

grasa corporal de forma más precisa en diversas situaciones clínicas. Por ello hemos utilizado, además del IMC, el porcentaje de grasa y el pliegue tricúspido, tal y como recomiendan algunos estudios³.

El estudio más reciente y de mayor magnitud realizado en España fue el llevado a cabo en 2011 por el Ministerio de Educación y Ciencia⁴, en el que se expusieron valores representativos de toda la población infantil española y se obtuvo un porcentaje de sobrepeso del 26,1% y un porcentaje de obesidad infantil del 19,1%. A nivel europeo, se han realizado estudios que han revelado diferencias apreciables en la prevalencia entre países⁵. En un estudio transversal publicado en 2011 sobre peso y talla medidos en niños de 10-12 años de 7 países europeos, las diferencias en exceso de peso (sobrepeso más obesidad) oscilaron entre el 44,4% de los varones en Grecia y el 13,5% de las mujeres en Bélgica⁶.

Por tanto, España presenta valores altos, de los mayores de Europa, aunque los de la población infantil de Villanueva de la Serena son inferiores a los de la población española (19,1%).

Bibliografía

1. Russolillo G, Astiasarán I, Martínez JA. Valoración nutricional en el paciente obeso. En: Universidad de Navarra, editora. En: Intervención dietética en la obesidad. Pamplona: EUNSA; 2003. p. 29-41.
2. (Estudio Longitudinal y Transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbeago; 2004.
3. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:587-97.
4. Estudio PRONAF (2011). Ministerio de Ciencia e Innovación. Convocatoria de Ayudas I+D; 2011.
5. Van Stralen MM, Te Velde SJ, Singh AS, de Bourdeaudhuij I, Martens MK, van der Sluis M, et al. European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth (ENERGY) project: Design and methodology of the ENERGY cross-sectional Survey. *BMC Public Health*. 2011;11:65.
6. Brug J, van Stralen MM, Te velde SJ, Chinapaw MJM, de Bourdeaudhuij I, Lien N, et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren across Europe: The ENERGY-project. *PLoS ONE*. 2012;7:e34742.

Fco. Javier Grijota Pérez*, M. Concepción Robles Gil, Diego Muñoz Marín y Marcos Maynar Mariño

Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgrijota@gmail.com

(Fco.J. Grijota Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.007>

Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura



Psycho-social factors involved in amputation. Systematic review of the literature

Sr. Editor:

Las amputaciones causan gran impacto a nivel físico, emocional, familiar y social. La pérdida de una extremidad es similar al dolor provocado por la muerte de un familiar, apareciendo un proceso de duelo¹. Todo ello repercute en la salud psicológica, especialmente en los primeros 2 años, con un alto porcentaje de ansiedad y depresión².

De etiología diversa, las amputaciones vasculares son las más frecuentes, especialmente en la edad avanzada.

El objetivo de nuestro estudio fue mostrar la evidencia sobre los aspectos psicológicos y sociales en el amputado, y aportar conocimientos suficientes que permitan mejorar la práctica clínica dirigida a esta población. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de artículos indexados en *Scopus* y *Web of Science*, sobre las experiencias y el impacto psicosocial en las personas amputadas. Publicados entre 2007 y 2014. De 71 artículos revisados a texto completo se seleccionaron

18 artículos de diferentes países, con distintas metodologías (tabla 1). Previo a su selección cada artículo fue evaluado siguiendo el programa de lectura crítica CASPe³.

Tras la amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de la situación, ira y pensamientos suicidas⁴. El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles social y profesional. También se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general. Se presentan tasas de depresión y ansiedad en porcentajes superiores a la población general, entre el 18-31%⁵; cuyos factores predisponentes son la falta de autonomía, la discapacidad, la dificultad en la adaptación a las limitaciones, la alteración de la imagen corporal y la falta de apoyo social².

La adaptación a su nueva identidad exige tomar conciencia de uno mismo y de los nuevos retos. Esta adaptación psicosocial comienza al conocer la posibilidad de ser amputado. Describen sentimientos de impotencia, al percibir una pérdida de control de su situación de salud, donde una úlcera o isquemia causan la amputación. En los pacientes de mayor edad, la comorbilidad presente genera discapacidades físicas y psicológicas sobreañadidas. No obstante, algunos amputados viven esta situación como una liberación del dolor invalidante presente antes de la cirugía.

Tabla 1 Diseño metodológico de los estudios seleccionados

Autor, año	País	Diseño estudio	Muestra	Género (H/M)	Edad media	Nivel amputación	Etiología amputación	Tiempo desde amputación
Coffey, 2009	Irlanda	Cuantitativo. Transversal. TAPES; HADS; ABIS-R	38 pacientes, con prótesis	76% H	68	Mayor. Bilateral 23,7%	Pie diabético	Media 36 meses
Singh, 2009	Escocia	Cuantitativo prospectivo. Seguimiento 3 años. (HADS)	126 personas	54% H	62,5	No específica	Accidente y enfermedad	No específica
Senra, 2013	Portugal	Mixto, entrevistas y cuestionario. (CES-D)	42 pacientes	83% H	61	Mayor	Todas	Post-RH
Coffey, 2014	Irlanda	Cuantitativo. Prospectivo (TAPES, Goal Adjustment Scale, Beck-II)	113 invitados, 98 en T1 y 64 en T2	82% H	63,56	Amputación mayor. Bilateral 5%	No específica	T1: ingreso en RH T2: a los 6 meses del alta
Unwin, 2009	UK	Cuantitativo prospectivo. (TAPES, MSPSS, Hope Scale, PANAS)	99 participantes	83% H	60,7	Mayor	Todas, 42,4% enfermedad vascular	T1: inicio RH T2: a los 6 meses
Asano, 2008	Canadá	Estudio descriptivo (TAPES, WHOQOL, CES-D)	415 sujetos	71% H	61,9	Todos	Todas, 53% vascular	Usan prótesis en los últimos 6 meses
Deans, 2008	Escocia	Estudio descriptivo transversal. (TAPES, WHOQOL-Brief)	25 participantes	80% H	66	Mayor	Enfermedad vascular	No específica
Prezzin, 2013	EE.UU.	Prospectivo de cohortes. (GDS, SF-36)	657 pacientes	59% H	63,2	Mayor	Enfermedad vascular	4 semanas
Senra, 2012	Portugal	Estudio transversal cualitativo	42 participantes	83,3% H	61	Mayor	Todas. Vascular (83%)	Durante la rehabilitación
Warren, 2008	Australia	Estudio etnográfico. Observación y entrevistas	60 personas y 10 familias	No específica		Todos	Accidente o enfermedad	3-4 meses

Tabla 1 (continuación)

Autor, año	País	Diseño estudio	Muestra	Género (H/M)	Edad media	Nivel amputación	Etiología amputación	Tiempo desde amputación
Hamill, 2010	Irlanda	Estudio fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas	8 participantes	5 H, 3 M		Supra, infra y brazo	Vascular y traumático	18 meses
Feinglass, 2012	EE.UU.	Entrevistas semiestructuradas	22 pacientes	68% H	66	Todas	Vascular y pie diabético	2-6 semanas
Couture, 2010	Canadá	Método mixto, entrevistas y cuestionario <i>ad hoc</i> . Longitudinal	15 cuestionarios y 8 entrevistas	53% H: T1, 75% H: T2	65	Mayor	Vascular	T1: 2 semanas postamputación T2: 2-3 meses post-RH
Couture, 2011	Canadá	Estudio longitudinal. Cuestionario <i>ad hoc</i>	16 participantes	56,25% H	63-70	Mayor, unilateral	Vascular	T1: 2 semanas post. T2: en RH T3: 3 meses post-RH > 2 años
Mathias, 2014	Australia	Fenomenológico interpretativo. Entrevistas <i>on-line</i>	4 mujeres	100% M	18-29	Infracondílea	Accidente y enfermedad	
Ostler, 2014	RU	Entrevistas semiestructuradas	8 pacientes	75% H	22-77	Mayor	Vascular	2 semanas
Norlyk, 2013	Dinamarca	Estudio empírico, fenomenológico. Longitudinal	12 pacientes	66,6% H	33-87 años	Mayor 9 protetizados	Enfermedad no maligna	T1: 2-4 semanas post-RH T2: 3-4 meses
Sjödahl, 2008	Suecia	Cualitativa. Entrevistas 2 tiempos	11 participantes	54% H	33	Mayor	Trauma o tumor. Unilateral	T1: preamputación T2: 2 semanas postamputación

RH: centro de rehabilitación.

Las estrategias de afrontamiento presentadas son la actitud positiva, la determinación firme de querer superar las dificultades, el apoyo familiar, social y profesional, que les permitirán alcanzar la «normalidad». Observando que esta normalidad estará marcada por la discapacidad. Otro punto valioso es el apoyo recibido por otros amputados, que aportan la voz de la experiencia, el reflejo de lo esperado. En estos estudios, no se menciona el asociacionismo como elemento de apoyo social, que sí se encuentra presente en nuestro país.

Los pacientes buscan información en los profesionales y en las experiencias de otros amputados. Describen que los profesionales se orientan hacia la discapacidad física, el dolor y la depresión como enfermedad dejando un vacío en la atención emocional. La jerga especializada dificulta la comunicación y la posibilidad de decisión del paciente. Los gestos de empatía y soporte emocional son mejor valorados que los conocimientos técnicos de los profesionales.

Los estudios coinciden en señalar que el papel del profesional de la salud es crucial en las áreas funcional y psicológica, donde la información sobre los acontecimientos futuros y la estimulación hacia metas alcanzables favorecen la adaptación y afrontamiento de la nueva situación^{2,6}.

Los pacientes reclaman de los profesionales que los atienden mayor empatía y formación psicosocial, por ello, tener al alcance estudios que muestren estos sentimientos y experiencias favorece la creación de programas de salud adaptados a esta población.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Belon H, Vigoda D. Emotional adaptation to limb loss. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014;25:53-74.
2. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disabil Rehabil.* 2004;32:837-50.
3. CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010.
4. Senra H. How depressive levels are related to the adults' experiences of lower-limb: A mixed methods pilot study. *Int J Rehabil Res.* 2013;36:13-20.
5. Coffey L, Gallagher P, Horgan O, Desmond D, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabet Med.* 2009;26:1063-7.
6. Murray CD, Forshaw MJ. The experience of amputation and prosthesis use for adults: A metasynthesis. *Disabil Rehabil.* 2013;35:1133-42.

Isabel Font-Jimenez^{a,*}, Mireia Llauredó-Serra^a,
Àngela Pallarés-Martí^b y Fernando García-Hedra^c

^a *Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España*

^b *Facultad Ciencias de la Salud Blanquerna, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España*

^c *Unidad de Cuidados Críticos, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariaisabel.font@urv.cat
(I. Font-Jimenez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.009>

Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitales[☆]



Evaluation of clinical tutors and medical students regarding clinical rotations in primary healthcare centers and hospitals

Sr. Editor:

La enseñanza práctica a los estudiantes de medicina en los centros de atención primaria y hospitales es un pilar básico de la educación médica. Esta formación la realizan durante las pasantías supervisados por sus tutores clínicos. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer

la valoración de tutores y estudiantes respecto a estas rotaciones.

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la revisión de 2 cuestionarios realizados en el curso académico 2013-14: el primero dirigido a todos los médicos de la red sanitaria pública que reciben alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, elaborado por la Unidad de Educación Médica de la Facultad, y el segundo a los alumnos de 6.º curso, elaborado por Dirección de Estudios. La respuesta a ambas encuestas fue voluntaria y anónima.

En total se remitieron por correo electrónico a 998 docentes y 176 estudiantes. La tasa de respuesta de los docentes fue baja (52,7% en los centros de atención primaria y 39,2% en los hospitales, $p=0,002$), lo que sugiere el interés del colectivo de atención primaria hacia la docencia, como ya se ha observado en diferentes trabajos¹. La tasa de respuesta de los alumnos fue del 86%.

Las respuestas a las preguntas se muestran en la [tabla 1](#). A las cuestiones ¿Qué esfuerzo personal le supone tener un alumno en su actividad asistencial diaria? y ¿Qué tiempo le supone atender al alumno? los médicos de atención primaria perciben que les supone mayor esfuerzo y tiempo

[☆] Este artículo fue presentado como póster en el Congreso de la Sociedad Europea de Educación Médica, AMEE 2013, Praga.