poner en marcha iniciativas que procuren un conocimiento mejor del paciente amputado con el fin de adaptar los planes de cuidados a sus verdaderas necesidades.

Si los pacientes recibiesen más información acerca de su patología, el tipo intervención, y el postoperatorio, por parte de los profesionales que les cuidan, estos niveles se reducirían notablemente¹¹. Nuestra hipótesis es que estos niveles podrían estar incrementados en los casos de pacientes sometidos a una amputación y requerir planes de cuidados específicos.

Todo lo anterior unido a la dispersión de datos epidemiológicos³ y a la escasez de estudios que relacionen ansiedad y amputación justifica que abordemos este Trabajo de Final de Grado con los siguientes objetivos principales:

- Evaluar el nivel de ansiedad en la clínica “no visible” del paciente sometido a cirugía de amputación.
- Establecer bases objetivas que permitan desarrollar planes de cuidados adaptados a las necesidades del paciente relacionadas con el control de la ansiedad tras la amputación.

Objetivos secundarios:

1. Mejorar el conocimiento epidemiológico de la ansiedad presente en ese grupo de pacientes estudiando la interrelación entre variables: el sexo, estado civil, ocupación, nivel de la amputación, número de días ingresado...
2. Valorar, a través de la Escala STAI, la idoneidad del tiempo que el personal sanitario dedica a aliviar los factores estresantes psicológicos que supone este evento en los pacientes.
3. Concienciar al personal de enfermería de la relevancia de atender los aspectos psicosociales en pacientes amputados.
4. Plantear la necesidad de protocolos que impliquen más al personal sanitario en los cuidados de la esfera psicosocial.

MARCO TEÓRICO

Las amputaciones suponen la pérdida parcial o total de una parte del cuerpo, con más frecuencia de las extremidades, sobre todo la inferior. Pueden ser origen quirúrgico o traumático⁴. Se podría decir que es una entidad médica de naturaleza especial, porque la incapacidad es el resultado; no es una forma de patología sino una forma de tratamiento que elimina la patología. En el caso de las extremidades inferiores hay que tener en cuenta que, además de permitir la deambulación y la bipedestación, brindan soporte (función de apoyo de carga) y proporcionan un control sobre la fuerza de la gravedad.

Si abordamos la amputación desde todas las esferas, no solo supone una pérdida física, sino una pérdida de capacidad funcional, una pérdida de la estética, y que, además, puede llevar implicado dolor o vivencia del miembro fantasma¹⁷. Cada año se hacen alrededor de 113.000 amputaciones de miembros inferiores y en España alrededor de 9500 de miembros inferiores a causa de una enfermedad vascular según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.

La etiología del amputado puede ser:

- Traumática: pacientes normalmente jóvenes sin graves patologías asociadas y expectativa de vida normales.
- Vascular: se podría decir que es el grupo más numeroso, está condicionado por los factores de riesgo nombrados anteriormente (tabaco, HTA, sobrepeso...)
- Oncológica: es poco frecuente en extremidades, al igual que la de origen congénito.
- Congénita

Tipos más frecuentes de amputaciones en miembros:

- Miembro superior: muñeca, dedos de la mano...
- Miembro inferior:
 - o Amputaciones de antepié:
 - Digitales: puede ser de cualquiera de los cinco dedos del pie, lo único que la del primer dedo, desde el punto de vista funcional, es la más trascendental ya que puede alterar el inicio de la marcha. Puede ser incapacitante para la marcha rápida o para el gesto o acto de ponerse de puntillas.



Imagen 1: amputación digital¹⁸

- Transmetatarsianas: se trata de una amputación de todos los dedos de los pies a nivel de los metatarsos. Supone un trastorno en el inicio de la marcha por la ausencia del brazo de palanca.



Imagen 2: amputación transmetatarsiana¹⁹

- Amputación de Lisfranc: se realiza a nivel de la articulación metatarso-cuneo-cuboidea. Hay un gran desequilibrio muscular. Casi no se utiliza.

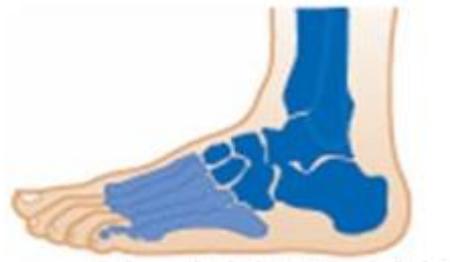


Imagen 3: amputación Lisfranc²⁰.

- Amputación de retropié y tobillo: producen un gran desequilibrio.
 - Amputación de Syme (desarticulación del tobillo): trasarticular a nivel tibio-peroneo. Muños voluminoso y poco estético.



Imagen 4: amputación de Syme²⁰.

- Amputación de Chopart (mediotarsiana): Causa severa deformidad. Muñón doloroso y que dificulta la marcha.

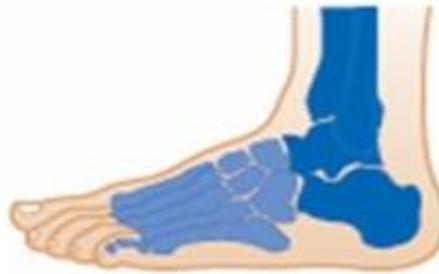


Imagen 5: amputación de chopart²⁰.

- Amputación de Pirogoff: a nivel tibio-peroneo con artrodesis del calcáneo.



Imagen 6: amputación de Pirogoff¹⁹.

- Amputación de la pierna (transtibial): amputación ideal de la extremidad inferior.
- Desarticulación de la rodilla: Se conserva el brazo palanca que ofrece el fémur y por lo tanto hay un buen control por parte del paciente sobre la prótesis y la funcionalidad.
- Amputaciones de muslo (trasfemorales): el nivel ideal de esta amputación es el tercio medio del fémur.

- Desarticulación coxofemoral: se suele dar en pacientes oncológicos o que han sufrido un gran traumatismo.

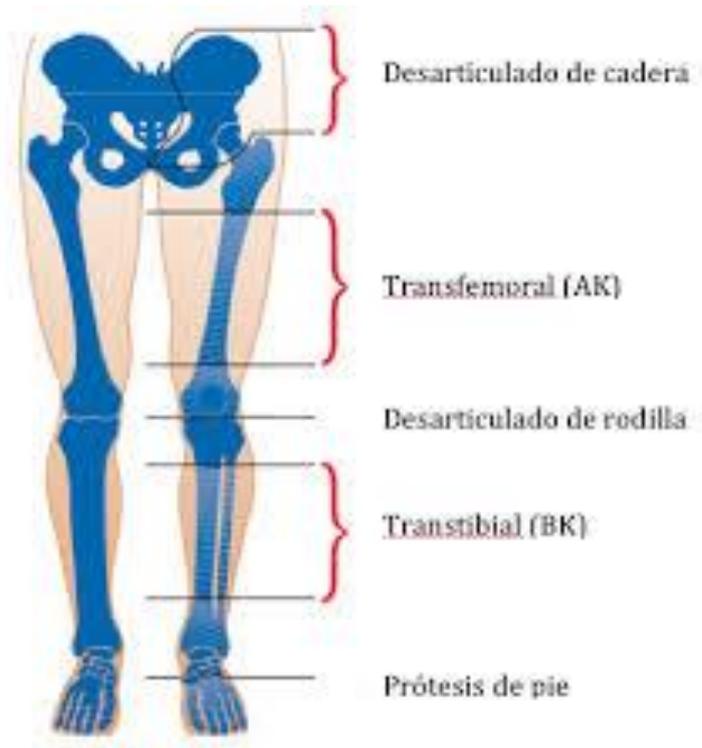


Imagen 7: amputaciones de miembro inferior²⁰.

METODOLOGÍA

Diseño

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo-comparativo y de corte transversal.

Muestra

Se seleccionaron de forma consecutiva un número de pacientes hospitalizados en la 6ª Planta Ala Sur Cirugía Vascular del Hospital Clínico Universitario de la ciudad Valladolid, que cumplieran los criterios de inclusión durante los meses de marzo y abril. De un total de 27 pacientes finalmente los que cumplieron todos los criterios fueron 21.

- Criterios de inclusión.
 - Paciente que sufran o vayan a sufrir cualquier tipo de amputación o re-amputación.
 - Edades comprendidas entre 16 a 100 años
 - Aquellos que firmen el consentimiento informado
 - Todos aquellos que realicen los cuestionarios pertinentes.
- Criterios de exclusión.
 - Aquellos que no completen el consentimiento informado.
 - Aquellos que no cumplan criterios de inclusión.

Cronograma

El estudio se ha llevado a cabo durante los meses de enero a mayo del año 2018.

Durante los meses de enero a marzo se prepararon y se obtuvieron los permisos pertinentes y se llevó a cabo la búsqueda de información y bibliografía.

De marzo a abril se llevó a cabo la realización de las entrevistas.

Y el análisis de los resultados y la elaboración de las conclusiones se realizó en el mes de mayo.

Material e instrumentos

Se realizó una valoración de la ansiedad en pacientes que se hayan sometido a una cirugía de amputación en el momento de hospitalización a través del cuestionario STAI de la ansiedad (Anexo 2). Esta escala mide dos conceptos independientes de la ansiedad, el estado y el rasgo. Este cuestionario consta de dos partes con 20 preguntas en cada una y cuatro opciones de respuesta.

Para el estado las opciones pueden ser ‘‘nada’’, ‘‘algo’’, ‘‘bastante’’, ‘‘mucho’’. Este concepto trata de evaluar el estado transitorio actual, caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, la atención y la preocupación.

Y para el rasgo las opciones pueden ser ‘‘casi nunca’’ a ‘‘casi siempre’’ pasando por ‘‘a veces’’ y ‘‘a menudo’’ este concepto mide el rasgo ansioso de la personalidad, es decir, propensión ansiosa de percibir todo el tiempo de la misma forma las diferentes situaciones sean estresantes o no²¹.

La puntuación final se evalúa con una fórmula que se completa sumando los valores de los distintos ítems.

Adjunto al cuestionario STAI se administrará un cuestionario de tipo demográfico (Anexo 1) para ver que correlación entre los datos y los resultados.

Los niveles de ansiedad se dividen en²¹:

- 0-19: normal
- 20-28: leve
- 29-39: alta
- >40: severa

Para realiza el cálculo de los niveles hay preguntas positivas y negativas, se suman por separado las puntuaciones de estas y se resuelven en una fórmula:

Tabla 1. Ítems positivos y negativos para la ansiedad estado y rasgo.

$$A/E = 30 + \dots - \dots$$

$$A/R = 21 + \dots - \dots$$

A/E (+)	A/R (+)	A/E (-)	A/R (-)
3	22	1	21
4	23	2	26
6	24	5	27
7	25	8	30
9	28	10	33
12	29	11	36
13	31	15	39
14	32	16	
17	34	19	
18	35	20	
	37		
	37		
	38		
	40		

Después del signo + se coloca la suma de los ítems positivos y después del signo – se colocan los ítems negativos (Tabla 1).

La encuesta fue aplicada tras la firma de un documento de consentimiento informado para la investigación clínica. (Anexo 3).

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo-comparativo, presentando los resultados en forma de frecuencias y porcentajes, medias y desviaciones típicas y utilizando el programa estadístico SPSS Statistics 23.

Para conocer la existencia o no de relación lineal entre las variables se ha calculado la significación bilateral, asumiendo como estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Para la realización de este Estudio de Investigación se ha obtenido el permiso y el consentimiento de Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid Área Este. Así como la aprobación por parte del Comité Ético y de Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid (ANEXO 7) y la Conformidad del Jefe de Servicio de Cirugía Vasculad del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

La obtención de estos permisos y las conformidades se han desarrollado durante los meses de enero a febrero de 2018 siendo necesario realizar los siguientes trámites:

- Permiso de confidencialidad destinado al personal sin vinculación contractual con el centro (ANEXO 5).
- Conformidad del jefe de Servicio (ANEXO 4).
- Solicitud al Comité de Ética de Investigación Clínica del HCUV (ANEXO 6).
- Solicitud al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería.

RESULTADOS

- Datos sociales:

Del total de encuestados que fueron 21 pacientes, 16 fueron hombres (76,2%) y 5 mujeres (23,8%). El rango de edad de la muestra comprende desde los 48 hasta los 86, siendo la media de 67,4 años (desviación típica= 11,8).

Por otro lado, el 52,5% del total de encuestados se encuentran emparejados y respecto a la ocupación el 81% se encuentran jubilados, en decir que el 19% restante se encuentra en situación de parado o activo (Tabla 2).

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Sexo</i>		
<i>Varón</i>	16	76,2%
<i>Mujer</i>	5	23,8%
<i>Ocupación</i>		
<i>Jubilado</i>	17	81,0%
<i>No Jubilado</i>	4	19,0%
<i>Estado civil</i>		
<i>Sin emparejar</i>	10	47,6%
<i>Emparejado</i>	11	52,5%
<i>Edades</i>		
<i>40-59</i>	7	33,3%
<i>60-79</i>	10	47,6%
<i>80-99</i>	4	19,0%

- Datos clínicos:

Del total de participantes (n=21), el 85,7%, debe a la causa de su amputación la diabetes mellitus tipo II (DMII).

A la pregunta ¿Se trata de una segunda intervención de este tipo? el 38,1% contestaron que ‘si’ y, por lo tanto, no es la primera vez que se sometían a este proceso.

Por último, el 71,4% sufrió una amputación digital, el 19% se les realizó una amputación transmetatarsiana y al 9,5% una amputación transfemoral.

Tabla 3. Variables clínicas.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Origen amputación</i>		
<i>DMII</i>	18	85,7%
<i>Otros</i>	3	14,3%
<i>2° Intervención</i>		
<i>Si</i>	8	38,1%
<i>No</i>	13	61,9%
<i>Nivel de la amputación</i>		
<i>Digital</i>	15	71,4%
<i>Transmetatarsiana</i>	4	19%
<i>Transfemorales</i>	2	9,5%

- Niveles de ansiedad:

Haciendo referencia a la ANSIEDAD ESTADO, el 47, 62% (IC95%= 25,7-70.22) de la muestra no tiene ansiedad, es decir, se encuentra en unos valores normales, sin embargo, el otro 52,38% presentó niveles patológicos de ansiedad siendo el 38,1% (IC95%=18,11-61,56) del total ansiedad leve y 14,29% ansiedad moderada. La media fue de 17,19.

Tabla 4. Ansiedad Estado.

<i>A/E</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje(%)</i>	<i>IC95%</i>	<i>IC95%</i>
<i>normal</i>	10	47.62	25.71	70.22
<i>leve</i>	8	38.1	18.11	61.56
<i>moderado</i>	3	14.29	3.05	36.34

Respecto a la ANSIEDAD RASGO, el 61,9% de los encuestados tuvieron una ansiedad normal, en comparación con el 23,81% que tuvieron ansiedad de tipo leve y un 14,29% que fue moderada. Con un total de un 38,1% del total que mostraron niveles patológicos de ansiedad.

Tabla 5. Ansiedad Rasgo.

<i>A/R</i>	<i>Frecuencias</i>	<i>Porcentaje(%)</i>	<i>IC95%</i>	<i>IC95%</i>
<i>normal</i>	13	61.9	38.44	81.89
<i>leve</i>	5	23.81	8.22	47.17
<i>moderado</i>	3	14.29	3.05	36.34

Las siguientes gráficas corresponden a los niveles observados en la muestra de ansiedad estado y rasgo. La primera de ellas corresponde a un diagrama en cajas de las dos variables y las otras dos a diagramas de sectores para versiones categorizadas de ellas. En ellos se ha utilizado un código de colores tipo semáforo con los valores más saludables en verde y los valores más patológicos en colores cercanos al rojo, que no aparece en las gráficas porque no hubo individuos en niveles altos.

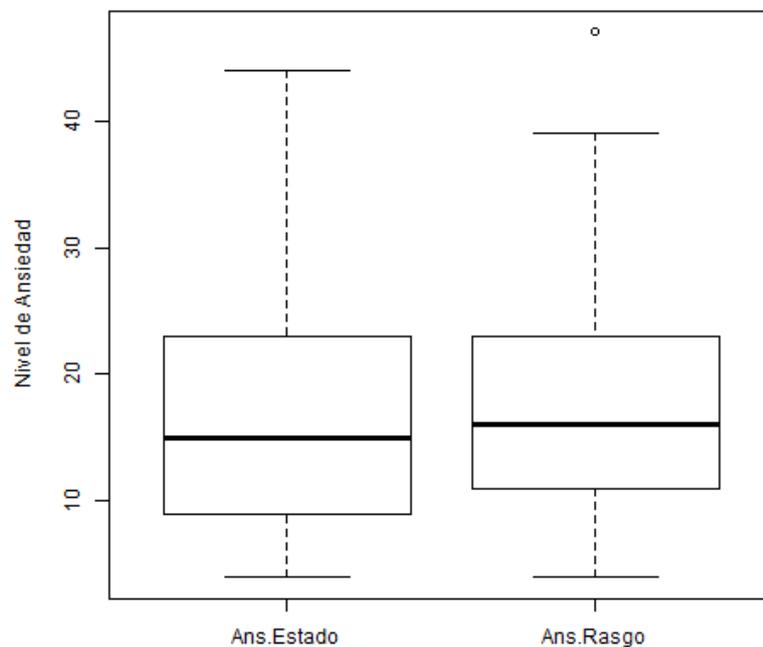


Figura 1: Diagrama de cajas Niveles Ansiedad Estado y Rasgo.

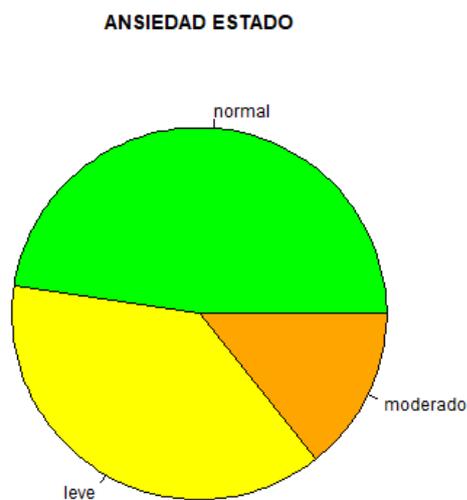


Figura 2: Diagrama de sectores ansiedad rasgo.

ANSIEDAD RASGO

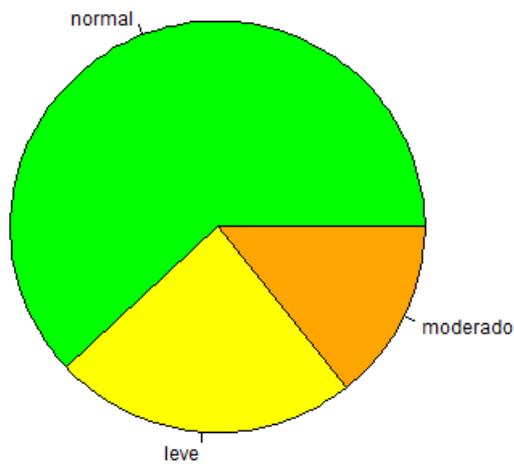


Figura 3: Diagrama de sectores. Ansiedad Rasgo.

- Relación entre variables sociodemográficas y clínicas con niveles de ansiedad:

No apareció relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la ansiedad estado y ansiedad rasgo, salvo hecho el tener una amputación a nivel digital que apareció correlacionado con la ansiedad estado ($p=0.04$) y cerca de estar relacionada, aunque no estadísticamente significativa con la ansiedad rasgo ($p=0.07$)

Las siguientes graficas muestran la relación entre el nivel de la amputación y la ansiedad estado.

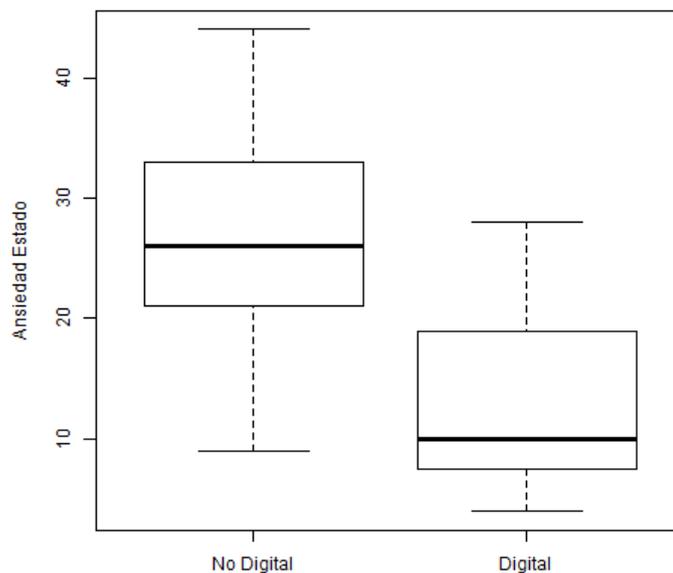


Figura 4: Diagrama de cajas. Relación Ansiedad Estado.

Apareció una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad estado y rasgo ($r=0.79$, $p<0.001$). El siguiente diagrama de dispersión evidencia esta relación

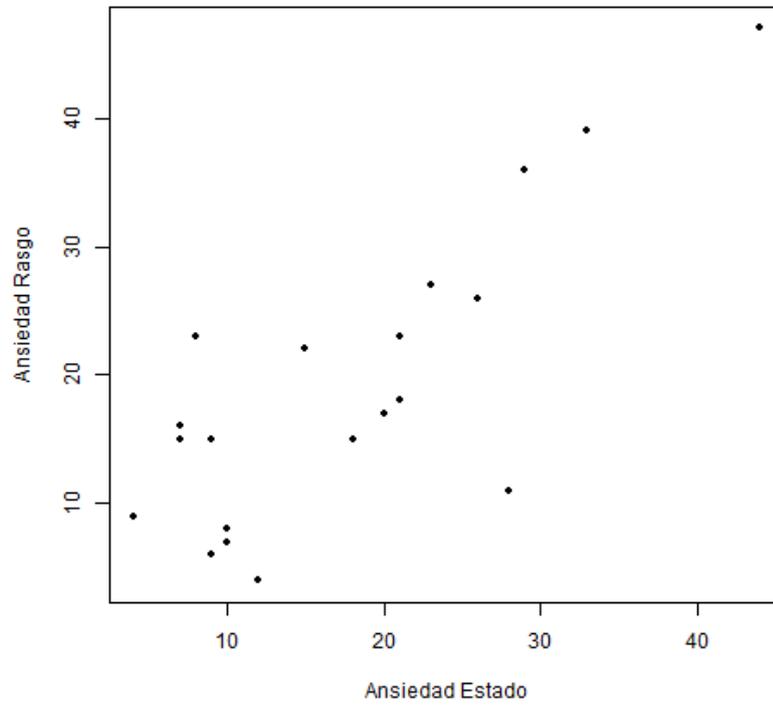


Figura 5: Diagrama de dispersión para la Ansiiedad Estado/Rasgo.

DISCUSIÓN

Dado que la muestra es pequeña ($n=21$) no nos atrevemos extrapolar los resultados a toda la población, pero si lo podemos considerar como un comienzo para futuras investigaciones.

Aunque los resultados no sean estadísticamente significativos, con una excepción de la correlación ansiedad-nivel de amputación, Santos Boyal y Calvo Arenillas [16] demuestran que existen estresores hospitalarios que generan ciertos niveles de ansiedad, entre ellos los que representan un mayor nivel son la falta de información sobre la enfermedad y sus consecuencias. Teniendo en cuenta que, el 52,38% de la muestra presentó niveles de ansiedad patológico, se podría deducir que algunos de estos estresores hospitalarios influyen realmente en los niveles de ansiedad.

En nuestra muestra, es estadísticamente significativo la relación entre el nivel de la amputación con los niveles de ansiedad estado. Alcázar, Pamplona y Laplana [15] ponen de manifiesto que el 41, 7% de los pacientes hospitalizados por quemaduras se les diagnosticó de trastorno de la ansiedad, es decir, que puede que además del componente físico de la amputación también hay también un componente emocional ante la hospitalización.

Díez Álvarez y Arrospide [14] señalan una media de nivel para la ansiedad en un grupo de pacientes hospitalizados de 20,03 (sobre un nivel máximo de 40) que equivale a una ansiedad leve. En otro estudio Marín Romero y Martín Gómez [12] obtienen un nivel para la ansiedad de 15,9. Los datos de nuestro trabajo están de acuerdo con los estudios previos ya que obtuvimos una media de 17,19.

La principal limitación de este estudio ha sido el pequeño tamaño de la muestra el cual se ha visto influenciado por la escasez de tiempo empleado para la realización de encuestas, la complejidad de la patología que es más frecuente en personas de edad avanzada y que han de someterse a una anestesia y un quirófano, por lo que varios candidatos al realizar la encuesta se encontraban desorientados o indispuestos incluso alguno con deterioro cognitivo. Además, muchos de ellos pasan una larga estancia en el hospital, es decir, muchos días hospitalizados por lo que el número de encuestados se reduce, ya que el proceso del alta se alarga.

La principal fortaleza ha sido que el estudio aborda tanto datos sociodemográficos como lo valores de ansiedad, por lo que podemos conocer más detalladamente las características de este grupo de pacientes.

Aunque no exista una relación estadísticamente significativa entre las variables, este estudio sí que tiene aplicaciones en la práctica clínica ya que demuestra que hay un alto porcentaje de pacientes con un nivel de ansiedad patológica y, por lo tanto, puede servir de base para que el equipo multidisciplinar que atiende a estos pacientes tenga más en cuenta la esfera psicosocial: El cuidado de estos aspectos probablemente mejoraría la calidad de vida de estos pacientes y terminaría por incidir positivamente en los costes sanitarios. Estos aspectos deberían ser abordados en las investigaciones futuras. Otras líneas de investigación podrían ir encaminadas a localizar factores responsables del incremento de la ansiedad, con estudios que contasen con mayores tamaños muestrales y que relacionasen variables sociodemográficas y clínicas.

Por otro lado, dentro de un equipo multidisciplinar y dada su cercanía al paciente, la enfermera podría llevar a cabo planes de educación para la salud destinados a informar a los pacientes sobre su enfermedad, consecuencias, prótesis o tiempos de recuperación. Estas intervenciones permitirían estudios de cohortes con grupos control y experimental para evaluar la efectividad de las mismas, por ejemplo, en la reducción de los niveles de ansiedad.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las diferentes conclusiones que se han extraído del trabajo:

- Se han objetivado los niveles de ansiedad en los pacientes amputados hospitalizados, siendo esta de un 38,1% para la ansiedad leve y un 14,29% para ansiedad moderada, siendo el total de 52,38%.
- Se ha mejorado el conocimiento sobre las variables sociodemográficas de los pacientes sometidos a una amputación, además, tras el análisis estadístico sí que se muestra una relación estadísticamente significativa entre el nivel de amputación digital y la ansiedad estado.
- Dado que los resultados muestran que un 52,38% de la muestra presenta niveles de ansiedad patología evidencia la necesidad de atender especialmente los aspectos psicológicos de este grupo de pacientes. Podría inferirse que, en la actualidad, el personal sanitario no dedica el suficiente tiempo a estas necesidades, independientemente del motivo o la justificación (escasez de enfermeras especialistas o formadas específicamente en salud mental, o por el exceso de carga de trabajo en las plantillas hospitalarias), pero esta afirmación requeriría más estudios objetivos.
- Este trabajo establece una base que puede ser útil en el desarrollo de planes de cuidados enfocados hacia el control de la ansiedad que se puedan adaptar a las necesidades individuales de cada paciente.
- Deben abordarse estudios que relacionen tiempo de hospitalización y secuelas psicológicas con programas de prevención de niveles de ansiedad. Es de esperar que la atención a los aspectos psicológicos en pacientes amputados promoverá una mejor y pronta recuperación de estos.
- Se podría plantear la creación de nuevos protocolos que impliquen al personal sanitario en el cuidado de la esfera psicológica, quizás realizando talleres acerca de la enfermedad, la recuperación y los recursos sociales que poseen a su alcance junto con la ayuda de otros profesionales que dispone el hospital como pueden ser los trabajadores sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alós Villacrosa J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: Un problema multidisciplinar. Barcelona: Glosa; 2008.
2. Serrano Hernando Francisco J. y Conejero Antonio Martín. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(9): 969-82.
3. Martínez Betancur O. Supervivencia global a 90 días de pacientes con enfermedad arterial aterosclerótica con isquemia crítica de miembros inferiores en relación con factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad multiorgánica. Antioquía: Universidad de Antioquía, Facultad Nacional de Salud Pública; 2009.
4. Bosch Xavier, Alfonso Fernando y Bermejo Javier. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol* 2002;55(5): 525-7
5. Rubio JA, Salido C, Albarracín A, Jiménez S, Álvarez J. Incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en el área 3 de Madrid. Estudio retrospectivo del periodo 2001-2006. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2010;210(2): 65-69.
6. González N., Ascendio I., Libreros V.N., Rodríguez H., Campos A., Dávila J., Kumate J., Borja V.H.. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes [Internet]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54 (4): 472-9.
7. Meingüer Cuevas Mario de Jesús, Martínez Tlahuel Jorge Luis, Cuellar Hübbe Mario, Galindo Vázquez Óscar, Rojas Castillo Edith. Aspectos psicológicos en el paciente amputado. Artículo de revisión. Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología.
8. Sandonis Martín Tania Sofía. Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior. Trabajo de fin de grado curso 2013/2014. Universidad del País Vasco (UPV). Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa. 2014.
9. Mato Rodríguez Coral María. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. Serie Trabajos de Fin de Grado. 2015;7 (1): 335-379
10. Fernández Cuervo Eva María. Niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos del área maxilofacial y su relación con las manifestaciones signo-sintomatológicas de la articulación temporo-mandibular. Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-quirúrgicas. Oviedo, 2016.
11. Naranjo G Karla F., Salazar R. Juan Paúl. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y

- comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha. Universidad Central de Ecuador Quito. 2012.
12. Marín Romero, I., Martínez Gómez, P., Ponsich Pubill, J., Pubill Grasa, M. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla. (prótesis total rodilla). Rev. Enfermería Global. [Internet]. 2014. ISSN 1695-6141 (4): 1-9.
 13. Ruiz López Enrique, Heberto Muñoz-Cuevas Juan, Olivero Vásquez Yuliana Isabel, Islas Saucillo Margarita. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Oct.-Dic. 2000; 63; (4): 231-236.
 14. Díez Álvarez Esther, Arrospide Arántzazu, Mar Javier, Álvarez Uzuri, Belaustegia Alazne, Lizaura Belén, Larranaga Aintzane y Arana José M.. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2012;22(1):18-26.
 15. Alcázar Gabás, M., Fidalgo Pamplona, M.P., Laplana Miguel., O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Cir.plást. ibero-latinoam.- Abril - Mayo - Junio 2014; 40; (2); 159-169.
 16. Boyal Teresa Santos, Calvo Arenillas José Ignacio. Ansiedad del paciente hospitalizado en una Unidad de Observación de Urgencias de un hospital comarcal. Metas Enferm nov 2016; 19(9): 27-31
 17. Gayoso Orol MJ. Consecuencias psicológicas de las amputaciones [Internet]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2010.
 18. L.-A.Dumont, J.Martini, J.-L.Grolleau-Raoux, J.-P.Chavoin. Tratamiento quirúrgico del pie diabético. EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética. 2010; 18, (4): 1-9.
 19. New Health Advisor. 2014. [Última actualización 19 Mayo, 2018; citado el 19 de Mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.newhealthadvisor.com/Transmetatarsal-Amputation.html>.
 20. Laboratorios Orte Pro. Prótesis. Prótesis miembro inferior. Disponible en: <http://ortepro.com/protesis/>.
 21. Tonon da Luz, Souza JB, Andrade MC, Ventoza C, Honório GJS, Avila AOV, Berral FJ. Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. Trauma Fund MAPPFRE (2012). 23; (3): 176-182.

ANEXO 1. Encuesta demográfica.

A continuación, deberá rellenar los siguientes datos demográficos con el fin de complementar los resultados de la Escala de STAI de ansiedad.

Edad	
Sexo	
Estado Civil	
Ocupación	
Localidad	
Nº de días ingresado	
Hábitos de salud (fumador/a, bebedor/a, obesidad...)	
Enfermedades actuales	
Antecedentes médicos y personales	

- Causa u origen de la amputación

- ¿A qué nivel se le va a realizar la amputación?

- En su caso, ¿se trata de la primera intervención? (si no fuese así y se tratase de una segunda o tercera intervención (reintervención en la amputación) indique hace cuánto tiempo tuvo lugar la primera amputación).

ANEXO 2. Inventario de Ansiedad Estado/Riesgo

ANSIEDAD_ESTADO: A continuación, se encontrará con frases que se utilizan normalmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique como mejor se siente usted ahora mismo. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.

	Nada (0)	Algo (1)	Bastante (2)	Mucho (3)
1.Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD_RASGO: A continuación, se encontrará con frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique como mejor se siente **usted en general**. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.

	Casi nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)	Casi siempre (3)
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan o molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 3. Consentimiento Informado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

SERVICIO: Cirugía Vascul y Angiología

INVESTIGADOR RESPONSABLE: María Revilla Aguado

TELÉFONO DE CONTACTO: 664245859 **EMAIL:** mariarevillaaguado@gmail.com

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: Ansiedad en pacientes amputados.

VERSIÓN DE DOCUMENTO: Versión 6 de 22-09-2015

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

Este documento tiene la finalidad de informarle y ofrecerle participar en un estudio de investigación para el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Valladolid que se realiza en la 6º Planta de Cirugía Vascul del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Si decide participar, lea atentamente este documento y realice todas las preguntas que crea Vd. necesarias.

El estudio de investigación tiene como **objetivo principal** analizar la Ansiedad en pacientes que han sido o van a ser amputados. Para ello el investigador/sanitario le dejará y explicará una encuesta que tendrá que rellenar sobre la ansiedad (Encuesta STAI, State Trate Anxiety Inventory) y rellenar un formulario sobre datos demográficos.

El cuestionario consta de dos partes de 20 preguntas cada una, con opciones de respuesta que son, en la primera parte: NADA – ALGO - BASTANTE – MUCHO y, en la segunda : CASI NUNCA – A VECES - A MENUDO – CASI SIEMPRE. Usted debe elegir en cada pregunta una sola respuesta.

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a diagnosticar y/o tratar de manera más precisa a los enfermos con una enfermedad como la suya.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria por su enfermedad, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted ha de recibir por causa de su enfermedad

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según lo indicado en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999), de 13 de diciembre). Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada.

E) En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, **Maria Revilla Aguado.**

F) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Área de Salud Valladolid Este.

G) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

H) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y trasmitirla a sus familiares si así lo desea.

I) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio Ansiedad en pacientes amputados.

Yo, _____

(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con Maria Revilla Aguado.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación. Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda) Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

ANEXO 4. Conformidad Jefe de Servicio



CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO

Dr./Dra. CARLOS JACQUES DUMAS
Jefe del Servicio de CIRUGIA VASCULAR

Hago constar:

Que conozco la documentación relativa al proyecto de investigación que lleva por título
"..... ANSIEDAD EN PACIENTES AMPUTADOS"

Y cuyo investigador principal será el Dr./Dra. MARÍA REVILLA AGUADO

Declaro tener conocimiento y apruebo la realización del proyecto de investigación en este Servicio.

En Valladolid a 17 de 1 de 2018

Fdo. Dr./Dra. CARLOS JACQUES DUMAS
Jefe de Servicio de ANATOMIA



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA - VALLADOLID ESTE

ANEXO 5. Compromiso de Confidencialidad



ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO AL PERSONAL SIN VINCULACIÓN CONTRACTUAL CON EL CENTRO

D. MARIA REVILLA AGUADO con.....
D.N./NIF/NIE... 719087388-14... tiene la condición de personal en formación (titulación)
..... GRADO EN ENFERMERIA en régimen de alumnado en el Centro Sanitario
..... HCUV como:

- a. Trabajo fin de Grado
- b. Trabajo fin de Master.
- c. Otros, (especificar).....

Título del estudio:..... ANSIEDAD EN PACIENTES AMPUTADOS

Código del estudio en el HCUV:..... PI 48-887

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por el CEIC/CEIm y por la dirección del Centro.
5. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable.

Además, acepta y se compromete a que, una vez concluido el trabajo objeto de autorización para manejar datos clínicos, aquel será depositado en custodia en el lugar que las Autoridades Académicas determinen, y todos aquellos datos clínicos que pudieran identificar a los pacientes objeto del estudio, sea de manera directa o indirecta, sean entregados al tutor académico correspondiente para su archivo o destrucción segura, según corresponda.

Este documento se suscribe por duplicado,

En... VALLADOLID a... 17 de ENERO de 2017

Fdo.:

Junta de Castilla y León

ANEXO 6. Solicitud Comité Ético de Investigación.



**MODELO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS FIN DE GRADO
A LOS COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC) ÁREAS DE SALUD DE VALLADOLID**

Alumnos de Grado de la Universidad de Valladolid (UVA) que realicen sus prácticas en centros sanitarios pertenecientes a alguna de las dos Áreas de Salud de Valladolid, y requieran la presentación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de proyectos de investigación que formen parte de su Trabajo Fin de Grado (TFG).

Datos generales del proyecto

- **Título del proyecto:** ANSIEDAD EN PACIENTES AMPUTADOS
- **Alumno 1:**
Nombre y apellidos: MARIA REYLLA AGUDO
Cursando estudios de Grado en: ENFERMERIA
E-mail: maria.reylla.agudo@gmail.com Tfno.: 664 24 58 99
- **Alumno 2 (si procede):**
Nombre y apellidos: _____
Cursando estudios de Grado en: _____
E-mail: _____ Tfno.: _____
- **Tutor del Proyecto en la Facultad:**
Nombre y apellidos: PEDRO MARTÍN VILLANOR
Unidad Docente: ENFERMERIA VA Departamento: ENFERMERIA
E-mail: yambo@enf.uva.es Tfno.: 983 42 21 10

Valladolid, a 11 de ENERO de 2018

Alumno

Firma

Tutor del Proyecto

Firma

Tutor / Profesor Asociado en el Centro Sanitario*:

Centro Sanitario H.C.U. VALLADOLID

Nombre y Apellidos JOSÉ GARCÍA PÉREZ Firma

* El acceso a la información clínica, en este caso con fines docentes o de investigación, corresponderá únicamente al Tutor / Profesor Asociado en el Centro Sanitario.

**ANEXO 7: Informe Comité de Ética e Investigación Facultad de
Enfermería**



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 23 de enero de 2018 y vista la solicitud presentada por:

D^{ña} **MARIA REVILLA AGUADO**, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería.

Tutor del TFG, don Pedro Martín Villamor

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: **"Ansiedad en Pacientes Amputados Hospitalizados"**.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 23 enero de 2018

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



Fdo.: M^{ra} José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423025. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es