

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano
Maestría en Diseño Estratégico e Innovación Social



**Diseño de un modelo de acompañamiento para el
acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren
amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.**

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRO EN DISEÑO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN SOCIAL

Presenta: **Lauro Enrique Martínez Anaya**

Tutor **Dra. Ileana Serrano Fraire**

Tlaquepaque, Jalisco, a 12 de noviembre de 2024.

AGRADECIMIENTOS

Raúl: Gracias por confiar en mí y brindarme esta oportunidad. Aprecio profundamente tu confianza y respaldo.

DEVICERYD: Agradezco por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente. Su apoyo y confianza han sido fundamentales en mi desarrollo, permitiéndome adquirir nuevas habilidades.

Al **ITESO**, gracias por considerarme y permitirme crecer durante este tiempo, impulsándome a seguir transformando libremente. Aprecio profundamente el apoyo y la confianza brindada.

Al **CONAHCYT**, agradezco profundamente el invaluable apoyo brindado a lo largo de mi maestría. Su respaldo fue fundamental para mi desarrollo académico y profesional, permitiéndome avanzar con seguridad en esta importante etapa.

A **Cinthia**, por ser cómplice de la disrupción.

A **Jorge G. Villacorta**, por ser la parte coherente.

Al niño **Herminio**, por ser el autor intelectual de la disrupción.

A **Jorge Maya**, por ser el brazo fuerte de la disrupción.

A todos, gracias totales.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. PALABRAS CLAVE.....	7
3. INTRODUCCIÓN.....	8
3.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	11
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	16
4.1 ESTADO DEL ARTE	20
4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	22
5. HIPÓTESIS.....	23
6. OBJETIVOS.....	24
6.1 OBJETIVO GENERAL	24
6.2 OBJETIVOS PARTICULARES	24
7. METODOLOGÍA	25
8. CAPÍTULO I.....	27
8.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL, NACIONAL Y SU INCORPORACIÓN A LA PRÁCTICA LOCAL SOBRE AMPUTACIONES	27
8.2 POLÍTICAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE ADOPCIÓN DE PRÓTESIS DE MIEMBROS INFERIORES PARA EL ACCESO A LA SALUD	31
8.3 POLÍTICAS PÚBLICAS Y MARCO LEGAL EN LA ADOPCIÓN DE PRÓTESIS EN MÉXICO	34
8.4 MARCO LEGAL Y LA REHABILITACIÓN EN EL ESTADO DE JALISCO	37
8.5 PROCESO DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO Y SU MANEJO	41
9. CAPÍTULO II.....	43
9.1 EL SUFRIMIENTO DE LAS PERSONAS AMPUTADAS Y LA INFLUENCIA DE SU ENTORNO.....	43
9.2 ETAPAS DEL EVENTO TRAUMÁTICO	47
9.3 ANTES DEL TRAUMA	49
9.4 DURANTE EL TRAUMA	50
9.5 DESPUÉS DEL TRAUMA	51
9.6 EL ACCESO A UNA PRÓTESIS	52
9.7 PERIODOS 0 Y 5.....	52
9.8 PERIODOS 8, 11 y 13.....	53
9.9 PERIODOS 15, 17, 18 y 20.....	53

9.10 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.....	54
9.11 NUBE DE PALABRAS Y EXPRESIONES.....	57
9.12 LA REALIDAD DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL DIF JALISCO	59
9.13 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)	68
9.14 LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (OSC).....	69
9.15 CASO DE ESTUDIO Y DE ÉXITO DEL CENTRO ORTOPÉDICO DE REHABILITACIÓN INFANTIL A.C. (CORI)	71
10. CAPÍTULO III.....	77
10.1 ACCESO A LA SALUD Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS AMPUTADAS, LOS CASOS DE CHILE Y EUA	77
10.1.1 GOBIERNO DE CHILE	77
10.1.2 GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EUA)	84
10.1.3 REHABILITACIÓN TRAS LA AMPUTACIÓN DE UN MIEMBRO EN EUA.....	86
11. CAPÍTULO IV	92
11.1 LA BRECHA DEL MARCO LEGAL EN LA PRÁCTICA LOCAL EN AMPUTACIONES DE EXTREMIDADES INFERIORES.....	92
11.2 LA REALIDAD DE ENFRENTAR UNA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR	93
11.3 CONTRASTE DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO ENTRE MÉXICO, CHILE Y E.U.A.	97
11.4 ACCESO A LA SALUD Y RECUPERACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE PERSONAS AMPUTADAS, UNA PROPUESTA DEL MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO	99
11.4.1 PLAN DE GOBERNANZA DE UNA PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO.	99
11.5 CENTRO DE RECUPERACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL RECIÉN AMPUTADO.	102
11.5.1 EL ACCESO Y ADOPCIÓN A UNA PRÓTESIS, LA FINALIDAD DE LA PROPUESTA DEL MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL RECIÉN AMPUTADO.....	110
12. DISCUSIÓN.....	114
13. CONCLUSIÓN	116
14. RECOMENDACIONES.....	117
15. BIBLIOGRAFÍA	118

FIGURAS

Figura 1. Ubicación del Estado de Jalisco	11
Figura 2. Logo de Salud y Bienestar de los ODS	17
Figura 3. Logo de la Reducción de las desigualdades de los ODS.	18
Figura 4. El proceso de cuatro fases y las herramientas complementarias	33
Figura 5. Los Proceso de 4 Fases de la OMS.	33
Figura 6. Marco de Rehabilitación en la Salud	34
Figura 7. Proceso de rehabilitación de paciente amputado.	41
Figura 8. Porcentaje de los procesos de recuperación después de una amputación.	47
Figura 9. Proceso de recuperación antes, durante y después de una amputación y sus etapas.	48
Figura 10. Sentimientos y expresiones de amputados en la etapa de recuperación.	57
Figura 11. Sentimientos y expresiones de amputados en la etapa de recuperación 2ª parte	58
Figura 12. Proceso de acompañamiento en la rehabilitación del DIF Jalisco y CRI para personas amputadas.....	60
Figura 13. Instalaciones del CRI Guadalajara del DIF ubicadas en Av. Fray Antonio Alcalde No. 1831 Col. La Guadalupana.....	61
Figura 14. Entrevista con la Dra. Silvia Porras Rangel, Coordinadora del Programa de rehabilitación de Amputados del CRI.....	62
Figura 15. Entrevista con la Lic. Ileana Rodríguez Vergara, Trabajo Social del CRI Guadalajara.....	63
Figura 17. Comparativo entre la guía práctica clínica DIF-257-09 y el proceso actual del CRI Guadalajara.....	67
Figura 18. Entrevista con María del Carmen Pérez, Directora General de CORI AC	72
Figura 19. Madre de un medallista paralímpico y usuario de CORI AC, además, donde ella es empleada	73
Figura 20. Instalaciones de CORI AC.....	74
Figura 21. Aliados estratégicos de CORI AC	75
Figura 22. Administradora General de CORI AC con 30 años de experiencia	76
Figura 23. Líderes mundiales de la innovación en 2022.....	78
Figura 24. El panorama de la corrupción en América Latina / 2023	78
Figura 25. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación del Amputado en Chile	82
Figura 26. Etapa de preparación del acompañamiento al proceso de una amputación en EUA.....	89
Figura 27. El hospital, 2ª Etapa del acompañamiento al proceso de una amputación en EUA.	90
Figura 28. En el hogar, 3ª Etapa del acompañamiento al proceso de una amputación en EU.	91
Figura 29. Brecha del marco legal en la práctica local en amputaciones durante el proceso de recuperación.....	92
Figura 30. Condición real de una persona amputada recién llegada a su casa, rodeado de su familia.....	94
Figura 31. Proceso de rehabilitación y adaptación de reemplazos artificiales en las extremidades inferiores.	95

Figura 32. Persona amputada 100% rehabilitada con su familia, caminando con ambos reemplazos artificiales.....	96
Figura 33. Comparativo de proceso de recuperación y rehabilitación de una amputación en México, Chile y EUA.....	98
Figura 34. Plan de Gobernanza y sus actores de una propuesta de acompañamiento de amputados de extremidades inferiores.....	101
Figura 35. Estructura e integrantes del consejo de CREFIPRA AC	103
Figura 36. Logo del Centro de Recuperación Física y Psicológica del Recién Amputado A.C.	104
Figura 37. Proceso del modelo de acompañamiento de CREFIPRA AC	108
Figura 38. Proceso del modelo de acompañamiento de CREFIPRA AC incorporado a la Guía de Práctica Clínica del Catálogo Maestro: DIF-257-09 / Gobierno Federal de México	111
Figura 39. Proceso del modelo de acompañamiento de CREFIPRA AC incorporado a la Guía de Práctica Clínica del Catálogo Maestro: DIF-257-09 / Gobierno Federal de México versus Chile	112
Figura 40. Proceso del modelo de acompañamiento de CREFIPRA AC incorporado a la Guía de Práctica Clínica del Catálogo Maestro: DIF-257-09 / Gobierno Federal de México versus E.U.A.	113

GRÁFICOS

Gráfico 1. Entrevista con adultos amputados 1 de 2.....	55
Gráfico 2. Entrevista con adultos amputados 2 de 2.....	56

TABLAS

Tabla 1. Matriz de la normativa en materia de salud en el proceso de una amputación y adopción de prótesis	30
Tabla 2. Matriz de la identificación de los actores que intervienen en la línea de tiempo de amputación de extremidad inferior, 2024	45

ANEXOS

Anexo 1 Formato de entrevista para recabar datos hoja No. 1.	125
Anexo 2 Formato de entrevista para recabar datos hoja No. 2.	126

1.RESUMEN

La amputación de una extremidad inferior requiere un tratamiento postoperatorio integral que abarca tanto la recuperación física como psicológica, preparando al paciente para recibir una prótesis. En México, solo el 10% de los pacientes amputados de pierna tienen acceso a una prótesis. En 2015, se reportó que en México había 700,000 personas sin acceso a una prótesis. La principal causa de amputaciones a nivel nacional es la diabetes mellitus, lo que convierte esta situación en un grave problema de salud pública. El acceso y la adopción de prótesis están condicionados por factores más allá de lo económico, generando exclusión, aislamiento, desigualdad y falta de oportunidades.

El objetivo de este proyecto de investigación es identificar la normativa en materia de salud pública y determinar las áreas que no están debidamente cubiertas. Además, busca identificar los factores clínicos, físicos, psicológicos y otras implicaciones que condicionan el acceso y la adopción de prótesis. Es fundamental establecer quiénes son los actores involucrados en este proceso desde su inicio, incluyendo el personal médico, técnico y el círculo familiar que acompaña al paciente.

Es crucial conocer y analizar las prácticas en otros países, como Estados Unidos y Chile. Este último un país habla hispana y líder en sistemas de salud. Con base en estos análisis, se propone elaborar un modelo de acompañamiento para recién amputados que los integre en el proceso de diseño estratégico de prótesis asequibles, personalizadas ergonómica y biomecánicamente. Este modelo busca lograr una pronta reincorporación a la sociedad y reducir la brecha de desigualdad.

2.PALABRAS CLAVE

Amputación, Discapacidad, Rehabilitación, Recuperación Física y Psicológica, Calidad de Vida, Exclusión por discapacidad y Desigualdad.

3. INTRODUCCIÓN

En el año 2015, en México, se reportaba que existen alrededor de 780,000 personas con al menos una amputación, de los cuales solo el 10% tiene una prótesis y solo el 3% sabe utilizarlas (*Instituto Nacional de Desarrollo Social, 2017*).

Se estima que, desde entonces a la fecha, ha aumentado considerablemente la cantidad con este padecimiento. Si tomamos en cuenta que, la Academia Nacional de Cirugía (ANC) reporta que, en nuestro país, se realizan 75 amputaciones de miembro inferior promedio, equivalente a que cada año hay 27,300 nuevos amputados. La cifra es alarmante ya que se reportan que, en el 2014, en México hay al menos 900,000 personas con este problema. (*Mediprax, 2023*).

Brasil, que es un país con desarrollo económico similar a México, reporta resultados que cada hora existen 3 amputaciones de pierna o pie, este dato indica que se realizan 72 amputaciones diariamente en Brasil, un dato muy similar a lo reportado en México, siendo la población en Brasil 1.6 mayor que en México, es decir de 214.3 millones (*Agencia Brasil, 2022*). Esta información es un parámetro de cómo se encuentra la situación en nuestro país, donde se estima que sigue aumentando considerablemente la cantidad con este padecimiento. Es importante tener en cuenta que la falta de datos precisos y actualizados sobre el número de amputados en México es un problema común en la mayoría de los países de América Latina y muchos otros países en desarrollo.

La principal causa es la diabetes mellitus (insulinodependiente), es decir, que de las personas que sufren una amputación, el 75% de ellas sufre este padecimiento. Hay que considerar que, en México, el 10.32 % de la población tiene esta enfermedad y en Jalisco el 9.55% (*INEGI, 2021*).

El 25% restante de los amputados se deben a problemas vasculares, cáncer y accidentes. Jalisco reporta un promedio de 28 amputaciones al mes, aportando 336 pacientes al año (*Canal 44, 2021*). Ahora bien, la situación de la fabricación de prótesis en el país evidentemente no está ni cerca de cumplir con la demanda, tal y como lo señaló el Dr. Vela Vázquez. El considera que la producción de prótesis al año en México

no rebasa las 1500 unidades, por lo que la mayoría de las amputaciones no son atendidas como se debiera (*Vázquez Vela Sanchez, 2015*).

Cabe señalar que las instituciones gubernamentales aportan muy poco al problema, donde,

el DIF Nacional tiene solo 11 unidades distribuidas en todo el país donde se fabrican 400 prótesis al año, debido a que no existen un procedimiento claro para dar seguimiento a todas las personas que acuden a solicitar ayuda, aunado con los escasos recursos que se cuentan para tal propósito. Existen otras instituciones como el INR (El Instituto Nacional de Rehabilitación) que aporta al año otras 120 prótesis, quedando muy corta la producción del problema. (*Mediprax, 2023*).

Los datos arrojados y traducidos en información, simplemente representan

Una realidad nada alentadora a todos aquellos que por alguna razón tendrán que pasar a formar parte de esta discapacidad permanente, donde existe otra situación mayor, la depresión o tristeza que se complica en las personas que sufren una amputación, por lo que la parte de la medicina física y rehabilitación psicológica es fundamental. (*Martinez Anaya, 2023*)

Es decir que la medicina holística en estos casos se convierte en un pilar para la recuperación, además, la familia, quienes son parte del problema hablando de emociones y sufrimiento, ya que ellos viven en carne propia todo lo que conlleva una amputación a un ser querido, que, por lo regular sufren igual o más intensamente el proceso.

El sufrimiento de los amputados va más allá de lo físico, se expande y alcanza a otros, quienes también lo sienten. Algunos piensan que sus familiares sufren más que ellos, aunque estos últimos están seguros de que, aunque todos lo pasan mal, el amputado es quien lleva la carga más pesada (*Díaz Agea, Leal Costa, & Gómez Díaz, 2013*).

Para entender y comparar lo antes señalado, existe una expresión mientras se realiza el proceso de rehabilitación, que dice: “cuando te cortan una pierna, se la cortan a toda la familia” (*Martinez Anaya, 2023*),

haciendo referencia al tamaño del problema y a la complejidad del reto con todas sus respectivas aristas que se tienen que afrontar con, sino a pesar de la ayuda disponible.

Los sistemas nacionales DIF, y en el caso de Jalisco, el Centro de Rehabilitación Integral (CRI), enfrentan desafíos significativos debido a las limitantes de la normativa existente para la rehabilitación de amputados de extremidades inferiores. Estos sistemas no cubren adecuadamente a los recién amputados, quienes deben pasar un período de recuperación en casa. Este tiempo de recuperación varía considerablemente según las condiciones individuales de cada paciente y la enfermedad que padecen. La duración y calidad de este período de recuperación son determinantes para que el paciente pueda superar tanto las adversidades físicas como emocionales.

La superación del duelo por la pérdida de una extremidad es extremadamente compleja, en gran parte debido a las condiciones físicas precarias del paciente, que a menudo están al límite. A pesar de esto, la recuperación física puede lograrse sin haber superado el duelo emocional, lo que convierte esta situación en una carga psicológica difícil de manejar a lo largo de los años.

En este contexto, el entorno del paciente es fundamental. El apoyo del círculo cercano y familiar es crucial, ya que estos individuos también están lidiando con la situación y su apoyo puede marcar una gran diferencia en el proceso de recuperación del paciente. Un enfoque integral que considere tanto la rehabilitación física como el apoyo emocional es esencial para mejorar la calidad de vida de los amputados.

3.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Se considera que este tema de las amputaciones de extremidad inferior abraza a todo el territorio nacional, no existe un rincón del país que no padece los estragos de esta situación. Este proyecto de investigación estará enfocado en el estado de Jalisco, México, con la certeza que se puede extender a todo el país.

Figura 1. Ubicación del Estado de Jalisco



Fuente. Alamy Stock Foto, 2023

Las estadísticas antes señaladas en el país, no excluye al estado de Jalisco, 1,500 amputaciones de pierna son reportadas por la Secretaría de Salud de Jalisco cada año en el Estado, este dato nos indica que 125 amputaciones son realizadas al mes y si es aplicado el promedio del 90% que no usa una prótesis, para el año 2022 se estima que en el estado de Jalisco hay 41,355 personas amputadas que no utilizan una prótesis. Se debe señalar que acorde a las estadísticas, la principal causa de las amputaciones es la diabetes mellitus.

En Jalisco, existen cerca de 53,389 personas que viven con Diabetes, de las cuales 36,661 (68.7%) son mujeres, y 16,728 (31.3%) son hombres. (2020) En Jalisco en promedio, solo el 45% de la población se encuentra en control de la enfermedad. (*Secretaría de Salud de Jalisco, 2019*)

La palabra “**Amputación**” según la Real Academia significa la acción y efecto de amputar. amputar. (Del lat. amputare). Cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él (española).

La amputación consiste en separar una extremidad del cuerpo, ya sea por traumatismo (llamado también «avulsión») o mediante cirugía. En el ámbito quirúrgico, se realiza para aliviar dolor o detener un proceso derivado de una enfermedad en la extremidad afectada, como podría ser un tumor maligno o una gangrena. (*CYCLOPAEDIA, 2024*)

Notablemente, las definiciones hablan de situaciones físicas, cuando en realidad la palabra “amputación” viene acompañada con otras situaciones, que van más allá de lo físico.

La **amputación**:

A lo largo de miles de años, las amputaciones han tenido diferentes fines: punitivos, rituales y terapéuticos, con numerosos ejemplos históricos. Con el tiempo, se han superado desafíos como el dolor, la hemorragia y la infección, mejorando significativamente las técnicas de rehabilitación y el desarrollo de prótesis. Estos avances han transformado el presente y futuro de los pacientes que necesitan este tipo de procedimientos. Aunque hay evidencia de amputaciones desde hace 40,000 a 45,000 años a.C., fue en el siglo XX cuando se lograron procedimientos seguros, con altas probabilidades de recuperación y reintegración a la vida diaria. (*Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vasculat, 2009*).

Esta acción genera “**Discapacidad**” la cual es de por vida, por lo que la Organización Mundial de la salud (OMS) la define como restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

La discapacidad se define como la dificultad para realizar actividades cotidianas habituales, ya sea de forma temporal o permanente. Puede ser

reversible y originarse por deficiencias físicas, sensoriales, secuelas de enfermedades o como resultado de eventos traumáticos. (accidentes) (México & ISSSTE, 2021).

Desde el siglo XV, la visión sobre la discapacidad se vuelve secular y surgen instituciones llamadas “manicomios”, que reflejan una perspectiva discriminatoria y segregadora. Al iniciar el siglo XX, la discapacidad empieza a abordarse desde un enfoque asistencial: el Estado se involucra creando centros de educación especial. Sin embargo, este enfoque es paternalista, promoviendo dependencia y reforzando la discriminación social y laboral. Tras la Segunda Guerra Mundial, esta tendencia a la protección se incrementa debido a la aparición de muchas discapacidades sobrevenidas. Por primera vez, algunas personas con discapacidad comienzan a ser vistas como héroes, lo cual modifica en parte la percepción social de la discapacidad. (Universidad de las Americas , 2024)

Cualquier proceso quirúrgico donde se incluyen las amputaciones, se requiere un proceso de recuperación acompañada con una adecuada **“Rehabilitación”**.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió: *“la rehabilitación como el conjunto de medidas médicas, educativas, sociales y profesionales destinadas a preparar o readaptar al individuo, con el objetivo de que alcance el mayor nivel posible de capacidad funcional”*(Universidad de Bogota Jorge Tadeo Lozano, 2023)

Esta recuperación y rehabilitación debe estar incluida también, la **“Rehabilitación Psicológica”** que es la responsable de sobrellevar afecciones crónicas (continuas) o incapacitantes y a ser más fuerte en lo emocional y lo mental. También ayuda a resolver problemas emocionales, como la depresión y la ansiedad (University of Miami Health System, 20254)

La reincorporación de los pacientes, depende en gran medida del éxito de esta fase.

En México, los primeros servicios de medicina física y rehabilitación surgieron en 1943 con la apertura del Hospital Infantil de México, enfocados

principalmente en atender a niños con secuelas de poliomielitis. La rehabilitación pronto se consolidó como un complemento esencial de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Para formar profesionales en esta área, en 1949 se estableció la primera escuela de técnicas en terapia física y ocupacional.

La rehabilitación se institucionalizó formalmente en 1953 con la creación de la Dirección General de Rehabilitación, que en 1957 impulsó el reconocimiento de la fisioterapia dentro de la medicina, estableciendo programas de posgrado para médicos fisioterapeutas. En 1973, se fundó el Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación para certificar la calidad de los especialistas en esta área.

El desarrollo de infraestructura continuó en 1974 con la construcción del Instituto Nacional de Medicina de la Rehabilitación y el Centro de Rehabilitación y Educación Especial en Campeche. Para 1982, el IMSS abrió el Centro Nacional de Rehabilitación para el Trabajo "Metepac", mientras que el ISSSTE ya contaba con tres unidades de Medicina Física, consolidando el acceso a servicios de rehabilitación en México. (*Revista Univeristario*, 2024)

A partir del siglo XXI, se integró: *“El Sistema Nacional de Salud de México, el actual Instituto Nacional de Rehabilitación. En el año 2005 el Centro de Rehabilitación obtuvo el nombre actual de Instituto Nacional”* (NEUROCENTER, 2024)

Es importante señalar que el éxito y/o el fracaso de las fases anteriores es indispensable para lograr acortar la brecha de desigualdad en la **“Calidad de Vida”**, el cual se refiere a, *“un concepto que busca denotar el bienestar del individuo en su más profundo entender de relación social, familiar y consigo mismo. En México se traduce en satisfactores de salud, economía, seguridad, educación, vivienda y medio ambiente”* (Salud Vital, 2024)

El término “Calidad de Vida” fue introducido en Europa en los años 30 por el economista inglés Arthur Pigou, pionero en la economía del bienestar. En 1954, la ONU definió “nivel de vida” como las necesidades de la población para alcanzar satisfacción, aunque luego se cambió a “Bienestar Social” como concepto objetivo. En los años 70, Cambepbell, Converse y

Rodgers plantearon que “Calidad de Vida” equivalía a “Bienestar”, entendiendo este como la combinación de satisfacción con la vida, felicidad, niveles de estrés, estados afectivos, competencias personales y ansiedad. Así, la calidad de vida comenzó a incluir dimensiones tanto emocionales como sociales para describir el bienestar de una persona o grupo. (*redalyc*, 2024)

La **exclusión por discapacidad** La falta de conocimiento social sobre la discapacidad ha limitado el acceso de estas personas a sus derechos fundamentales, como salud, trabajo, educación, vivienda, transporte accesible, justicia, cultura y turismo, dificultando su capacidad para llevar una vida plena y digna. (Gobierno de *México*, 2016)

Dicho lo anterior, aún siguen existiendo prácticas y **“Exclusión por Discapacidad”** a personas con discapacidad.

La exclusión de los sistemas funcionales provoca una búsqueda de conexión con los demás y consigo mismos. En este contexto, la invisibilización y cosificación de las personas con discapacidad contribuyen a la formación de una cultura de sobreprotección. (*Respuestas Rápidas*, 2020)

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La condición con discapacidad por amputación, se considera un reto, debido a sus causas que están fuera de control en nuestro país (diabetes mellitus, causa principal), además, implica el uso de dispositivos y prótesis donde existe una brecha en la adopción, las cuales son ajenas a los factores económicos, así como el diseño y desarrollo de los dispositivos. La tecnología biomédica no se encuentra al alcance de todos y disponible para quien la requiera y erróneamente se puede creer que el costo elevado de una prótesis funcional, sea un factor determinante para que las personas que sufren de esta discapacidad, no adopten una.

El acceso y la adopción a una prótesis de extremidad inferior de personas que sufrieron una amputación depende de factores clínicos, físicos y psicológicos más allá de los económicos, generando exclusión, aislamiento y desigualdad a todo aquel que padece la nueva condición, lo que genera la falta de oportunidades. Ahora bien, el gremio médico lo señala como una de las facetas de la rehabilitación de ese sector afectado es la elaboración y adaptación de prótesis con las que se logre el grado de funcionalidad indispensable. (Martinez Anaya, 2023)

Se espera que lo que se plantea alcance el objetivo y que se pueda crear la conciencia necesaria para comprender la magnitud del problema.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas son un llamado global a abordar los desafíos más apremiantes que enfrenta la humanidad, y dos de estos objetivos, el Número 3 y el Número 10, tienen una relevancia significativa en el contexto de la rehabilitación psicológica de personas amputadas en México.

Figura 2. Logo de Salud y Bienestar de los ODS



Fuente. - Naciones Unidas, 2023

El ODS Número 3: Salud y Bienestar se centra en garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades. En el caso de las personas amputadas, la rehabilitación psicológica es esencial para su recuperación integral. El propósito de este objetivo es asegurar que estas personas tengan acceso a servicios de salud mental de calidad que les permitan afrontar los desafíos emocionales y psicológicos que surgen tras la amputación. Esto incluye el manejo del duelo, la adaptación a la nueva realidad física y la promoción de la salud mental en general.

Figura 3. Logo de la Reducción de las desigualdades de los ODS.



Fuente. - Naciones Unidas, 2023

El ODS Número 10: Reducción de las Desigualdades se enfoca en reducir la desigualdad dentro de los países y entre ellos. En el contexto de la rehabilitación física y psicológica de personas amputadas en México, este objetivo cobra importancia porque la atención de calidad debe estar al alcance de todos, independientemente de su origen socioeconómico o su ubicación geográfica. La desigualdad en el acceso a servicios de rehabilitación psicológica debe abordarse para garantizar que todas las personas amputadas tengan la misma oportunidad de recuperación psicológica y reinserción social.

En México, se han logrado avances en la atención médica y rehabilitación física para personas amputadas. Sin embargo, la atención psicológica sigue siendo insuficiente. Muchas personas enfrentan desafíos emocionales significativos después de una amputación, como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima. La falta de servicios de salud mental accesibles y de calidad a menudo perpetúa la desigualdad en el acceso a la rehabilitación completa.

Para abordar este problema, México debe promover políticas de salud que integren la atención psicológica en los programas de rehabilitación de personas amputadas. Además, es esencial capacitar a profesionales de la salud mental para que puedan brindar un apoyo adecuado a esta población vulnerable. Esto contribuirá no solo a la recuperación psicológica de las personas amputadas, sino también a su inclusión plena en la sociedad y a la reducción de las desigualdades en el acceso a la atención médica y psicológica.

En conclusión, los ODS Número 3 y Número 10 tienen un papel crucial en la rehabilitación psicológica de personas amputadas en México. La promoción de la salud mental y la reducción de las desigualdades en el acceso a servicios de calidad son esenciales para garantizar una recuperación integral y una participación plena en la sociedad de estas personas. México debe tomar medidas concretas para abordar estas necesidades y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y orientado al bienestar de todos sus ciudadanos.

Vázquez Vela Sánchez, D. et al 2015 señala que el problema de la amputación,

No solo radica en la falta de profesiones que aporten al problema antes señalado, sino que esta postura ayudaría en gran medida a cubrir la demanda actual de prótesis adecuadas y sobre todo generaría desarrollo de nuevos dispositivos con la ayuda de profesionales, así teniendo muchas más opciones para afrontar el reto. El reto es grande y complejo, ya que la debida transferencia de tecnología para lograr una asequibilidad a una prótesis, depende de procesar los factores psicoemocionales primero, para que el acompañamiento del proceso de la recuperación tanto física como psicológica, sea exitosa, donde la familia es parte fundamental.

El diseño estratégico es fundamental en y durante el proceso de recuperación física y emocional, generando protocolos estandarizados donde se involucre transdisciplinar a todos los involucrados, en un entorno pro positivo para que cada profesional y desde su área de conocimiento y experiencia, abone la parte que le corresponde del rompecabezas; además, en este proyecto de investigación se deberá considerar el diseño del proceso con un abordaje social-familiar ya que es una parte medular de la recuperación tanto física como mental, de tal modo, al final del proceso, como primera instancia, crear ese puente de oportunidades para aquellos

que pasaran por estas circunstancias, para lograr el acceso y adopción a una prótesis que lo devuelva a una inclusión social. (Martinez Anaya, 2023)

4.1 ESTADO DEL ARTE

Vázquez Vela Sánchez, D. et al 2015 en su artículo Los Amputados y su Rehabilitación, un Reto para el Estado 1ª edición, en su publicación dentro de la Academia Nacional de Medicina en México, señala con sólidos argumentos se debe incorporar la profesión de protesista además de resaltar que desde el año 2016, el problema es un reto y que a la fecha no quitan el dedo del renglón e insisten en ello.

Por otro lado, Govantes-Bacalao, Y., Julio Alba-Gelabert, C. y Arias-Cantalapiedra, A. et al 2016 en su publicación de la revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación señalan en su *artículo “Protocolo de Actuación en la Rehabilitación de Pacientes”* Amputados de miembro inferior, los pacientes no motivados pueden ser excluidos en la adopción de una prótesis.

A diferencia, con la publicación Prótesis y Ortesis Internacional realizada en el 2022 por Priyadharshan, K. P., Kumar, Navin, Shanmugam, D. y Kar, Sitanshu Sekhar en su artículo, Calidad de Vida en los Amputados de Miembro Inferior, dentro del Estudio Transversal del Centro de Atención Terciaria del Sur de la India, mencionan la importancia del uso de una adecuada prótesis para asegurar una mejor Calidad de Vida (QOL).

Sin embargo, se señala desde el 2011 en el reino unido (UK) en la misma publicación Prótesis y Ortesis Internacional, los autores Richa Sinha, Wim JA Van Den Heuvel y Perianayagam Arokiasamy en su artículo, Los Factores que afectan la Calidad de Vida del amputado de Extremidad Inferior, refieren a la importancia de darle seguimiento al uso de las prótesis para garantizar que la QOL no decaiga.

En la Librería Nacional de Medicina de Estados Unidos en el 2015, Craig D. Murray en su artículo El Significado Social del Uso de una Prótesis, indica que un gran porcentaje de personas que ocultan su prótesis, sienten mejor aceptación social, es decir que, si la sociedad no se

percata de algún modo el reemplazo de la extremidad, el paciente se adapta de mejor manera.

En Murcia España en el año 2013, en la Facultad de Enfermería de la UCAM, los Psicólogos Díaz J L, Leal C y Gómez M. publicaron “*El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas*”, donde hacen énfasis en que la resiliencia permite afrontar y superar los problemas de las personas amputadas, además, mencionan que la familia sufre del mismo modo que el amputado.

El sufrimiento al que hace referencia, indica que, una amputación de una extremidad inferior y todo el dolor físico y mental que sufre el paciente, es de igual manera lo que el círculo cercano y/o familiares siente, durante todo el proceso de recuperación y rehabilitación.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de recuperación de una amputación ha enfocado principalmente en la rehabilitación física, descuidando la recuperación psicológica, que es igualmente crucial para los pacientes amputados. La recuperación psicológica debe integrarse en el manejo integral postoperatorio, ya que los factores emocionales representan un reto significativo para el paciente y su círculo cercano. La participación y apoyo de todos los actores involucrados son esenciales para la inclusión del paciente en una vida cotidiana favorable. Enfrentar una amputación es complejo y el proceso de recuperación abarca las etapas preoperatoria, operatoria y postoperatoria, con un desgaste físico, emocional y económico que no siempre se percibe de manera proporcional.

Todos los pacientes que sufren una amputación, corren el riesgo de padecer una mala salud física y sobre todo mental, debido a que nadie está preparado para enfrentar la situación (Perkins, De’Ath, Sharp, & Tai, 2012).

4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.- ¿Cuál es el proceso normativo de las leyes nacionales e internacionales en la recuperación y rehabilitación de amputaciones de extremidades inferiores?

2.- ¿Cómo es el proceso de recuperación clínica después de una amputación de extremidad inferior y en qué consiste?, antes de ingresar a los sistemas nacionales de rehabilitación. ¿Cuáles son las implicaciones y etapas psicológicas que se presentan después de una amputación de extremidad inferior?, ¿Cuáles son los factores económicos que influyen en el proceso de adopción a una prótesis de extremidad inferior?, ¿Quiénes son los actores principales que participan en el proceso de recuperación y rehabilitación después de una amputación de extremidad inferior?, ¿Cuáles son las instituciones de salud y cómo participan en el proceso de rehabilitación?

3.- ¿Cómo es el proceso de acompañamiento en la rehabilitación en otros países?, ¿Qué países cuentan con un modelo o protocolo de acompañamiento?, ¿Quiénes son los actores principales y qué papel desempeñan?, ¿Cuáles con las instituciones que participan?, ¿De qué manera la política pública fomenta y/o interviene en los procesos?

4.- En México, ¿cómo sería un modelo de acompañamiento que incluya factores clínicos, psicológicos y económicos, que promueva la reducción de la brecha de desigualdad en el acceso a la salud del país?

5. HIPÓTESIS

H0. En México el acceso y adopción de una prótesis de miembro inferior en pacientes amputados, depende de factores clínicos, físicos, psicológicos y emocionales, además del rol participativo que ejerce el círculo familiar durante el proceso de recuperación post operatorio, más allá de la disponibilidad financiera, lo que genera desigualdad, exclusión y marginación, fomentada por una política pública de salud inexistente.

H1. En México el acceso y adopción de una prótesis de miembro inferior en pacientes amputados, no depende de factores clínicos, físicos, psicológicos y emocionales, ni del rol participativo que ejerce el círculo familiar durante el proceso de recuperación post operatorio, más allá de la disponibilidad financiera, lo que no genera desigualdad, exclusión y marginación, ya que, se encuentra atendida una política pública de salud.

6.OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este proyecto es desarrollar un modelo de acompañamiento que reduzca la brecha de desigualdad en el proceso de adopción a una prótesis.

Generando un proceso adecuado y estandarizado a través de protocolos en las diferentes etapas de recuperación y rehabilitación, es decir, que el acompañamiento durante este proceso, está incluido la familia, en la cual se podrá implementar un proyecto diseño estratégico e innovación social, para que las prótesis sean asequibles y personalizadas anatómicamente, así logrando una pronta incorporación a la sociedad. (Martinez Anaya, 2023)

6.2 OBJETIVOS PARTICULARES

1.- Analizar el marco regulatorio internacional y nacional alrededor del proceso de rehabilitación de amputaciones y su manejo.

2.- Identificar los factores psicológicos que se presentan en la etapa post operatoria en las etapas de recuperación, ¿Qué es lo que sucede? antes de comenzar las etapas de los sistemas nacionales de rehabilitación.

3.- Estudiar y detectar las implicaciones que se presentan durante el proceso de recuperación y analizar otros países que cuenten con una guía o modelo o tengan en consideración las etapas antes, durante y después de una amputación de extremidad inferior.

4.- Propuesta de un modelo de acompañamiento que contemple los factores físicos y psicológicos de una manera integral a las personas amputadas de un miembro inferior reduciendo la brecha de desigualdad en el acceso a la salud del país.

7.METODOLOGÍA

La metodología de esta investigación se realizó en base los planteamientos de los objetivos particulares antes descritos y para lograr el objetivo no. 1, se realizaron búsquedas y consultas de los marcos regulatorios y de la normativa internacional, referentes a las recomendaciones del proceso y manejo de la salud, en especial a las amputaciones de extremidades inferiores, en las plataformas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos del gobierno de México a nivel federal y estatales sobre la regulación, manuales y/o guías en materia de salud.

Para el desarrollo del objetivo no. 2, se identificó el proceso actual del manejo de las amputaciones de extremidades inferiores, así como, la identificación de los actores y las instituciones que participan en el proceso, principalmente, dicha información se recuperó a través de entrevistas semi estructuradas con los actores involucrados en el proceso para una mejor comprensión, tomándose en cuenta la experiencia del autor que sufrió una doble amputación de extremidad inferior.

La realización de las entrevistas se sistematizó a través de un formato, con la finalidad de estandarizar las preguntas y organizar de la mejor manera la información recabada, priorizando los conceptos como: motivos de la amputación, proceso de recuperación física, proceso de recuperación psicológica, duración de los periodos, los retos del proceso (Martinez Anaya, 2023) y sobre todo conocer las implicaciones de superación a la amputación.

Por otro lado, mediante las visitas al DIF Jalisco en su Centro de Rehabilitación Integral (CRI), en observación directa, se contrastó el proceso de acompañamiento con la información recabada en el objetivo No. 1. Así mismo se identificó la perspectiva de los actores secundarios de este proceso, como lo son los médicos, doctores, especialistas, así como las personas que están involucradas en la rehabilitación física y

mental (psicológica y emocional) (Martinez Anaya, 2023) y la relevancia de del círculo cercano y/o familia durante estos procesos.

Para el desarrollo del objetivo No. 3, se analizaron los procesos de acompañamiento de 2 territorios diferentes a México, en donde se seleccionó Estados Unidos de América (EUA). Primero, por ser el país vecino al territorio nacional y, en segundo lugar, por ser un país con el mayor número de empresas dedicadas a la fabricación y exportación de prótesis de extremidades inferiores en el planeta (Linkes IN, 2024).

El otro país seleccionado fue Chile por ser un país líder en la innovación, siendo equiparable a México, además por ser, *“el país con el mejor índice de acceso y calidad de atención de salud en toda América latina”* (Clinicas de Chile , 2022).

Se consultaron las guías gubernamentales de ambos países y en ambos casos se realizaron de manera gráfica, el proceso de acompañamiento con la responsabilidad detallada de cada uno de los actores que intervienen en cada una de las etapas, para contrastarlos entre sí y determinar el tamaño de la brecha existente con México.

Es importante destacar el agradecimiento a CORI AC, cuya observación directa del proceso llevado a cabo por la ONG y AC permitió identificar la valiosa labor social que realizan. Durante esta observación, se pudo apreciar cómo opera una AC con casi 40 años de experiencia, subrayando su impacto positivo y su compromiso con la comunidad.

8. CAPÍTULO I

8.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL, NACIONAL Y SU INCORPORACIÓN A LA PRÁCTICA LOCAL SOBRE AMPUTACIONES

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS) desde 1978 y su importancia en el ámbito de la salud a nivel mundial. La APS se define como, un enfoque de salud que busca garantizar el máximo nivel de salud y bienestar de manera equitativa, desde la promoción de la salud hasta la atención médica, rehabilitación y cuidados paliativos, centrando la atención en las necesidades de las personas y comunidades.

La APS consta de tres componentes interrelacionados: servicios de salud completos, acciones multisectoriales en determinantes de salud y la participación de las personas y comunidades para mejorar la auto asistencia en salud. Se basa en principios de justicia social, equidad y solidaridad, reconociendo el derecho fundamental a la salud para todos.

La APS se considera fundamental para lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Se destaca su capacidad para mejorar la salud física y mental, así como el bienestar social de las personas de manera inclusiva y efectiva, incluso en situaciones de crisis como la pandemia de COVID-19.

La inversión en APS a nivel mundial mejora la equidad y el acceso a los servicios de salud, el rendimiento de la atención médica y los resultados de salud. Además, fortalece la resistencia de los sistemas de salud ante crisis y epidemias, siendo la "puerta principal" del sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja con los países para reorientar sus sistemas de salud hacia la APS como medio clave para lograr la CSU, los ODS y la seguridad sanitaria. Esto implica el fortalecimiento de diversos aspectos del sistema de salud, incluyendo

la financiación, el personal de salud, la calidad de la atención y la preparación para emergencias, entre otros.

La OMS ha definido tres esferas estratégicas de trabajo para fortalecer la APS en todo el mundo:

- Ofrecer un servicio de apoyo integral a los Estados Miembros para implementar la Atención Primaria de Salud (APS) adaptado a su contexto y prioridades. Esto incluye activar el marco operacional de APS y aprovechar las oportunidades de inversión después de la pandemia, aplicando el principio de “reconstruir mejor” para fortalecer sistemas de salud basados en APS, apoyándose en experiencias globales.
- Desarrollar soluciones innovadoras y evidencia sobre APS, enfocándose en las poblaciones vulnerables. Este objetivo se fundamenta en datos probatorios, guías de mejores prácticas y lecciones exitosas de países. Entre los productos destacan pautas para el seguimiento y evaluación del progreso de APS, un informe global de avances y capacitaciones organizadas por la Academia de la OMS.
- Impulsar la renovación de la APS mediante liderazgo en políticas, promoción y alianzas estratégicas con gobiernos, ONG, sociedad civil, organismos de Naciones Unidas y otros colaboradores. Esto incluye crear un Grupo Asesor Estratégico externo para orientar a la OMS en la renovación global de la APS, establecer un premio de excelencia en APS y fomentar redes colaborativas que integren nuevas partes, como líderes jóvenes, parlamentarios y actores de la sociedad civil, para fortalecer el compromiso con la APS a nivel global, regional y nacional. (ASSAP, 2024)

En este sentido, se reconoce la importancia entre los países que conforman políticas públicas y la regulación en materia de rehabilitación y acceso a prótesis, por lo que se identificaron dichos documentos a nivel internacional, nacional y local.

Se realizó una matriz donde se determina la línea de tiempo general del proceso de una amputación de extremidad inferior (prevención, notificaciones, cirugía, la recuperación, la rehabilitación y la adopción a una prótesis), contemplando los 4 factores (clínicos, físicos, psicológicos y económicos) que intervienen en dicho proceso.

Se analizaron las regulaciones encontradas, las cuales fueron distribuidas y ubicadas en las áreas que corresponden de las cuales se detectaron a nivel nacional, 5 existentes relacionadas en el proceso y 3 a nivel local.

Se analizaron los documentos y guías para conocer a detalle con lo que se cuenta y se establece al día de hoy.

La matriz queda de la siguiente manera:

Tabla 1. Matriz de la normativa en materia de salud en el proceso de una amputación y adopción de prótesis

MARCO LEGAL	FACTORES	PREVENCIÓN	NOTIFICACION	CIRUGIA	RECUPERACION		REHABILITACION	ADOPCION A PROTESIS
					CLINICA	FISICA		
INTERNACIONAL	CLINICOS	Rehabilitación Guía para La Acción / OMS	X	X	X	X	Rehabilitación Guía para La Acción / OMS	X
	FISICOS	Rehabilitación Guía para La Acción / OMS	X	X	X	X	Rehabilitación Guía para La Acción / OMS	X
	PSICOLOGICOS	X	X	X	X	X	X	X
	ECONOMICOS	X	X	X	X	X	X	X
NACIONALES	CLINICOS	X	Diagnóstico y Tratamiento de la ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA de Miembros Inferiores	X	X	X	Intervenciones de enfermería para la atención del ADULTO AMPUTADO DE EXTREMIDAD INFERIOR POR DIABETES MELLITUS	X
	FISICOS	X	Protocolo de ENFERMERIA para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes. POR DIABETES MELLITUS	X	X	X	Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención
	PSICOLOGICOS	X	X	X	X	X	X	X
	ECONOMICOS	X	X	X	X	X	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998. PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención
JALISCO	CLINICOS	X	X	X	X	X	X	X
	FISICOS	LEY PARA LA INCLUSIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE JALISCO	X	X	X	X	X	X
	PSICOLOGICOS	X	X	X	X	X	Rehabilitación Médico-Funcional y Atención Psicológica	X
	ECONOMICOS	X	X	X	X	X	X	Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención

Fuente: Elaboración propia 2024

8.2 POLÍTICAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE ADOPCIÓN DE PRÓTESIS DE MIEMBROS INFERIORES PARA EL ACCESO A LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas, fundada el 7 de abril de 1948. Su misión es promover la salud, prevenir enfermedades y proporcionar liderazgo en asuntos de salud mundial. La OMS es responsable de coordinar la respuesta global a epidemias y pandemias, así como de establecer normas y directrices para la salud pública a nivel internacional. Trabaja en colaboración con gobiernos, organizaciones internacionales y la sociedad civil para alcanzar su objetivo de lograr un nivel óptimo de salud para todas las personas.

En México opera una representación desde 1952 y a partir de 1984 en colaboración con La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se suman los países de Cuba, República Dominicana y Haití.

Recordando en tema de amputaciones, la principal causa es la diabetes, la cual es advertida en el primer informe mundial de la OMS sobre la diabetes (2016).

Desde 1980, el número de personas con diabetes casi se ha cuadruplicado, alcanzando los 422 millones de adultos, la mayoría en países en desarrollo. Según la OMS, factores como el sobrepeso y la obesidad han impulsado este incremento.

La diabetes puede causar graves complicaciones, entre ellas infartos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de extremidades inferiores, que son 10 a 20 veces más frecuentes en pacientes diabéticos.

En 2012, esta enfermedad provocó 1,5 millones de muertes. Además, la glucemia elevada contribuyó a otros 2,2 millones de fallecimientos al aumentar el riesgo de enfermedades como las cardiovasculares. (*Organización Mundial de la Salud, 2016*).

En materia de rehabilitación, en el año 2020, la OMS publicó una guía de acción llamada "Rehabilitación en los sistemas de Salud" (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Esta guía, tiene como objetivo principal, proporcionar un marco integral para la integración efectiva de los servicios de rehabilitación en los sistemas de salud a nivel mundial. La rehabilitación aborda las necesidades físicas, mentales y sociales apoyando a las personas con discapacidad para que desarrollen su máximo potencial y se integren plenamente en la sociedad, promoviendo su participación activa en todos los ámbitos.

La guía enfatiza la relevancia de una atención personalizada, que valore las diferencias individuales y fomente la participación activa del paciente en su rehabilitación. También resalta la importancia de un enfoque intersectorial, involucrando a profesionales de la salud, organizaciones civiles, líderes comunitarios y personas con discapacidad en el proceso.

La guía proporciona orientación sobre políticas, planificación, financiamiento, recursos humanos, infraestructura y gestión de datos relacionados con la rehabilitación. También enfatiza la importancia de la prevención de la discapacidad, la promoción de la salud y la inclusión social como componentes integrales de los sistemas de rehabilitación.

La OMS busca fortalecer los sistemas de salud para garantizar que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, tengan acceso equitativo a servicios de rehabilitación de calidad que les permitan vivir una vida plena y participativa.

La guía establece 4 fases detalladas, las cuales tienen diferentes pasos a seguir para el fortalecimiento del proceso. Estas fases son:

Figura 4. El proceso de cuatro fases y las herramientas complementarias



Fuente: Rehabilitación en los sistemas de Salud / OMS 2020

Además, se muestra una ilustración con los 12 pasos correspondientes de cada una de las 4 fases antes señaladas, con su respectiva función:

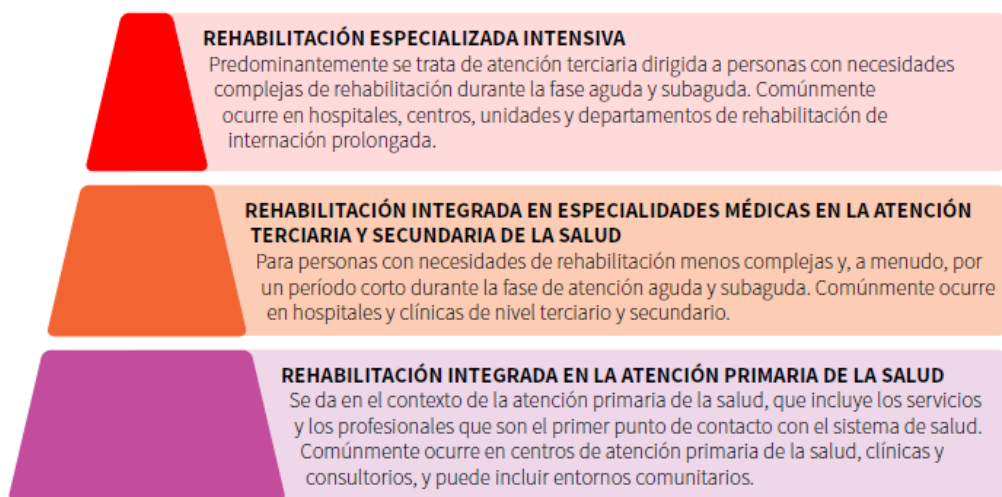
Figura 5. Los Proceso de 4 Fases de la OMS.



Fuente: Rehabilitación en los sistemas de Salud" / OMS 2020

La escala que propone la guía (OMS), las amputaciones de extremidad inferior están contempladas en los primeros 3 niveles del “marco de rehabilitación de la salud” de manera muy genérica y la cual se detalla:

Figura 6. Marco de Rehabilitación en la Salud



Fuente: Rehabilitación en los sistemas de Salud” / OMS 2020

8.3 POLÍTICAS PÚBLICAS Y MARCO LEGAL EN LA ADOPCIÓN DE PRÓTESIS EN MÉXICO

La situación de las amputaciones de extremidad inferior en México, ha sido objeto de preocupación creciente. A pesar de los avances en el campo de la medicina y la atención de la salud, las amputaciones siguen siendo una realidad para muchas personas en el país. Factores como la diabetes, la enfermedad vascular periférica y los accidentes son algunas de las principales causas que contribuyen a este problema. La diabetes, en particular, continúa siendo un desafío de salud pública, con un número alarmante de casos mal controlados que llevan a complicaciones graves, como la necesidad de amputación. Además, la accesibilidad y calidad de la atención médica pueden variar considerablemente según la región, lo que influye en la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de las condiciones que pueden llevar a una amputación.

No obstante, en el país dentro de las guías, protocolos y sobre todo en las Guías Prácticas Clínicas (GPC) existentes dentro de los marcos legales del país, no se detallan los procesos como tales, de rehabilitación física y psicológica de personas amputadas de miembros inferiores. Para ello, se revisó la GPC del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (ISBN: 978-607-7790-08-2), no encontrando nada al respecto. Inclusive en:

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 denominada “ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD” emitida por la Comisión de Derechos Humanos (CNDH), no hace referencia al tema.

La Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para “LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD” (Diario Oficial de la Federación, 2023), Menciona:

“...Rehabilitación, al conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad” (Art. 4.1.19.) (*Junta de Beneficiencia Privada, 2024*)

“...Prescripción de órtesis, prótesis, y aditamentos especiales”
(*CNDH, 1999*)

Por otro lado, en la GPC de Enfermería

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SS -813 -17 denominado “Intervenciones de enfermería para la atención del ADULTO AMPUTADO DE EXTREMIDAD INFERIOR POR DIABETES MELLITUS”, solamente se menciona un par de párrafos superficiales del problema:

La aparición y exacerbación del dolor fantasma (PLP) en individuos sanos se relaciona a la aparición de factores psicológicos como depresión, ansiedad, fatiga e insomnio. Aunque los factores psicológicos no parecen ser factores causales del PLP, el beneficio de los tratamientos psicológicos puede asociarse a la reducción de la severidad.

El personal de enfermería previo a la amputación brindará apoyo emocional con la finalidad de facilitar el duelo y delimitar factores psicológicos depresivos que exacerbaban el dolor del miembro fantasma.

(*Gobierno de México, 2017*)

Se podría decir que es insuficiente lo que se menciona, o la forma como se pretende resolver la delicada situación, inclusive, la explicación de los dolores fantasmas que siempre están presentes en una amputación.

El problema es complejo y complicado, debido a que NO se conoce a detalle el proceso de la recuperación psicológica post operatorio de los pacientes que sufren una amputación. Pareciera que, salvar la vida de los pacientes a través de la medicina física, ya se ha cumplido con la labor o la misión esta realizada, pero está lejos de serlo; aquí es donde los problemas comienzan ya que las personas que pasan por esta situación, además de convertirse en “discapacitados” (tema que tienen que digerir), tienen que pasar por un periodo largo para la recuperación física y durante este proceso, aparecen todos los problemas psicológicos sumados a los dolores físicos del proceso, dichos factores emocionales terminan siendo un reto de superación enorme para el paciente y que tendrá que aprender que su situación se ha complicado. (Martinez Anaya, 2023)

En la GPC denominada “Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus en el segundo y tercer nivel de atención”, la cual está representada a través de gráficos y explica el proceso a seguir (la cual se especifica en el punto 4.2.)

1. Manejo del paciente amputado en centro de rehabilitación.
2. Los servicios de rehabilitación deben ser considerados especiales.-
El equipo multidisciplinario de cada Centro de Rehabilitación debe incluir un Médico en Rehabilitación, un técnico en órtesis y prótesis, un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta físico y un terapeuta ocupacional.
3. Valoración inicial por el médico especialista en medicina de rehabilitación.-
La valoración se debe realizar en forma integral y debe incluir ambos miembros inferiores, tronco y miembros superiores. La valoración debe incluir el control metabólico, condiciones de la piel, sensibilidad (miembros superiores e inferiores) y la presencia de edema. A todos los pacientes amputados se les debe dar información sobre la rehabilitación y opciones de estilos de vida.
4. Aspectos:
 - a. Psicosociales.- Debe hacerse una evaluación del estado psicológico y del entorno social del paciente durante todas las fases de rehabilitación.
 - b. Terapia física.- Se debe iniciar un programa de entrenamiento para los grupos musculares de la extremidad superior, tronco, muñón y extremidad.
 - c. Terapia ocupacional.- Intervención para mejorar la funcionalidad de las actividades de la vida diaria.

5. Valoración para indicación protésica.
 - a. El paciente candidato a prótesis debe ser determinado por el equipo de rehabilitación
 - b. Si una prótesis no es prescrita al paciente se le deben explicar las razones de la decisión y los planes alternativos de rehabilitación.
 - c. El paciente se encuentra motivado para participar en la rehabilitación protésica.
 - d. El paciente tiene la capacidad para entender y aplicar los conocimientos para uso de la prótesis.
 - e. Acondicionamiento del miembro remanente.
 - f. El paciente tiene una adecuada condición física para caminar con la prótesis.
 - g. La prótesis contribuye a mejorar la calidad de vida y la autoimagen.
 - h. Los pacientes con una amputación de miembro inferior que no usen prótesis deben visitar al médico para evaluar riesgos y mantener la salud del miembro residual y del muñón
 - i. Si la funcionalidad del paciente cambia se vuelve un candidato para uso de prótesis.

(Gobierno de México, 2017)

Llama la atención la serie de pasos a seguir de la “valoración para la indicación protésica” propuesta, debido a que el paciente tiene que superar la etapa compleja de la recuperación física, pasar por todas las etapas del proceso de la rehabilitación psicológica y emocional, para que el acceso y adopción a una prótesis lo decida un equipo de rehabilitación que es muy probable que no esté consciente de los obstáculos que se tienen que superar por el paciente.

8.4 MARCO LEGAL Y LA REHABILITACIÓN EN EL ESTADO DE JALISCO

En Jalisco, la Secretaría de Salud dirige el Sistema de Salud estatal, coordinando programas de promoción, prevención, regulación sanitaria y servicios de atención personal. Su labor incluye fomentar la salud pública con la activa participación de la sociedad, garantizando así el bienestar integral de la población en el estado. (*Universidad TEC Milenio, 2024*)

Existen un par de leyes dentro de la SSJ que hablan y/o hacen referencia a la situación de la rehabilitación física y psicológica de personas amputadas de miembros inferiores.

Comenzando con la primera de ellas, la *NÚMERO 12678. LEY DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO* que simplemente declara:

“Artículo 78.- Salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia por medio del esfuerzo organizado de la comunidad.

Se consideran acciones de salud pública, entre otras, el saneamiento del medio, la prevención, control de enfermedades y accidentes, promoción de la salud, control y vigilancia sanitaria, la prevención y control de adicciones, así como la detección y atención de la depresión y prevención del suicidio.”(Gobierno del Estado de Jalisco, 1983)

De manera más específica y actualizada (2009), se publicó la *“LEY PARA LA INCLUSIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE JALISCO”* en el capítulo no. II *“Los derechos de las personas con discapacidad”* donde se especifica lo siguiente:

Artículo 4. Las personas con discapacidad tienen derecho a:

I. La protección de su salud y a recibir diagnósticos, medicamentos y tratamientos de manera oportuna, con base en el consentimiento libre e informado; a acceder y recibir copia de su expediente clínico sobre su discapacidad, así como la orientación atención y canalización para su rehabilitación; la información podrá recibirla por sí o, en su caso, solicitar por conducto de sus familiares o sus legítimos representantes;

TÍTULO CUARTO

SERVICIOS Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Capítulo I

Programas y Acciones

Artículo 41. Las autoridades procurarán desarrollar de manera prioritaria, al menos, las siguientes medidas de nivelación y de inclusión contenidas en el presente Título, para erradicar la discriminación, y promover la habilitación, rehabilitación e inclusión social, económica, política y cultural de personas con discapacidad:

I. Atención y rehabilitación médico-funcional y atención psicológica;

Capítulo II

Rehabilitación Médico-Funcional y Atención Psicológica

Artículo 42.- La rehabilitación médico-funcional estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten discapacidad física, mental, intelectual y sensorial calificada y cuando se detecte cualquier anomalía o deficiencia deberá iniciar de manera inmediata hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, así como su mantenimiento.

Artículo 43. Toda persona con algún tipo de discapacidad podrá beneficiarse con la rehabilitación y habilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado físico, mental, cognitivo o sensorial, para lograr su inclusión educativa, laboral o social.

Artículo 44. Los procesos de rehabilitación se complementarán con la orientación, prescripción, gestión y el apoyo para la obtención de medicamentos y adaptación de prótesis, órtesis o cualquier ayuda técnica, así como cirugías y trasplantes.

Artículo 45. Corresponde a la familia de las personas con discapacidad informarse y capacitarse para participar y apoyar los procesos de habilitación, rehabilitación e inclusión social, educativa, laboral, política y cultural, así como procurarles los medios para que reciban una adecuada atención de su salud y de su educación.

(Gobierno del Estado de Jalisco, 2029)

En un proceso de habilitación o rehabilitación, si se requiere la participación de un familiar, este deberá colaborar con el equipo de profesionales encargado del caso. Las instituciones responsables pueden proporcionar justificantes por ausencias laborales o escolares, los cuales deben ser aceptados por el centro de trabajo o educativo correspondiente, en caso de ser necesarios.

Artículo 49.- El apoyo y orientación psicológicos estarán dirigidos a optimizar al máximo las potencialidades de la persona con discapacidad, por lo que deberán considerarse sus características, motivaciones e intereses personales, así como los factores familiares y sociales.

Artículo 50. El apoyo y orientación psicológica para las personas con discapacidad comprenderá también programas de educación y orientación para la salud sexual, salud reproductiva y servicios de planificación familiar.

(Comision Nacional de los Derechos Humanos, 2021)

Todo indica, que existe el conocimiento del proceso de pre amputación, amputación y post amputación de miembros inferiores, con el problema de que no está llegando la información a los actores involucrados en este proceso, agregando que sigue siendo genérica la norma y/o ley y, al no estar especificada en una guía o protocolo de acompañamiento para cada paciente, sin tener una debida estrategia personalizada para

las personas que sufren este padecimiento, la problemática seguirá siendo la misma, por el simple hecho de estar generalizada, por lo que no aporta a recortar la brecha de desigualdad.

En México, el derecho a la Salud se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de manera específica en el párrafo tercero del artículo 4º, en el que se garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud.

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. *(Camara de Diputados LX Legislatura, 2008)*

Además, el Gobierno de México, cuenta con estrategias enfocadas en las enfermedades, en promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas con 3 grandes prioridades:

Acceso efectivo.

“El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población. La Visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública.”

Calidad en el servicio.

“Que todos los mexicanos, por igual, cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.”

Prevención.

“La mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan. Una de las acciones más importantes de prevención, estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso.”

(Instituto Politécnico Nacional , 2013)

Es importante cotejar y hacer un análisis de lo que realmente se está haciendo en materia de salud en México, contra la norma y especificaciones técnicas para llevar a cabo los objetivos en cuestión.

8.5 PROCESO DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO Y SU MANEJO

En la tabla no. 1 sobresale la guía normativa, ubicada en el proceso de rehabilitación de un amputado de extremidad inferior que establece el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud del Gobierno de México, con las siglas SSA, que cuenta con guías y manuales para el gremio médico, con el nombre de:

Guía Práctica Clínica Catálogo Maestro: DIF-257-09 “Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención” (Gobierno de México, 2017)

Figura 7. Proceso de rehabilitación de paciente amputado.



Fuente: Elaboración propia 2023

1 evaluación médica: La persona debe ser evaluada por un médico especialista en ortopedia o cirugía vascular para determinar la necesidad de la amputación y el nivel de amputación adecuado.

2 cirugía: Se realiza la amputación en un hospital adecuado, con las condiciones de higiene y seguridad necesarias para el procedimiento.

3 rehabilitación: Después de la cirugía, se inicia un programa de rehabilitación que incluye fisioterapia, terapia ocupacional y psicológica, para ayudar a la persona a adaptarse a su nueva condición y recuperar su funcionalidad (ver figura 6).

4 suministro de prótesis: Si es necesario, se proporciona una prótesis de pierna para reemplazar la extremidad amputada. El tipo de prótesis y su ajuste dependerá del nivel de amputación y las necesidades individuales de la persona.

5 seguimiento médico: La persona debe tener seguimiento médico regular para detectar y tratar cualquier complicación o problema que pueda surgir después de la amputación.

A Manejo del paciente amputado en centro de rehabilitación. **B Los servicios de rehabilitación deben ser considerados especiales.-** El equipo multidisciplinario de cada Centro de Rehabilitación debe incluir un Médico en Rehabilitación, un técnico en órtesis y prótesis, un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta físico y un terapeuta ocupacional. **C Valoración inicial por el médico especialista en medicina de rehabilitación.-** La valoración se debe realizar en forma integral y debe de incluir ambos miembros inferiores, tronco y miembros superiores. La valoración debe de incluir el control metabólico, condiciones de la piel, sensibilidad (miembros superiores e inferiores) y la presencia de edema. A todos los pacientes amputados se les debe dar información sobre la rehabilitación y opciones de estilos de vida. **D1 Aspectos Psicosociales** Debe hacerse una evaluación del estado psicológico y del entorno social del paciente durante todas las fases de rehabilitación. **D2 aspectos de terapia Física** Se debe iniciar un programa de entrenamiento para los grupos musculares de la extremidad superior, tronco, muñón y extremidad. **D3 Aspecto de Terapia Ocupacional .-** Intervención para mejorar la funcionalidad de las actividades de la vida diaria. **E Valoración para indicación protésica.** a. El paciente candidato a prótesis debe ser determinado por el equipo de rehabilitación b. Si una prótesis no es prescrita al paciente se le deben explicar las razones de la decisión y los planes alternativos de rehabilitación. c. El paciente se encuentra motivado para participar en la rehabilitación protésica. d. El paciente tiene la capacidad para entender y aplicar los conocimientos para uso de la prótesis. e. Acondicionamiento del miembro remanente. f. El paciente tiene una adecuada condición física para caminar con la prótesis. g. La prótesis contribuye a mejorar la calidad de vida y autoimagen. h. Los pacientes con una amputación de miembro inferior que no usen prótesis deben visitar al médico para evaluar riesgos y mantener la salud del miembro residual y del muñón i. Si la funcionalidad del paciente cambia se vuelve un candidato para uso de prótesis. *(Gobierno de México, 2017)*

9. CAPÍTULO II

9.1 EL SUFRIMIENTO DE LAS PERSONAS AMPUTADAS Y LA INFLUENCIA DE SU ENTORNO

En México, las personas amputadas enfrentan una serie de desafíos significativos que van más allá de la pérdida física de un miembro. A menudo, se encuentran inmersas en una realidad marcada por la falta de atención integral tanto en el ámbito médico como en el legal. Tras la operación, se enfrentan a una brecha en el marco legal que deja desamparadas muchas de sus necesidades básicas y derechos fundamentales. Esta brecha se agudiza aún más por la ausencia de un acompañamiento adecuado durante el período de recuperación clínica, dejando a las personas amputadas en una situación de vulnerabilidad extrema. Incluso, antes de poder considerar la rehabilitación y la adopción de una prótesis, se encuentran luchando contra obstáculos burocráticos y una falta de apoyo institucional que dificulta su reintegración a la sociedad de manera plena y digna. En este contexto, es imperativo abordar esta problemática desde una perspectiva integral que garantice el acceso equitativo a servicios de salud, atención legal y apoyo emocional para las personas amputadas en México.

En el complejo escenario de una amputación de extremidad inferior en México, diversos actores juegan roles fundamentales que impactan directamente en la experiencia y el proceso de recuperación del individuo afectado. Entre estos actores destacan principalmente los profesionales de la salud, como cirujanos, enfermeras y terapeutas físicos, cuyo conocimiento y habilidades son cruciales para guiar al paciente a través de las distintas etapas de la recuperación clínica y física.

Los cirujanos, con su experiencia quirúrgica, realizan la intervención inicial de manera precisa y segura, sentando las bases para la rehabilitación subsiguiente. Las enfermeras, por su parte, desempeñan un papel vital en el cuidado postoperatorio, proporcionando atención médica continua y apoyo emocional durante la estancia hospitalaria.

Los terapeutas físicos son esenciales en la fase de rehabilitación, diseñando programas de ejercicios personalizados para fortalecer los músculos, mejorar la movilidad y adaptarse a la vida con la extremidad amputada. Su orientación y estímulo son fundamentales para que el paciente recupere la funcionalidad y la confianza en sí mismo.

Además de los profesionales de la salud, otros actores importantes incluyen a los familiares y amigos del paciente, cuyo apoyo emocional y práctico resulta invaluable en todo el proceso de recuperación. Asimismo, las organizaciones no gubernamentales y grupos de apoyo comunitario desempeñan un papel significativo al proporcionar recursos, información y acompañamiento a los individuos amputados y sus familias.

En conjunto, estos actores trabajan en colaboración para brindar un enfoque integral que aborde las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente durante su recuperación clínica y física, contribuyendo así a su reintegración exitosa a la vida cotidiana con una nueva realidad física.

Para ello, se realizó la matriz de los actores involucrados en la línea de tiempo general del proceso de una amputación de extremidad inferior (prevención, notificaciones, cirugía, la recuperación, la rehabilitación y la adopción a una prótesis), contemplando los 4 factores (clínicos, físicos, psicológicos y económicos) que intervienen en dicho proceso, logrando identificar a detalle los actores que participan y donde se encuentran ubicados.

Tabla 2. Matriz de la identificación de los actores que intervienen en la línea de tiempo de amputación de extremidad inferior, 2024

ACTORES	FACTORES	PREVENCIÓN	NOTIFICACION	CIRUGIA	RECUPERACION		REHABILITACION	ADOPCION A PROTESIS
					CLINICA	FISICA		
PACIENTE	CLINICOS							
	FISICOS							
	PSICOLOGICOS							
	ECONOMICOS							
CIRCULO CERCAÑO	CLINICOS	X	FAMILIA	X	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA
	FISICOS	X	FAMILIA	X	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA
	PSICOLOGICOS	X	FAMILIA	X	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA
	ECONOMICOS	X	FAMILIA	X	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA	FAMILIA
GABINETE MEDICO	CLINICOS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL / ANGILOGO / ESPECIALISTA	CIRUJANO / ANESTESIOLOGO / ENFERMEROS/	MEDICO ESPECIALISTA	X	X	X
	FISICOS	X	X	X	X	X	TRABAJADOR SOCIAL / MEDICO GENERAL / MEDICO ESPECIALISTA / TERAPIA OCUPACIONAL / TERAPEUTA PSICOLOGO	PROTESISTA / ORTOPEDISTAS / PORTESISTAS
	PSICOLOGICOS	X	X	X	X	X		
	ECONOMICOS	X	X	X	X	X		
INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES	CLINICOS	IMSS / SSA / SSU / DIF NACIONAL	IMSS / SECTOR PRIVADO	IMSS / SP	IMSS / SP	X	SISTEMAS NACIONALES DIF	X
	FISICOS	X	X	X	X	X	X	X
	PSICOLOGICOS	X	X	X	X	X	SISTEMAS NACIONALES DIF	X
	ECONOMICOS	X	X	X	X	X	X	DIF / SECTOR PRIVADO

Fuente: Elaboración propia 2024

Los grupos de actores identificados que participan en el proceso de una amputación de extremidad inferior son:

Gabinete Médico

- Médico General
- Médico Familiar
- Médico Especialista
- Cirujano
- Anestesiólogo
- Ortopedista

Gabinete técnico:

- Trabajo Social
- Psicólogos
- Terapeutas
- Terapia Física
- Terapia Ocupacional
- Técnico Protésista

Familiares:

- Familia directa
- Familia indirecta
- Hijos
- Amigos.

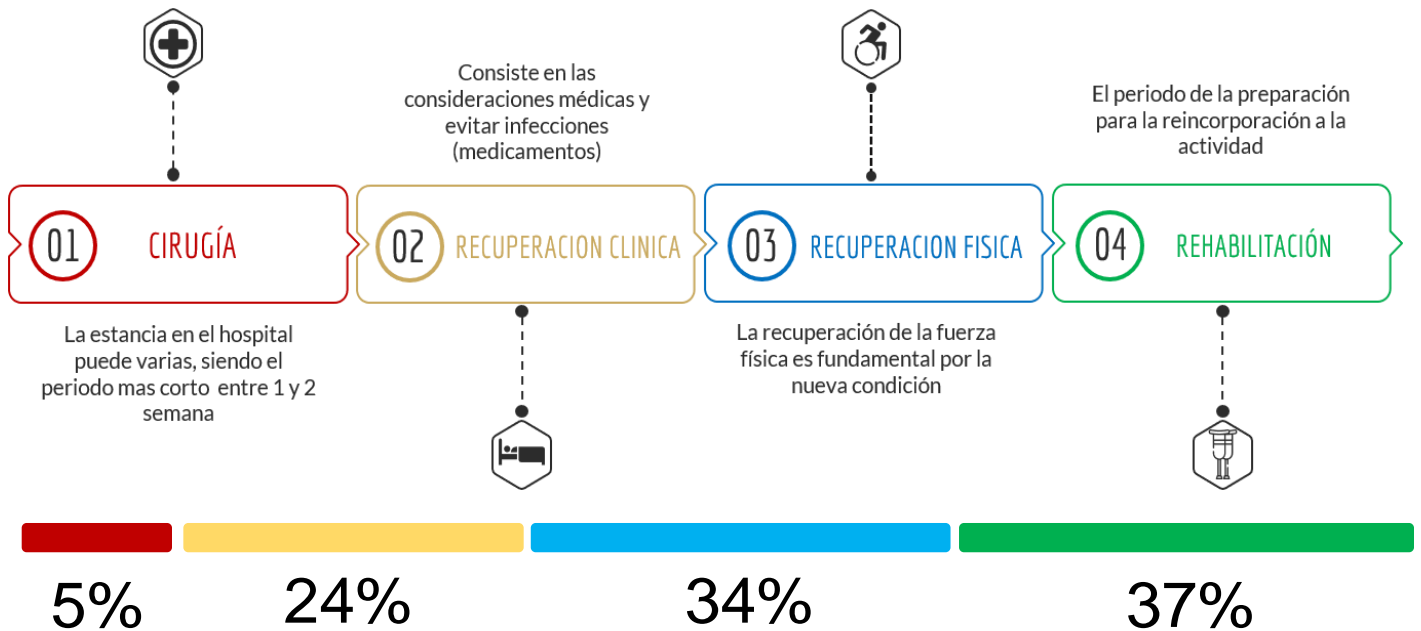
Instituciones Gubernamentales

- SSA
- IMSS
- Sector Privado
- Sistema Nacional DIF
- Centro de Rehabilitación Integral (CRI)

Es importante señalar que, durante las etapas del evento traumático, antes, durante y después del trauma, surgen una serie de acontecimientos que el paciente debe superar junto con los actores que intervienen en el proceso, según indican todos los entrevistados.

El proceso de recuperación después de una amputación consiste en un periodo aproximado de 1 a 2 años , donde la mayor parte es en casa equivalente al 66% del tiempo de la recuperación, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 8. Porcentaje de los procesos de recuperación después de una amputación.

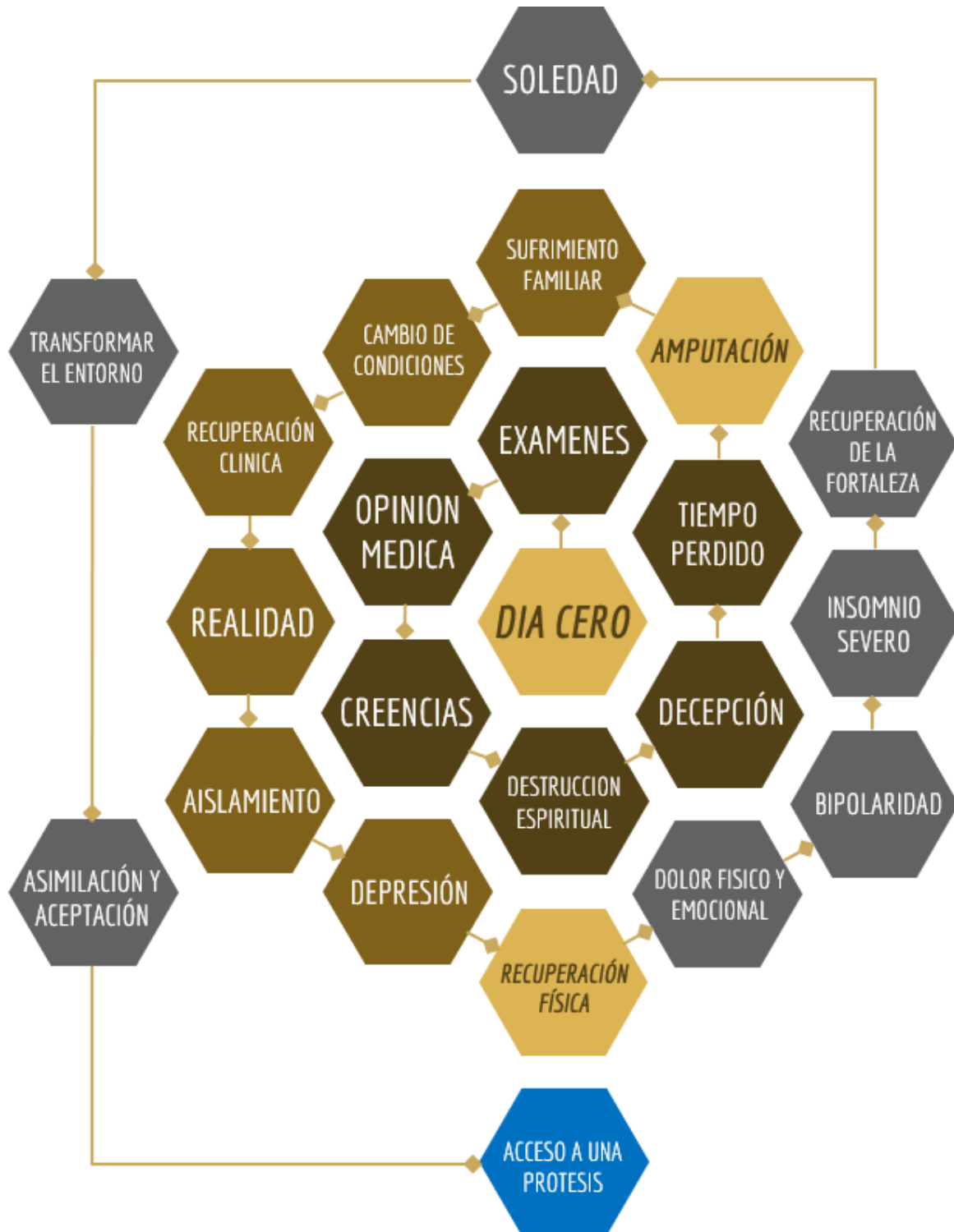


Fuente: Elaboración propia 2023

9.2 ETAPAS DEL EVENTO TRAUMÁTICO

Durante el proceso de las entrevistas, otro resultado preliminar donde puntualmente se encontraron 21 etapas cronológicas muy características por las que deben pasar y sortear las personas que sufren una amputación de pierna, durante el proceso de recuperación (post operatorio), a la cual le llamaremos “Etapas del Evento Traumático”. Estas etapas se agruparon en 3 periodos secuenciales las que se denominan, “antes, durante y después del trauma”.

Figura 9. Proceso de recuperación antes, durante y después de una amputación y sus etapas.



Fuente: Elaboración propia 2023

9.3 ANTES DEL TRAUMA

DIA CERO

Este periodo comienza cuando el paciente ya tiene la necesidad de ir con un médico y este le explica la situación, por lo que se comienza los estudios para proceder con la posible solución.

1 EXÁMENES / Han pasado al menos 2 semanas del E0/

El paciente no tiene mucho tiempo para reaccionar, por lo que los análisis y estudios correspondientes la mayor parte de las veces corre por cuenta del mismo.

2 OPINIONES MÉDICAS

En estos casos, no existen alternativas, por lo que se busca segundas, terceras o cuartas opiniones médicas y con los estudios en la mano, la conclusión siempre será la misma, salvar la vida será lo primero.

3 CREENCIAS / Se ha transcurrido al menos 30 días del E0/

México es un país religioso o con creencias muy arraigadas desde su fundación. Por lo regular en las situaciones adversas de la vida, se recurre a todo tipo de ayuda divina que pueda ayudar y/o solucionar.

4 DESTRUCCIÓN ESPIRITUAL

Los seres humanos de alguna forma u otra cuentan con un lado espiritual que da el balance necesario para el equilibrio sentimental y emocional; en esta etapa se destruye por completo al ver venir, lo inevitable.

5 DECEPCIÓN

El paciente experimenta el abandono de todo lo que se podría creer y se debe enfrentar a una realidad inesperada por todo el entorno del paciente, donde la única solución es lo impensable, la amputación.

6 PÉRDIDA DE TIEMPO / Se ha transcurrido al menos 3.5 meses del E0/

En esta etapa, el paciente hace una retrospectiva de lo sucedido, donde la única conclusión a la que se llega, es, que el tiempo transcurrido a este momento ha sido desperdiciado agravando la situación y complicando aún más el estado de salud física y debilitando el mental.

(Martinez Anaya, 2023)

9.4 DURANTE EL TRAUMA

7 AMPUTACIÓN

El paciente no alcanza a dimensionar la amputación, debido a que se encuentra con todos los cuidados de un hospital y los medicamentos que mitigan la realidad en gran medida .

8 LA FAMILIA Y EL SUFRIMIENTO

El paciente experimenta los síntomas de dolor en las curaciones, así como los primeros obstáculos dentro del hogar al tener la nueva condición, sin notar que la familia sufre igual o más que el mismo amputado.

9 CAMBIO DE CONDICIÓN, LA DISCAPACIDAD

El cambio es radical, ahora se experimentan (por mínimos que parezcan) cada uno de los retos que se tienen que superar para coexistir dentro de un hogar (no adecuado), mientras se recupera de la amputación.

10 RECUPERACIÓN CLÍNICA Y FÍSICA / Se ha transcurrido al menos 5 meses del E0/

El agotamiento es notorio tanto al paciente como a la familia, debido a que la recuperación de este tipo son periodos largos y con estrictos cuidados con la herida para evitar infecciones.

11 LA REALIDAD

El paciente se plantea cómo podría incorporarse de nuevo a la sociedad y, sobre todo, analizar los detalles de la nueva condición a la que pertenece, la discapacidad y todos los retos que implican.

12 AISLAMIENTO

Al continuar la recuperación física del amputado, se nota el descontrol o desajuste de la parte emocional y sentimental por lo que se aísla del mundo que lo conocía y esta situación genera problemas más peligrosos.

13 DEPRESIÓN / Se ha transcurrido al menos 6 meses del E0/

Sin lugar a dudas, esta es la etapa más peligrosa del proceso de recuperación, debido que el paciente ya no es consciente de su realidad y todo se convierte en situaciones negativas y todo es gris, sin esperanzas.

En esta etapa es fundamental la familia y su entorno, porque a pesar de todo, deberán remar a contra corriente para superar lo más pronto posible el peligro de los fantasmas que acechan.

(Martinez Anaya, 2023)

9.5 DESPUÉS DEL TRAUMA

14 DOLOR FÍSICO Y EMOCIONAL

Al estar en una montaña rusa de sufrimiento, no solo es dolor físico, sino que también emocional, ya que el paciente se encuentra enojado con el mundo y recriminando toda la situación, repartiendo odio al por mayor.

15 BIPOLARIDAD/ Se ha transcurrido al menos 7 meses del E0/

El paciente experimenta cambios de humor repentinos y súbitos durante el día, afectando no solo a la familia que se encuentra presente, sino al ambiente tóxico que se genera.

16 INSOMNIO SEVERO

El proceso de recuperación se hace aún más lento, cuando no se duerme, cuando el paciente pasa las noches en vela durante días, semanas y meses, difícilmente tendrás un control de lo que pasa en el día y rehabilitación.

17 RECUPERACIÓN FÍSICA / Se ha transcurrido al menos 8 meses del E0/

Es notoria cuando la fuerza física regresa y el paciente puede realizar otro tipo de actividades dentro de su hogar y los dolores tanto físicos como fantasmas van disminuyendo.

18 SOLEDAD

A 12 meses de la prolongada recuperación tanto física como psicológica, el paciente nota que el mundo no se detuvo en ningún momento y aprende que no existen los indispensables y se siente solo.

19 ASIMILACIÓN Y ACEPTACIÓN

Llega el momento que el paciente sabe que su nueva condición tendrá que adaptarse al mundo que sigue girando, primero aceptando que no será fácil y segundo asimilando la nueva condición de discapacidad para enfrentarla.

20 TRANSFORMACIÓN DEL ENTORNO / Se ha transcurrido al menos 1.5 años del E0/

Esta etapa es relevante para el paciente, puesto que tiene que decidir qué dispositivos requerirá para regresar a la actividad fuera del entorno de recuperación, estos dispositivos pueden ser, silla de ruedas (existen muchos tipos), muletas, dispositivo para manejar, etc. o prepararse para acceder y adoptar una prótesis. (Martinez Anaya, 2023)

9.6 EL ACCESO A UNA PRÓTESIS

Cuando se decide adoptar una prótesis, primero hay que superar todas las etapas anteriores, para proceder a los siguientes pasos:

- Presupuesto disponible.
- Investigar fabricantes o proveedores.
- Tener al menos dos opciones.
- Verificar que existe en el mercado y disponibilidad en el país.
- Decidir qué prótesis se adoptará.
- Acatar todas las recomendaciones para preparar el muñón ya sano.
- Fabricar el molde de la prótesis de prueba.
- Aprender a caminar con la prótesis de prueba.
- Re configurar el centro de gravedad con la prótesis de prueba.
- Cuando se han dominado las etapas anteriores se accede a la prótesis final.
- Adoptar la prótesis final.
- Dar mantenimiento periódico a la prótesis.
- Vivir la discapacidad.

(Martinez Anaya, 2023)

Existen etapas claves o más trascendentes que otras en esta ruta del evento traumático, por el significado o el grado de relevancia, que al final. pueden ser claves para determinar si el paciente logra o no este proceso crucial. Estas etapas relevantes son:

9.7 PERIODOS 0 Y 5

En el periodo inicial al problema, el “impacto” de recibir una noticia en carne propia donde la vida está en juego, desestabiliza por completo la vida familiar, social y económica de quien la recibe, a pesar de que no todos se enteran al mismo tiempo, lleva tiempo digerir la noticia y con el reloj en la mano, ya que estos casos lo que menos se tiene, es tiempo. Al recibir no solo el balde de agua fría y al no contar con la información necesaria ni saber a quién acudir, aparece el terrible sentimiento de la “decepción”; esta parte es muy significativa en este proceso, debido que el sentimiento llega con todas las incógnitas y la incertidumbre posible.

9.8 PERIODOS 8, 11 y 13

No hay nada más aterrador en la vida de cualquier ser humano, que enfrentarse a la realidad, esa realidad que ubica y aterriza a cualquier persona de una manera fría y cruel. Considerando que la vida todo el tiempo está en juego, los retos adicionales e interminables, aparecen uno a uno en este periodo, donde se puede apreciar, oler y palpar, el sufrimiento familiar y el círculo cercano. Con ello, es notable que no es necesario las palabras para que el paciente tome conciencia de la situación, todo aquello que no se dice con palabras, son evidentes en las expresiones de los mismos familiares y amigos. La característica primordial de esta etapa es, que absolutamente todo es supervivencia, donde no hay mucho de donde el paciente se pueda sujetar para avanzar, reto tras reto (todos ellos nuevos), donde se tiene que aprender a vivir y recuperarse físicamente con una discapacidad no planeada, de algún modo u otro lleva a la persona a la “depresión” en un grado u otro, es por ello que la fuerza y apoyo de la familia es fundamental, para que cuando aparezca este sentimiento destruya lo menos posible las esperanzas de todos los que viven este tipo de evento.

9.9 PERIODOS 15, 17, 18 y 20

Con el paso del tiempo y con la recuperación física de la amputación avanzando, evidentemente superando todos los días los retos, el humor de las personas no es el idóneo, debido a cansancio físico y emocional de todos los involucrados por lo que se tiende a alejarse unos con otros, generando espacios entre sí, para descansar del torbellino por el que se ha transitado.

La soledad es parte de este periodo, por lo antes señalado, y dentro de este sentimiento, el paciente de algún modo u otro se encuentra ante la disyuntiva de: la resiliencia o seguir cavando el hoyo donde se encuentra.

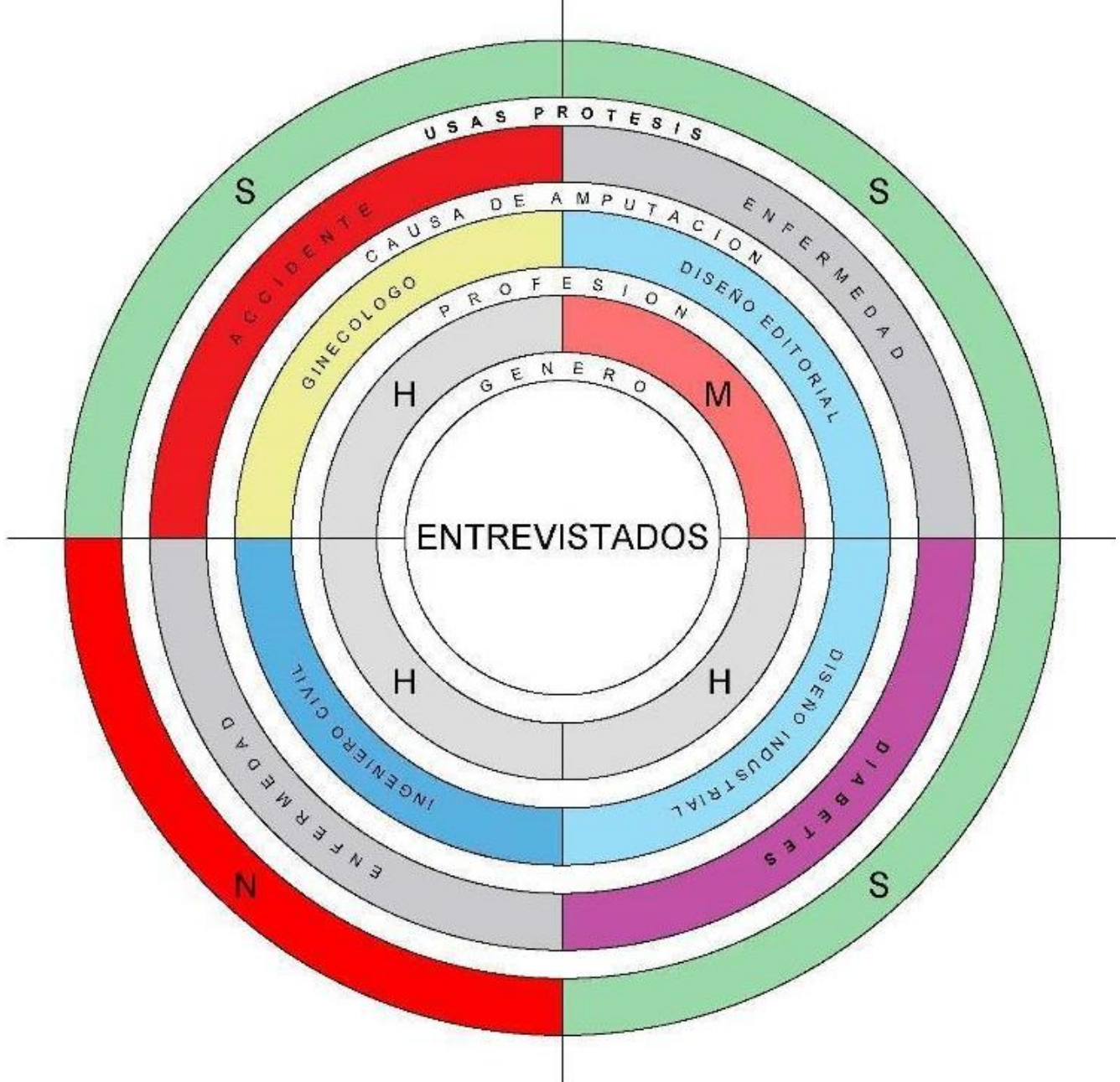
Pareciera que el punto de inflexión es este, con la ayuda directa o indirecta de todos los que participan en este periodo, y con la transformación del entorno para facilitar el día a día y cada vez más

familiarizado con los retos superados, se empiezan a formar ideas para conseguir nuevos objetivos. Esto nos hace pensar que, al inicio, los retos eran impuestos por la realidad o la vida misma y al superarlos, se comienza a trazar nuevos caminos, aun sabiendo el paciente que aparecerán retos, pero esta vez en forma de objetivo a superar.

9.10 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas de personas que tienen la condición de amputación de miembro inferior, del grupo uno, a través de una entrevista semiestructurada donde las respuestas fueron totalmente abiertas, cabe señalar que, en todos los casos, son personas adultas (más de 30 años) profesionistas e independientes en el área laboral. Se realizaron unas gráficas donde se resume el resultado preliminar. (Martinez Anaya, 2023)

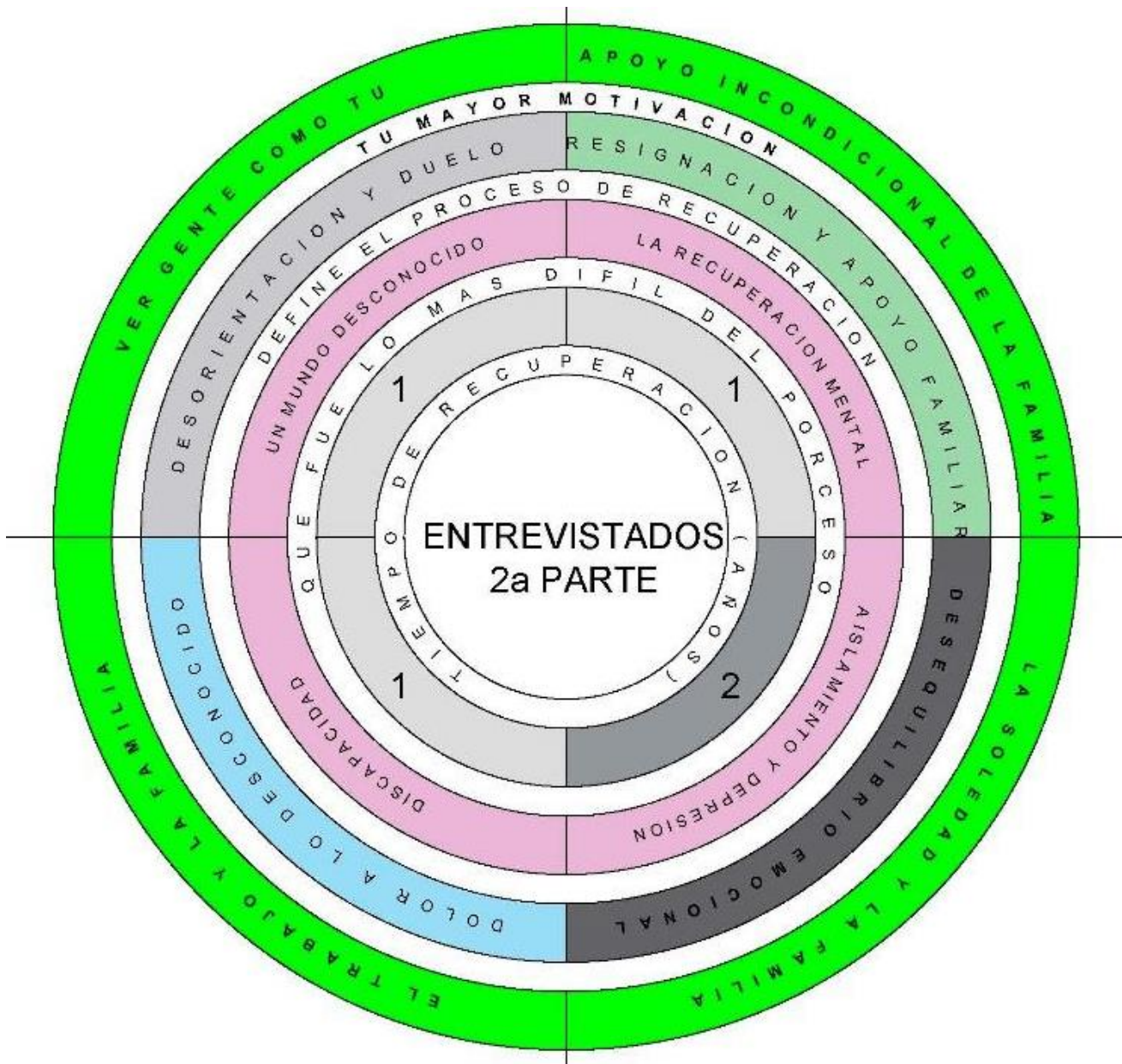
Gráfico 1. Entrevista con adultos amputados 1 de 2



Fuente. Elaboración propia 2023

El gráfico no. 1 refleja las preguntas iniciales al entrevistado, donde las preguntas son básicas, como la causa de la amputación, que tipo de profesión y si usa prótesis. En base a este primer bloque de preguntas se va creando un ambiente un poco más relajado y en confianza para pasar al siguiente bloque de preguntas más específicas y abiertas.

Gráfico 2. Entrevista con adultos amputados 2 de 2



Fuente. Elaboración propia 2023

El gráfico No. 2 refleja la parte más sensible de la entrevista ya que las respuestas son de tipo más psicológicas y emocionales que aparecieron durante el proceso de recuperación y es aquí donde se generan las expresiones y tipos de emociones negativas que están todo el tiempo en este periodo.

Figura 11. Sentimientos y expresiones de amputados en la etapa de recuperación 2ª parte



Fuente: Elaboración propia 2023

9.12 LA REALIDAD DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL DIF JALISCO

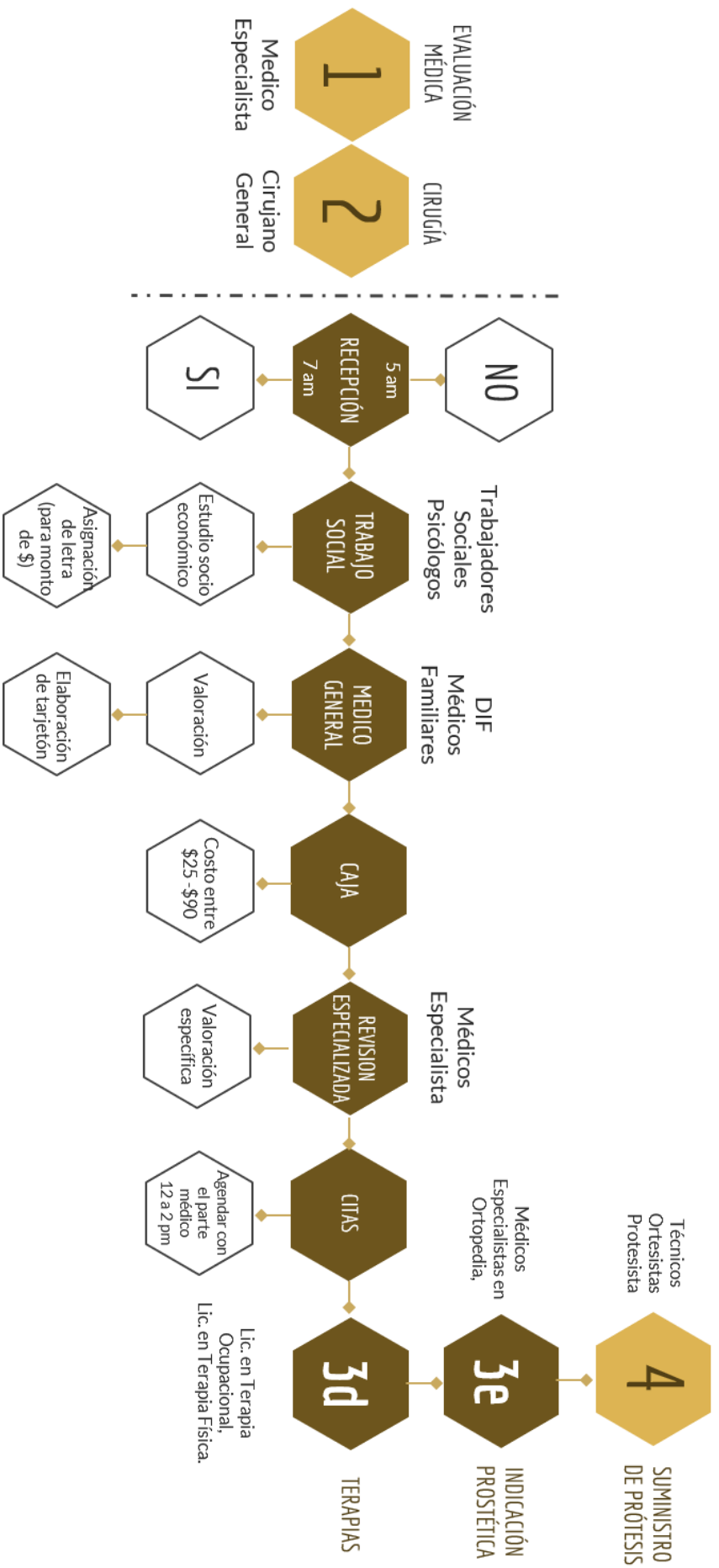
En una entrevista con el Dr. Enrique Uribe, director del Centro de Rehabilitación Integral (CRI), se describió el proceso de recepción y acompañamiento de las personas que acuden al DIF Jalisco en busca de apoyo para la adopción de una prótesis. El Dr. Uribe señala que, al año, aproximadamente 400 personas solicitan ayuda al DIF, un promedio de 33 personas al mes. Sin embargo, solo 100 de ellas reciben una prótesis sin ningún costo. El CRI tiene la capacidad de fabricar dos prótesis de extremidad inferior por semana y depende en gran medida del apoyo financiero del presupuesto anual que se les otorga.

El Dr. Uribe enfatiza la "fractura" existente entre el gremio médico y el centro de rehabilitación. Los hospitales y los médicos cirujanos que realizan amputaciones no están al tanto de las actividades del CRI Guadalajara. El gremio médico se centra en la salud del paciente recién amputado, sin considerar el proceso de rehabilitación que realiza el DIF Jalisco y otras instituciones. Como resultado, los pacientes pasan largos periodos de recuperación clínica y física en casa, sin saber que existen alternativas cruciales para su completa reincorporación a la sociedad.

Muchos amputados se enteran de la posibilidad de obtener una prótesis en el DIF Jalisco a través de amigos o conocidos, debido a la falta de información institucional tanto en los hospitales como en el CRI Jalisco y el DIF Jalisco.

El proceso de recepción y selección de pacientes comienza de manera fortuita, ya que las personas que acuden al DIF por primera vez no tienen cita ni conocen los procedimientos que deben seguir para ser candidatos a recibir una prótesis. Tampoco están informadas sobre la documentación necesaria para completar el proceso. El proceso de acompañamiento fue descrito detalladamente por el personal que colabora con el Dr. Uribe en el área de oficinas y corroborada por el mismo Dr. Uribe, detallando sus actividades. (Uribe, 2023)

Figura 12. Proceso de acompañamiento en la rehabilitación del DIF Jalisco y CRI para personas amputadas



Fuente: Elaboración propia 2023

Para conocer el proceso de primera mano en las instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral (CRI) del DIF Jalisco, se solicitó formalmente a través del ITESO el acceso para realizar entrevistas a los actores principales involucrados en dicho proceso.

Se contactó a la Dra. Isis Marlene Urbano Partida, Jefa de Enseñanza y Programas Comunitarios del CRI Guadalajara, quien autorizó las entrevistas en cada una de las etapas del programa de amputados.

El primer contacto durante la visita al CRI Guadalajara fue con la Dra. Silvia Porras Rangel, Coordinadora del Programa de Rehabilitación de Amputados, quien cuenta con 36 años de experiencia en el programa y es especialista en Medicina en Rehabilitación.

Durante la entrevista, la Dra. Porras explicó las fases y etapas del programa para amputados en las que participa el CRI Guadalajara. Se destacó la claridad y conocimiento de las etapas críticas, tanto físicas como psicológicas, del proceso de recuperación de los recién amputados. En el proceso de acompañamiento dentro del CRI Guadalajara para la adopción de una prótesis, uno de los requisitos es haber superado las terapias psicológicas, físicas y ocupacionales.

Figura 13. Instalaciones del CRI Guadalajara del DIF ubicadas en Av. Fray Antonio Alcalde No. 1831 Col. La Guadalupeana



Fuente: CRI Guadalajara / Elaboración propia 2023

RECEPCIÓN.- La apertura del Centro de Rehabilitación Integral (CRI) comienza a las 7 a.m., con la asignación de fichas a los pacientes (quienes comienzan a llegar a partir de las 5 a.m. para esperar su turno). El proceso inicia con una revisión general realizada por la especialista, Dra. Silvia Porras, quien lleva a cabo un diagnóstico rápido para evaluar el estado del muñón y determinar si el paciente es candidato a la rehabilitación.

Cabe señalar que frecuentemente los pacientes acuden al CRI Guadalajara, después de un período prolongado tras la operación, dándose casos de hasta 7 a 10 años después de la amputación (la Dra. señaló), lo que puede resultar en un muñón no debidamente formado, dificultando el acompañamiento y la posterior adopción de una prótesis. Los factores de selección para la aceptación al programa, en primera instancia, son físicos. Una consideración importante de acuerdo a la sugerencia de la Dra. S. Porras es, el equilibrio con los miembros remanentes, es decir, la coordinación.

El paciente de recién ingreso tiene que pasar en lo general por las indicaciones y sugerencias de la Dra. Porras.

Figura 14. Entrevista con la Dra. Silvia Porras Rangel, Coordinadora del Programa de rehabilitación de Amputados del CRI



Fuente: Consultorio de la Dra. Porras en CRI Guadalajara / edición 2024

TRABAJO SOCIAL.- Cuando el proceso de selección es positivo, el paciente es atendido por una de las trabajadoras sociales. Se entrevistó a la Trabajadora Social Ileana Rodríguez Vergara, con 20 años de experiencia dentro del CRI Guadalajara.

En esta etapa se le realiza un estudio socioeconómico al paciente y se le asigna una “letra”, la cual, determinará el costo que tendrá que cubrir en todas las consultas y su rehabilitación. Es importante señalar que la captura de la información del paciente y todo lo relacionado con el CRI Guadalajara, es a mano, es decir, no cuentan con un sistema digital interno para la captura de la información, de hecho, algunos formatos internos del programa, son realizados con máquina de escribir.

MEDICINA GENERAL.- Posteriormente a la asignación de la letra, el paciente es revisado de manera general (verificar su estado de salud) por un médico familiar, en este caso, regresan con la Dra. Silvia Porras Rangel, la cual, le realiza un tarjetón con un número único de identificación, además, se le indica al paciente el proceso por el que tendrá que pasar y realizar la organización de sus terapias. La Dra. Porras en caso necesario, le asigna terapias psicológicas al paciente.

CITAS.- Con las indicaciones precisas del médico especialista, el paciente acude a realizar la cita correspondiente, para su primera terapia. Es necesario señalar, que el CRI atiende múltiples condiciones de discapacidad (entre otras) y los espacios de atención son muy concurridos y la primera cita, podría tardar entre 2 a 3 semanas.

Figura 15. Entrevista con la Lic. Ileana Rodríguez Vergara, Trabajo Social del CRI Guadalajara



Fuente: Oficina de Trabajo Social en CRI Guadalajara / edición 2024

CAJA.- Con la información debidamente capturada en el tarjetón, se procede con el pago, el cual oscila entre \$25.00 y \$90.00, dependiendo la letra asignada en trabajo social.

TERAPIA PSICOLÓGICA.- Una vez realizado el pago, el paciente acude a una de las psicólogas especialistas para la valoración pertinente. Se entrevistó a la Psicóloga Patricia Palomino Porras, encargada de conocer al paciente en turno y evaluar su condición emocional. Por lo general, se tratan duelos no trabajados, ansiedad, depresión y estrés, entre otras afecciones que padece el paciente. La Psicóloga Palomino enfatiza que la red de apoyo es fundamental para la estabilización del paciente. No obstante, hay casos en los que es necesaria la intervención de psiquiatras para lograr un control óptimo de los niveles emocionales.

Estas sesiones y terapias se llevan a cabo, como mínimo, cada dos semanas para permitir avances en las otras terapias y mejoras en el entorno del paciente. Las sesiones deben ser favorables en cada valoración específica del paciente, y con base en ello se emiten las recomendaciones a seguir para continuar con el proceso de rehabilitación.

TERAPIA FÍSICA PRE PROTÉSICA .- En entrevista con la Terapeuta Física Andrea Martínez Urbina, una de las profesionales del área. Andrea comenta que la primera causa de amputaciones es la diabetes mellitus y que están conscientes del tipo de pacientes con los que trabajan, por lo que deben estar constantemente pendientes de los niveles de glucosa durante las sesiones. Los pacientes tienen, en su mayoría, más de 35 años. En sesiones diarias de este tipo (no pasan más de 10), en un lapso de dos semanas el paciente podría estar listo para pasar a la siguiente etapa.

Es importante señalar que en estas sesiones se enseña a los pacientes desde el cuidado del muñón hasta cómo vendarlo correctamente. Además, las contracturas que se presentan deben tratarse antes de avanzar a los siguientes niveles. Uno de los requisitos para superar la etapa preprotésica es desarrollar fuerza en el miembro restante y equilibrio sin el uso de muletas.

Andrea señala, que los ejercicios practicados en esta etapa, deben replicarse puntualmente en casa, debido a que es notorio quien los realiza y progresa más rápido.

TERAPIA OCUPACIONAL .- En entrevista con el Terapeuta Ocupacional Abraham Cornejo, se señala que las sesiones de este tipo se realizan dos veces por semana, con una duración de 45 minutos cada una, y la recuperación del paciente no tiene límite de tiempo. Para lograr una verdadera independencia, se requiere mucha voluntad por parte del paciente, y pueden pasar meses para superar esta etapa. Abraham comenta que, a menudo, sus pacientes llegan a las sesiones "apachurrados" (tristes), y es evidente que al comienzo es difícil tratar a pacientes con una actitud negativa.

Figura 16. Entrevista con LTO Abraham Cornejo, Terapia Ocupacional del CRI Guadalajara



Fuente: Area de Terapia Ocupacional en el CRI Guadalajara / edición 2024

TERAPIA FÍSICA PROTÉSICA .- En una entrevista con el Terapeuta Físico Aldo Espino, especialista en el proceso final previo a recibir una prótesis, se explicó que al paciente se le enseña desde cómo caer hasta afrontar retos cotidianos con o sin muletas, subir y bajar escaleras, manejar contracturas y recibir masajes, entre otros aspectos.

Una vez superadas todas las sesiones tanto físicas como psicológicas, se procede a tomar medidas del muñón y del miembro remanente para la fabricación de una prótesis personalizada para el paciente.

FABRICACIÓN Y ADOPCIÓN A UNA PRÓTESIS .- Se tuvo acceso al taller del CRI Guadalajara para conocer el proceso y las herramientas con las que fabrican dos prótesis de pierna a la semana. En entrevista con Bernabé Galindo y Emanuel Lara, técnicos y protesistas, mencionaron que su capacitación en la fabricación de prótesis se realiza a través de cursos y la experiencia adquirida en el taller de fabricación.

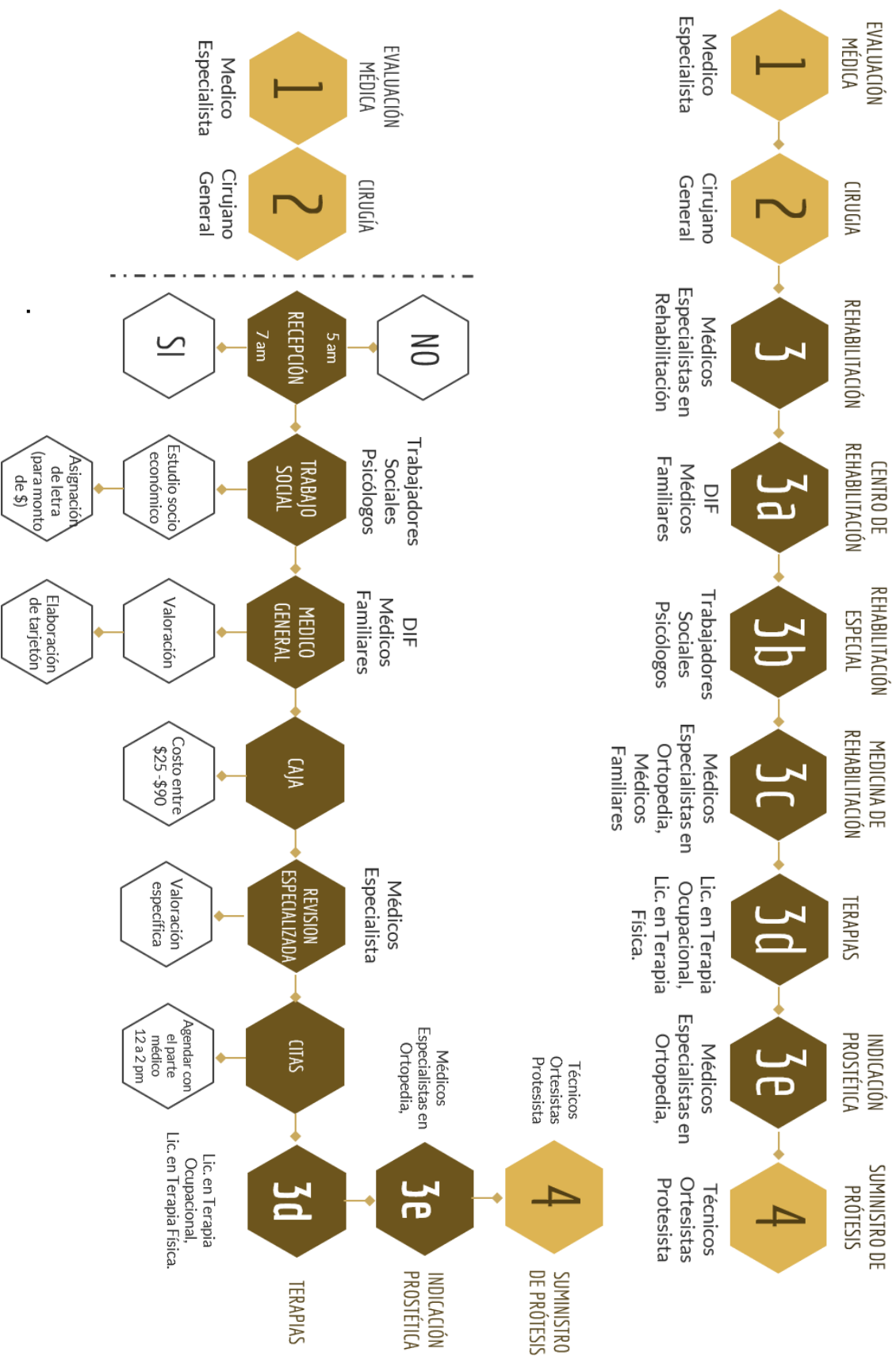
Es importante señalar que, aunque las prótesis entregadas en el CRI Guadalajara no son de alta gama, las partes mecánicas del reemplazo artificial cumplen con lo básico para reintegrar al paciente a la sociedad y sus actividades, reduciendo de alguna manera la brecha de desigualdad que enfrentan las personas con discapacidad por amputación.

Los desafíos de la institución van más allá de la práctica profesional de los actores que intervienen en este proceso. Es notable que tanto los médicos como los técnicos ejercen su profesión con alta calidad, a pesar de contar con recursos limitados.

Lamentablemente, los tiempos para acceder y completar el programa y obtener una prótesis son muy variables, ya que cada paciente enfrenta circunstancias personales únicas que requieren la asignación de un plan altamente especializado durante el tratamiento.

En la práctica, el proceso de acompañamiento del Centro de Rehabilitación Integral de Guadalajara (CRI) es mucho más complejo, detallado y especializado de lo que indica la guía práctica clínica del Gobierno Federal.

Figura 17. Comparativo entre la guía práctica clínica DIF-257-09 y el proceso actual del CRI Guadalajara



Fuente: Elaboración propia 2023

9.13 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

Una Organización No Gubernamental es una entidad de iniciativa social que tiene fines humanitarios, que no depende de la administración pública y que no tiene afán lucrativo.

Aunque la definición de una ONG es bastante conocida, no es tan común conocer los diferentes tipos de estas entidades. Por lo general, se clasifican según su orientación y su área de influencia.

Tipos de ONG según su orientación:

ONG de caridad: Se enfocan en apoyar a colectivos en vías de desarrollo, proporcionando herramientas para el autoabastecimiento y así evitar su dependencia.

ONG de servicios: Centran sus actividades en proveer servicios como salud, educación o planificación familiar, entre otros.

ONG participativas: Desarrollan proyectos de autoayuda en comunidades locales, fomentando la participación activa de sus miembros.
(Ayuda en Acción, 2023)

ONG de defensa o empoderamiento: Buscan impulsar cambios en el sistema político, social o económico, promoviendo los derechos y el empoderamiento de diferentes grupos.

Tipos de ONG según su área de influencia:

ONG de carácter local: También conocidas como ONG de base comunitaria, surgen de iniciativas dentro de la misma comunidad en la que actúan.

ONG ciudadanas: Actúan a nivel local, abordando grandes áreas como toda una ciudad.

ONG nacionales: Su ámbito de actuación abarca todo el territorio nacional.

ONG internacionales: Desarrollan proyectos en varios países del mundo, actuando a nivel global.

Conocer estas clasificaciones ayuda a entender mejor la diversidad y el alcance de las ONG en sus diferentes contextos y propósitos. (García Cabezas, 2023)

9.14 LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (OSC)

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son grupos de personas que trabajan en la defensa de los derechos humanos y brindan apoyo a terceros sin fines de lucro ni intereses partidistas, políticos o religiosos. Su objetivo principal es promover el bienestar social y comunitario, buscando el beneficio colectivo en lugar de personal. Estas organizaciones se basan en el derecho de todos los ciudadanos a participar activamente en la vida pública, contribuyendo a fomentar una mayor corresponsabilidad entre la sociedad y los gobiernos.

Los ciudadanos que son conscientes de su realidad y están dispuestos a unirse, compartir metas y llevar a cabo acciones para mejorar la calidad de vida de sus familias y comunidades forman la base esencial para promover el desarrollo. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son su herramienta más efectiva para generar cambios sociales y combatir la pobreza y la marginación.

Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil

El Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil está a cargo de la Secretaría Técnica de la Comisión de Fomento, una de sus funciones es inscribir a las organizaciones que lo soliciten y cumplan con los requisitos establecidos por la **Ley Federal de Fomento a las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil** (LFFAROSC), así como otorgar la constancia correspondiente mediante la cual se asigna la Clave Única de Inscripción denominada CLUNI y con ella los siguientes derechos:

- Acceder a apoyos y estímulos públicos;
- Gozar de incentivos fiscales y demás apoyos económicos y administrativos;
- Recibir donativos y aportaciones, en términos de las disposiciones fiscales y demás ordenamientos aplicables;

- Acceder a los beneficios para las organizaciones que se deriven de convenios o tratados internacionales;
- Recibir asesoría, capacitación y colaboración por parte de dependencias y entidades para el mejor cumplimiento de su objeto y actividades, en el marco de los programas que al efecto formulen dichas dependencias y entidades, entre otros.

Pasos para crear una OSC:

Primer paso: Aspectos principales

- El objeto social de tu OSC, es decir, la actividad principal que llevarán a cabo.
- Número de integrantes de la organización.
- La figura jurídica que más les convenga: asociación civil, institución de asistencia privada, institución de beneficencia privada, sociedad civil, asociación de beneficencia privada, fundación u otra.
- Los mecanismos de financiamiento, la forma en que conseguirán recursos para llevar a cabo sus actividades.
- El o los representantes legales.
- Causas y procedimiento de liquidación de la OSC, conforme a lo previsto en la Ley Federal de Fomento de las Actividades Realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Estipulaciones respecto del patrimonio de la organización, su destino y la no distribución de los remanentes de apoyo y estímulos públicos que reciban, entre sus asociados.

Segundo paso: Constitución de la Organización Social

- Obtén la autorización para la constitución de sociedades a través del Portal <https://mua.economia.gob.mx> ahora dependiente de la Secretaría de Economía, mediante el cual podrá presentar las propuestas de nombre para tu OSC.

Tercer paso: Acudir al Notario Publico

- Acude con un notario público y elabora la escritura o acta de constitución de tu OSC, que debe tener los siguientes datos:
 - Nombres completos de los asociados
 - Nombre (razón social) de la organización, seguido de la figura jurídica adoptada: AC, IAP, IBP, SC, ABP, SC, fundación u otra.
 - Actividades a las que se dedicará, tiempo que permanecerá integrada y domicilio
 - Derechos y obligaciones de los asociados
 - Explicación de cómo se integran y funcionan los órganos de la OSC (asamblea general y consejo de administración)
 - Nombres y facultades de los representantes legales

Cuarto paso. Acudir al SAT

- Acude al Servicio de Administración Tributaria (SAT) y obtén tu cédula de Inscripción al Registro Federal de Contribuyentes (RFC).

Quinto Paso. Obtén tu CLUNI

- Ingresa a www.corresponsabilidad.gob.mx y solicita la Clave Única de Inscripción al Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil (CLUNI).

(Gobierno de México, 2018)

9.15 CASO DE ESTUDIO Y DE ÉXITO DEL CENTRO ORTOPÉDICO DE REHABILITACIÓN INFANTIL A.C. (CORI)

El Centro Ortopédico de rehabilitación Infantil A.C. (CORI), se encuentra ubicado en la calle Belisario Domínguez No. 4245-B, Huentitán El Alto con C.P. 4490 en Guadalajara Jalisco, México. Teléfonos (33) 36743850 y (33) 3674372

CORI AC, es una organización sin fines de lucro y con objetivos sociales enfocados a la atención de la salud, dirigida por un patronato y formado por miembros de la comunidad empresarial la cual forma el consejo de la AC, fundada en 1984, de conformidad a la legislación mexicana.

CORI AC, no tiene afiliación religiosa, política o comercial alguna, cuenta con la autorización del Sistema de Administración Tributaria (SAT) de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para expedir recibos deducibles de impuestos.

Los estados financieros son auditados cada año por la firma externa de Confianza A.C. y CORI AC está reconocida por el Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS) y cuentan con el registro con el registro federal como Organización de las Sociedad Civil (OSC) con su respectiva CLUNI.

Figura 18. Entrevista con María del Carmen Pérez, Directora General de CORI AC



Fuente: Instalaciones de CORI AC 2024 / edición 2024

Los usuarios de CORI AC, principalmente son niños que sufren limitaciones en su movilidad, en el habla y/o en su desarrollo emocional. Muchos de ellos experimentan rechazo social.

Otros, padecen abandono, violencia o sobreprotección familiar. Las familias de los usuarios no cuentan con los recursos económicos suficientes para una atención adecuada.

En CORI AC, es constante el esfuerzo, para mejorar las historias de vida de los niños y como consecuencia, la de sus familiares, contando con historias de éxito dentro de la familia CORI.

Figura 19. Madre de un medallista paralímpico y usuario de CORI AC, además, donde ella es empleada



Fuente: Instalaciones de CORI AC 2024 / edición 2024

En CORI AC, se ofrecen terapias de rehabilitación física, de lenguaje, psicológica, sesiones de hidroterapia, consultas médicas de ortopedia y rehabilitación, con tarifas subsidiadas. Se cuenta con trabajadoras sociales que analizan a través de estudios socio económicos de cada usuario para la asignación de la tarifa acorde a cada familia.

Figura 20. Instalaciones de CORI AC



Fuente: Instalaciones de CORI AC 2024 / edición 2024

La operación de cualquier asociación civil (AC) y/o ONG es fundamental. En el caso de CORI AC, con 40 años de servicio, actualmente cuentan con 13 empleados y prestadores de servicio. Estos forman parte de lo que denominan “aliados estratégicos”, quienes aportan profesionales al plan estratégico de la organización y su funcionamiento.

Figura 21. Aliados estratégicos de CORI AC



Fuente: Instalaciones de CORI AC 2024 / edición 2024

Los recursos que ingresan a CORI AC, vienen principalmente por tres vías, las cuales son:

- **Donaciones.-** Empresas que mes a mes realizan donaciones las cuales son deducibles de impuestos. El consejo general de CORI AC, también participa activamente en las donaciones necesarias para la operación.
- **Cuotas de recuperación.-** Tarifa que se les cobra a los usuarios. Al día de hoy cuentan con 200 usuarios con un promedio de \$125 pesos semanales.
- **Recaudación de fondos.-** Rifas y/o eventos que se realizan para la recaudación de los fondos, además de bajar recursos de las convocatorias de la Secretaria del Sistema de Asistencia Social.

Es importante destacar que el personal que trabaja en la institución está tan comprometido como los ideales de la asociación civil (AC). La administradora de CORI AC, por ejemplo, ha estado trabajando en la

organización durante 30 años, manejando la parte más delicada de la institución, la administración de los fondos. Esto refleja el compromiso de cada uno de los empleados, junto con los prestadores de servicio que se suman a esta noble causa.

Figura 22. Administradora General de CORI AC con 30 años de experiencia



Fuente: Instalaciones de CORI AC 2024 / edición 2024

10. CAPÍTULO III

10.1 ACCESO A LA SALUD Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS AMPUTADAS, LOS CASOS DE CHILE Y EUA

10.1.1 GOBIERNO DE CHILE

El sistema de salud de Chile se caracteriza por ser mixto, compuesto por un sector público y privado. El sector público, administrado por el Ministerio de Salud, proporciona servicios de atención primaria a través de la red de atención primaria de salud (APS), mientras que el sector privado ofrece servicios para aquellos que pueden pagar por ellos o cuentan con seguros de salud privados. Chile ha implementado reformas significativas en las últimas décadas para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención médica, aunque persisten desafíos en cuanto a la equidad y la cobertura universal.

Comparativamente, el liderazgo en el sistema de salud de Chile se destaca en la región latinoamericana por su orientación hacia la atención primaria, la innovación en políticas de salud y la inversión en tecnología médica. Sin embargo, enfrenta críticas por la desigualdad en el acceso a servicios de salud entre la población, una preocupación compartida con varios países de la región. En este contexto, otros países latinoamericanos como Costa Rica y Uruguay también han mostrado liderazgo en la búsqueda de sistemas de salud más equitativos y eficientes, con enfoques centrados en la atención primaria y la cobertura universal.

Además de estar a la cabeza en innovación en América Latina y el Caribe, siendo uno de los países menos corruptos de todo el continente americano.

Figura 23. Líderes mundiales de la innovación en 2022



* Evalúa la infraestructura disponible, el capital humano, la investigación y el ecosistema empresarial y político. 100 = máxima puntuación.
Fuente: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual

Fuente: Índice Mundial de Innovación 2022

Figura 24. El panorama de la corrupción en América Latina / 2023



Fuente: Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) en 2023.

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia del Gobierno Chileno cuenta con un programa que se llama El "Programa de Acceso a Rehabilitación Protésica Integral para Personas Amputadas de Extremidades Inferiores por Diabetes Mellitus" es una iniciativa que aborda las necesidades de un grupo particularmente vulnerable en Chile: personas que han sufrido amputaciones en sus extremidades inferiores, principalmente debido a complicaciones derivadas de la diabetes. La intervención busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes mediante un enfoque de rehabilitación integral, que combina la provisión de prótesis con un programa de rehabilitación personalizado que atienda tanto las dimensiones físicas como psicológicas del individuo, promoviendo su inclusión social y funcionalidad.

La amputación de extremidades inferiores (EEII) afecta la funcionalidad, entendida como la capacidad de una persona para realizar actividades valoradas en su vida diaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define esta funcionalidad como el conjunto de atributos de salud que permiten a las personas ser y hacer lo que consideran valioso, lo cual depende de la capacidad física y mental intrínseca, del entorno y de la interacción entre ambos (OMS, 2015). Aunque las causas de amputación son variadas, en Chile la diabetes representa el 78% de los casos, mientras que el resto se atribuye a traumatismos (9%), infecciones (2%), tumores (2%) y otras causas (9%) (MINSAL, 2022). Estas cifras reflejan la elevada tasa de amputación entre la población diabética chilena, una de las más altas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

El envejecimiento poblacional y los estilos de vida no saludables han llevado al incremento de enfermedades crónicas, destacando la diabetes mellitus (DM) como una de las más comunes en Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS).de 2016-2017, alrededor del 12% de la población padece diabetes. Entre las complicaciones asociadas, el pie diabético representa una de las principales causas de hospitalización, debido al desarrollo de úlceras crónicas que suelen desembocar en amputaciones. La evidencia sugiere que entre el 10% y el 30% de las personas diabéticas sufren amputaciones, y que el 85% de estas intervenciones están precedidas por úlceras (Shojaiefard A, 2008).

Entre 2010 y 2017, la tasa de hospitalización por amputación en personas con diabetes en Chile aumentó de 15.4 a 23.4 por cada 100,000 habitantes, sumando más de 18,000 egresos hospitalarios entre 2016 y 2018, de acuerdo con datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). El 67% de estas amputaciones fueron menores (dedos o pie), mientras que el 33% correspondió a amputaciones mayores, que tienen un impacto funcional y psicológico mucho mayor, afectando de manera significativa la calidad de vida de las personas.

El programa de rehabilitación integral protésica para personas amputadas reconoce la posibilidad de recuperación funcional mediante el acceso a una prótesis y el acompañamiento en un proceso de rehabilitación que fomente la independencia, la participación social y la reintegración laboral. La OMS subraya que las prótesis son elementos esenciales para que las personas amputadas puedan llevar una vida digna, sana y productiva, lo que además reduce la carga para sus cuidadores (OMS, 2020). Estudios recientes evidencian que el uso de prótesis como parte de un proceso de rehabilitación integral mejora significativamente la funcionalidad y la capacidad de reincorporación laboral u ocupacional de las personas (Ülger et al., 2018; Posada-Borrero AM et al., 2022).

En Chile, a pesar de la necesidad de este tipo de apoyo, el sistema de salud público no cuenta con programas específicos que aseguren el acceso a prótesis para adultos con amputaciones en extremidades inferiores ni que ofrezcan un proceso integral de rehabilitación. Los programas existentes, como Chile Crece Contigo (CHCC) y Teletón, están diseñados principalmente para niños y adolescentes, mientras que el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) ofrece ayudas técnicas limitadas que no garantizan la cobertura ni un proceso de rehabilitación integral. Esto deja a una parte importante de la población en una situación de desatención, comprometiendo su capacidad funcional y calidad de vida.

Informes del SENADIS muestran que, hasta 2018, se habían entregado solo 136 prótesis de extremidades inferiores, sin garantizar la disponibilidad oportuna ni el acceso a una rehabilitación completa. Estas ayudas dependen de un sistema de postulación condicionado a la disponibilidad financiera, lo que genera importantes retrasos y limita la

capacidad de acceso de muchos adultos a una prótesis y a un proceso de rehabilitación integral.

La falta de acceso a prótesis y a programas de rehabilitación protésica en Chile constituye una barrera significativa para la calidad de vida y la inclusión social de las personas amputadas por diabetes. Esta situación impide a muchos adultos alcanzar su máximo nivel de funcionalidad y participación social. Es necesario fortalecer el sistema de salud público mediante un programa específico que incluya acceso a prótesis de alta calidad, educación y rehabilitación, permitiendo un mejor uso de estas ayudas y reduciendo el riesgo de futuras amputaciones.

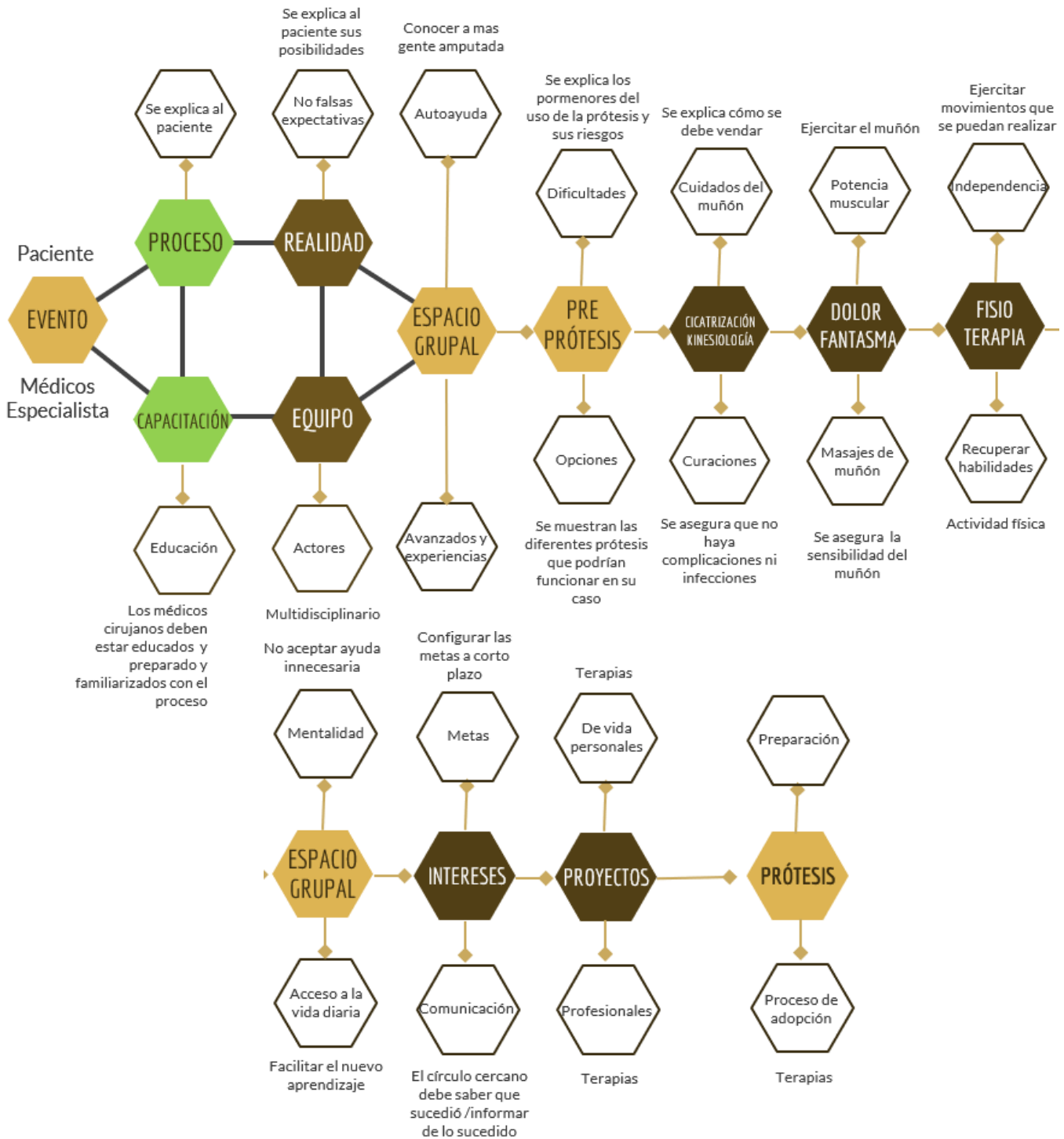
(Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024)

Sin embargo, el Dr. Juan Carlos Jofre Salinas en su trabajo “Rehabilitación Integral de Amputados. Una Visión Global”, señala que el proceso de acompañamiento debe estar centrado en el paciente. El proceso de rehabilitación propuesto por los doctores chilenos, hacen mención, que, un recién amputado, se convierte en una persona fuertemente agredida físicamente, emocionalmente, psicológicamente, económicamente, personalmente, familiarmente, socialmente, etc. en pocas palabras, son personas que el dolor ha lastimado su alma.

(Jofre Salinas, 2018)

Los médicos especialistas proponen una educación global en todos los cirujanos, donde el círculo de colaboración sea integral, esquematizando el proceso de la siguiente manera:

Figura 25. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación del Amputado en Chile



Fuente: Elaboración propia 2023

El proceso comienza inmediatamente después del evento, con el grupo de especialistas que participarán en el mismo, donde todos tendrán que estar capacitados y conocer cada uno de los pasos del proceso para hacérselo saber al paciente.

INICIO DEL PROCESO.- Es necesario que el paciente conozca desde un inicio las posibilidades reales, de acuerdo a la lesión y actividad social, laboral y afectiva, evitando siempre el crear falsas expectativas.

ESPACIOS GRUPALES 1.- Se plantea de suma importancia la generación de espacios grupales durante la rehabilitación, creando empatía entre los pacientes y formando una autoayuda, donde se puedan compartir y superar los dolores, fantasías y frustraciones. De tal manera no se sienten solos, se alivian y aprenden de las experiencias de los demás.

PRE PRÓTESIS.- El paciente es informado de sus posibilidades y todas las dificultades que ello vendrán y se le muestra el tipo de prótesis podría ser el remplazo más adecuado al tipo de lesión y amputación del paciente.

CICATRIZACIÓN.- En las curaciones y revisiones médicas, constantemente se revisa los avances de la cicatrización y cuidados del muñón, así como el vendaje correcto para la formación del mismo.

DOLOR FANTASMA.- Se explica el concepto al paciente, así como la aparición de las sensaciones y cómo contrarrestarlo. Los masajes constantes sobre el muñón de tal manera recuperando la potencia muscular.

INDEPENDENCIA.- Durante el proceso, es importante mantener en el paciente la independencia de las actividades básicas de la vida diaria, así eliminando los grados de dependencia y el lograrlo rápidamente, es de gran significado para el amputado, recuperando habilidades.

ESPACIO GRUPAL 2.- La rehabilitación en espacios con personas más avanzadas o rehabilitadas brindaran información y experiencias desde las vivencias para un futuro.

INTERESES.- El paciente debe ser estimulado desde un inicio a mantener activos sus intereses y actividades, pues debe continuar con su vida lo más cercana, a la llevada antes de la amputación.

PROYECTOS DE VIDA.- Al paciente se le orienta que plantee metas realistas en tiempos razonables para alcanzarlos.

El Dr. Jofre Salinas enfatiza que el éxito de la rehabilitación radica en que debe estar centrada en la persona y su proyecto de vida, y quien dirija o participe en ella debe buscar los medios de conocer dichos propósitos y proyectos, para enfocar los esfuerzos al mejor logro de la persona amputada.

(Jofre Salinas, 2018)

10.1.2 GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EUA)

La responsabilidad de velar por la salud de la población en los Estados Unidos recae en el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), que ofrece importantes servicios de salud y asistencia social. Entre estos servicios se incluyen la supervisión de la seguridad de alimentos y medicamentos, la prevención del maltrato infantil y la violencia doméstica, así como la provisión de atención médica para personas mayores.

Dentro de las agencias federales de EUA, está el

Consejo Nacional para la Discapacidad (NCD, sigla en inglés) la cual es una agencia federal independiente que hace recomendaciones al presidente y al Congreso sobre políticas que afectan a más de 54 millones de estadounidenses con discapacidades. El NCD trabaja para fortalecer la causa de los individuos con discapacidades y para promover igualdad de oportunidades. *(US GOV En español, 2023)*

Más de 150.000 personas sufren cada año amputaciones de las extremidades inferiores en Estados Unidos. Esta incidencia es directamente proporcional a las tasas de enfermedad oclusiva arterial

periférica, neuropatía y sepsis de partes blandas. Esta correlación se debe a la mayor incidencia de la diabetes mellitus, que está presente en el ochenta y dos por ciento de todas las amputaciones de extremidades inferiores de origen vascular en Estados Unidos.

Los pacientes con diabetes mellitus tienen un riesgo 30 veces mayor de sufrir una amputación a lo largo de su vida que los pacientes sin diabetes mellitus, lo que se traduce en una carga económica para los sistemas sanitarios de más de 4.300 millones de dólares en costes anuales sólo en Estados Unidos. Los traumatismos en las extremidades inferiores pueden conducir a la amputación en más del 20% de los pacientes cuando se asocian a una contaminación grave de la herida y a una pérdida significativa de tejidos blandos. Los explosivos relacionados con el combate pueden provocar amputaciones en el 93% de los casos y aproximadamente el 2% de las bajas en combate sufren amputaciones de extremidades.

(Molina & Faulk, 2022)

La experiencia de una amputación representa un reto importante para quienes la atraviesan. Perder una extremidad afecta no solo a nivel físico, sino también en la forma en que la persona percibe su propia identidad. Los médicos buscan preparar tanto al paciente como a sus familiares, explicando la necesidad de la amputación, lo que ocurrirá antes y después de la cirugía, y el proceso de adaptación a la prótesis. Aquellos que comprenden el proceso y manejan expectativas realistas sobre los posibles desafíos y resultados tienen mayores probabilidades de mantenerse motivados y lograr un buen pronóstico. A veces, los médicos facilitan una conversación entre el paciente y una persona que haya experimentado una amputación y se haya adaptado exitosamente.

Previo a la cirugía, el equipo médico procura que los pacientes se encuentren en la mejor condición de salud posible. Esto incluye el manejo de problemas médicos preexistentes, como la diabetes, la desnutrición, y enfermedades cardíacas o pulmonares. Como el tabaquismo dificulta la cicatrización, es esencial implementar medidas para dejar de fumar. Si el tiempo lo permite, se recomienda que los pacientes debilitados realicen terapias y ejercicios para mejorar su fuerza y flexibilidad antes del procedimiento. (Universidad de Celaya, 2024)

En Estados Unidos, cerca de 1 de cada 200 personas vive con la pérdida de un miembro, y se realizan aproximadamente 500 amputaciones diarias. Este porcentaje podría aumentar en el futuro, ya que el envejecimiento poblacional y el aumento en casos de diabetes y enfermedades vasculares incrementarán las amputaciones.

Para quienes han pasado por una amputación, suele recomendarse el uso de una prótesis (miembro artificial) que permita realizar las actividades diarias (caminar, comer, vestirse) con independencia y comodidad. En el mejor escenario, una prótesis puede ayudar a que la persona funcione tan bien o casi tan bien como lo hacía antes de la amputación.

El éxito en el uso de una prótesis mejora cuando el equipo médico es multidisciplinario, respondiendo a las distintas necesidades del paciente. Este equipo básico incluye al cirujano, el protésico y el fisioterapeuta. Los protésicos son especialistas que evalúan la funcionalidad de la persona y crean un plan de tratamiento que abarca el diseño, ajuste, fabricación y mantenimiento de la prótesis. Además, proporcionan un seguimiento continuo para conservar la prótesis en óptimas condiciones y orientan al usuario en su cuidado. En situaciones más complejas, el equipo puede incluir otros profesionales como un fisiatra, un terapeuta ocupacional, un trabajador social, un psicólogo y el apoyo de la familia. (Manual Merck, 2024)

10.1.3 REHABILITACIÓN TRAS LA AMPUTACIÓN DE UN MIEMBRO EN EUA

Antes de la cirugía, el equipo médico compuesto por un cirujano, un protésico y un fisioterapeuta colabora con la persona que se someterá a la amputación para desarrollar un plan y establecer objetivos claros.

El protésico, un especialista en el diseño y ajuste de prótesis (extremidades artificiales), también orienta al paciente sobre el uso adecuado de la misma. Además, los ejercicios de rehabilitación

comienzan antes de la intervención, ayudando a preparar al cuerpo para una mejor adaptación.

Las amputaciones suelen ser necesarias debido a lesiones traumáticas (por accidentes de tránsito o en combate) o como tratamiento de complicaciones de enfermedades que comprometen la circulación, como la arteriosclerosis o la diabetes. Dependiendo de la condición del paciente, una pierna puede ser amputada por debajo de la rodilla, por encima de ella o a nivel de la cadera, y en algunos casos solo se retiran el pie o ciertos dedos.

Después de una amputación de pierna, la mayoría de las personas utiliza una prótesis de extremidad inferior. Esta prótesis puede incluir componentes específicos como dedos, pies y, en el caso de amputaciones por encima de la rodilla, una articulación de rodilla artificial. Las prótesis más avanzadas, que incorporan control mediante microprocesadores y tecnología eléctrica o biónica, permiten a los usuarios realizar movimientos más precisos y naturales.

La rehabilitación física tras una amputación es un proceso clave que incluye ejercicios de preparación física general y estiramientos para las articulaciones de la cadera y la rodilla, junto con fortalecimiento de los músculos de brazos y piernas. En cuanto el estado del paciente lo permite, se le anima a realizar ejercicios en barras paralelas para aprender a mantenerse de pie y equilibrarse. También pueden incluirse ejercicios de resistencia, y el tipo de actividades prescritas dependerá de factores como si la persona ha perdido una o ambas piernas y la extensión de la amputación.

Los músculos cercanos a la extremidad amputada, así como los de la articulación de la cadera o la rodilla, tienden a acortarse, provocando lo que se conoce como contractura. Este problema surge, generalmente, de pasar demasiado tiempo en una silla o en la cama sin una postura adecuada, y puede limitar la movilidad. Las contracturas severas pueden impedir el uso de la prótesis o dificultar su adaptación. Para

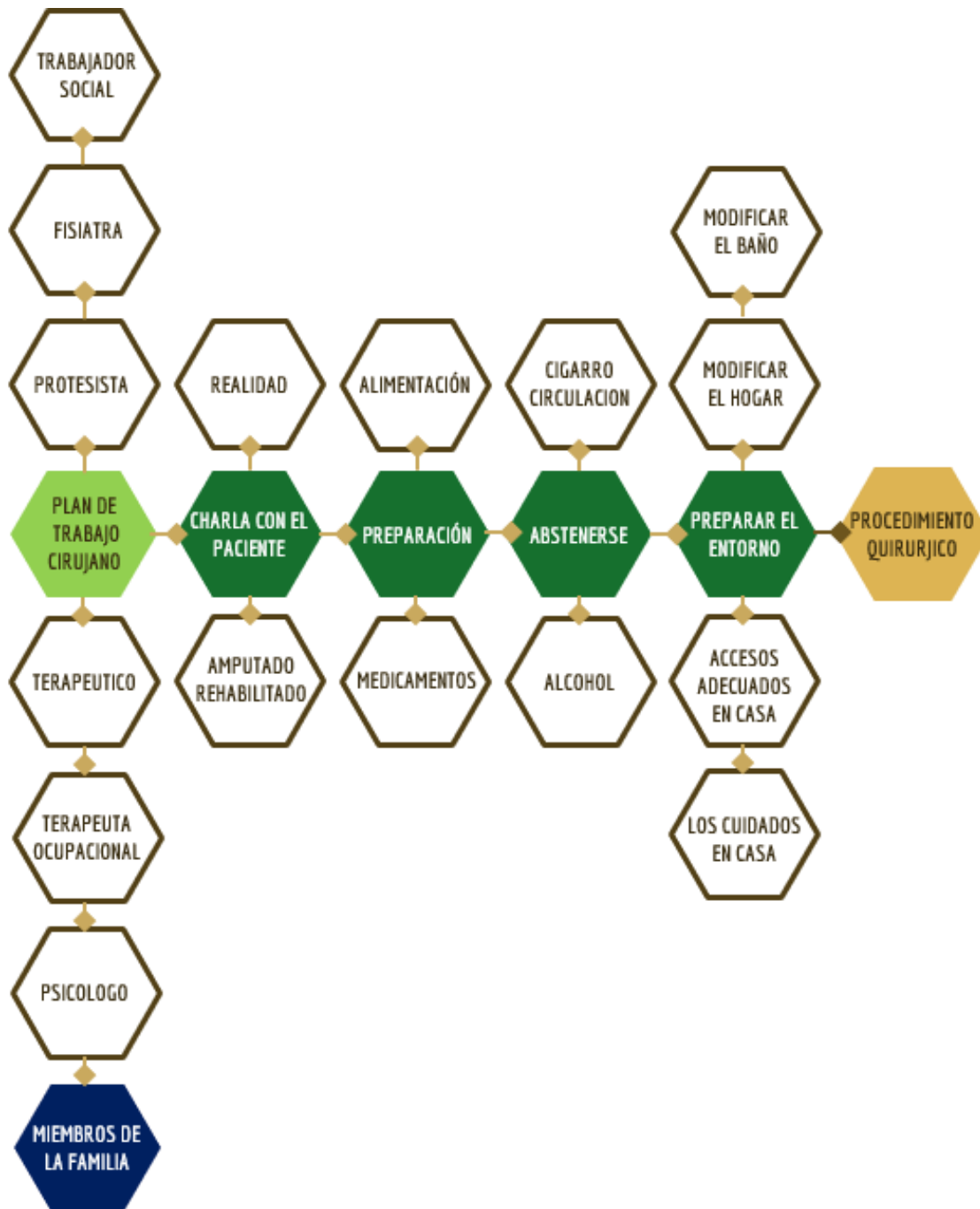
prevenir las, terapeutas y personal de enfermería instruyen a los pacientes en técnicas de alineación y ejercicios adecuados.

Parte del proceso de rehabilitación también incluye el acondicionamiento del muñón para ayudar a reducir su tamaño antes de adaptar la prótesis. Un reductor elástico o un vendaje aplicado continuamente ayuda a reducir el muñón y a prevenir la acumulación de líquido en los tejidos. A menudo, se proporciona una prótesis temporal para que la persona pueda comenzar a caminar lo antes posible y así acelerar la reducción del muñón.

Las prótesis de extremidades, tanto de brazo como de pierna, se componen de un encaje rígido, que actúa como interfaz entre la prótesis y el cuerpo, así como de componentes mecánicos y una funda. La interfaz conecta de manera segura la prótesis con el muñón, mientras que los componentes incluyen dispositivos terminales como manos, pies o dedos artificiales y, cuando es necesario, articulaciones mecánicas. Este diseño permite que la prótesis se adapte de manera funcional al cuerpo, brindando al usuario un mayor grado de independencia y movilidad. (Zacharia, 2023)

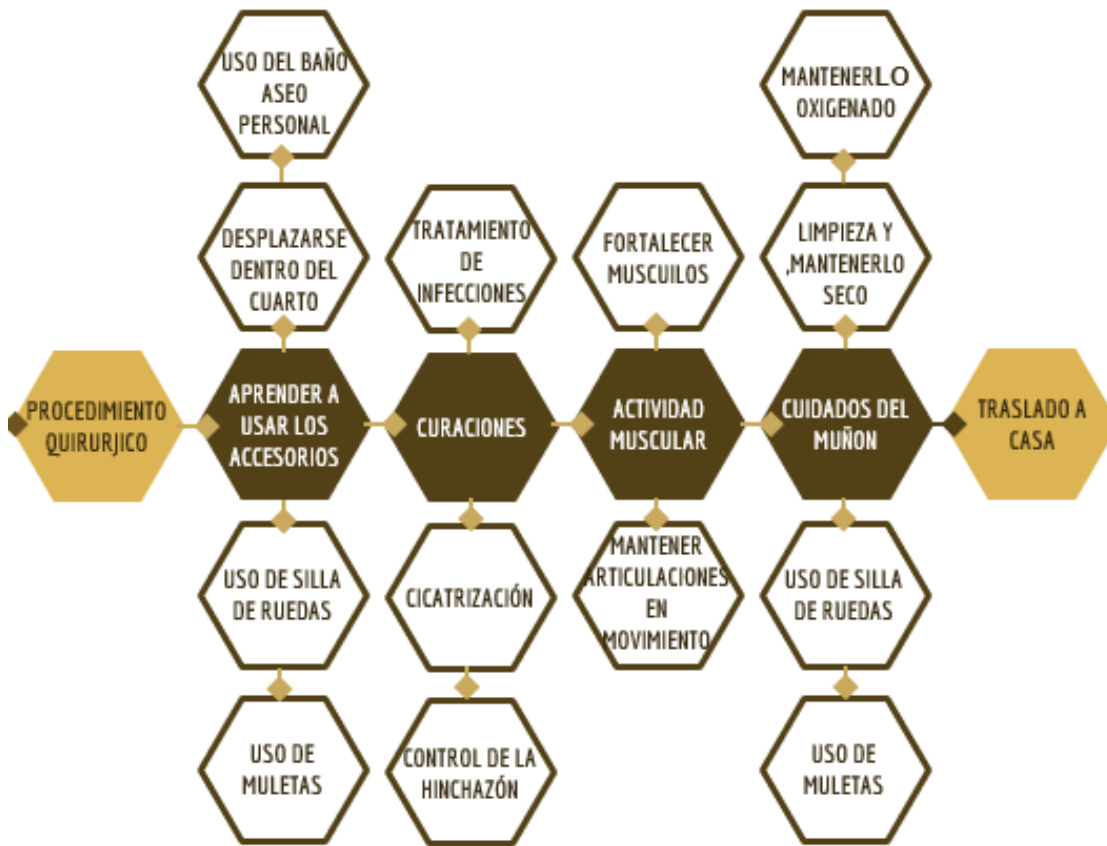
Considerando lo anterior, el proceso de acompañamiento para una amputación programada en los Estados Unidos de América (EUA), consiste en 3 etapas, la preparación antes de la cirugía, el proceso que se vive en el hospital y la recuperación en casa. Las tres etapas se muestran en las siguientes figuras:

Figura 26. Etapa de preparación del acompañamiento al proceso de una amputación en EUA



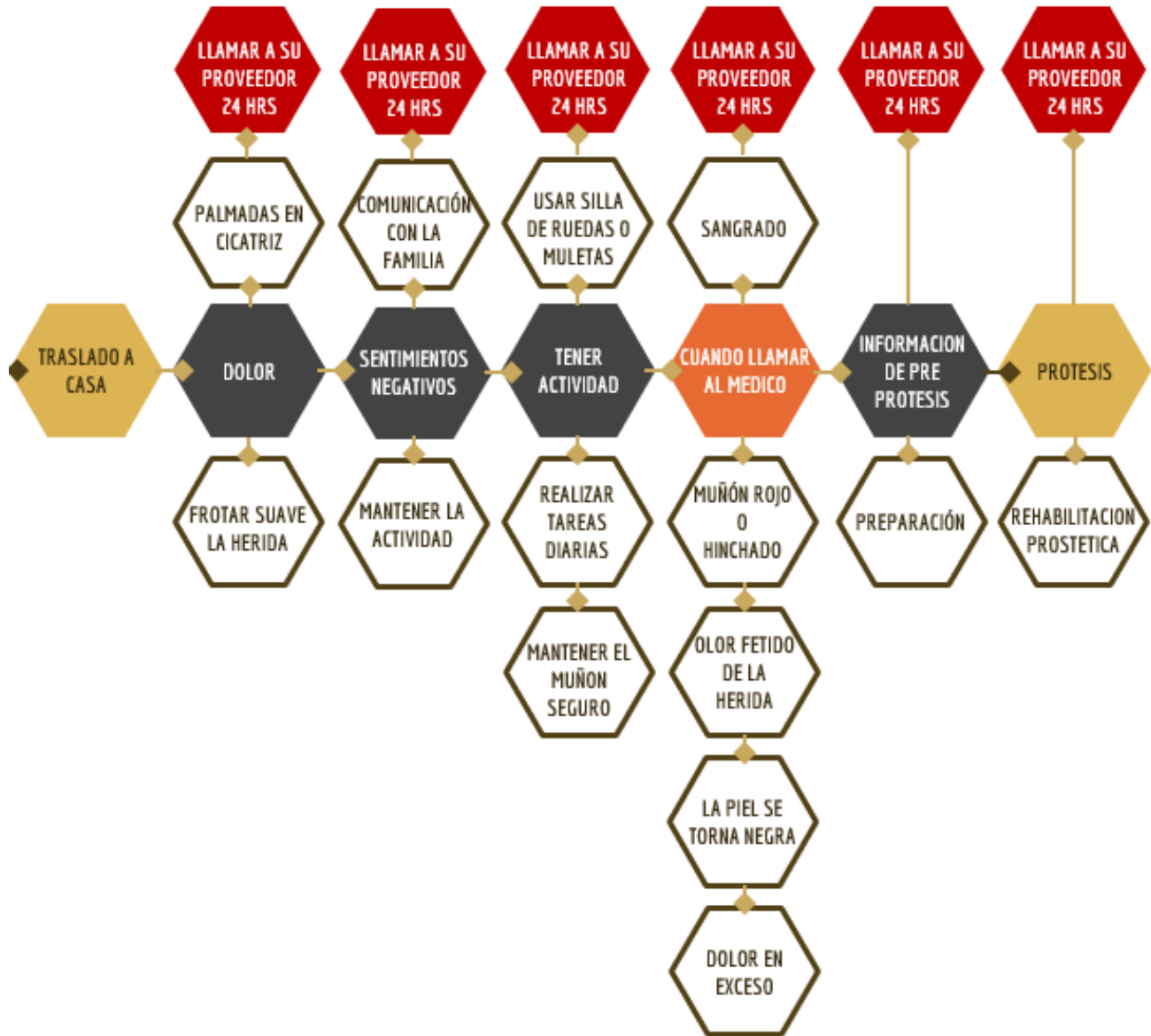
Fuente: Elaboración propia 2023

Figura 27. El hospital, 2ª Etapa del acompañamiento al proceso de una amputación en EUA.



Fuente: Elaboración propia 2023

Figura 28. En el hogar, 3ª Etapa del acompañamiento al proceso de una amputación en EU.



Fuente: Elaboración propia 2023

11. CAPÍTULO IV

11.1 LA BRECHA DEL MARCO LEGAL EN LA PRÁCTICA LOCAL EN AMPUTACIONES DE EXTREMIDADES INFERIORES

En resumen, queda de manifiesto que en la parte de la recuperación física clínica y psicológica después de una amputación de extremidad inferior en Jalisco, existe una brecha significativa que se encuentra fuera de la norma establecida y/o protocolos que consideran esta situación. Esta brecha o espacio que se genera, no significa que sea deficiente o incompleta, simplemente, la etapa de recuperación, no está contemplada, como se señala en la matriz de la tabla no. 1.

Dicha situación, lleva a las personas que lo sufren ,a enfrentar este periodo a su suerte, sin el respaldo de las leyes establecidas para estos casos , por lo que el éxito de la superación de esta etapa, dependerá de un sinnúmero de factores y el entorno del paciente, donde las probabilidades son mínimas, de acuerdo a las estadísticas de las personas que no cuentan o no tienen el acceso a una prótesis.

Figura 29. Brecha del marco legal en la práctica local en amputaciones durante el proceso de recuperación



Fuente: Elaboración propia 2024

11.2 LA REALIDAD DE ENFRENTAR UNA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR

Se realizaron entrevistas a personas que contaron su sentir dentro del marco de recuperación y lo valioso que resulta recorrer el camino sinuoso de una recuperación clínica, física y psicológica sin prescindir del círculo cercano del paciente. La familia, es una parte fundamental desde el comienzo, ya que son quienes acompañan al paciente durante el periodo crítico de la recuperación.

Un caso particular, al cual se hará mención en reconocimiento y agradecimiento a su aportación a este proyecto, Don Miguel, un hombre de 60 años de Monterrey Nuevo León, al cual se le entrevistó vía ZOOM y de manera muy puntual señaló gran parte de las etapas por las que estaba pasando (mostradas en la pág. 38). Don Miguel, mostraba en sus palabras (aunque nunca lo mencionó) angustia, el no entender y/o saber a qué se enfrentaría en los siguientes días, semanas y meses.

Al día siguiente de la entrevista, su señora esposa se comunicó mencionando que se sintió mal y de regreso al hospital Don Miguel falleció (03-02-2014). Su contribución se encuentra en esta investigación.

A continuación, se muestra la condición de una persona recién amputada, regresando a casa y listo para enfrentar la etapa más difícil de la condición de amputado de extremidades inferiores.

Figura 30. Condición real de una persona amputada recién llegada a su casa, rodeado de su familia



Fuente: Familia Martinez A. 2016 /edición 2024

Es evidente que la condición de un recién amputado, no es la mejor para enfrentar retos de salud en la recuperación clínica y física, además, mientras el tiempo pasa, es necesario soportar cada una de las etapas emocionales y psicológicas del proceso. En ese sentido, el círculo cercano y la familia durante todo el proceso es fundamental el acompañamiento para conseguir salir delante de cada una de las etapas que se presentan en dicho proceso.

Es importante señalar que, para lograr la adopción de una prótesis, se debe haber superado las etapas físicas y psicológicas del proceso para comenzar con la rehabilitación y el fortalecimiento de las partes del cuerpo para dar paso a la preparación del nuevo reemplazo artificial. A continuación, se muestra una parte del periodo de rehabilitación de un amputado después de superar 1 año de recuperación.

Figura 31. Proceso de rehabilitación y adaptación de reemplazos artificiales en las extremidades inferiores.



Fuente: Pasillo para caminata en Ortiz Internacional 2016 /edición 2024

El proceso de rehabilitación una vez recuperado las fuerzas y el ánimo para continuar, al estar cerca del objetivo, como lo es, el de adoptar una prótesis, es alentador, esperanzador y es compartida con todas las personas que acompañaron el proceso, estos casos de éxito, la familia es parte de la readaptación e integración a la sociedad. Sin embargo, el porcentaje de personas amputadas que no tiene y/o usa una prótesis, es alarmante, solo 1 de cada 9 amputados, puede ser considerado como un caso de éxito después de un trauma de tal magnitud.

El rezago en salud pública en Jalisco México y la desigualdad en el cuidado de amputados de extremidades inferiores, es una crisis humanitaria que requiere acción inmediata. La falta de atención postoperatoria agrava la discapacidad y deteriora la calidad de vida. Se necesitan políticas públicas inclusivas para garantizar acceso universal a servicios de salud de calidad y apoyo continuo en rehabilitación para una sociedad más justa y saludable.

Figura 32. Persona amputada 100% rehabilitada con su familia, caminando con ambos reemplazos artificiales



Fuente: Club deportivo Atlas Chapalita 2020 /edición 2024

11.3 CONTRASTE DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO ENTRE MÉXICO, CHILE Y E.U.A.

Se realizó una comparación de los procesos de acompañamiento del proceso de recuperación y rehabilitación de una persona amputada en México, Chile y EUA (casos de estudio de esta investigación) , analizada a detalle anteriormente, la que genera la siguiente discusión.

Las diferencias son evidentes entre los países en este proceso en particular, mientras en los Estados Unidos de América, el mayor fabricante de prótesis de extremidades inferiores del mundo y países como Chile que es líder en América Latina junto con Costa Rica, siendo los países con mejor calidad en la salud pública.

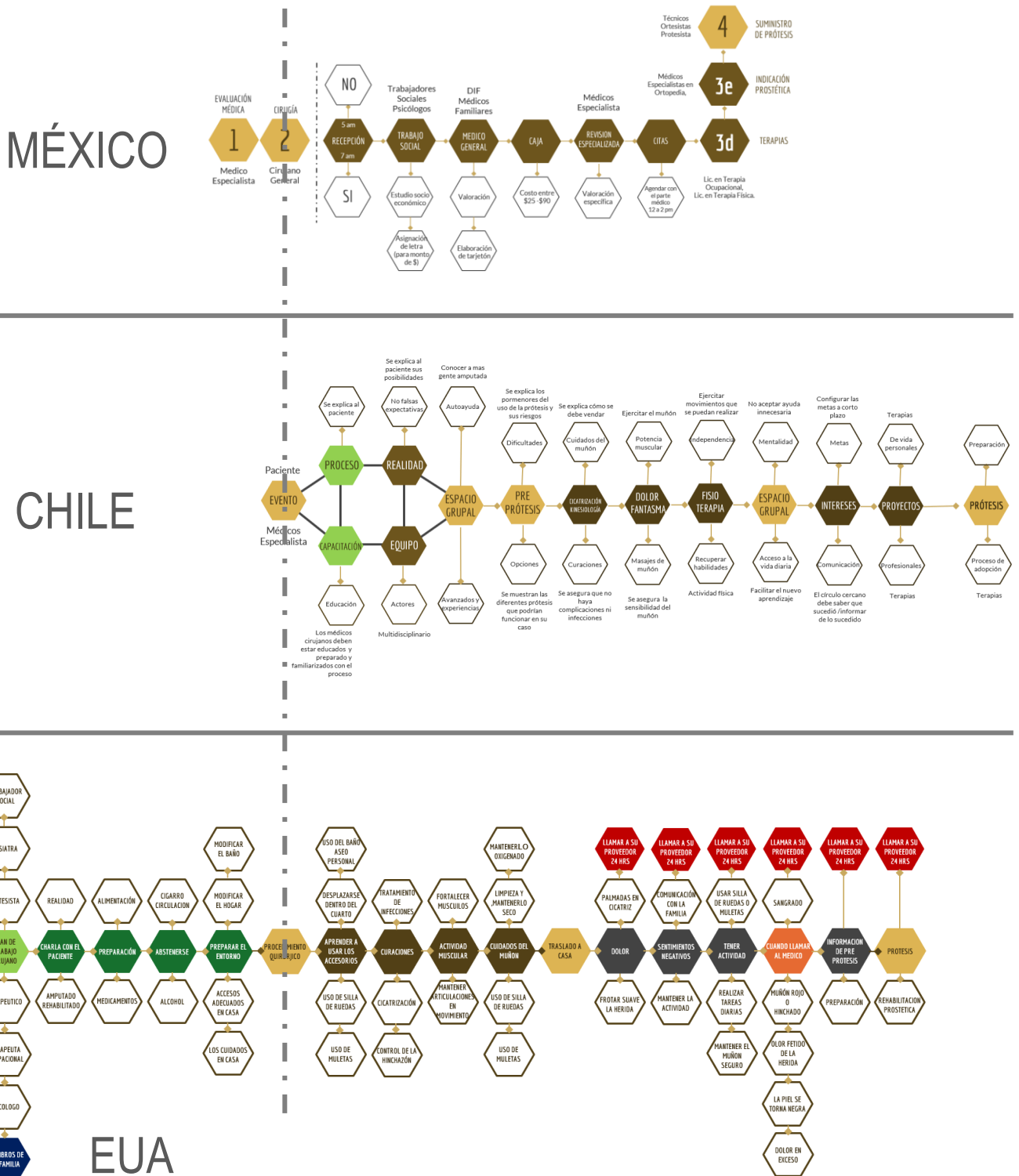
(DW Global Media Forum, 2023)

Para clarificar la diferencia entre México y los países en cuestión, colocándolos en el mismo punto de partida, es decir, en la propia amputación, o el evento, o el procedimiento quirúrgico o simplemente donde todo comienza, es ahí donde cobra sentido, la hipótesis planteada desde un inicio, además, es el simple reflejo de la realidad de nuestro país en relación a lo que sucede en otras partes del mundo.

Las buenas noticias son, que, a pesar del rezago evidente en el proceso de acompañamiento de rehabilitación de un amputado, es que se puede mejorar y perfeccionar en base a 2 criterios, los cuales son:

Las referencias de los países que están más adelantados en este tema, que sirven para abonar y adoptar posturas y conceptos necesarios para enriquecer el proceso, de tal manera, que el acceso y adopción a una prótesis sea más eficiente y el otro criterio es, mantener la cultura e idiosincrasia del mexicano, sobre todo, la disposición e incondicional de la familia del amputado. México, es un país donde la familia es fundamental en todas las facetas de la sociedad, y esto incluye los malos momentos, por lo tanto, la familia debe estar considerada en todo momento en la recuperación y rehabilitación de un amputado de extremidad inferior.

Figura 33. Comparativo de proceso de recuperación y rehabilitación de una amputación en México, Chile y EUA



Fuente: Elaboración propia 2023

11.4 ACCESO A LA SALUD Y RECUPERACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE PERSONAS AMPUTADAS, UNA PROPUESTA DEL MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO

11.4.1 PLAN DE GOBERNANZA DE UNA PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO.

Teniendo en cuenta los tiempos prolongados que conllevan los procesos gubernamentales para gestionar la modificación y actualización de reformas tanto locales como estatales, es evidente que no siempre se garantiza el éxito de dichas reformas. No podemos dejar toda la responsabilidad en manos de los gobiernos. Por esta razón, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) deciden participar activamente para aliviar la carga de trabajo gubernamental y colaborar en la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan a la sociedad.

Las ONG desempeñan un papel crucial al trabajar de manera conjunta con los gobiernos, fomentando la participación activa de los ciudadanos. Este esfuerzo colectivo ayuda a reducir la brecha de desigualdad, proporcionando un enfoque más integral y eficaz en la resolución de los desafíos sociales. Así, se fortalece la capacidad de respuesta y se promueve un desarrollo más equitativo y sostenible para todas las comunidades.

Es por ello que la propuesta de la creación de una ONG dedicada a formar parte integral del proceso de rehabilitación del gobierno del estado, con el objetivo de reducir la brecha existente entre la cirugía y la rehabilitación de una amputación de extremidad inferior.

Esta ONG (AC) no solo ofrecería apoyo a los pacientes, sino que también coordinaría esfuerzos con las instituciones gubernamentales para asegurar un tratamiento continuo y de alta calidad.

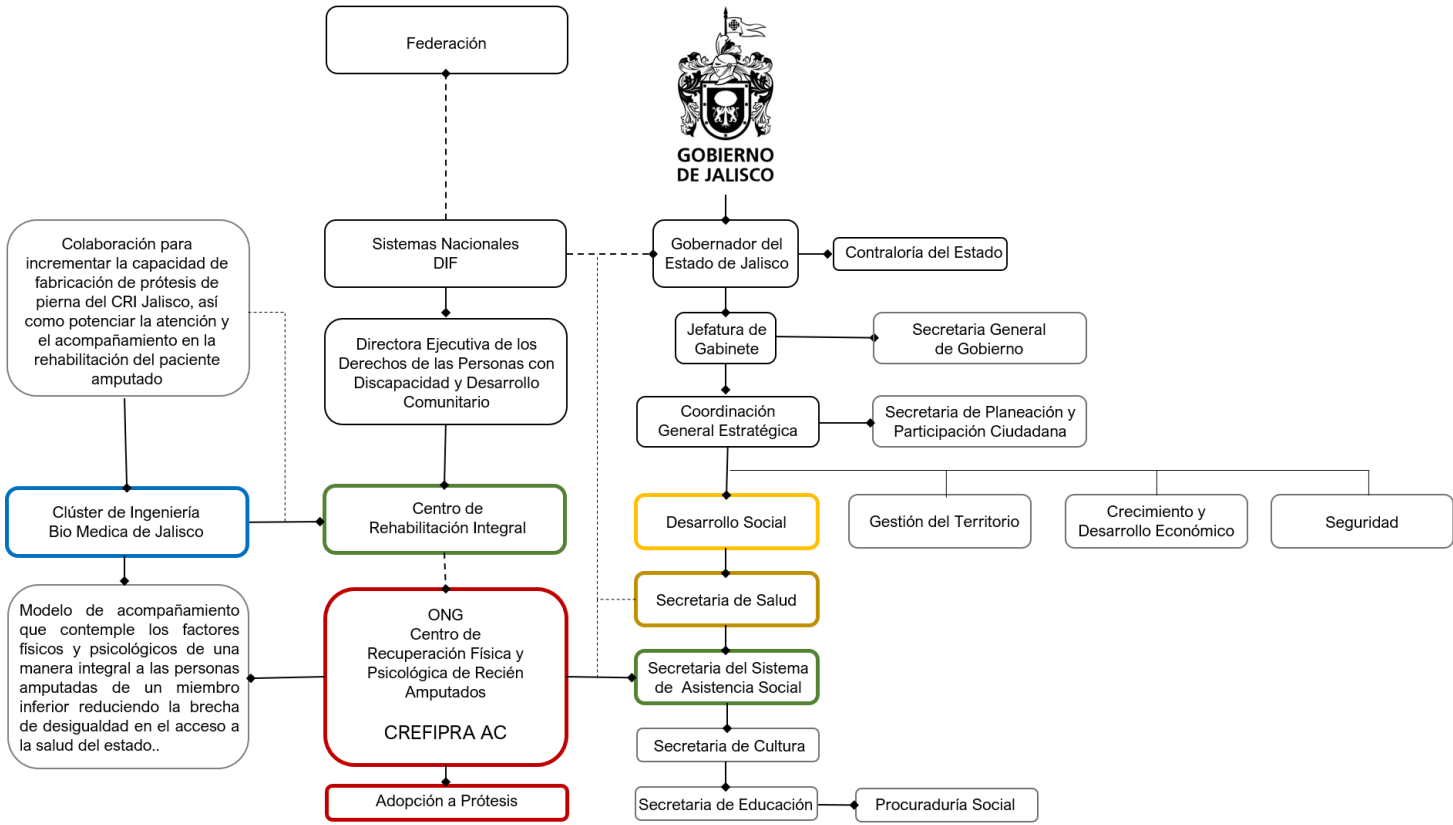
La estructura general de la participación de la ONG dentro del plan de gobernanza del estado de Jalisco se organizaría de la siguiente manera:

1. **Evaluación Inicial y Coordinación Médica:** La ONG colaboraría estrechamente con los hospitales y centros de salud para identificar a los pacientes que han sufrido una amputación. Esto incluiría la creación de un sistema de referencia que garantice que todos los pacientes sean evaluados inmediatamente después de la cirugía.
2. **Programas de Recuperación Personalizados:** Se diseñarán programas de rehabilitación personalizados que abarquen tanto la fisioterapia como el apoyo psicológico. Estos programas serían desarrollados por especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas y psicólogos, garantizando un enfoque integral en la recuperación del paciente.
3. **Capacitación y Apoyo a Profesionales de la Salud:** La ONG organizará talleres y cursos de capacitación para médicos, enfermeras y fisioterapeutas sobre las mejores prácticas en la rehabilitación de amputaciones. Además, se establecería una red de apoyo entre profesionales de la salud para compartir conocimientos y experiencias.
4. **Campañas de Concientización y Recaudación de Fondos:** Se llevarían a cabo campañas de concientización sobre la importancia de la rehabilitación post amputación y se recaudarían fondos para financiar los programas de rehabilitación, así como para la adquisición de prótesis y equipos especializados.
5. **Monitoreo y Evaluación Continua:** La ONG implementaría un sistema de seguimiento para monitorear el progreso de los pacientes y evaluar la efectividad de los programas de rehabilitación. Esto permitiría realizar ajustes necesarios y asegurar una mejora continua en la calidad de los servicios ofrecidos.

Con esta estructura, la ONG recién creada contribuiría significativamente a la mejora del proceso de rehabilitación en el estado de Jalisco, ofreciendo a los pacientes una segunda oportunidad para llevar una vida plena y productiva.

La ONG, operando de manera independiente pero conectada a los sistemas gubernamentales, podría ser la opción más eficiente para la implementación rápida de programas de rehabilitación. Con la participación de personal calificado, esta ONG estaría en una posición privilegiada para ofrecer una atención de calidad que garantice la recuperación completa de los pacientes. Al mejorar la atención, se aumentan las posibilidades de que los pacientes adopten prótesis, ya sea a través de los sistemas nacionales del DIF o mediante empresas privadas especializadas en reemplazos artificiales.

Figura 34. Plan de Gobernanza y sus actores de una propuesta de acompañamiento de amputados de extremidades inferiores



Fuente: Organigrama del estado de Jalisco 2023 / Elaboración propia 2024

Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.

11.5 CENTRO DE RECUPERACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL RECIÉN AMPUTADO.

Es crucial reconocer el inmenso valor del proceso de rehabilitación para personas amputadas en el CRI Guadalajara. Fortalecer el programa gubernamental a través de una ONG (AC) que contribuya a la recuperación, abarcando aspectos esenciales para una pronta rehabilitación, es fundamental. Esto asegura una exitosa adopción de prótesis de miembro inferior. La propuesta de la ONG se presenta como la opción más viable, eficiente y rápida para mejorar y apoyar el programa actual, facilitando así la reintegración efectiva de los pacientes en el proceso de rehabilitación.

La creación del Centro de Recuperación Física y Psicológica del Recién Amputado A.C. (CREFIPRA AC), una Organización No Gubernamental (ONG) sin fines de lucro y sin afiliaciones políticas o religiosas, se centra en dos grandes áreas de participación y colaboración, que pueden contribuir al proceso de acompañamiento e incrementar significativamente el número de personas a la adopción y acceso a una prótesis. El apoyo clave, es de la Secretaría del Sistema de Asistencia Social y la participación activa del Centro de Rehabilitación Integral (CRI), así como con el sector empresarial dedicado a la innovación y tecnología en la fabricación de dispositivos médicos y prótesis, además, la gran aportación de los profesionistas especializados a través de la academia y la participación de la sociedad.

La solidez de una ONG radica en los cimientos de su constitución y estructura. En este sentido, se sugiere que el consejo de la recién creada Asociación Civil, CREFIPRA, integre a los siguientes actores en su seno para fortalecer su fundación:

- Sociedad civil con experiencia en amputaciones.
- Representantes de la Asociación de Cirujanos, incluyendo médicos especialistas en amputaciones, como rehabilitadores, cirujanos y traumatólogos.

- Academia o institución educativa con participación activa en problemas de salud a través de profesionales y especialistas.
- Sector empresarial dedicado a seguros y fianzas.
- Sector empresarial especializado en ingeniería biomédica.

Figura 35. Estructura e integrantes del consejo de CREFIPRA AC



Fuente: Elaboración propia 2024

La recientemente creada ONG tendrá como objetivo social mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes recién amputados. Su propósito será convertirse en un modelo de acompañamiento integral que fortalezca la recuperación física a través de terapias ocupacionales.

Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.

Además, se enfocará en ayudar a los pacientes a manejar eficazmente las etapas emocionales y psicológicas del duelo por la pérdida de un miembro. La ONG también se dedicará a crear las condiciones necesarias para que los pacientes accedan y adopten prótesis o reemplazos artificiales.

A través de este apoyo integral, se busca reintegrar exitosamente a los pacientes en su vida cotidiana y laboral, proporcionándoles las herramientas y el respaldo necesarios para superar los desafíos que enfrentan.

Este enfoque holístico no solo aborda la recuperación física, sino también el bienestar emocional y psicológico, elementos cruciales para una rehabilitación completa. Al proporcionar acceso a prótesis y facilitar la reintegración laboral, la ONG se posicionará como un pilar esencial en la vida de los pacientes amputados. Su labor no solo transformará vidas individuales, sino que también establecerá un estándar de excelencia en el apoyo a quienes enfrentan la pérdida de un miembro. Con un compromiso inquebrantable, esta ONG será un faro de esperanza y resiliencia en la comunidad de personas amputadas.

Figura 36. Logo del Centro de Recuperación Física y Psicológica del Recién Amputado A.C.



Fuente: Elaboración propia 2024

Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.

El proceso del modelo de acompañamiento en la recuperación física y psicológica del recién amputado dentro de la ONG de reciente creación, consta de 3 grandes bloques y/o etapas, las cuales son:

RECEPCIÓN Y EVALUACIÓN

En esta etapa, además de recibir al recién amputado, tomar sus datos y llevar un registro del mismo, se debe realizar una evaluación médica general para asegurar que las condiciones del paciente son óptimas para iniciar el proceso de recuperación. Considerando que aproximadamente el 75% de los pacientes recientemente amputados son diabéticos, es fundamental establecer un plan para la reducción y control de la glucosa, así como un plan de nutrición que lo mantenga estable y promueva la recuperación de la fuerza necesaria para comenzar el proceso.

PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo se divide en dos áreas principales: la recuperación física y la recuperación psicológica.

Recuperación física:

Esta etapa incluye diversas actividades como el cuidado del muñón, la prevención de infecciones, y el uso de accesorios como muletas o sillas de ruedas tanto en el hogar como en la calle. Además, se enfoca en el fortalecimiento muscular a través de terapias ocupacionales y en la constante revisión de la cicatrización. La alimentación adecuada y el descanso en momentos indicados son fundamentales para alcanzar los objetivos de esta fase. Es importante señalar que la familia y el círculo cercano del paciente participan activamente en estas actividades.

Recuperación psicológica:

Esta fase aborda temas y conceptos relacionados con el dolor fantasma y la adaptación a la nueva realidad del paciente. Se brinda

acompañamiento constante durante el proceso de duelo, asegurando que el paciente y su familia mantengan una perspectiva realista. También se trabaja en el control de los sentimientos negativos que pueden surgir durante la recuperación. Mantener una mente ocupada y establecer planes y proyectos de vida en la nueva realidad del paciente son aspectos fundamentales del tratamiento psicológico.

Todo el proceso de recuperación es monitoreado mediante evaluaciones médicas para asegurar que el progreso sea adecuado. Cuando sea el momento oportuno, se informará al paciente sobre el proceso de la preparación para la adopción a una prótesis, incluyendo información sobre sus características, el significado de tener un reemplazo artificial y su uso.

En resumen, tanto la recuperación física como la psicológica son esenciales y están interconectadas, con un fuerte énfasis en la participación activa de la familia y el entorno cercano del paciente para lograr una recuperación integral.

SESIONES GRUPALES

Durante todo el proceso de recuperación, tanto físico como psicológico, es fundamental que el paciente esté acompañado no solo por su familia o círculo cercano, sino también por otro paciente que se encuentre en el mismo nivel de recuperación. Esta compañía mutua puede ser muy beneficiosa, ya que compartir experiencias y desafíos con alguien que está viviendo una situación similar fomenta un sentido de comprensión y apoyo único.

En este contexto, el plan de recuperación incluirá al menos dos grandes sesiones de grupo. Estas sesiones están diseñadas para que los pacientes puedan compartir sus experiencias y los retos que anticipan en el futuro inmediato. Ver a otros pacientes amputados enfrentando y superando las mismas dificultades ofrece una perspectiva valiosa y reconfortante, contribuyendo significativamente a la recuperación individual de cada paciente.

Estas interacciones no solo facilitan el intercambio de consejos prácticos y estrategias de afrontamiento, sino que también ayudan a reducir la sensación de aislamiento que a menudo acompaña a las lesiones graves. Además, observar el progreso de otros puede servir como una fuente de motivación y esperanza, demostrando que la superación de los obstáculos es posible.

Es importante destacar que el eje central del programa propuesto por CREFIPRA AC es la familia, la cual participa activamente en la recuperación física y psicológica del paciente. Es fundamental recordar que el círculo cercano y los familiares también sufren, en igual o mayor medida, durante el proceso de recuperación del paciente.

En resumen, la participación activa en sesiones grupales, junto con el apoyo continuo de la familia y el círculo cercano, es crucial para una recuperación integral. Este enfoque colectivo no solo mejora el bienestar emocional y psicológico del paciente, sino que también fortalece su determinación para enfrentar y superar los desafíos que conlleva la recuperación.

La figura siguiente ilustra el proceso de acompañamiento en la recuperación física y psicológica previamente descrito. Este esquema es el resultado de un levantamiento de campo y entrevistas, destacando las etapas de la recuperación postoperatoria. Estas etapas se refuerzan con la atención a conceptos clave que ya se abordan en los casos de estudio analizados previamente en Chile y Estados Unidos.

Para llevar a cabo de manera eficiente el proceso del modelo de acompañamiento del recién amputado, se requiere del esfuerzo de profesionales de la salud y expertos en el diseño estratégico e innovación social, así como técnicos del proceso para la recuperación de personas amputadas. Estos actores que acompañarán a los pacientes durante la recuperación serán (sin contar al personal que opera dentro de una AC):

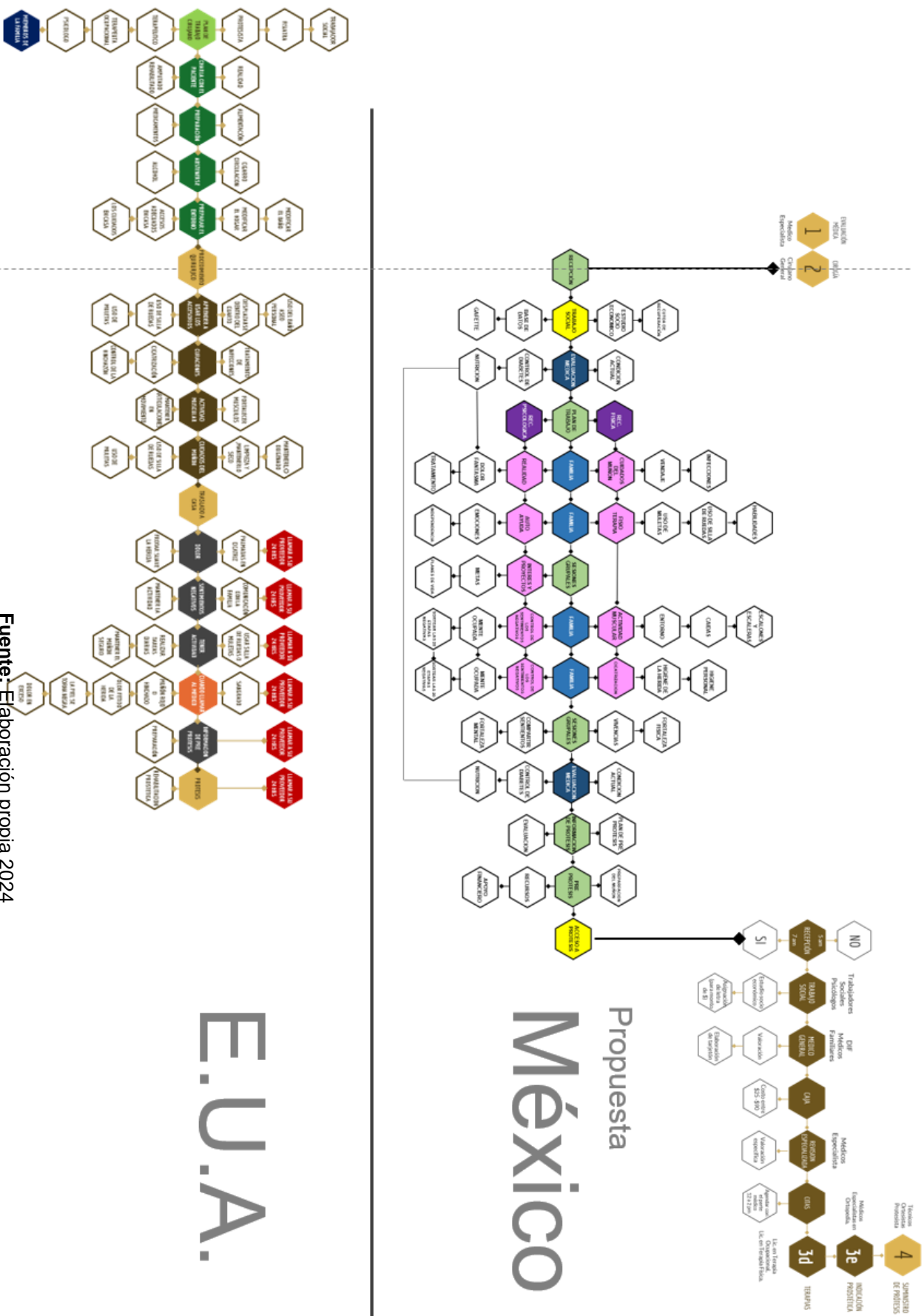
- Médico General
- Médico especialista (endocrinólogos, dermatólogos, infectología y traumatólogo)
- Psicólogo
- Especialista en salud mental.
- Fisioterapeutas
- Quiroprácticos
- Protesistas
- Ortesistas

11.5.1 EL ACCESO Y ADOPCIÓN A UNA PRÓTESIS, LA FINALIDAD DE LA PROPUESTA DEL MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL RECIÉN AMPUTADO.

Fortalecer la guía clínica práctica del país para el acceso y adopción de prótesis, mediante una ONG que colabore estrechamente con el gobierno y el sector empresarial, puede ser una solución más viable que abordar el problema de forma aislada. Esta estrategia busca reducir la brecha de desigualdad en este ámbito, asegurando que nadie quede excluido. La colaboración entre estos sectores permitirá una implementación más efectiva y equitativa de las prótesis, beneficiando a todos los necesitados de manera integral.

El objetivo es incrementar de manera significativa y gradual el porcentaje de personas amputadas que utilizan prótesis. Así, quienes hayan pasado por esta experiencia tendrán la oportunidad de reincorporarse a la vida social y laboral. Este enfoque busca garantizar que todos los amputados dispongan de las herramientas necesarias para recuperar su funcionalidad y autonomía. Facilitar el acceso a prótesis permitirá una integración más completa y equitativa en la sociedad, mejorando su calidad de vida y contribuyendo a una mayor inclusión social y laboral.

Figura 40. Proceso del modelo de acompañamiento de CREFIPRA AC incorporado a la Guía de Práctica Clínica del Catálogo Maestro: DIF-257-09 / Gobierno Federal de México versus E.U.A.



Fuente: Elaboración propia 2024

Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.

12. DISCUSIÓN

El rezago en salud pública en Jalisco, México, y la desigualdad en el cuidado de amputados de extremidades inferiores constituye una crisis humanitaria que requiere acción inmediata. La falta de atención adecuada postoperatoria no solo agrava la discapacidad de los pacientes, sino que también deteriora significativamente su calidad de vida. La recuperación de un paciente amputado es un proceso integral que demanda tanto apoyo físico como psicológico, y en Jalisco, los recursos y las oportunidades disponibles son insuficientes y desigualmente distribuidos. Es urgente implementar políticas públicas inclusivas que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad y un apoyo continuo en rehabilitación.

La recuperación física de los amputados es un desafío complejo que va más allá de la simple adquisición de una prótesis. En Jalisco, muchos pacientes enfrentan barreras financieras que les impiden acceder a prótesis adecuadas, lo que limita su capacidad de recuperar la movilidad y llevar una vida independiente. Además, el sistema de salud pública carece de los recursos necesarios para proporcionar prótesis de alta calidad y para cubrir los costos de ajustes y mantenimiento de estos dispositivos. Este déficit de recursos prolonga la recuperación y reduce significativamente las posibilidades de una rehabilitación exitosa.

El proceso de rehabilitación física incluye terapias ocupacionales y de fortalecimiento muscular, esenciales para la adaptación al uso de una prótesis y para la mejora de la movilidad. Sin embargo, en Jalisco, la infraestructura para proporcionar estas terapias es insuficiente. Las clínicas y centros de rehabilitación están desbordados, y muchos pacientes, especialmente aquellos de zonas rurales o con bajos ingresos, no tienen acceso a estos servicios vitales. La falta de programas de rehabilitación adecuados impide que los pacientes amputados alcancen su máximo potencial de recuperación física.

Paralelamente, la recuperación psicológica es igualmente crucial y enfrenta serias deficiencias. Los amputados a menudo experimentan un impacto emocional profundo, que incluye sentimientos de pérdida,

ansiedad, depresión, y el dolor fantasma. Sin embargo, los servicios de apoyo psicológico especializados para amputados son escasos en Jalisco. La falta de programas de salud mental adecuados y accesibles significa que muchos pacientes no reciben el apoyo necesario para manejar los aspectos emocionales de su recuperación, lo cual es fundamental para su bienestar general y para el éxito de la rehabilitación física.

Para abordar estos desafíos, es evidente que se necesita un enfoque multifacético y colaborativo. Una de las soluciones más prometedoras es la creación de una organización no gubernamental (ONG) a través de una asociación civil (AC) vinculada tanto con el gobierno como con el sector privado. Esta ONG tendría como objetivo central reducir la brecha de desigualdad en el acceso a prótesis y en la rehabilitación integral de los pacientes amputados.

Además, esta ONG podría establecer y operar centros de rehabilitación integral que ofrecen servicios tanto físicos como psicológicos. Estos centros proporcionarían terapias físicas y ocupacionales, asesoramiento psicológico, y programas de apoyo grupal que aborden tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes. La creación de redes de apoyo entre pacientes amputados también podría facilitar la recuperación, ofreciendo un espacio para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.

Implementar programas educativos y de concienciación pública es otro aspecto clave de la misión de esta ONG. La sensibilización sobre los desafíos que enfrentan los amputados y la promoción de una cultura de inclusión y apoyo puede movilizar a la comunidad y a los sectores privado y gubernamental a contribuir activamente a esta causa. Campañas de concienciación pueden también reducir el estigma asociado con la discapacidad, promoviendo una sociedad más inclusiva y solidaria.

La situación de los pacientes amputados en Jalisco requiere una respuesta coordinada y sostenible. La creación de una ONG a través de una asociación civil vinculada con el gobierno y el sector privado presenta una solución viable para reducir la brecha de desigualdad y

mejorar significativamente la recuperación física y psicológica de los recién amputados. Este enfoque colaborativo no sólo proporciona las prótesis necesarias, sino que también establecería una red integral de apoyo y rehabilitación que es esencial para la reintegración efectiva y digna de estos individuos en la sociedad. La implementación de esta estrategia podría transformar la vida de muchos amputados, permitiéndoles recuperar su movilidad, independencia y bienestar emocional, y así participar plenamente en la vida social y laboral.

13. CONCLUSIÓN

La recuperación de las personas amputadas en Jalisco y todo México, es un proceso lleno de obstáculos debido a la falta de coordinación clínica, el acceso limitado a prótesis de calidad, la insuficiencia de terapias físicas y ocupacionales, y la escasez de apoyo psicológico especializado. Es imperativo que se implementen políticas públicas inclusivas y se promueva la creación de redes de apoyo que aborden estas necesidades de manera integral, garantizando así una recuperación efectiva y digna para todos los amputados.

14. RECOMENDACIONES

Tras dos años de investigación sobre la situación de las personas que sufren amputación en Jalisco, México, se ha analizado su entorno y las posibilidades reales que tienen para acceder y adoptar una prótesis. El objetivo principal es evaluar la eficiencia de estos procesos para su reintegración a la sociedad y medir la brecha de desigualdad actual en la discapacidad por amputación.

La recomendación principal está dirigida al Gobierno del Estado de Jalisco y su Secretaría del Sistema de Asistencia Social, responsables del DIF Jalisco y del Centro de Rehabilitación Integral (CRI) de Guadalajara, los cuales dependen en gran medida de los Sistemas Nacionales DIF.

El DIF Jalisco y el CRI Guadalajara operan con poca independencia y recursos limitados, pero a pesar de estas restricciones, el programa de rehabilitación para personas amputadas del CRI ha demostrado ser efectivo gracias al esfuerzo y profesionalismo de todos los actores involucrados. Estos profesionales realizan una labor encomiable con recursos muy limitados, demostrando que se puede hacer mucho con muy poco.

El Gobierno del Estado de Jalisco debe adoptar la misma filosofía de entrega total hacia los pacientes que demuestran los trabajadores del CRI. Es crucial que el gobierno se involucre más en las necesidades básicas del programa para resaltar ante la Federación su importancia, ya que el programa de rehabilitación del CRI Guadalajara es un modelo ejemplar para toda la República.

Al involucrarse y comprender en detalle las carencias del programa, el gobierno y otros actores pueden trabajar juntos para obtener los recursos necesarios y garantizar una atención de primer nivel. Esto incluye mejorar el acceso a prótesis de miembro inferior para la población que las necesite.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Brasil. (22 de Junio de 2022). *Cada hora, a 3 brasileños les amputan las piernas o los pies*. Obtenido de Cada hora, a 3 brasileños les amputan las piernas o los pies: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-06/cada-hora-3-brasileiros-sofrem-amputacao-de-pernas-ou-pes>
- ASSAP. (30 de 10 de 2024). *aasap.com.ar*. Obtenido de <https://www.aasap.com.ar/wp-content/uploads/2021/09/BOLETIN-71-AASAP.pdf>
- Ayuda en Acción. (20 de 02 de 2023). *Qué es una ONG y cómo funciona*. Obtenido de <https://ayudaenaccion.org/blog/solidaridad/que-es-una-ong/?gclid=CjwKCAiA0JKfBhBIEiwAPhZXDwqn7A1uOz7ijAD9JWEulQT8d>
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (2023). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*. Cd de Mexico.
- Camara de Diputados LX Legislatura. (2008). *CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO* . Ciudad de México.
- Canal 44. (13 de Septiembre de 2021). En Jalisco se realizan 125 amputaciones por mes debido a la diabetes. Guadalajara, Jalisco, Mexico.
- Clinicas de Chile . (25 de Noviembre de 2022). *Noticias*. Obtenido de CHILE ES EL PAÍS CON MEJOR ÍNDICE DE ACCESO Y CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DE TODA AMÉRICA LATINA: <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/chile-es-el-pais-con-mejor-indice-de-acceso-y-calidad-de-atencion-de-salud-de-toda-america-latina/#:~:text=Es%20ah%C3%AD%20donde%20Chile%20destaca,los%20pa%C3%ADses%20de%20la%20regi%C3%B3n>.
- CNDH. (9 de 19 de 1999). Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998,. *LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. Ciudad de Mexico.
- Comision Nacional de los Derechos Humanos. (2021). *LEY PARA LA INCLUSIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE JALISCO* . Guadalajara jalisco.
- CYCLOPAEDIA. (28 de 10 de 2024). *cyclopaedia.es*. Obtenido de <https://www.cyclopaedia.es/wiki/Amputacion>

- Diario Oficial de la Federación. (2023). *COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA (CCNNSP) No 42*. Ciudad de México.
- Díaz Agea, J. L., Leal Costa, C., & Gómez Díaz, M. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 28.
- DW Global Media Forum. (24 de 11 de 2023). *DW Made for Minds*. Obtenido de ¿Qué país latinoamericano tiene el mejor sistema sanitario?: <https://www.dw.com/es/qu%C3%A9-pa%C3%ADs-latinoamericano-tiene-el-mejor-sistema-sanitario/a-67549147#:~:text=En%202019%2C%20la%20revista%20m%C3%A9dica,Costa%20Rica%2C%20Chile%20y%20Colombia>.
- García Cabezas, N. (20 de Febrero de 2023). *Ayuda en Acción*. Obtenido de Qué es una ONG y cómo funciona: <https://ayudaenaccion.org/blog/solidaridad/que-es-una-ong/>
- Gobierno de Chile. (2024). *PROGRAMA DE ACCESO A REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTEGRAL PARA PERSONAS AMPUTADAS DE EXTREMIDADES INFERIORES POR DIABETES MELLITUS*. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MINISTERIO DE SALUD, Santiago de Chile.
- Gobierno de México. (21 de 10 de 2016). *La Discriminación hacia las Personas con Discapacidad*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conadis/articulos/la-discriminacion-hacia-las-personas-con-discapacidad-y-las-acciones-para-combatirla?idiom=es>
- Gobierno de México. (2017). *Intervenciones de enfermería para la atención del ADULTO AMPUTADO DE EXTREMIDAD INFERIOR POR DIABETES MELLITUS*. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Gobierno de México. (2018 de Junio de 2018). *Instituto Nacional de Desarrollo Social*. Obtenido de Registro Federal de las OSC: <https://www.gob.mx/indesol/acciones-y-programas/registro-federal-de-las-osc#:~:text=Las%20organizaciones%20de%20la%20sociedad%20civil%20son%20agrupaciones%20constituidas%20por,electoral%20o%20religioso%2C%20que%20no>
- Gobierno de México. (2023). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad inferior: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/DIF-257-09.pdf>

- Gobierno del Estado de Jalisco. (2029). *LEY PARA LA INCLUSIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE JALISCO* . Guadalajara Jalisco.
- Gobierno del Estado de Jalsico. (30 de 12 de 1983). *LEY DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO*. Guadalajara, Jalisco, Mexico.
- Gobierno del Estado de Jalsico. (31 de 12 de 2009). *LEY PARA LA INCLUSIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE JALISCO. SERVICIOS Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. Guadalajara, Jalisco, Mexico.
- González Villalobos,, Y. J., & Chávez Dagostino, R. M. (s.f.). Del desarrollo local endógeno. *Hospitalidad ESDAI*, 105-111.
- Govantes Bacallao, Y., Julio Alba Gelabert, C., & Arias Cantalapiedra, A. (2016). Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes. *Rev. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, s/p.
- INEGI. (2021). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES*. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 645/21. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- Instituto Nacional de Desarrollo Social. (7 de Noviembre de 2017). *Gobierno de Mexico*. Obtenido de En Jalisco devuelven autonomía a personas que han sufrido amputaciones: <https://www.gob.mx/indesol/prensa/en-jalisco-devuelven-autonomia-a-personas-que-han-sufrido-amputaciones>
- Instituto Politécnico Nacional . (2013). *CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD MILPA ALTA* . Ciudad de Mexico.
- Jalisco Gobierno del Estado. (14 de 11 de 2020). *ssj.jalisco.gob.mx*. Obtenido de prevenir la diabetes y mantener estilos de vida saludables: <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/9473#:~:text=En%20Jalisco%2C%200contamos%20con%20cerca,en%20control%20es%20el%2045%25>.
- JALISCO Gobierno del Estado. (2023). *PRESENTACIÓN*. Obtenido de <https://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/presentaci%C3%B3n>
- Jan, J., & American Prosthetics Institute. (Enero de 2021). *MSD Manuals*. Obtenido de Introducción a los miembros protésicos: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/temas-especiales/miembro-prot%C3%A9sico/introducci%C3%B3n-a-los-miembros-prot%C3%A9sicos>

- Jofre Salinas, J. C. (2018). *Rehabilitación Integral de Amputados. Una Visión Global*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Jofre Salinas, J. C. (2018). *REHABILITACIÓN INTEGRAL DE AMPUTADOS: UNA VISIÓN GLOBAL*. Santiago, Chile: RIL.
- Junta de beneficencia Privada. (30 de 10 de 2024). *Marco Jurídico*. Obtenido de <http://www.jbpnl.org/marcoJuridico.html>
- Linkes IN. (20 de Febrero de 2024). *Tamaño y visión general del mercado de prótesis de miembros inferiores por actores clave con datos de los principales países*. Obtenido de <https://www.linkedin.com/pulse/lower-limb-prosthetics-market-size-overview-key>
- Manual Merck. (1 de 03 de 2024). *Manual Merck*. Obtenido de Introducción a los miembros protésicos: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/temas-especiales/miembro-prot%C3%A9sico/introducci%C3%B3n-a-los-miembros-prot%C3%A9sicos>
- Martinez Anaya, L. E. (2023). DISEÑO DE UN MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA ACCESO Y ADOPCIÓN A PRÓTESIS PARA PERSONAS QUE SUFREN AMPUTACIÓN DE UN MIEMBRO INFERIOR. *Memorias del 4o. Congreso Internacional del Habitat y Sustentabilidad*, (págs. 309-322). Tlaquepaque, Jalisco.
- mediprax. (2023). *Protesis y Ortesis* . Obtenido de Estadísticas De Discapacidad En México Principalmente Con Limitaciones Para Caminar O Moverse.: <https://mediprax.mx/estadisticas-de-discapacidad-en-mexico-principalmente-con-limitaciones-para-caminar-o-moverse/#:~:text=Por%20otra%20parte%20coment%C3%B3%20que,perso nas%20de%20todas%20las%20edades.>
- Mexico, G. d. (02 de Abril de 2013). *Política Nacional de Salud*. Obtenido de La Política Nacional de Salud es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas.: <https://www.gob.mx/epn/articulos/politica-nacional-de-salud?tab=#:~:text=las%20familias%20mexicanas.-,La%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Salud%20es%20una%20estrategia%20enfocada%20a,salud%20a%20toda%20la%20poblaci%C3%B3n.>
- MEXICO, M. (2023). *Funciones Del Liner Protésico*. Obtenido de Los beneficios de los liners.: <https://mediprax.mx/funciones-del-liner-protésico/#:~:text=El%20liner%20es%20un%20dispositivo,persona%20y%20tipo%20de%20pr%C3%B3tesis.>

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *PROGRAMA DE ACCESO A REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTEGRAL PARA PERSONAS AMPUTADAS DE EXTREMIDADES INFERIORES POR DIABETES MELLITUS*. Santiago de Chile.
- Molina, C., & Faulk, J. (22 de Agosto de 2022). *PUB MED*. (S. Publishing, Editor, & S. [Internet], Productor) Obtenido de Lower Extremity Amputation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31536201/#:~:text=Over%20150000%20people%20undergo%20amputations,neuropathy%2C%20and%20soft%20tissue%20sepsis.>
- NEUROCENTER. (28 de 10 de 2024). *neurocenter.mx*. Obtenido de <https://neurocenter.mx/blog-dia-del-fisioterapeuta/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La OMS hace un llamamiento a la adopción de medidas mundiales para detener el aumento de la diabetes y mejorar la atención de quienes la padecen*. Comincado de prensa, Ginebra. Recuperado el 28 de 02 de 2024, de <https://www.who.int/es/news/item/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action-to-halt-rise-in-and-improve-care-for-people-with-diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción*. Ginebra: who.int.
- Organizacion Munidal de la Salud. (2020). *Rehabilitacion en los Sistemas de la Salud, Guia de Accion*. ISBN 978-92-4-000176-3, 3. Ginebra, Suiza. Obtenido de <https://www.who.int/publications/m?healthtopics=a80d353e-b41c-4939-a7f9-a9406e47f691>
- Perkins, Z., De'Ath, H., Sharp, G., & Tai, N. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery Society Ltd*, 75-85.
- Portugal, S., Grossman, R., School of Medicine, & New York University. (Agosto de 2021). *MSD Manuals*. Obtenido de Rehabilitación tras la amputación de un miembro : <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/fundamentos/rehabilitaci%C3%B3n/rehabilitaci%C3%B3n-tras-la-amputaci%C3%B3n-de-un-miembro>
- Quispe Fernandez, G. M. (Mayo de 2006). Visiones del desarrollo endógeno desde las comunidades locales. *Revista Perspectivas*, 37. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332016000100006#:~:text=Es%20decir%2C%20el%20desarrollo%20end%C3%B3geno,parte%20te%C3%B3rica%20del%20desarrollo%20end%C3%B3geno.

- redalyc. (28 de 10 de 2024). *redalyc.org*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/>
- Rendón Rojas, L., & Herrera Tapia, F. (Enero-junio de 2011). Hacia el desarrollo endógeno de las comunidades mazahuas del Estado de México. Contribuciones a partir de la producción de nopal. *Paradigma económico*, 3(1), 111-114.
- Respuestas Rápidas. (17 de 03 de 2020). *Respuestas Rápidas*. Obtenido de <https://respuestasrapidas.com.mx/que-es-la-discriminacion-a-personas-con-capacidades-diferentes/>
- Revista Univeristario. (28 de 10 de 2024). *Día del Fisioterapeuta Mexicano*. Obtenido de <https://premiotransparencia.org.mx/dia-del-fisioterapeuta-mexicano/>
- Salud Vital. (28 de 10 de 2024). *saludvital.cl*. Obtenido de <https://saludvital.cl/>
- Salud, O. M. (01 de aBRIL de 2021). *Atencion Primaria de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-careWord>
- Secretaría de Salud. (17 de 8 de 2017). Evidencias y Recomendaciones. *Intervenciones de enfermería para la atención del ADULTO AMPUTADO DE EXTREMIDAD INFERIOR POR DIABETES MELLITUS*. Ciudad de Mexico, Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Secretaria de Salud de Jalisco. (2019). *Día Mundial de la Diabetes*. Guadalajara, Jalisco.
- Universidad de Bogota Jorge Tadeo Lozano. (3 de Mayo de 2023). *utadeo.edu.co*. Obtenido de <https://www.utadeo.edu.co/>
- Universidad de Celaya. (2024). *Amputación*. Celaya.
- Universidad de las Americas . (28 de 10 de 2024). *RIUDELAS*. Obtenido de <https://repositorio2.udelas.ac.pa/home>
- Universidad TEC Milenio. (2024). *La salud en Jalisco*. Monterrey Nuevo Leon.
- University of Miami Health System. (28 de 10 de 20254). *Psicología de la Rehabilitación*. Obtenido de <https://umiamihealth.org/es/tratamientos-y-servicios/medicina-f%C3%ADsica-y-rehabilitaci%C3%B3n/rehabilitation-psychology>
- Uribe, E. (10 de 11 de 2023). Doctor en Fisiotereapia. (L. E. Mariinez Anaya, Entrevistador)

US GOV En Español. (20 de 12 de 2023). *Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)*. Obtenido de <https://www.usa.gov/es/agencias/departamento-de-salud-y-servicios-humanos>

Vázquez Vela Sanchez, D. (2015). *Los amputados y su rehabilitación. Un reto para el Estado*, (Primera Edición ed.). (E. V. Sánchez, Ed.) Queretaro, Queretaro, Mexico: Intersistemas SA de CV.

Zacharia, I. (12 de 2023). *Manula MSD*. Obtenido de Rehabilitación tras la amputación de un miembro: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/fundamentos/rehabilitaci%C3%B3n/rehabilitaci%C3%B3n-tras-la-amputaci%C3%B3n-de-un-miembro>

16. ANEXOS

Anexo 1 Formato de entrevista para recabar datos hoja No. 1.

MDEIS

FORMULARIO DE ENTREVISTA H1/2



PROYECTO:

"Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco México".

ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

DATOS GENERALES			
REALIZADO POR:		FECHA:	
NOMBRE DEL ENTREVISTADO:		EDAD:	
PROFESION:		ESCOLARIDAD:	
TRABAJO:		ESTADO CIVIL:	
INFORME DE LA SITUACION			
RAZON DE LA AMPUTACION:			
AÑO DE AMPUTACION:		LUGAR DE LA AMPUTACION:	
¿USA PROTESIS?		OTRO (EXPLICA):	
¿QUIEN FABRICO LA PROTESIS?			
¿CUANTO TIEMPO PASO DESDE LA AMPUTACION HASTA QUE RECIBIO LA PROTESIS O EL DISPOSITIVO?		¿CUANTO TIEMPO DURO LA ADAPTACION DE LA PROTESIS O EL DISPOSITIVO QUE SE UTILIZA?	
INFORME DE RUTA TRAUMATICA / ETAPA 1 PRE TRAUMA			
PUEDE EXPLICAR A DETALLE ¿QUE FUE LO QUE SENTIO CUANDO SE ENTERO QUE PERDERIA LA PIERNA?			
¿A QUIEN ACUDIO CUANDO SE ENTERO QUE PODRIA PERDER LA PIERNA O A QUIEN SE LO CONTO?			
¿PUEDE DESCRIBIR LOS MOMENTOS JUSTO ANTES DE QUE SE LE AMPUTARA LA PIERNA?			
¿CUÁNDO LOS MEDICOS LE EXPLICARON EL PROCEDIMIENTO, UD RECUERDA LAS DUDAS QUE TUVO?			

Fuente: Elaboración propia 2023

Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco, México.

FORMULARIO DE ENTREVISTA H2/2



PROYECTO:

“Diseño de un modelo de acompañamiento para el acceso y adopción a una prótesis para personas que sufren amputación de un miembro inferior en Jalisco México”.

ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

INFORME DE RUTA TRAUMATICA / ETAPA 2 TRAUMA					
¿QUE ES LO MAS RECUERDA DE LA ESTADIA EN EL HOSPITAL, MIENTRAS UD SE RECUPERABA?					
¿CUANTO TIEMPO DURO SU RECUPERACION EN EL HOSPITAL ?		¿RECUERDA LAS RECOMENDACIONES DEL LOS MEDICOS ?			
¿PUEDE DESCRIBIR COMO FUE SU REGRESO A SU CASA ?					
¿SE LE EXPLICO EL PROCESO PARA RECIBIR UNA PROTESIS ?		PUEDE EXPLICAR			
INFORME DE RUTA TRAUMATICA / ETAPA 2 POST TRAUMA					
¿RECUERDA QUE TIPO DE EMOCIONES SENTIO DURANTE LA RECUPERACION FISICA?					
¿CUAL FUE LA QUE MAS TRABAJO LE COSTO O AH COSTADO SUPERAR Y PORQUE?					
¿CUAL FUE EL MAYOR RETO DURANTE LA RECUPERACION?					
¿RECUERDA QUE TUVO QUE HACER EN SU ENTORNO PARA FACILITARLE EL DIA A DIA?					
PARA USO EXCLUSIVO INTERNO - MARQUE EN QUE ETAPA QUE CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA(O) EL ENTREVISTADO -					
ETAPA PRE TRAUMA		ETAPA IN TRAUMA		ETAPA POST TRAUMA	
SHOCK		HOSPITAL		DOLOR FIS & EMO	
EXAMENES		SUFRIMIENTO		BIPOLARIDAD	
OPINIONES MEDICAS		DISCAPACIDAD		INSOMNIO	
CREENCIAS		REC. CLINICA		REC. FISICA	
DESTRUCCION ESP.		REALIDAD		SOLEDAD	
DECEPCION		AISLAMIENTO		AISLAMIENTO	
PERDIDA DE TIEMPO		DEPRESION		TRANSFORMACION	

Fuente: Elaboración propia 2023