



TESINA

presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

**Título: “Factores vinculados a la adherencia al tratamiento
kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe,
Argentina”**

Autores:

Alba, Francisco Luis – N° DNI: 40.555.271

Chacón, Agustín - N° DNI: 42.329.901

Director:

Dr. Gustavo Silva

Fecha de Presentación:

Santa Fe, 21/5/2026

Firmas de Autores:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alba Francisco'.

Alba
Francisco

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Chacón Agustín'.

Chacón
Agustín

RESUMEN

Introducción: La amputación de miembro inferior constituye un evento de gran impacto físico, psicológico y social que requiere un proceso de rehabilitación prolongado. En este contexto, la adherencia al tratamiento kinésico representa un factor determinante para favorecer la recuperación funcional, la adaptación al uso de la prótesis y la calidad de vida. Sin embargo, la adherencia es un fenómeno complejo, influido por múltiples factores individuales, sociales e institucionales.

Objetivo general: Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados mayores de 18 años de la ciudad de Santa Fe durante el período 2025-2026.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y de corte transversal. Se efectuó una revisión bibliográfica y se realizaron entrevistas semiestructuradas a 11 pacientes amputados de miembro inferior, seleccionados mediante muestreo intencional. La información obtenida fue analizada de manera interpretativa hasta alcanzar la saturación teórica.

Resultados: La adherencia al tratamiento se configuró como un proceso dinámico y multidimensional. Se identificaron cuatro dimensiones analíticas: biopsicosocial; reconfiguración corporal y adaptación a la prótesis; social e institucional; y subjetiva. Entre los principales facilitadores se destacaron el apoyo familiar, la motivación personal y el vínculo terapéutico con el kinesiólogo. Como barreras se identificaron el dolor, las dificultades en la adaptación protésica, las demoras en el acceso a la rehabilitación y a la prótesis, las limitaciones económicas y las dificultades del sistema de salud.

Conclusión: La adherencia al tratamiento kinésico no depende exclusivamente del compromiso individual del paciente, sino de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales e institucionales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje biopsicosocial centrado en la persona, orientado a promover la continuidad del proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Amputados; Percepción; Rehabilitación; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Relaciones Profesional – Paciente.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN:	1
II.	OBJETIVOS	4
II.A	Objetivo general:	4
II.B	Objetivos específicos:	4
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	6
IV.A	Amputación	6
IV.B	Rehabilitación del paciente amputado	8
IV.C	Prótesis en el paciente amputado	10
IV.D	Adherencia al tratamiento.	11
IV.E	Factores vinculados a la adherencia.	13
IV.F	Barreras que limitan el tratamiento.	14
IV.G	Percepciones y experiencias del paciente amputado	16
IV.G.1.	<i>Dimensión emocional e identitaria</i>	16
IV.G.2.	<i>Dimensión funcional</i>	17
IV.G.3.	<i>Dimensión de satisfacción protésica</i>	17
IV.G.4.	<i>Dimensión relacional y del sistema de salud</i>	18
IV.G.5.	<i>Dimensión contextual y social</i>	18
IV.H	Percepción del paciente amputado acerca de la relación con el kinesiólogo	19
IV.I	Satisfacción del paciente.	20
V.	CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	23
V.A	Búsqueda bibliográfica:	23
V.B	Trabajo de campo:	25
V.B.1.	Criterios de inclusión:	26
V.B.2.	Criterios de exclusión:	26
V.C	Procedimiento	28
VI.	CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:	32
VI.A	Dimensión biopsicosocial de la adherencia:	32
VI.B	Reconfiguración corporal y adaptación a la prótesis	34
VI.C	Dimensión social e institucional: condiciones estructurales y sostenimiento del tratamiento:	37
VI.D	Dimensión subjetiva de la adherencia: construcción de la experiencia.	41
VII.	CAPÍTULO 4: REFLEXIÓN FINAL	46
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

IX.	ANEXO.....	52
IX.A	Consentimiento informado.....	52
IX.B	Modelo de entrevista semiestructurada:.....	54
IX.C	Resultados de entrevistas.....	55

I. INTRODUCCIÓN:

Se entiende por amputación a la resección quirúrgica definitiva de una parte o de la totalidad de una extremidad, generalmente motivada por lesiones, enfermedades, infecciones o traumatismos que generan déficit funcional. La indicación principal para realizar una amputación quirúrgica es la pérdida irreversible del suministro sanguíneo al tejido afectado, ya que el miembro no puede mantenerse viable cuando su aporte nutricional se ve comprometido ⁽¹⁾.

Las más frecuentes son congénitas, adquiridas y traumáticas. En jóvenes la causa principal es la traumática, en ancianos la causa se relaciona a los procesos vasculares, y en niños y adolescentes la causa es tumoral ².

La amputación de miembros inferiores es 3 veces más frecuente que la de miembros superiores. El 90% de los amputados de la extremidad inferior es mayor de 70 años, la mayoría se debe a arteriosclerosis y a complicaciones de diabetes mellitus (DM). Un gran número de amputados de causa vascular pierden la extremidad contralateral en un lapso de 3 a 5 años. Relación entre géneros: 2,5 hombres - 1 mujer ⁽²⁾.

La amputación de miembros inferiores constituye un procedimiento quirúrgico de gran impacto, que modifica la vida del paciente y repercute en su funcionalidad, estado psicológico y relaciones sociales. La incorporación de prótesis tras la amputación contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar psicosocial del individuo ⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento se refiere al grado en que las conductas del paciente se alinean con las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por el profesional de salud⁽⁴⁾. Es fundamental fortalecer la relación entre el paciente y el equipo sanitario, ya que una adecuada adherencia contribuye a reducir las complicaciones en los ámbitos médico, social, económico y psicosocial, factores que inciden directamente en la calidad de vida del individuo ⁽⁴⁾.

La OMS considera la adherencia terapéutica como un factor crítico para el éxito clínico y reconoce que su incumplimiento, incluyendo el abandono, está influenciado por múltiples factores sociales, económicos, estructurales y personales⁽⁵⁾. La adherencia terapéutica es un proceso multidimensional en el que se relacionan diversos factores que los profesionales del equipo interdisciplinario deberán tener en cuenta al momento de diseñar el tratamiento a aplicar. Estos son los siguientes ⁽⁴⁾.

- Factores socioeconómicos: pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, etc. ⁽⁴⁾.
- Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria: consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, falta de incentivos ⁽⁴⁾.
- Factores relacionados con el tratamiento: cambios frecuentes del mismo, duración, fracaso de tratamientos anteriores ⁽⁴⁾.
- Factores relacionados con el paciente: actitud, percepción y expectativas, conocimiento y habilidad, síntomas físicos y emocionales, entre otros ⁽⁴⁾.

La prótesis desempeña un papel fundamental en la recuperación de la movilidad, siendo esencial para maximizar su uso, prevenir el rechazo y favorecer la adherencia al plan de tratamiento. La satisfacción del paciente con la prótesis depende de la congruencia entre sus experiencias y expectativas ⁽⁶⁾.

La aceptación y conformidad con la prótesis constituyen evaluaciones subjetivas y emocionales que se ven moduladas por características como la apariencia, las propiedades, el ajuste y el uso del dispositivo, así como por las condiciones del muñón. Además, el estado psicológico del paciente, incluyendo la presencia de ansiedad o depresión, junto con factores personales como experiencias previas, estrategias de afrontamiento, expectativas, valores, creencias y el contexto social, influyen de manera significativa. Por ello, la satisfacción con la prótesis se considera un constructo biopsicosocial determinado por múltiples factores interrelacionados ⁽⁶⁾.

Algunas causas de incumplimiento terapéutico se deben a no aceptar el diagnóstico, la negación de la enfermedad, la estigmatización, los efectos secundarios, la percepción de falta de beneficios del tratamiento, los cambios en el entorno y aspectos económicos que son de los más predominantes. El incumplimiento puede ocasionar: molestia o efectos secundarios propios del tratamiento ⁽⁷⁾.

La experiencia humana se organiza a través de la historia de vida, las creencias y el diálogo interno, lo que permite al sujeto otorgar sentido a los acontecimientos vividos. La experiencia de una persona que atraviesa una amputación puede entenderse como un proceso complejo de reconstrucción personal, comparable al duelo que se experimenta ante la pérdida de un ser querido, este proceso implica no solo la pérdida física de una parte del cuerpo, sino también la pérdida simbólica de una identidad corporal previa, lo que genera una profunda transformación emocional y existencial ⁽⁸⁾.

La concepción predominante que asocia la discapacidad con sufrimiento, una vida limitada y la necesidad constante de tratamientos reparadores, no siempre refleja las percepciones y experiencias que las propias personas con discapacidad construyen sobre sí mismas ⁽⁹⁾.

En este sentido, la problemática de la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados no puede comprenderse únicamente desde variables clínicas o funcionales, sino que requiere considerar la percepción subjetiva del paciente respecto de su proceso de rehabilitación. La manera en que el individuo interpreta su condición, evalúa la utilidad del tratamiento, experimenta el uso de la prótesis y construye la relación terapéutica con el kinesiólogo influye de manera directa en su compromiso y continuidad terapéutica.

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontraron estudios a nivel local que analicen esta problemática desde una perspectiva cualitativa centrada en la experiencia del paciente amputado en la ciudad de Santa Fe. No obstante, diversos estudios han abordado el proceso de rehabilitación y las experiencias de las personas con discapacidad desde enfoques cualitativos, destacando la importancia de los factores sociales, culturales y subjetivos en dichos procesos ⁽¹⁰⁾.

Por ello, se desarrollará una investigación de enfoque cualitativo, descriptivo y transversal, basada en entrevistas semiestructuradas a pacientes amputados mayores de 18 años que realicen o hayan realizado rehabilitación kinésica en instituciones de la ciudad de Santa Fe durante el período 2025–2026.

Si bien la adherencia terapéutica ha sido ampliamente estudiada en enfermedades crónicas, donde se reconoce como un fenómeno complejo y multifactorial que influye directamente en los resultados en salud, en el caso del paciente amputado adquiere características particulares ⁽¹¹⁾. La amputación no solo implica una pérdida anatómica, sino una transformación identitaria, funcional y social. En este contexto, la percepción que el paciente construye acerca de su rehabilitación, su prótesis, su cuerpo y la relación con el profesional de salud puede actuar tanto como facilitador o como barrera en la continuidad del tratamiento. No se trata únicamente de asistir a las sesiones, sino de cómo el paciente resignifica su proceso rehabilitador ⁽¹⁰⁾.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, se propone la siguiente pregunta de investigación ¿Qué factores influyen en la adherencia a la rehabilitación kinésica en pacientes amputados mayores de 18 años en la ciudad de Santa Fe, Argentina comprendido en el periodo 2025/2026?

II. OBJETIVOS

II.A Objetivo general:

Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados mayores de 18 años en la ciudad de Santa Fe Argentina. (2025/2026)

II.B Objetivos específicos:

- Identificar y describir los factores que limitan y facilitan la adherencia al tratamiento kinésico por parte del paciente amputado.
- Explorar y describir las percepciones y experiencias de los pacientes amputados respecto a las barreras que dificultan su permanencia en el tratamiento.
- Explorar las percepciones del paciente amputado acerca de la relación con el kinesiólogo y su influencia en la adherencia al tratamiento kinésico.

III. JUSTIFICACIÓN

La amputación constituye un cambio abrupto en la vida del individuo, con profundas implicancias tanto físicas como psicológicas, ya que altera su esquema corporal y repercute directamente en su calidad de vida. La pérdida de una extremidad genera un impacto significativo en la funcionalidad, la independencia y la participación social del paciente, lo que puede derivar en estrés, ansiedad y dificultades en la reintegración a la vida cotidiana. Comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico es fundamental para garantizar que la rehabilitación sea efectiva y contribuya al bienestar integral del individuo.

Desde la perspectiva social, la adherencia terapéutica no solo afecta la recuperación física, sino que también incide en la autonomía, la inclusión laboral y la interacción social del paciente. La falta de seguimiento puede limitar la independencia del individuo, generar estigmatización y aumentar la dependencia de la familia y la comunidad, lo que refuerza la necesidad de estrategias que favorezcan la continuidad del tratamiento.

En el ámbito clínico y profesional, el estudio de los factores que influyen en la adherencia permite al equipo interdisciplinario (kinesiólogos, médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud) diseñar intervenciones personalizadas y sostenibles, orientadas a optimizar la rehabilitación funcional y psicosocial. Además, al identificar barreras y facilitadores percibidos por los pacientes, se pueden implementar estrategias que reduzcan la deserción y aumenten la efectividad del tratamiento.

En el contexto local no se encontraron estudios que analicen la adherencia a la rehabilitación kinésica en pacientes amputados adultos, considerando factores biopsicosociales y la experiencia subjetiva del paciente. La adherencia terapéutica tiene un impacto económico importante ya que la continuidad en el tratamiento reduce la probabilidad de complicaciones, disminuye la necesidad de reingresos hospitalarios y optimiza el uso de recursos sanitarios. Comprender los factores que influyen en la adherencia permite al sistema de salud planificar intervenciones más eficientes, mejorando tanto los resultados clínicos como la sostenibilidad del cuidado.

En síntesis, esta investigación se justifica por su relevancia social, clínica, científica y económica, y responde directamente al objetivo de analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados mayores de 18 años en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Identificar estas variables permite diseñar estrategias de intervención más efectivas y adaptadas a las necesidades reales de los pacientes, optimizando su rehabilitación y promoviendo su bienestar integral.

IV. CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

IV.A Amputación.

La amputación se define como la extirpación quirúrgica parcial o total de una extremidad de manera permanente. Este procedimiento suele ser consecuencia de una lesión, enfermedad, infección o traumatismo que ocasiona una pérdida funcional irreversible. Se trata de una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la medicina y, en la actualidad, se indica principalmente cuando la vida del paciente se encuentra en riesgo, especialmente en situaciones donde existe un compromiso vascular severo con pérdida irreversible del aporte sanguíneo y riesgo de diseminación sistémica de toxinas o infecciones ⁽¹⁾.

Las causas que conducen a la amputación son diversas y se relacionan estrechamente con la edad, el estilo de vida y las condiciones de salud del paciente. Entre las principales se destacan:

- La DM, particularmente la de tipo 2, considerada una de las causas más frecuentes de amputación. Las personas con DM presentan un riesgo significativamente mayor en comparación con la población general ⁽¹⁾.
- Traumatismos, predominantes en personas jóvenes y activas, principalmente asociados a accidentes de tránsito y accidentes laborales o industriales ⁽¹⁾.
- Enfermedades vasculares o circulatorias, constituyendo la causa más habitual en pacientes de edad avanzada, especialmente en el contexto de angiopatías periféricas ⁽¹⁾.
- Procesos oncológicos, en los que la amputación se indica ante la presencia de tumores óseos, musculares o cutáneos con el objetivo de evitar la diseminación de la enfermedad ⁽¹⁾.
- Infecciones graves, como gangrena, osteomielitis o tuberculosis, que comprometen de forma severa los tejidos.
- Malformaciones congénitas, que representan un porcentaje menor dentro del total de casos ⁽¹⁾.

La elección del nivel de amputación tiene como objetivo principal la conservación de un muñón funcional que permita una futura adaptación protésica. Siempre que es posible, se intenta realizar la amputación en el nivel más distal viable ⁽¹⁾.

Se describen los principales niveles de amputación del miembro inferior, ordenados desde el más proximal al más distal:

- **Hemipelvectomía:** constituye el nivel más proximal, en el cual se reseca parte de la pelvis junto con el miembro inferior ⁽¹²⁾.
- **Desarticulación de cadera:** implica la extracción completa del miembro a nivel de la articulación coxofemoral, sin sección ósea ⁽¹²⁾.
- **Amputación transfemoral (AK – Above Knee):** se realiza a través del fémur, por encima de la articulación de la rodilla. Este nivel se asocia a un mayor gasto energético durante la marcha en comparación con amputaciones más distales, debido a la pérdida de la rodilla como articulación funcional ⁽¹²⁾.
- **Desarticulación de rodilla:** se lleva a cabo a nivel de la articulación femorotibial, preservando la longitud del fémur ⁽¹²⁾.
- **Amputación transtibial (BK – Below Knee):** se efectúa a través de la tibia, por debajo de la rodilla. Es uno de los niveles más frecuentes y funcionales. Durante la rehabilitación resulta fundamental mantener la rodilla en extensión para prevenir rigideces articulares ⁽¹²⁾.
- **Desarticulación de tobillo:** la resección se realiza a nivel de la articulación tibiotalar, conservando la longitud de la pierna ⁽¹²⁾.
- **Amputación tipo Syme:** técnica específica a nivel del tobillo que preserva el talón y permite el apoyo distal ⁽¹²⁾.
- **Amputación parcial del pie:** comprende la resección de uno o más segmentos del pie, según el compromiso tisular ⁽¹²⁾.

La selección del nivel de amputación se rige por criterios anatómicos, funcionales y protésicos. El principio fundamental consiste en realizar la amputación en el nivel más distal posible, siempre que las condiciones clínicas lo permitan, con el fin de conservar la mayor cantidad de tejido sano y optimizar la funcionalidad residual ⁽²⁾.

Independientemente del nivel de amputación, el objetivo quirúrgico es la obtención de un muñón funcional, caracterizado por una adecuada estabilidad, buen equilibrio muscular, correcta ubicación de la cicatriz, ausencia de edemas y condiciones óptimas de la piel, aspectos indispensables para la adaptación y el uso efectivo de una prótesis ⁽²⁾.

Asimismo, resulta importante diferenciar conceptualmente la amputación, entendida como la sección realizada a través del hueso, de la desarticulación, que implica la resección del miembro a nivel de una articulación, sin corte óseo ⁽²⁾.

La amputación genera un compromiso funcional significativo que afecta la vida cotidiana del individuo. Entre las principales consecuencias funcionales se incluyen la

limitación para la realización de actividades básicas y recreativas, así como la reducción de la participación social. La dependencia de terceros para la movilidad o el autocuidado puede provocar sentimientos de frustración, vergüenza y pérdida de autonomía. A pesar de los avances en rehabilitación y en el uso de prótesis, el paciente debe adaptarse a una modificación corporal permanente que condiciona su desempeño funcional ⁽¹⁾.

Desde el punto de vista psicológico, la amputación constituye un evento altamente estresante y potencialmente traumático. La alteración de la imagen corporal suele asociarse a ansiedad, disminución de la autoestima y síntomas depresivos. El proceso de adaptación implica un duelo por la pérdida del miembro, durante el cual el paciente puede atravesar distintas etapas, como negación, ira, tristeza y, finalmente, una progresiva aceptación de su nueva condición. Asimismo, puede producirse una crisis de identidad, en la que el individuo se enfrenta a la necesidad de reconstruir su autopercepción y redefinir su rol personal y social frente a las limitaciones físicas. El impacto de la amputación no se limita al individuo, sino que se extiende a su entorno social y familiar. Existe un riesgo aumentado de aislamiento social, motivado por el temor al rechazo o a la estigmatización. En el ámbito laboral, la pérdida de capacidad funcional puede comprometer la continuidad del empleo y afectar la estabilidad económica del núcleo familiar. A su vez, la dinámica familiar suele modificarse, requiriendo ajustes en las rutinas diarias y en los roles de sus miembros. El apoyo familiar se reconoce como un factor clave para el ajuste emocional y la adherencia al proceso de rehabilitación; sin embargo, cuando la comunicación es deficiente, la familia también puede experimentar sobrecarga emocional y sentimientos de aislamiento ⁽¹⁾.

IV.B Rehabilitación del paciente amputado.

La rehabilitación de las personas amputadas constituye un proceso integral e interdisciplinario cuyo objetivo principal es la recuperación funcional, la reintegración social y la capacitación del paciente para mejorar su calidad de vida. Este proceso se estructura en distintas etapas que abarcan desde el período previo a la cirugía hasta la adaptación y el uso definitivo de una prótesis ⁽²⁾.

El abordaje rehabilitador se organiza en fases sucesivas, orientadas a favorecer una progresión funcional adecuada y la mayor autonomía posible del paciente ⁽²⁾.

Etapas prequirúrgica: cuando la situación clínica lo permite, se brinda información al paciente y a su entorno familiar acerca de la cirugía, las posibles secuelas funcionales y el plan de rehabilitación. Esta instancia tiene como objetivo reducir la ansiedad, fortalecer el vínculo con el equipo de salud e iniciar el acompañamiento psicológico. Asimismo, se evalúan los rangos

articulares y se trabaja sobre el fortalecimiento de los miembros no comprometidos y de la musculatura abdominal ⁽²⁾.

Etapas postquirúrgica: en este período los objetivos principales son el control del dolor y del edema, generalmente mediante el vendaje del muñón, ya sea con vendas elásticas, calcetas o yeso rígido. Resulta fundamental la implementación de cuidados posturales para prevenir rigideces articulares y contracturas, como el mantenimiento de la rodilla en extensión en amputaciones transtibiales y la alternancia de decúbito ⁽²⁾.

Etapas preprotésica: se inicia aproximadamente entre la segunda y tercera semana posterior a la cirugía. En esta fase se busca la maduración del muñón y la preparación para la futura adaptación protésica. Puede indicarse el uso de una prótesis provisional o pílón, lo que favorece una recuperación más temprana de la independencia funcional, reduce el riesgo de contracturas en flexión y acelera el aprendizaje de la marcha ⁽²⁾.

Etapas protésica: comprende la prescripción, adaptación y entrenamiento con la prótesis definitiva. El paciente aprende la técnica adecuada de colocación, el control postural y del equilibrio frecuentemente frente al espejo y la reeducación de la marcha, que se inicia en paralelas y progresa hacia distintos tipos de superficies y obstáculos ⁽²⁾.

La rehabilitación de la persona amputada constituye un proceso complejo que requiere la intervención coordinada de un equipo interdisciplinario, en el cual cada profesional asume funciones específicas y complementarias orientadas a la recuperación funcional y la reintegración social del paciente ⁽¹³⁾. En este marco, el médico fisiatra cumple un rol central en la coordinación del equipo, la definición de los objetivos terapéuticos y la valoración del pronóstico funcional. El kinesiólogo o terapeuta físico interviene en el fortalecimiento muscular, la reeducación respiratoria, el vendaje del muñón y el entrenamiento de la marcha. Por su parte, el terapeuta ocupacional aborda las actividades de la vida diaria, diseña adaptaciones y favorece la reinserción social y laboral. El licenciado en ortesis y prótesis se encarga del diseño, moldeado, alineación y mantenimiento de los dispositivos protésicos. Finalmente, el psicólogo y el trabajador social brindan acompañamiento emocional durante el proceso de duelo por la pérdida del miembro y evalúan los recursos sociales y económicos del entorno del paciente.

El tratamiento rehabilitador tiene como objetivos restablecer el equilibrio y la propiocepción, favorecer una pronta bipedestación y optimizar el trofismo y la funcionalidad del muñón. Para evaluar los resultados del proceso de rehabilitación se emplean diferentes escalas funcionales, entre las que se destacan la clasificación de Pohjolainen, que valora el grado de independencia en la marcha, y la clasificación de Russek, que determina el nivel de rehabilitación en función de la distancia recorrida y la capacidad de utilizar transporte público.

El costo metabólico de la marcha se incrementa a medida que el nivel de amputación es más proximal. Por ejemplo, las personas con amputación transfemoral presentan un mayor gasto energético y una menor velocidad de marcha en comparación con aquellas con amputación transtibial. Asimismo, existen situaciones que pueden contraindicar el uso de prótesis, como la falta de motivación del paciente, la presencia de cardiopatías severas o un estado inadecuado del muñón, lo que condiciona el abordaje rehabilitador y los objetivos funcionales ⁽²⁾.

IV.C Prótesis en el paciente amputado.

El concepto de prótesis deriva del término griego próthesis, y hace referencia a un dispositivo externo destinado a sustituir de manera total o parcial un segmento corporal ausente. Su finalidad trasciende la simple reposición anatómica, ya que busca restablecer funciones esenciales perdidas como la marcha en amputaciones de miembros inferiores o la prensión en los miembros superiores, además de contribuir a la recuperación de la imagen corporal y la estética del individuo. Desde el punto de vista funcional, las prótesis pueden clasificarse en pasivas, cuya función principal es estética o de apoyo, y activas, que permiten la ejecución de movimientos mediante el aprovechamiento de la energía corporal del usuario o a través de fuentes externas, como ocurre en las prótesis mioeléctricas. En el caso de los miembros inferiores, elementos como el pie protésico cumplen funciones biomecánicas fundamentales, entre ellas la absorción del impacto, la estabilidad durante la fase de apoyo y la facilitación del impulso durante el despegue. En los miembros superiores, la prótesis intenta reproducir, en la medida de lo posible, las funciones motora, sensitiva y comunicativa propias de la mano humana ⁽¹⁴⁾.

La adaptación a una prótesis constituye un proceso progresivo y multidisciplinario que requiere la intervención coordinada de cirujanos, médicos fisiatras, licenciados en ortesis y prótesis, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Este proceso se estructura en diferentes etapas, cada una con objetivos específicos:

- Prescripción y fabricación: Una vez que el muñón alcanza un estado de estabilidad clínica, generalmente luego de varias semanas, el equipo de rehabilitación determina el tipo de prótesis y sus componentes en función de las características físicas, funcionales y contextuales del paciente. El encaje adquiere un rol central, ya que constituye la interfaz entre el cuerpo y la prótesis, debiendo asegurar confort, estabilidad y una correcta distribución de las cargas ⁽¹⁴⁾.
- Entrenamiento protésico: En esta etapa el paciente aprende el manejo del dispositivo, incluyendo su colocación y retiro, el control del equilibrio y la reeducación funcional.

En amputaciones de miembros inferiores, el entrenamiento se centra en la marcha, mientras que en los miembros superiores se prioriza la prensión y la realización de actividades de la vida diaria ⁽¹⁴⁾.

- Alineación protésica: La alineación es un proceso dinámico y continuo que busca optimizar la posición de los componentes protésicos para favorecer la estabilidad, la eficiencia biomecánica y la reducción del gasto energético durante la marcha o el uso funcional ⁽¹⁴⁾.

El uso de una prótesis puede verse condicionado por múltiples dificultades, que pueden clasificarse en psicológicas, físicas y mecánicas. En relación con las complicaciones físicas, el dolor del muñón es una de las más frecuentes y puede estar asociado a la presencia de neuromas, irregularidades óseas, mala adaptación del encaje o presiones excesivas en zonas sensibles. A ello se suma el fenómeno del miembro fantasma, caracterizado por sensaciones dolorosas percibidas en el segmento amputado, que puede interferir con el uso de la prótesis ⁽¹⁴⁾.

Los problemas dermatológicos también son habituales debido al contacto prolongado, la fricción y la limitada ventilación del encaje, favoreciendo la aparición de lesiones cutáneas, dermatitis, foliculitis o infecciones locales ⁽¹⁴⁾.

Finalmente, una alineación inadecuada, la debilidad muscular o una adaptación deficiente pueden dar lugar a alteraciones en la marcha, como la circunducción, el golpe brusco del pie contra el suelo o la inestabilidad articular, incrementando el gasto energético y el riesgo de caídas ⁽¹⁴⁾.

IV.D Adherencia al tratamiento.

La OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que la conducta del paciente se corresponde con las indicaciones terapéuticas brindadas por los profesionales de la salud ⁽⁵⁾. En el contexto de la rehabilitación de personas con amputación de miembro inferior, esta definición adquiere una relevancia particular, dado que el proceso terapéutico suele ser prolongado, complejo y multidimensional.

Desde una perspectiva integral, la adherencia implica no solo el cumplimiento de las indicaciones kinésicas, sino también la disposición del individuo para aceptar su condición, modificar hábitos de vida y sostener un compromiso activo con el proceso de rehabilitación.

En personas amputadas, este compromiso se ve atravesado por factores físicos, emocionales y sociales, como la pérdida funcional, los cambios en la imagen corporal, el impacto psicológico de la amputación y las expectativas vinculadas al uso de una prótesis ⁽¹⁵⁾.

En el ámbito de la fisioterapia, la adherencia al tratamiento en personas amputadas se entiende como la participación activa y voluntaria del paciente en todas las etapas de su recuperación. Esto incluye la asistencia regular a las sesiones de rehabilitación, la correcta ejecución de los ejercicios terapéuticos, el cumplimiento de las indicaciones domiciliarias y la adaptación progresiva al uso de la prótesis. Asimismo, resulta fundamental la comprensión de las consignas terapéuticas y el esfuerzo sostenido para afrontar las dificultades propias del proceso, como el dolor, la incomodidad protésica, la fatiga muscular o la frustración ante los avances lentos ⁽⁵⁾.

El uso de prótesis constituye un elemento central en la rehabilitación de la persona amputada y representa un desafío adicional en términos de adherencia. La aceptación del dispositivo protésico, la tolerancia al encaje, la percepción de funcionalidad y la confianza en su utilización influyen directamente en la continuidad del tratamiento y en la participación en las sesiones de rehabilitación ⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, la no adherencia en personas con amputación puede responder tanto a factores individuales como contextuales, incluyendo limitaciones socioeconómicas, dificultades de acceso al sistema de salud, dolor persistente, escaso acompañamiento familiar o una relación terapéutica deficiente. En este sentido, la adherencia al tratamiento no debe concebirse como una conducta pasiva de obediencia, sino como un proceso de colaboración entre el paciente y el profesional de la salud, en el cual el kinesiólogo desempeña un rol clave como facilitador del proceso de adaptación y motivación ⁽⁵⁾.

En síntesis, la adherencia al tratamiento en personas con amputación y uso de prótesis constituye un factor determinante para el éxito de la rehabilitación, ya que condiciona la recuperación funcional, la autonomía y la calidad de vida. La comprensión de los factores que influyen en la adherencia resulta fundamental para diseñar estrategias terapéuticas que promuevan la participación activa del paciente y favorezcan resultados rehabilitadores sostenibles en el tiempo.

IV.E Factores vinculados a la adherencia.

Los factores socioeconómicos constituyen condiciones externas que pueden dificultar o impedir la continuidad del tratamiento rehabilitador. Entre ellos se incluyen la situación de pobreza, el desempleo, la falta de recursos económicos para afrontar gastos asociados al tratamiento como transporte o medicación, la distancia geográfica entre el domicilio del paciente y el centro de rehabilitación, así como el analfabetismo o bajo nivel educativo. En numerosos casos, estas limitaciones llevan al paciente a priorizar las necesidades económicas y familiares por sobre su propio proceso de rehabilitación, afectando negativamente la adherencia terapéutica ⁽¹⁶⁾.

Los factores relacionados con el sistema de salud y la atención médica se vinculan con la organización, accesibilidad y calidad del sistema de salud. La adherencia puede verse comprometida por limitaciones administrativas, como la brevedad de las consultas debido a la alta demanda de atención, lo que reduce la posibilidad de una intervención adecuada y personalizada. Asimismo, influyen negativamente las deficiencias en la atención sanitaria, entre las que se destacan la escasa educación brindada al paciente sobre su patología, los tiempos de espera prolongados, una comunicación ineficaz entre el profesional y el paciente, y actitudes negativas o poco empáticas por parte del personal de salud ⁽¹⁶⁾.

Las características propias de la patología y de la condición de la enfermedad influyen directamente en la disposición del paciente para sostener el tratamiento. La adherencia suele disminuir cuando el proceso de rehabilitación se asocia a un aumento del dolor durante la realización de los ejercicios físicos, constituyendo una barrera significativa. Asimismo, las enfermedades que afectan el nivel de conciencia o generan alteraciones cognitivas, emocionales o psicológicas pueden dificultar el cumplimiento terapéutico. La presencia de una movilidad severamente reducida o la dependencia de terceros para el desplazamiento y el autocuidado también condicionan negativamente la continuidad del tratamiento ⁽¹⁶⁾.

Los factores que se asocian con la rehabilitación son la duración, complejidad y percepción del proceso terapéutico. Se ha observado una mayor adherencia en tratamientos de corta duración en comparación con aquellos prolongados en el tiempo. La falta de motivación, la desconfianza en los beneficios de la intervención, experiencias negativas en tratamientos previos y la ausencia de apoyo familiar o profesional inciden desfavorablemente en la continuidad del proceso rehabilitador. Los factores relacionados con el paciente comprenden aspectos personales, físicos y psicológicos del individuo. Incluyen las creencias, percepciones y expectativas que el paciente posee respecto a su enfermedad y tratamiento, influenciadas por su contexto sociocultural. Asimismo, determinadas limitaciones físicas,

como alteraciones visuales o auditivas, pueden interferir en la correcta comprensión de las indicaciones terapéuticas. Desde el punto de vista psicológico, la baja autoeficacia, la presencia de depresión, ansiedad y la ausencia de hábitos previos de actividad física se asocian a menores niveles de adherencia. En relación con la edad, tanto los adolescentes como los adultos mayores suelen presentar mayores dificultades para sostener el tratamiento, debido a alteraciones funcionales, dependencia o a la cronicidad de sus patologías ⁽¹⁶⁾.

IV.F Barreras que limitan el tratamiento.

En el ámbito de la rehabilitación, resulta fundamental diferenciar los conceptos de cumplimiento y adherencia terapéutica. El cumplimiento hace referencia a una conducta pasiva por parte del paciente, limitada a la obediencia de indicaciones prescritas por el profesional de la salud. En contraste, la adherencia terapéutica implica un proceso activo y participativo, en el cual el paciente asume un rol protagónico en su tratamiento, acordando y sosteniendo conductas orientadas a su recuperación funcional. En el caso de las personas amputadas, esta adherencia se manifiesta en la continuidad del tratamiento kinésico, el uso adecuado de la prótesis, la realización de ejercicios indicados y la adopción de hábitos que favorezcan su rehabilitación. La ausencia de esta alianza terapéutica constituye una de las principales barreras para la permanencia en el tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Las barreras pueden definirse como aquellos factores que limitan, dificultan o impiden el funcionamiento, la participación y el desarrollo pleno de la persona en su entorno. En el contexto de la rehabilitación, estas barreras impactan directamente sobre el funcionamiento de los órganos y estructuras corporales, la realización de actividades de la vida diaria y la participación social, así como en el acceso a servicios básicos, entre ellos el sistema de salud y los tratamientos terapéuticos. En el paciente amputado, la presencia de barreras contextuales puede condicionar significativamente la continuidad del tratamiento kinésico, la utilización de la prótesis y el proceso de reintegración social ⁽¹⁸⁾.

Según la literatura consultada señala que las personas amputadas enfrentan barreras particulares que influyen en su proceso de rehabilitación. Entre las más relevantes se encuentran aquellas relacionadas con el entorno físico, las políticas públicas y la organización del sistema de salud. Factores ambientales desfavorables, limitaciones en la legislación vinculada a la discapacidad, actitudes sociales discriminatorias y dificultades en el acceso a los servicios sanitarios constituyen obstáculos frecuentes para esta población. Asimismo, existen factores individuales que incrementan la percepción y el impacto de estas barreras. Entre ellos se destacan los bajos ingresos económicos, la presencia de dolor en el muñón y un uso reducido de la prótesis en la vida diaria. Estas condiciones no solo afectan el

funcionamiento físico, sino que también influyen en la motivación y en la adherencia al tratamiento kinésico ⁽¹⁸⁾.

Dentro de los factores psicológicos, la depresión se reconoce como una de las principales barreras para la continuidad del tratamiento. En el paciente amputado, este trastorno suele estar asociado al proceso de duelo por la pérdida del miembro, a la alteración de la imagen corporal y a la percepción de pérdida de autonomía. Estas vivencias pueden generar desinterés, apatía y abandono del entrenamiento kinésico y protésico, afectando negativamente el proceso de rehabilitación ⁽¹⁷⁾.

Para comprender el abordaje del paciente amputado en el contexto de la rehabilitación kinésica, resulta fundamental enmarcarlo dentro de la evolución conceptual del término discapacidad. Históricamente, esta noción ha atravesado distintos modelos explicativos ⁽¹⁷⁾.

El modelo médico-biológico concebía la discapacidad como una condición inherente al individuo, originada exclusivamente por una enfermedad, lesión o traumatismo. Desde esta perspectiva, el foco se centraba en el déficit corporal y en la corrección o compensación de la alteración funcional, sin considerar el entorno ni los factores sociales. Posteriormente, el modelo social propuso un cambio de paradigma al interpretar la discapacidad como el resultado de barreras impuestas por el entorno físico, social y cultural. En este enfoque, las limitaciones no recaen únicamente en la persona, sino que surgen de la interacción con un medio que no está adaptado a sus necesidades ⁽¹⁸⁾.

En la actualidad, el modelo biopsicosocial, representado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), integra ambos enfoques. Este modelo entiende la discapacidad como una condición dinámica que emerge de la interacción entre el estado de salud de la persona y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Desde esta perspectiva, el proceso de rehabilitación del paciente amputado debe contemplar no solo las alteraciones físicas, sino también los aspectos psicológicos, sociales y contextuales que influyen en su funcionamiento y participación ⁽¹⁸⁾.

El acceso a los servicios de salud y a la rehabilitación constituye un aspecto central en el proceso de atención del paciente amputado. Las barreras en este ámbito pueden agruparse en distintos niveles. Las barreras asistenciales y de gestión incluyen deficiencias en la calidad y calidez de la atención, una cobertura insuficiente de los servicios de rehabilitación y la concepción institucional de la rehabilitación como un proceso costoso. A ello se suma, en algunos sistemas de salud, la exclusión o limitada cobertura de ayudas técnicas, como las prótesis, dentro de los planes obligatorios de atención. Las barreras arquitectónicas representan un obstáculo físico concreto para el acceso al tratamiento. La presencia de

escaleras, la ausencia de rampas, pasamanos o sanitarios adaptados en los centros de salud limita la movilidad y la autonomía de las personas amputadas, dificultando su asistencia regular a las terapias. Las barreras económicas y sociales también desempeñan un rol determinante. La falta de afiliación al sistema de salud, los bajos niveles socioeconómicos, el escaso nivel educativo y las dificultades de transporte condicionan la posibilidad de acceder y sostener el tratamiento kinésico. Estas limitaciones se traducen frecuentemente en inasistencias, abandono del tratamiento o una rehabilitación incompleta ⁽¹⁸⁾.

Como síntesis, se dice que las barreras que afectan el acceso y la continuidad del tratamiento en personas amputadas pueden agruparse en factores institucionales, económicos, educativos, físicos y clínicos. La combinación de estos elementos incrementa la vulnerabilidad del paciente y dificulta su participación activa en el proceso de rehabilitación, reforzando la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto los aspectos individuales como los contextuales ⁽¹⁸⁾.

IV.G Percepciones y experiencias del paciente amputado.

La amputación constituye un acontecimiento vital crítico que produce transformaciones profundas en la identidad, la imagen corporal y el posicionamiento social del individuo. Desde una perspectiva subjetiva, los pacientes describen un quiebre entre su condición previa asociada a autonomía y funcionalidad y la situación posterior a la amputación, caracterizada inicialmente por sentimientos de limitación, vulnerabilidad e inseguridad. ⁽¹⁹⁾ Este proceso impacta directamente en la confianza personal y en la percepción de competencia para desenvolverse en la vida cotidiana.

En coherencia con el modelo conceptual, la experiencia del paciente amputado puede comprenderse a partir de distintas dimensiones interrelacionadas que configuran su percepción del proceso rehabilitador y que, a su vez, inciden en la adherencia al tratamiento kinésico. La experiencia del paciente amputado se configura a partir de la interacción entre dimensiones emocionales, funcionales, protésicas, relacionales y contextuales ^(19,20). Estas dimensiones determinan la percepción global del proceso de rehabilitación.

Cuando el paciente desarrolla autoeficacia, cuenta con redes de apoyo sólidas y experimenta progresos funcionales, aumenta la probabilidad de sostener activamente el tratamiento kinésico ⁽²⁰⁾. Por el contrario, la persistencia del dolor, la insatisfacción protésica o las barreras socioeconómicas pueden constituirse en factores que debiliten la adherencia ⁽¹⁹⁾.

IV.G.1. *Dimensión emocional e identitaria.*

La pérdida de un miembro implica un proceso de duelo que puede incluir negación, frustración, tristeza y ansiedad ⁽¹⁹⁾. La vivencia subjetiva varía según el origen de la amputación. En casos vinculados a enfermedades crónicas progresivas, como la DM, la cirugía puede ser interpretada como una resolución frente al dolor persistente y al deterioro funcional previo. En contraste, cuando la amputación es de origen traumático, suele experimentarse como un acontecimiento abrupto que interrumpe de manera repentina el proyecto de vida.

La persistencia del dolor residual o del dolor fantasma se constituye como un factor central en esta dimensión, afectando de manera significativa el bienestar psicológico ⁽²⁰⁾. Su presencia sostenida puede generar desesperanza, irritabilidad y síntomas depresivos, interfiriendo en la motivación para participar activamente en el proceso de rehabilitación.

Cuando el dolor se asocia al uso del encaje protésico, puede convertirse en una causa directa de rechazo o abandono del dispositivo ⁽²⁰⁾.

IV.G.2. Dimensión funcional.

La percepción del rendimiento físico y del nivel de autonomía alcanzado representa un componente decisivo en la experiencia del paciente. La rehabilitación no es vivida únicamente como recuperación corporal, sino como un proceso de reconstrucción de la independencia ⁽¹⁹⁾. El logro progresivo de objetivos funcionales como la bipedestación estable, la marcha o la reincorporación a actividades cotidianas fortalece la autoeficacia y refuerza la percepción de competencia personal, favoreciendo la continuidad terapéutica ⁽²⁰⁾.

Por el contrario, cuando el paciente percibe estancamiento o limitaciones persistentes, puede disminuir su motivación y compromiso con el tratamiento.

IV.G.3. Dimensión de satisfacción protésica.

La prótesis ocupa un lugar central en la experiencia subjetiva del paciente amputado. Sin embargo, no siempre es percibida inicialmente como un recurso facilitador. Problemas de ajuste, incomodidad o incremento del dolor pueden generar uso intermitente o abandono del dispositivo ⁽²⁰⁾.

La relación entre prótesis y bienestar psicológico ha sido señalada como un elemento determinante en la adaptación ⁽²⁰⁾. La mayoría de los pacientes prioriza la funcionalidad, el adecuado ajuste del encaje y la eficiencia del sistema de suspensión por encima de la

apariciencia cosmética. No obstante, en algunos casos la dimensión estética adquiere relevancia en la percepción de satisfacción.

Una experiencia positiva con la prótesis, asociada a comodidad y utilidad en la vida diaria, se vincula con mayores niveles de adherencia al tratamiento kinésico ⁽²⁰⁾.

IV.G.4. *Dimensión relacional y del sistema de salud.*

La percepción de acompañamiento del kinesiólogo influye significativamente en la experiencia rehabilitadora. Algunos pacientes describen el abordaje del sistema de salud como fragmentado, señalando una atención centrada en aspectos técnicos y limitada integración de las dimensiones emocionales y sociales ⁽¹⁹⁾.

Las condiciones económicas y el tipo de cobertura sanitaria inciden de manera significativa en la experiencia rehabilitadora. Las restricciones financieras pueden limitar el acceso a recursos considerados fundamentales por los propios pacientes para su calidad de vida y participación social, generando sensaciones de inequidad y desprotección ⁽¹⁹⁾.

La calidad del vínculo con el kinesiólogo, la claridad comunicacional y la sensación de ser escuchado en la toma de decisiones constituyen elementos que fortalecen la confianza y el compromiso terapéutico, influyendo positivamente en la adherencia ⁽¹⁹⁾.

IV.G.5. *Dimensión contextual y social.*

El entorno familiar emerge como un recurso fundamental para el afrontamiento de la nueva condición ⁽¹⁹⁾. El apoyo emocional y práctico facilita la adaptación y la continuidad del tratamiento. Sin embargo, el proceso puede estar acompañado por episodios de irritabilidad o conflictos familiares derivados del dolor, la dependencia o la frustración ⁽¹⁹⁾.

A nivel social, muchos pacientes refieren una disminución de la participación en actividades recreativas y encuentros sociales, motivada tanto por limitaciones físicas como por la percepción de estigmatización, lo que favorece el aislamiento ⁽¹⁹⁾.

La experiencia del paciente amputado se configura a partir de la interacción entre dimensiones emocionales, funcionales, protésicas, relacionales y contextuales ^(19,20). Estas dimensiones determinan la percepción global del proceso de rehabilitación.

Cuando el paciente desarrolla autoeficacia, cuenta con redes de apoyo sólidas y experimenta progresos funcionales, aumenta la probabilidad de sostener activamente el tratamiento kinésico ⁽²⁰⁾. Por el contrario, la persistencia del dolor, la insatisfacción protésica o las barreras socioeconómicas pueden constituirse en factores que debiliten la adherencia ⁽¹⁹⁾.

IV.H Percepción del paciente amputado acerca de la relación con el kinesiólogo

El rol del fisioterapeuta resulta un factor determinante en la adherencia del paciente al tratamiento rehabilitador, ya que sus conocimientos, experiencia clínica y habilidades comunicacionales influyen directamente en el compromiso del paciente con el proceso terapéutico. Un abordaje profesional basado en la cercanía, el acompañamiento y la contención favorece la generación de confianza y seguridad, elementos esenciales para sostener la participación activa del paciente a lo largo del tratamiento. En este sentido, resulta fundamental que el profesional de la salud adopte una mirada integral, comprendiendo no solo las manifestaciones físicas de la patología, sino también las implicancias que esta genera en la esfera familiar, personal, laboral y social del individuo ⁽²¹⁾.

Este enfoque permite orientar el diagnóstico y la intervención hacia la persona como parte de un contexto biopsicosocial, y no únicamente hacia la enfermedad. La calidad de la información brindada constituye otro pilar central en el fortalecimiento de la adherencia terapéutica. El equipo de salud debe ser capaz de transmitir indicaciones claras, adecuadas al nivel cognitivo y sociocultural del paciente, evitando el uso excesivo de tecnicismos que puedan dificultar la comprensión. La explicación detallada de los objetivos del tratamiento, su duración, dosificación y beneficios, así como la disponibilidad del profesional para reforzar la información cuando sea necesario, favorecen una mayor apropiación del proceso por parte del paciente ⁽²¹⁾.

Asimismo, la comunicación asertiva entre el fisioterapeuta y el paciente resulta clave para establecer acuerdos terapéuticos realistas y consensuados. La posibilidad de dialogar de manera abierta sobre la naturaleza de la enfermedad, el plan de tratamiento y sus posibles beneficios y limitaciones permite al paciente asumir un rol activo y corresponsable en su rehabilitación. Este intercambio no implica la imposición del profesional, sino la construcción conjunta de decisiones, lo que incrementa la probabilidad de cumplimiento de las indicaciones y refuerza la adherencia al tratamiento ⁽²¹⁾.

Por último, la educación en salud de carácter continuo constituye una estrategia fundamental para sostener la adherencia a largo plazo. La interacción sistemática orientada a promover hábitos saludables y a empoderar al paciente en el autocuidado favorece una mayor comprensión de su condición y de la importancia de su participación activa. Un entorno terapéutico basado en la confianza facilita que el paciente exprese dudas, temores o desacuerdos, permitiendo al profesional adaptar las intervenciones a las necesidades reales

del individuo. En casos de baja adherencia, resulta indispensable revisar las estrategias implementadas, reevaluar expectativas y creencias, y reformular el abordaje terapéutico mediante procesos de reeducación, motivación y renegociación de los objetivos, con el fin de optimizar la continuidad del tratamiento y mejorar los resultados funcionales ⁽²¹⁾.

IV.1 Satisfacción del paciente.

La satisfacción del paciente amputado constituye un constructo complejo, dinámico y de carácter biopsicosocial, que surge de la valoración subjetiva y emocional que el individuo realiza tanto de la prótesis utilizada como de la atención sanitaria recibida. De manera general, la satisfacción puede entenderse como el grado de concordancia entre las expectativas previas del paciente y la experiencia real vivida durante el proceso de rehabilitación y uso protésico. A pesar de los avances tecnológicos en el diseño y fabricación de prótesis, los niveles de satisfacción no resultan homogéneos ni óptimos en todos los casos. Una proporción considerable de personas amputadas manifiesta algún grado de insatisfacción con su dispositivo, especialmente en relación con la comodidad y la presencia de dolor durante su utilización. Asimismo, el rechazo protésico, entendido como la discontinuación total del uso del dispositivo, continúa siendo una problemática relevante, frecuentemente asociada a dificultades técnicas como el peso elevado, la complejidad de manejo o la escasa adaptación funcional ⁽⁶⁾.

La satisfacción del paciente amputado se analiza habitualmente a través de distintos dominios interrelacionados que permiten una evaluación integral del proceso adaptativo. Uno de estos dominios corresponde a la apariencia de la prótesis, que incluye aspectos como el color, la forma, la textura y el grado de naturalidad percibida. Si bien este componente no siempre es prioritario, puede influir en la aceptación social y en la imagen corporal del paciente. Otro dominio relevante está constituido por las propiedades físicas del dispositivo, tales como el peso, la durabilidad, la resistencia al agua, la presencia de ruidos durante la marcha y la facilidad de mantenimiento e higiene. Estas características inciden directamente en la comodidad y en la practicidad del uso cotidiano ⁽⁶⁾.

El ajuste protésico representa uno de los factores más determinantes de la satisfacción global. La comodidad del encaje, la facilidad para colocarse y retirarse la prótesis y la eficacia del sistema de suspensión influyen de manera directa tanto en el confort como en la funcionalidad. Un ajuste inadecuado suele asociarse a dolor, lesiones cutáneas y disminución del tiempo de uso diario. El uso funcional de la prótesis constituye otro dominio central, ya que evalúa la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, como caminar en superficies irregulares, subir y bajar escaleras, sentarse o efectuar transferencias. La

percepción de autonomía y eficiencia funcional resulta clave para la satisfacción y la continuidad del tratamiento rehabilitador ⁽⁶⁾.

Finalmente, las condiciones del miembro residual también inciden significativamente en la percepción de satisfacción. La salud de la piel, el nivel de sudoración y la presencia de dolor residual o dolor fantasma influyen de manera directa en la tolerancia al uso protésico y en la valoración global del dispositivo ⁽⁶⁾.

La satisfacción protésica no es uniforme y puede variar según diferentes características del paciente. Se ha observado que existen diferencias asociadas al género, con una tendencia a mayores niveles de satisfacción en hombres en comparación con mujeres. Asimismo, la causa de la amputación influye en los resultados, siendo los pacientes con amputaciones de origen no vascular, como las traumáticas, quienes suelen reportar mejores niveles de satisfacción que aquellos con etiología vascular. Por otro lado, el tiempo transcurrido desde la amputación se asocia a una mejor adaptación, observándose mayores niveles de satisfacción en pacientes con una evolución prolongada ⁽⁶⁾.

La satisfacción del paciente amputado constituye un indicador fundamental de la calidad de la atención y del éxito del proceso rehabilitador. Un nivel adecuado de satisfacción favorece el uso regular y eficiente de la prótesis, contribuye a prevenir su abandono y se asocia a una mayor adherencia tanto al tratamiento kinésico como a las indicaciones médicas. En este sentido, abordar los factores que influyen en la satisfacción resulta esencial para optimizar los resultados funcionales y mejorar la calidad de vida de las personas amputadas ⁽⁶⁾.

La satisfacción del paciente amputado no está determinada únicamente por las características técnicas de la prótesis, sino que se ve influida por un conjunto de variables funcionales y psicosociales que interactúan entre sí. Se han identificado varios factores predictores relevantes, evaluados mediante escalas estandarizadas ⁽²²⁾.

El estado funcional, medido a través de la Lower Extremity Functional Scale (LEFS), constituye el predictor con mayor fuerza de asociación. A medida que el paciente presenta una mayor capacidad para realizar actividades de la vida diaria como caminar, subir escaleras o desplazarse de forma independiente se observa un incremento significativo en la satisfacción tanto con el dispositivo protésico como con el servicio de rehabilitación recibido. La confianza en el equilibrio, evaluada mediante la Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC), también muestra una relación directa con la satisfacción. Un mayor nivel de seguridad percibida durante la realización de actividades funcionales se asocia con mejores valoraciones del uso de la prótesis y del proceso rehabilitador en general. La calidad de vida

relacionada con la salud, medida a través de escalas de Health-Related Quality of Life (HRQOL), se vincula de manera positiva con la satisfacción respecto al dispositivo protésico.

Sin embargo, esta variable no presenta una asociación directa con la satisfacción en relación con el servicio de atención recibido, lo que sugiere que ambos constructos deben analizarse de manera diferenciada ⁽²²⁾ .

Finalmente, el miedo a caer, evaluado mediante la Modified Falls Efficacy Scale (MFES), actúa como un factor condicionante de la percepción protésica. La disminución del temor a las caídas se relaciona con una mejor aceptación del dispositivo, mayor confianza durante su uso y una valoración más positiva de la prótesis en la vida cotidiana ⁽²²⁾ .

El objetivo global de la rehabilitación posterior a la amputación es alcanzar el mayor nivel posible de funcionalidad e independencia, promoviendo una mejora sostenida de la calidad de vida desde una perspectiva física, psicológica y social. En este proceso, resulta clave centrarse en el fortalecimiento de las capacidades residuales del paciente, fomentando la autonomía y la autoestima mediante el refuerzo positivo. La rehabilitación implica un compromiso compartido entre el paciente y el equipo interdisciplinario, particularmente el psicólogo y el médico fisiatra. Resulta indispensable una evaluación continua de la interacción entre los distintos factores físicos, psicológicos y sociales que influyen en la evolución del paciente ⁽²³⁾ .

V. CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cualitativa, descriptiva y transversal, que se desarrolló en dos etapas: una de revisión bibliográfica y otra de trabajo de campo.

V.A Búsqueda bibliográfica:

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el propósito de recopilar información científica actualizada y relevante que sustente el marco teórico y contextualice la problemática. Se consultó en la base de PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Google Académico y Scielo.

- *Criterio de inclusión:* Se seleccionó estudios publicados entre el año 2013 y 2025, en español, inglés y portugués. Artículos que incluyan como sujeto de estudio a adultos con amputación de miembro inferior que se hayan explorado barreras, limitaciones o percepciones. Se delimita la muestra a pacientes con amputación de miembro inferior debido a que este grupo presenta características funcionales y protésicas específicas vinculadas a la marcha, el equilibrio y la bipedestación, lo que permite homogeneizar la población de estudio y evitar sesgos derivados de diferencias biomecánicas y funcionales propias de las amputaciones de miembro superior.

- *Criterio de exclusión:* Se excluyeron estudios sin acceso completo al texto y estudios que estén enfocados en resultados de diferentes terapéuticas.

Palabras claves y términos utilizados:

Palabras Clave	Términos libres	DeCS	Mesh
Adherencia al tratamiento	Adherencia terapéutica, adhesión al tratamiento	Cumplimiento y adherencia al tratamiento	Treatment adherence and compliance
Rehabilitación	Habilitación	Rehabilitación	Rehabilitation

Amputados	Amputado	Amputados	Amputees
Percepción	Procesamiento sensorial	Percepción	Perception
Adultos	Personas adultas	Adulto	Adult
Tratamiento	Tratamientos, terapias, procedimientos	Terapéutica	Therapeutics
Pacientes	Enfermo, persona enferma, paciente	Pacientes	Patients
Terapia física	Fisioterapia, kinesiología	Modalidades de fisioterapia	Physical therapy modalities
Relación terapéutica	Relación terapéutica	Relaciones profesional paciente	Profesional patient relations
	Barreras	Barreras de acceso a los servicios de salud	Barriers to Access of helts service
Satisfacción del paciente		Satisfacción del paciente	Patient satifaction
Experiencia	Transferencia de Aprendizaje Transferencia de Entrenamiento	Transferencia de experiencia en psicología	Transfer, Psychology

Combinaciones utilizadas:

Combinaciones en inglés, en PubMed:

- “Treatment adherence” AND “compliance” AND “amputees”.
- “Treatment adherence” AND “compliance” AND “rehabilitation” AND “amputees”.

- “Rehabilitation” AND “amputees” AND “prosthesis” .
- “Treatment adherence” AND “compliance”
- “Perception” AND “amputees.”
- “Satisfaction” AND “prosthesis”

Combinaciones en español, en BVS:

- “Cumplimiento y adherencia al tratamiento” AND “amputados”.

Combinaciones en español en Google Académico:

- “Percepción” AND “amputados”.
- “Adherencia terapéutica” AND “relación terapéutica”.
- “Barrera de acceso a los servicios de salud” AND “terapia física”.
- “Experiencia” AND “adaptación” AND “personas amputadas”

V.B Trabajo de campo:

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, orientado a comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados. Este tipo de abordaje resulta pertinente dado que la investigación cualitativa se centra en la exploración e interpretación de los significados, experiencias y percepciones que los sujetos construyen en relación con su proceso de rehabilitación, considerando la complejidad del fenómeno en su contexto natural ⁽²⁴⁾.

En este marco, se realizaron entrevistas semiestructuradas anónimas a pacientes amputados mayores de 18 años de la ciudad de Santa Fe (ver Anexo). Esta técnica se considera adecuada en investigaciones cualitativas, ya que permite acceder en profundidad a los puntos de vista, experiencias y significados que los participantes atribuyen a su proceso de rehabilitación, integrando dimensiones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales. Asimismo, su carácter flexible posibilita adaptar las preguntas durante el desarrollo de la entrevista, favoreciendo la obtención de información rica y contextualizada ⁽²⁴⁾.

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, priorizando aquellos sujetos que pudieran aportar información relevante en función de los objetivos del estudio. Este tipo de muestreo es coherente con los diseños cualitativos, en los cuales no se busca la representatividad estadística, sino la profundidad y pertinencia de la información obtenida ⁽²⁴⁾. La muestra

estuvo conformada por pacientes que se encontraban en proceso de rehabilitación o que habían transitado dicho proceso.

El tamaño muestral se definió en función del criterio de saturación teórica, entendido como el punto en el cual la incorporación de nuevos participantes no aporta información sustancialmente diferente ni contribuye a la generación de nuevas categorías analíticas. Este criterio es característico de la investigación cualitativa y se vincula con el carácter emergente y flexible del diseño, en el que la recolección y el análisis de los datos se desarrollan de manera simultánea e interactiva ⁽²⁴⁾.

V.B.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Con amputación de miembro inferior.
- Que realicen o hayan realizado rehabilitación kinésica en instituciones de la ciudad de Santa Fe, Argentina.
- Que acepten participar voluntariamente en la entrevista y firmen el consentimiento informado.
- Que se encuentren dentro del período 2025–2026 de tratamiento o seguimiento.

V.B.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con amputaciones bilaterales o en miembro superior.
- Personas que no realicen rehabilitación kinésica o la hayan abandonado antes de iniciarla.
- Pacientes con dificultades cognitivas o de comunicación que impidan responder adecuadamente la entrevista.

Cuadro 1. Características generales de los entrevistados y aspectos relevantes del proceso de rehabilitación.

Entrevistado	Edad	Sexo	Atención pública/privada	Motivo de amputación	Sector de amputación	Uso de prótesis	Antigüedad de amputación
E1	51	Masculino	Pública	Osteomielitis e infección progresiva	Transtibial	Sí	Primera amputación en 2023 y transtibial en junio de 2024

“Factores vinculados a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe, Argentina”

E2	44	Masculino	Pública	Infección por lesión con clavo	Transtibial	No (en espera)	2 años
E3	37	Femenino	Pública	Accidente de tránsito	Transfemoral	No (en espera)	Marzo de 2025
E4	47	Masculino	Pública	Diabetes	Transtibial	Sí	4 años
E5	40	Femenino	Pública	Accidente con fractura de tibia y peroné e infección bacteriana	Transfemoral	Sí	Marzo de 2025
E6	53	Masculino	Pública	Infección por diabetes	Transtibial	Sí	4 años
E7	62	Masculino	Privada	Diabetes con infecciones recurrentes	Amputación de Syme	No (en espera)	1 año
E8	60	Masculino	Privada	Infección por diabetes	Miembro inferior (no especifica nivel)	Sí	7 años
E9	79	Femenino	Privada	Diabetes y enfermedad vascular periférica	Miembro inferior (no especifica nivel)	Sí	3 años
E10	74	Femenino	Privada	No especifica	Miembro inferior (no especifica nivel)	Sí	2 años y medio
E11	54	Femenino	Privada	Isquemia arterial aguda asociada a esclerodermia con fenómeno de Raynaud	Miembro inferior (no especifica nivel)	No (en espera)	2 años y medio

Datos obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas realizadas por el autor en el marco de la presente investigación, 2026. E = Entrevistado/a.

V.C Procedimiento.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de marzo de 2026, mediante la realización de entrevistas a 11 participantes con amputación de miembro inferior en proceso de rehabilitación kinésica, tanto en el sector público como en el privado.

La selección de los participantes fue de tipo intencional, considerando como criterio principal que se encontraran en tratamiento kinésico y que aceptaran participar voluntariamente del estudio. Previo a la realización de las entrevistas, se les explicó el objetivo de la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información brindada, resguardando en todo momento la identidad de los participantes. Para preservar la privacidad de la persona se utilizó el término “E1, E2, E3” que corresponde a criterios de identificación en el procesamiento de los datos.

La muestra estuvo conformada por 11 personas adultas, de las cuales 6 eran de género masculino y 5 de género femenino, con un rango etario comprendido entre los 37 y los 79 años.

En relación con los antecedentes clínicos, los motivos de amputación fueron diversos. Predominaron las causas asociadas a enfermedades crónicas, especialmente la DM y sus complicaciones, así como patologías vasculares, lo cual resulta consistente con datos epidemiológicos a nivel provincial que evidencian una alta prevalencia de factores de riesgo como obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a este tipo de complicaciones ⁽²⁵⁾. Asimismo, se registraron casos vinculados a procesos infecciosos como la osteomielitis y situaciones traumáticas derivadas de accidentes. En algunos participantes, la amputación fue el resultado de un proceso progresivo que incluyó intervenciones previas antes de alcanzar niveles más proximales.

Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, guiadas por un conjunto de preguntas previamente elaboradas en función de los objetivos de la investigación. Este tipo de técnica permite combinar una estructura previa con la flexibilidad necesaria para profundizar en los temas emergentes durante la interacción, favoreciendo la obtención de información rica, detallada y contextualizada sobre las experiencias de los participantes ⁽²⁴⁾.

Algunas de las entrevistas se realizaron de manera presencial y fueron registradas mediante grabaciones de audio, lo que permitió conservar la fidelidad del discurso y garantizar una posterior transcripción precisa para su análisis. En aquellos casos en los que los participantes no accedieron a la modalidad presencial, se optó por la utilización de un

formulario digital que contenía las mismas preguntas, permitiendo así la recolección de datos de forma escrita sin alterar los ejes temáticos de la investigación. Esta estrategia resulta coherente con el carácter flexible de la investigación cualitativa, que admite la utilización de diferentes modalidades de recolección de datos siempre que se mantenga la coherencia con los objetivos del estudio ⁽²⁴⁾.

Las entrevistas presenciales fueron posteriormente transcritas de manera textual, mientras que las respuestas obtenidas mediante el formulario fueron recopiladas y organizadas en un mismo corpus de datos. Este proceso permite sistematizar la información y facilitar su análisis, preservando el contenido original de los discursos de los participantes ⁽²⁴⁾.

Finalmente, la información obtenida fue clasificada en categorías temáticas en función de los objetivos de la investigación. Este proceso de categorización responde al análisis cualitativo, en el cual los datos son organizados, codificados e interpretados mediante la identificación de patrones y significados. En este sentido, las categorías de análisis definidas adherencia al tratamiento kinésico, factores vinculados a la adherencia y percepción del paciente orientaron tanto la construcción de la entrevista como el análisis de los datos, permitiendo establecer una articulación entre el marco teórico, la recolección de la información y la interpretación de los resultados desde una perspectiva comprensiva ⁽²⁴⁾.

V.D Apartado: Definición de categorías de análisis.

Asimismo, este tipo de investigación no sigue un proceso lineal rígido, sino que se desarrolla de manera emergente, lo que posibilita ajustar las herramientas de recolección de datos como la entrevista semiestructurada en función de la evolución del estudio y de la información obtenida. En este sentido, la investigación cualitativa se caracteriza por un diseño flexible, en el cual la recolección y el análisis de los datos ocurren de manera simultánea e interactiva, permitiendo redefinir progresivamente las categorías y los instrumentos utilizados ⁽²⁴⁾. En particular, la entrevista semiestructurada constituye una técnica adecuada, ya que posibilita acceder en profundidad a las experiencias y significados de los participantes, al mismo tiempo que ofrece la flexibilidad necesaria para adaptar las preguntas según el desarrollo de la interacción ⁽²⁴⁾. En consecuencia, la adopción de este enfoque permite delimitar conceptualmente el objeto de estudio y orientar la construcción de las categorías analíticas desde una perspectiva comprensiva, favoreciendo el análisis de la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional y situado.

V.D.1. Adherencia al tratamiento kinésico.

En el marco de esta investigación, se entiende por adherencia al tratamiento kinésico el grado en que la persona amputada participa de manera activa, voluntaria y sostenida en el proceso de rehabilitación, cumpliendo con las indicaciones acordadas junto al equipo de salud.

Desde esta perspectiva, la adherencia no se concibe como una conducta pasiva de obediencia, sino como un proceso dinámico y colaborativo que implica compromiso, motivación y continuidad en el tiempo ⁽²⁶⁾. Actualmente, la literatura la define como un fenómeno complejo y multidimensional, influido por múltiples factores relacionados con el paciente, el tratamiento y el sistema de salud ⁽²⁷⁾.

Este concepto se analiza a partir de las siguientes dimensiones:

- Asistencia regular a las sesiones de rehabilitación.
- Cumplimiento de los ejercicios domiciliarios indicados.
- Uso cotidiano y sostenido de la prótesis.
- Continuidad del tratamiento a lo largo del tiempo.
- Actitud activa frente al proceso terapéutico.

V.D.2. Factores vinculados a la adherencia.

En este estudio, se define como factores vinculados a la adherencia al conjunto de condiciones personales, sociales, económicas, institucionales y clínicas que influyen, de manera positiva o negativa, en la participación y continuidad del tratamiento kinésico. La literatura señala que la adherencia terapéutica constituye un fenómeno complejo y multifactorial, determinado por la interacción de diversos factores relacionados con el paciente, el tratamiento, el sistema de salud y las condiciones socioeconómicas ⁽²⁶⁾.

Estos factores se exploran a través de las siguientes dimensiones:

- Factores personales: motivación, expectativas, creencias sobre el tratamiento, estado emocional.
- Factores físicos y clínicos: condiciones del muñón, dolor residual o dolor fantasma, comorbilidades.
- Factores sociales y familiares: apoyo del entorno, dinámica familiar, contención emocional.
- Factores económicos: recursos disponibles, costos asociados al tratamiento, acceso al transporte.

- Factores institucionales: accesibilidad al sistema de salud, vínculo con el kinesiólogo, claridad de la información brindada.
- Factores relacionados con el tratamiento: duración, complejidad y percepción de beneficios.

V.D.3. Percepción del paciente.

Se entiende por percepción del paciente la interpretación subjetiva que la persona amputada construye acerca de su proceso de rehabilitación, el uso de la prótesis y la interacción con el equipo de salud. La percepción constituye un elemento central para comprender la adherencia, en tanto las decisiones y conductas del paciente se encuentran mediadas por los significados que atribuye a su experiencia. En este sentido, diversos estudios han señalado que la vivencia de la amputación y el proceso de rehabilitación están profundamente influidos por factores psicológicos, emocionales y sociales, los cuales condicionan la forma en que el paciente interpreta su situación y su compromiso con el tratamiento ⁽²⁸⁾.

Este concepto se aborda a través de las siguientes dimensiones:

- Percepción del propio cuerpo e imagen corporal posterior a la amputación.
 - Percepción del dolor y su impacto en la vida cotidiana.
 - Percepción de la utilidad y funcionalidad de la prótesis.
 - Percepción del acompañamiento profesional.
 - Percepción de la autonomía y la calidad de vida.
 - Experiencia emocional del proceso de rehabilitación.

Las tres categorías se articulan entre sí, permitiendo comprender la adherencia al tratamiento kinésico como un fenómeno complejo, multidimensional y situado.

VI. CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

El presente capítulo tiene como finalidad analizar e interpretar la información obtenida a partir de las entrevistas realizadas a pacientes amputados en proceso de rehabilitación kinésica, en función del objetivo general de la investigación: comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. En este marco, los testimonios son abordados como expresiones de experiencias subjetivas, situadas en contextos sociales, institucionales y personales específicos.

A partir de las categorías de análisis definidas en el apartado metodológico adherencia al tratamiento kinésico, factores vinculados a la adherencia y percepción del paciente se procedió a la organización e interpretación del material empírico, articulando los relatos de los entrevistados con los aportes del marco teórico y los antecedentes bibliográficos. Si bien el análisis se estructura a partir de estas tres categorías, la interpretación permitió reorganizar los hallazgos en cuatro dimensiones analíticas, las cuales integran y articulan dichas categorías, favoreciendo una comprensión más compleja del fenómeno estudiado ⁽²⁴⁾.

En este sentido, la adherencia es entendida como un proceso dinámico y multidimensional, atravesado por factores individuales, sociales e institucionales ⁽⁵⁾. Asimismo, se incorporan aportes sobre la experiencia de la amputación, la adaptación a la prótesis y la reconstrucción de la imagen corporal, con el fin de profundizar la comprensión del fenómeno.

Con el objetivo de superar una lógica descriptiva, el análisis se organiza en cuatro dimensiones: la dimensión biopsicosocial de la adherencia; la reconfiguración corporal y adaptación a la prótesis; las condiciones estructurales y el sostenimiento del tratamiento; y la dimensión subjetiva vinculada a los sentidos y la construcción de la experiencia. Cada una de ellas se desarrolla a partir de un enfoque interpretativo que articula los discursos de los participantes con los conceptos teóricos pertinentes.

VI.A Dimensión biopsicosocial de la adherencia:

El análisis de los discursos de los participantes permite comprender que la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados no se configura como una conducta aislada o puramente individual, sino como un proceso complejo en el que interactúan de manera constante dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. En este sentido, los resultados obtenidos se corresponden con la perspectiva multidimensional propuesta por la OMS⁽⁵⁾, que

entiende la adherencia como el resultado de la interacción entre factores del paciente, del tratamiento y del contexto.

En primer lugar, los factores biológicos, particularmente el dolor y las condiciones clínicas derivadas de la amputación, emergen como elementos centrales que condicionan la continuidad del tratamiento. Los relatos evidencian que, durante las primeras etapas del proceso, los pacientes atraviesan experiencias de dolor significativo, tanto a nivel físico como subjetivo: *“El primer año fue muy duro y doloroso” (E11)* *“La herida no cicatrizaba” (E11)*

Estos testimonios permiten interpretar que el dolor no solo actúa como una limitación funcional, sino también como un factor que impacta en la disposición del paciente hacia la rehabilitación. En este sentido, Ramos Morales LE ⁽⁴⁾ señala que la presencia de síntomas persistentes constituye una de las principales barreras para la adherencia en tratamientos prolongados, en tanto genera desgaste físico y emocional. A su vez, en el contexto de la amputación, el dolor se encuentra estrechamente vinculado a la experiencia de pérdida corporal, tal como plantean Díaz JL et al. ⁽⁹⁾, quienes destacan el carácter integral del sufrimiento en estos pacientes. No obstante, los relatos también evidencian que, a medida que el proceso de rehabilitación avanza, el dolor tiende a disminuir, lo cual favorece una mayor participación en el tratamiento: *“Hoy ya no y puedo hacer casi todo” (E11)*. Esto sugiere que la evolución clínica constituye un elemento clave en la adherencia, en tanto la percepción de mejoría refuerza la continuidad del proceso terapéutico.

En estrecha relación con la dimensión biológica, los factores psicológicos adquieren un rol central en la configuración de la adherencia. Los participantes describen un proceso emocional fluctuante, caracterizado por la alternancia entre motivación, frustración y desánimo: *“Y hay días que uno no se levanta con todas las ganas” (E1)* *“Al principio me enojaba mucho” (E10)*. Estos relatos permiten comprender que la adherencia se encuentra atravesada por oscilaciones emocionales propias del proceso de adaptación a la amputación. En este sentido, Díaz Acosta G ⁽¹⁾ plantea que los pacientes amputados desarrollan distintos modos de afrontamiento frente a la pérdida, los cuales inciden directamente en su implicación en el tratamiento.

A pesar de estas fluctuaciones, la motivación personal emerge como un elemento clave para sostener la adherencia. En múltiples relatos se evidencia una actitud activa frente al proceso de rehabilitación: *“Le tenés que poner ganas” (E6)* *“No, estoy acá y voy a seguir” (E3)*. Este posicionamiento coincide con lo planteado por Pamplona Rangel LM ⁽¹⁶⁾, quien sostiene que la adherencia al tratamiento fisioterapéutico implica un rol activo del paciente, basado en el compromiso y la participación consciente en su proceso de recuperación. Sin embargo, los resultados evidencian que esta motivación no se construye de manera aislada,

sino en interacción con el entorno social. En este sentido, el apoyo familiar se configura como uno de los principales facilitadores de la adherencia: *“Mi familia me apoya y alienta para hacer rehabilitación” (E8) “Ellos son mis pilares” (E6).*

El acompañamiento del entorno no solo brinda contención emocional, sino que también facilita aspectos prácticos del tratamiento, como el traslado o la organización de la rutina diaria. Estos hallazgos se corresponden con lo planteado por Serrano Ruíz CP et al. ⁽¹⁸⁾, quienes destacan que el entorno social constituye un factor determinante en la participación de las personas con discapacidad. Asimismo, Barbosa LBA ⁽⁸⁾ señala que el apoyo afectivo resulta fundamental en la resignificación de la experiencia de amputación. No obstante, también se identifican situaciones de ausencia o debilidad del apoyo familiar: *“De mi hermano, es nula, cero.” (E4)*, lo cual permite inferir que la falta de contención puede constituir un factor de riesgo para la continuidad del tratamiento, evidenciando la importancia del entorno en la adherencia.

Por otra parte, el vínculo con el profesional kinesiólogo también emerge como un componente relevante dentro de la dimensión social. Los participantes destacan no solo el acompañamiento técnico, sino también la dimensión humana del vínculo: *“Tiene una parte humana que te hace tener ganas de hacer la rehabilitación” (E3).* Este aspecto puede ser interpretado en función de lo planteado por Ortega Cerda JJ ⁽¹⁷⁾, quien sostiene que la relación paciente-profesional constituye un elemento central en la adherencia terapéutica, en tanto favorece la confianza y el compromiso con el tratamiento.

Reflexión preliminar

A partir del análisis realizado, se puede afirmar que la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados se configura como un proceso biopsicosocial, en el cual la continuidad del tratamiento depende de la articulación entre la evolución clínica, la motivación personal y el sostén social. En este sentido, los hallazgos permiten comprender que, si bien la actitud activa del paciente constituye un elemento fundamental, su impacto se encuentra condicionado por factores emocionales y contextuales que pueden facilitar o limitar el proceso de rehabilitación, evidenciando que la adherencia no es un estado estático, sino un proceso dinámico en constante construcción.

VI.B Reconfiguración corporal y adaptación a la prótesis

El proceso de rehabilitación en pacientes amputados implica no solo la recuperación de funciones físicas, sino también una profunda reconfiguración de la relación del sujeto con su propio cuerpo. En este sentido, la adaptación a la prótesis se configura como un momento

central dentro del tratamiento, en tanto articula dimensiones físicas, emocionales y simbólicas que inciden directamente en la adherencia.

En una primera instancia, los relatos de los participantes evidencian la presencia de representaciones previas e imaginarios en torno a la prótesis, muchas veces contruidos a partir del desconocimiento o de referencias externas. Si bien estas ideas no siempre se expresan de manera explícita, algunos relatos permiten inferir procesos de anticipación y cuestionamiento en torno al uso protésico, como cuando un entrevistado señala: *“Y la pregunta del millón si iba a poder volver a caminar bien o si iba a hacerlo mal o si me podía lastimar”* (E1). Estas representaciones iniciales tienden a modificarse a medida que el paciente transita el proceso de rehabilitación, lo que permite interpretar la adaptación como un proceso de aprendizaje progresivo. En este sentido, Gozaydinoğlu S ⁽³⁾ plantea que la percepción de la imagen corporal influye directamente en la aceptación y el uso de la prótesis, constituyéndose como un factor clave en la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, esta reconfiguración corporal no se produce de manera inmediata ni lineal. Los relatos evidencian la presencia de miedos e inseguridades en las primeras etapas del uso protésico, vinculadas tanto a la movilidad como a la posibilidad de recuperar funciones previas. En este sentido, un participante expresa que el proceso fue *“Desafiante y complicado como empezar a caminar y volver a empezar de vuelta”* (E6), dando cuenta de las dificultades iniciales en la reorganización del esquema corporal. Estas experiencias reflejan no solo una dificultad motriz, sino también una ruptura en la confianza corporal, que requiere ser reconstruida progresivamente. En este sentido, la amputación implica una alteración del esquema corporal que demanda un proceso de reaprendizaje, tal como señala Valencia García H ⁽²⁰⁾, quien describe la adaptación a la prótesis como un proceso complejo que involucra tanto aspectos físicos como psicológicos.

Asimismo, los participantes refieren dificultades prácticas en el uso de la prótesis, vinculadas tanto a aspectos técnicos como a la propia experiencia corporal: *“La adaptación no es fácil”* (E9) *“Presencia de ampollitas porque estaba floja”* (E8). Estas situaciones evidencian que la adherencia en relación al uso de la prótesis se encuentra condicionada por factores materiales y clínicos, como la correcta adaptación del dispositivo, así como por la capacidad del paciente para incorporarlo a su vida cotidiana. En este sentido, Baars EC ⁽⁶⁾ señala que la satisfacción con la prótesis depende de múltiples factores, incluyendo el confort, la funcionalidad y el acompañamiento profesional.

Por otro lado, el proceso de adaptación también implica la adquisición de nuevas habilidades y estrategias prácticas, muchas veces mediadas por el acompañamiento del kinesiólogo: *“Me fueron enseñando algunos truquitos para ponerme la prótesis”* (E1). Este

aprendizaje progresivo permite que el paciente vaya incorporando el dispositivo como parte de su esquema corporal, favoreciendo su uso cotidiano. En este sentido, Zambudio-Periago R (14) destaca la importancia de la educación terapéutica en el proceso de adaptación, en tanto facilita el uso adecuado de las ayudas técnicas.

A su vez, la funcionalidad de la prótesis es valorada por los pacientes en términos de recuperación de la autonomía y la independencia: *“La rehabilitación me ayudó a volver a caminar” (E8)*.

Estos relatos permiten comprender que la prótesis no es solo un dispositivo técnico, sino un medio a través del cual el paciente reconstruye su capacidad de acción en el mundo. En esta línea, Dade-Matthews O ⁽²²⁾ señala que la satisfacción con el dispositivo protésico se encuentra asociada a mejoras en la calidad de vida y en el desempeño funcional. No obstante, también se identifican situaciones en las que la adaptación se ve limitada o incluso imposibilitada por la falta de acceso a la prótesis: *“Todavía no la tengo” (E7)* lo que evidencia la existencia de barreras estructurales que afectan directamente esta dimensión del tratamiento, generando desigualdades en las posibilidades de rehabilitación.

En este marco, resulta particularmente significativo el caso de una participante de 37 años, cuya amputación fue de origen traumático, constituyéndose además como la persona más joven del grupo entrevistado. En su relato se evidencia con mayor intensidad el impacto de la amputación sobre la imagen corporal, no solo en términos funcionales, sino también estéticos y simbólicos. La presencia de cicatrices y la exposición del cuerpo aparecen inicialmente como fuente de incomodidad, particularmente en situaciones cotidianas como el uso de ropa: *“Me estaba costando usar un short” (E3)*.

Este tipo de vivencias permite profundizar lo planteado por Gozaydinoğlu S ⁽³⁾ respecto a la influencia de la imagen corporal en la adaptación, evidenciando que, en pacientes jóvenes y con amputaciones traumáticas, el componente simbólico del cuerpo adquiere un peso aún mayor. Sin embargo, el relato también da cuenta de un proceso de resignificación progresiva: *“Ahora bien, bien, no me importa, me pongo el short, me pongo el short” (E3)*, lo que refleja una reconstrucción subjetiva del cuerpo que trasciende la pérdida inicial.

Asimismo, en este caso emergen con fuerza los miedos iniciales vinculados a la funcionalidad y la percepción de sí misma: la incertidumbre respecto a *“Quizás antes estaba con muchas más dudas si la iba a poder caminar o cómo me voy a ver” (E3)*, lo que refuerza la idea de que la adaptación no se limita al aprendizaje motor, sino que implica una reconstrucción identitaria.

A pesar de estas dificultades, se observa una actitud activa frente al proceso rehabilitador: *“No me gusta este lugar”*, para luego resignificar *“Me tengo que quedar, porque esto es para mí”* (E3), lo cual evidencia un posicionamiento comprometido con el tratamiento. Este tipo de relatos permite comprender que la adherencia, en esta dimensión, no depende únicamente de la funcionalidad de la prótesis, sino también de la capacidad del paciente para reconstruir el vínculo con su propio cuerpo.

Por último, resulta relevante destacar que, frente a estas dificultades, algunos pacientes desarrollan estrategias propias de adaptación: *“La adaptación no es fácil. El vendaje para mí tampoco lo fue, siempre necesite que otra persona lo hiciera por mí”* (E9) lo que da cuenta de un proceso activo de búsqueda de soluciones, en el cual el paciente no se posiciona de manera pasiva, sino como agente de su propia rehabilitación.

Reflexión preliminar

La reconfiguración corporal y la adaptación a la prótesis se constituyen como un eje central en la adherencia al tratamiento kinésico, en tanto implican un proceso complejo de reconstrucción del esquema corporal y de la identidad del paciente. Los resultados evidencian que la incorporación del dispositivo no depende únicamente de factores técnicos, sino que se encuentra mediada por aspectos emocionales, experiencias subjetivas y condiciones materiales. En este sentido, la adaptación a la prótesis no solo representa un desafío físico, sino también una instancia clave de resignificación del cuerpo, que incide directamente en la continuidad del proceso de rehabilitación.

VI.C Dimensión social e institucional: condiciones estructurales y sostenimiento del tratamiento:

El análisis de las entrevistas permite comprender que la adherencia al tratamiento kinésico no depende exclusivamente de la voluntad individual del paciente, sino que se encuentra profundamente condicionada por un entramado de factores estructurales, institucionales y sociales que configuran las posibilidades reales de sostener el proceso de rehabilitación en el tiempo.

En este sentido, la adherencia se construye en un contexto determinado, donde intervienen elementos como el acceso al sistema de salud, los tiempos institucionales, los recursos económicos disponibles y la red de apoyo social, configurando lo que puede entenderse como un “ecosistema de la rehabilitación”. Desde esta perspectiva, los relatos evidencian que las condiciones estructurales no sólo acompañan el proceso, sino que en

muchos casos lo habilitan o lo limitan, funcionando como facilitadores o barreras para la continuidad terapéutica.

Accesibilidad al sistema de salud y tiempos institucionales

Uno de los aspectos que emerge con mayor fuerza en los testimonios es la heterogeneidad en el acceso al tratamiento, particularmente en relación con los tiempos de espera para el inicio de la rehabilitación. Mientras algunos participantes refieren accesos relativamente rápidos *“En una semana ya tenía turno” (E8)*, *“Y acá fue rápido, automático fue” (E7)*, otros describen demoras prolongadas que impactan directamente en el inicio del proceso: *“Entonces ahí pasaron unos meses para la primera sesión” (E1)*, *“Seis meses creo” (E2)*.

Estas diferencias ponen en evidencia desigualdades en el acceso al sistema de salud, lo cual coincide con lo planteado por Rodeiro ⁽²⁾, quien señala que la rehabilitación del paciente amputado requiere una intervención temprana para optimizar los resultados funcionales. Las demoras, en este sentido, no solo representan una dificultad administrativa, sino que pueden afectar la evolución clínica y la motivación del paciente.

Asimismo, desde la perspectiva de la adherencia terapéutica, la OMS ⁽⁵⁾ plantea que los factores relacionados con el sistema de salud constituyen uno de los ejes centrales que influyen en la continuidad de los tratamientos a largo plazo. En concordancia con ello, los relatos permiten observar que los tiempos institucionales pueden generar frustración, incertidumbre y, en algunos casos, desarticulación del proceso rehabilitador.

En este punto, el análisis permite identificar diferencias significativas entre el subsector público y privado del sistema de salud, que impactan de manera diferencial en el proceso de rehabilitación. En el ámbito público, los relatos evidencian mayores demoras en el acceso a turnos para el inicio del tratamiento kinésico, lo que puede retrasar el comienzo de la rehabilitación. En este sentido, un entrevistado refiere que *“Vine en la primera consulta en agosto y después me llamaron en enero, son unos cinco meses” (E5)*, mientras que otro señala una espera de *“Dos meses más o menos tres meses” (E4)*. Sin embargo, una vez iniciado el proceso, la provisión de prótesis tiende a resolverse en tiempos relativamente más acotados.

Por el contrario, en el subsector privado, los pacientes refieren un acceso más rápido a la rehabilitación post-amputación, sin demoras significativas en la asignación de turnos. Tal como expresa un participante: *“15 días” (E11)*, evidenciando mayor celeridad en el ingreso al tratamiento. No obstante, se identifican demoras prolongadas en la obtención de la prótesis, asociadas a procesos administrativos vinculados a obras sociales, licitaciones y convenios

con ortopedias. En este sentido, un entrevistado señala como barrera: *“Obra social con tiempos de espera muy largos”* (E9).

Esta diferencia evidencia que la adherencia no solo depende del acceso al tratamiento en sí mismo, sino también de la sincronización entre las distintas etapas del proceso rehabilitador. La demora en alguno de estos componentes puede generar discontinuidades o dificultades en la progresión del tratamiento, reforzando la idea de que la adherencia se construye dentro de un entramado institucional complejo.

Transporte y accesibilidad física al tratamiento

El traslado hacia el centro de rehabilitación aparece como otro elemento clave dentro de las condiciones estructurales. Los participantes describen diversas modalidades de acceso ambulancia, remis, transporte propio o ayuda familiar, evidenciando una fuerte dependencia de recursos externos para sostener la asistencia. En aquellos casos en los que el transporte está garantizado por el sistema de salud o la obra social, se configura como un facilitador significativo: *“Me busca la ambulancia, a la vuelta también”* (E6), *“Lo cubre la obra social”* (E7).

Sin embargo, cuando este recurso falla o resulta insuficiente, se transforma en una barrera concreta: *“Tenés que depender mucho del horario de la gente de la ambulancia”* (E1), *“La ambulancia estaba saturada”* (E2). Esto se vincula con lo planteado por Serrano Ruíz et al. ⁽¹⁸⁾, quienes destacan que las barreras contextuales entre ellas el transporte limitan la participación de las personas con discapacidad en los servicios de salud, afectando directamente la adherencia a los tratamientos.

En este sentido, la accesibilidad física no puede ser entendida únicamente como una cuestión logística, sino como una condición estructural que determina la posibilidad misma de sostener el proceso terapéutico.

Condiciones económicas y sostenimiento del tratamiento

Los factores económicos emergen como una de las dimensiones más críticas en el sostenimiento de la rehabilitación. Si bien algunos participantes refieren no presentar dificultades principalmente cuando cuentan con cobertura institucional, otros describen situaciones de vulnerabilidad que impactan directamente en la continuidad del tratamiento. Expresiones como: *“Quedé en el limbo entre empezar a cobrar la jubilación y cobrar el fondo de desempleo”* (E1), *“Tuve que reducir la cantidad de días a la mitad a los que concurría a rehabilitación”* (E9), o *“Tenía imposibilidad de un acompañante terapéutico que le tuve que decir que no, porque no, no tenía no podía pagarlo”* (E7), evidencian cómo las limitaciones económicas obligan a reconfigurar el proceso terapéutico, afectando su intensidad o continuidad.

Desde el marco teórico, diversos autores sostienen que la adherencia al tratamiento está fuertemente condicionada por los recursos disponibles. En este sentido, Ortega Cerda et al. ⁽¹⁷⁾ plantean que las dificultades económicas constituyen una de las principales causas de abandono o discontinuidad terapéutica, especialmente en tratamientos prolongados.

Asimismo, la OMS ⁽⁵⁾ incluye los factores socioeconómicos como determinantes centrales de la adherencia, destacando que incluso pacientes altamente motivados pueden ver comprometida su continuidad cuando las condiciones materiales no acompañan. De este modo, la adherencia no puede ser comprendida únicamente como una decisión individual, sino como una práctica situada, condicionada por las posibilidades concretas de cada sujeto.

Apoyo social y red vincular como sostén del tratamiento

En contraposición a las barreras estructurales, el apoyo social y familiar aparece como uno de los principales facilitadores del proceso de rehabilitación.

La mayoría de los participantes refiere contar con una red de contención activa: *“Mi familia me apoya y alienta”* (E8), *“Ellos son mis pilares”* (E6). Este acompañamiento no solo se expresa en el plano emocional, sino también en aspectos prácticos como el traslado, el cuidado cotidiano y el estímulo constante.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Díaz Acosta ⁽¹⁾, quien destaca que el clima familiar y los modos de afrontamiento influyen significativamente en la adaptación a la amputación y en la adherencia al tratamiento. No obstante, también se identifican situaciones de ausencia o debilidad en la red de apoyo: *“De mi hermano, nula, cero”* (E4), lo que evidencia que la falta de acompañamiento puede constituir un factor de vulnerabilidad.

En este sentido, la adherencia se configura como un proceso relacional, donde el entorno social cumple un rol fundamental en la sostenibilidad del tratamiento.

Vínculo terapéutico y rol del kinesiólogo

Dentro de la dimensión institucional, el vínculo con el kinesiólogo emerge como un elemento central en la experiencia de los pacientes.

Los testimonios reflejan una valoración altamente positiva del acompañamiento profesional:

“Es espectacular. La verdad es que la doctora es una genia. Con lo que trata, con lo que cuida, es espectacular.” (E2).

“Tiene una parte humana que te hace tener ganas de hacer la rehabilitación. Te levanta en todo el tiempo el ánimo. Más allá de su parte profesional, está esa parte humana.” (E3).

“Fue también una parte importante dentro de lo que por ahí uno se imagina, no es lo que te imaginas que va a ser una persona fría” (E1).

Este vínculo no se limita a la dimensión técnica, sino que incorpora componentes emocionales y motivacionales, configurándose como un espacio de contención y estímulo.

Desde la literatura, Pamplona Rangel et al. ⁽¹⁶⁾ señalan que la relación terapéutica constituye un factor clave en la adherencia, en tanto favorece la confianza, la comunicación y el compromiso del paciente con el tratamiento. Asimismo, algunos relatos evidencian una construcción vincular que trasciende lo estrictamente profesional:

“Diría que una amistad también surgió” (E8).

Lo cual refuerza la importancia de la dimensión humana en el proceso rehabilitador.

Sin embargo, también se reconoce que el profesional no es el único responsable del proceso: *“El apoyo fue correcto, pero hay que hacer mucho trabajo personal” (E11)*, lo que da cuenta de una concepción compartida de la rehabilitación.

Reflexión preliminar de la dimensión:

A partir del análisis realizado, es posible afirmar que las condiciones estructurales e institucionales configuran un marco determinante en la adherencia al tratamiento kinésico, actuando tanto como facilitadores como barreras en el proceso de rehabilitación.

En este sentido, la adherencia no puede ser comprendida como un fenómeno exclusivamente individual, sino como el resultado de una interacción compleja entre el sujeto y su contexto. Mientras que factores como el apoyo social y el vínculo con el kinesiólogo favorecen la continuidad del tratamiento, las limitaciones económicas, las barreras de acceso y los tiempos institucionales pueden obstaculizar significativamente.

Se identifica así una tensión constante entre la motivación del paciente y las condiciones materiales que posibilitan o restringen su participación en el proceso terapéutico. Esta tensión evidencia que incluso en presencia de una actitud activa, la adherencia puede verse comprometida cuando el contexto no acompaña. De este modo, el análisis permite comprender que el sostenimiento del tratamiento no depende únicamente del deseo de recuperación, sino de la articulación entre recursos individuales, redes de apoyo y condiciones estructurales, configurando un proceso situado, dinámico y profundamente condicionado por el entorno social e institucional.

VI.D Dimensión subjetiva de la adherencia: construcción de la experiencia del paciente.

El análisis de las entrevistas permite comprender que la adherencia al tratamiento kinésico no se sostiene únicamente en condiciones objetivas, sino en la forma en que los pacientes interpretan, significan y resignifican su experiencia de rehabilitación. En este sentido, la percepción del paciente se configura como un eje central, en tanto media entre las condiciones del contexto y las decisiones individuales. Desde esta perspectiva, la experiencia de la amputación y del proceso rehabilitador no es homogénea, sino que se construye subjetivamente a partir de dimensiones corporales, emocionales, sociales y simbólicas, que influyen directamente en la continuidad del tratamiento. Tal como plantean Yasnó-Varila et al. ⁽¹⁹⁾, la percepción de la calidad de vida en personas amputadas no depende exclusivamente de variables funcionales, sino del significado que cada sujeto atribuye a su situación. En línea con ello, los relatos analizados evidencian que la adherencia se encuentra profundamente vinculada a la construcción subjetiva del proceso de rehabilitación.

De este modo, se evidencia que la rehabilitación no es solo un proceso físico, sino también una experiencia subjetiva de reconstrucción identitaria, en la cual el paciente transita desde la pérdida hacia la adaptación, configurando nuevos sentidos que sostienen o debilitan su continuidad en el tratamiento. En este proceso, factores como la edad, la causa de la amputación y las experiencias previas inciden de manera diferencial en la forma en que cada sujeto construye su adherencia.

Percepción del cuerpo e imagen corporal post-amputación

La reconstrucción de la imagen corporal aparece como un proceso complejo, dinámico y progresivo, que atraviesa distintas etapas desde la amputación hasta la adaptación a la prótesis.

En una primera instancia, emergen representaciones negativas o distorsionadas del propio cuerpo: *“Pensaba que era una pata de palo” (E1)*, lo que refleja la influencia de imaginarios sociales previos sobre la discapacidad. Estas representaciones, sin embargo, tienden a modificarse a medida que avanza el proceso rehabilitador. Asimismo, los pacientes describen sensaciones de inseguridad corporal y pérdida de control: *“Incluso al caminar me temblaba el cuerpo, estaba temblando, miedo a dar el paso” (E4)*, evidenciando que la amputación no solo implica una pérdida funcional, sino una ruptura en la relación con el propio cuerpo.

Este hallazgo coincide con lo planteado por Gozaydinoğlu et al. ⁽³⁾, quienes sostienen que la percepción de la imagen corporal en personas amputadas influye directamente en la adaptación a la prótesis y en la adherencia al tratamiento. A su vez, algunos relatos muestran procesos activos de resignificación corporal, donde los pacientes desarrollan estrategias

propias para adaptarse: *“Me hice una prótesis casera”* (E8), lo que evidencia una reconstrucción subjetiva del cuerpo desde la funcionalidad y la autonomía.

Percepción del dolor y su impacto en la experiencia

El dolor se presenta como una dimensión significativa en la construcción de la experiencia, particularmente en las etapas iniciales del proceso. Algunos participantes refieren haber atravesado períodos prolongados de dolor: *“El primer año fue muy duro y doloroso”* (E11), *“La herida no cicatrizaba”* (E11), lo que evidencia el impacto físico del proceso de amputación.

Sin embargo, el dolor no se limita a una dimensión biológica, sino que también influye en el estado emocional y en la motivación: *“Se hace cansador cuando no hay resultado”* (E1). En este sentido, el dolor se convierte en un elemento que puede debilitar la adherencia, especialmente cuando se percibe como persistente o sin mejoría. Por otro lado, varios participantes refieren una disminución del dolor con el paso del tiempo: *“Hoy ya no y puedo hacer casi todo”* (E11), lo cual se asocia a una percepción más positiva del proceso.

Desde el marco teórico, Díaz et al. ⁽⁹⁾ plantean que el sufrimiento en personas amputadas no es exclusivamente físico, sino que involucra dimensiones psicológicas y sociales, lo que refuerza la necesidad de abordar el dolor de manera integral en el proceso rehabilitador.

Percepción de la prótesis: utilidad, funcionalidad y significado

La prótesis ocupa un lugar central en la construcción de la experiencia, siendo percibida tanto como una herramienta de recuperación funcional como un desafío en sí misma. En algunos casos, los pacientes destacan su utilidad: *“Volví a caminar”* (E4), *“Mejoró mi calidad de vida”* (E8), lo que refuerza su rol como facilitador de la autonomía.

Sin embargo, el proceso de adaptación no está exento de dificultades: *“La adaptación no es fácil”* (E9). Estas experiencias evidencian que la prótesis no es incorporada de manera inmediata, sino que requiere un proceso de aprendizaje y resignificación. Este aspecto se vincula con lo planteado por Valencia García ⁽²⁰⁾, quien señala que la relación entre la prótesis y el bienestar psicológico es compleja, estando mediada por factores emocionales, expectativas y experiencias previas.

Asimismo, la falta de acceso a la prótesis en algunos casos constituye una limitación significativa, que condiciona tanto la experiencia del paciente como su percepción del tratamiento.

Percepción del acompañamiento profesional

El vínculo con el kinesiólogo es percibido como un componente central en la experiencia de rehabilitación, no solo desde lo técnico, sino también desde lo humano. Los relatos destacan la importancia del acompañamiento emocional: *“Te re levanta en todo el tiempo el ánimo”* (E3), *“Te dan ganas también de laburar porque ves que se están esforzando ellos también”* (E1), lo que evidencia que el profesional cumple un rol motivacional clave. Este hallazgo coincide con lo planteado por Pamplona Rangel et al. ⁽¹⁶⁾, quienes sostienen que la relación terapéutica influye directamente en la adherencia, en tanto favorece la confianza y el compromiso del paciente.

No obstante, también emerge la idea de corresponsabilidad en el proceso: *“Hay que hacer mucho trabajo personal también”* (E11), lo que sugiere que el paciente no se posiciona como sujeto pasivo, sino como agente activo en su rehabilitación.

Percepción de autonomía y calidad de vida

La recuperación de la autonomía aparece como uno de los principales sentidos atribuidos al proceso de rehabilitación. Los pacientes describen mejoras en actividades de la vida diaria: *“Voy al baño y luego me lavo la cara mirando al espejo”* (E1), *“Puedo hacer cosas que antes no podía, me pude tender la cama”* (E6), lo que evidencia avances en la independencia funcional.

Asimismo, algunos relatos vinculan la rehabilitación con la reintegración social: *“Recuperé mi actividad social”* (E8), lo que refleja una ampliación de la calidad de vida más allá de lo físico. Sin embargo, también se identifican limitaciones: *“Para la vida social dependo de los demás”* (E11), lo que indica que la autonomía no siempre es plena, sino parcial y progresiva.

En este sentido, Yasnó-Varila et al. ⁽¹⁹⁾ destacan que la percepción de calidad de vida en personas amputadas se construye en relación con la posibilidad de participar en la vida cotidiana, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio.

Experiencia emocional del proceso de rehabilitación

La dimensión emocional atraviesa de manera transversal toda la experiencia de rehabilitación, configurando un proceso no lineal, marcado por avances y retrocesos. Se identifican emociones negativas como desmotivación, cansancio e inseguridad: *“Y hay días que uno no se levanta con ganas”* (E1), lo que refleja las dificultades del proceso.

Sin embargo, también emergen estrategias de afrontamiento positivo: *“Me tengo que quedar porque esto es para mí”* (E3), *“Le tenés que poner ganas”* (E6), evidenciando procesos de resiliencia. Este hallazgo se vincula con lo planteado por Barbosa et al. ⁽⁸⁾, quienes

destacan que la amputación implica una transformación emocional profunda, donde los pacientes atraviesan procesos de duelo, aceptación y reconstrucción personal.

Reflexión preliminar de la dimensión:

A partir del análisis realizado, es posible afirmar que la percepción del paciente constituye un eje central en la construcción de la adherencia al tratamiento kinésico.

La experiencia de la rehabilitación se configura de manera compleja, donde el cuerpo, el dolor, la prótesis, el vínculo terapéutico y la autonomía adquieren significados particulares para cada sujeto. Estos significados no son estáticos, sino que se transforman a lo largo del tiempo, pudiendo favorecer o dificultar la continuidad del tratamiento, la adherencia no depende únicamente de la disponibilidad de recursos o de la indicación profesional, sino de la forma en que el paciente interpreta su proceso, resignifica sus limitaciones y construye nuevas formas de habitar su cuerpo y su vida cotidiana.

Es importante señalar que los resultados de este estudio se encuentran situados en un contexto específico, correspondiente a la ciudad de Santa Fe, Argentina. En este sentido, si bien los hallazgos presentan puntos de contacto con la literatura existente, es necesario considerar las particularidades del sistema de salud local, así como las condiciones socioeconómicas y organizacionales propias del contexto, al momento de establecer comparaciones con estudios realizados en otras regiones. Estas diferencias se hacen especialmente visibles en aspectos como el acceso a la rehabilitación, los tiempos institucionales y la provisión de prótesis, lo que refuerza la importancia de interpretar los resultados desde una perspectiva situada.

VII. CAPITULO 4: REFLEXIÓN FINAL

La realidad del proceso de rehabilitación en pacientes amputados no puede ser comprendida únicamente a partir de variables clínicas u objetivas, sino que se construye a partir de las interpretaciones, experiencias y significados que cada persona le otorga a su propia condición. En este sentido, la adherencia al tratamiento kinésico no constituye un fenómeno lineal ni dependiente exclusivamente de la voluntad del paciente, sino que responde a una compleja interacción de factores personales, sociales, económicos e institucionales.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se pudo identificar que la adherencia se configura como un proceso dinámico, en el cual intervienen tanto elementos facilitadores como barreras que dificultan la continuidad del tratamiento. Entre los factores institucionales, se destacaron las demoras en el acceso al sistema de salud, las dificultades en la asignación de turnos y las limitaciones en los medios de traslado, aspectos que han sido identificados como barreras relevantes en la implementación de la atención y rehabilitación de pacientes amputados ⁽²⁹⁾.

En relación con el entorno social, esta investigación confirma que el acompañamiento familiar no es un elemento secundario, sino un pilar determinante dentro del proceso de rehabilitación. La familia funciona como un verdadero sostén práctico y emocional, actuando como facilitador de la adherencia al garantizar aspectos esenciales como el traslado, la organización de la rutina y el acompañamiento en momentos de desmotivación. En los relatos, este rol es descrito con gran significación simbólica, siendo considerado como el “pulmón” o los “pilares” del proceso, en concordancia con estudios que destacan el impacto del entorno psicosocial en la adaptación a la amputación y en la continuidad del tratamiento ⁽³⁰⁾.

Sin embargo, la red vincular no es homogénea; la presencia de casos con apoyo “nulo” evidencia que la ausencia de acompañamiento constituye una barrera significativa. En estos casos, el paciente queda en una situación de mayor vulnerabilidad, lo que incrementa el riesgo de abandono. Asimismo, la amputación no solo impacta en el individuo, sino que reconfigura la dinámica familiar, generando ajustes en los roles, tensiones y, en algunos casos, conflictos derivados del dolor, la dependencia y la frustración, aspectos ampliamente descritos en la literatura sobre el impacto psicosocial de la amputación ⁽³⁰⁾. Esto refuerza la necesidad de que el abordaje terapéutico contemple no solo al paciente, sino también a su entorno.

Por otra parte, los factores económicos también influyen de manera directa en la adherencia. Se identificaron situaciones en las que los pacientes debieron reducir la frecuencia de las sesiones o interrumpir el tratamiento debido a la imposibilidad de afrontar

los costos de traslado. Estas condiciones evidencian que la adherencia se encuentra atravesada por desigualdades estructurales que exceden la responsabilidad individual.

En pacientes jóvenes con amputaciones traumáticas, el desafío trasciende la recuperación funcional, incorporando aspectos vinculados a la imagen corporal, la estética y la reinserción social ⁽³⁰⁾. Tal como se evidenció en uno de los casos analizados, el conflicto no se limita a volver a caminar, sino a poder aceptar la nueva apariencia corporal, superando temores asociados al estigma. En este sentido, el pasaje desde la angustia por la exposición del cuerpo hasta la aceptación de la propia imagen constituye un indicador de evolución tan relevante como la recuperación de la marcha.

En relación con el vínculo terapéutico, se observó que la calidad de la relación con el kinesiólogo influye directamente en la adherencia. La empatía, la comunicación y la confianza favorecen el compromiso del paciente, reforzando la idea de que la adherencia debe ser entendida como un proceso de decisión compartida y un acuerdo colaborativo entre el paciente y el profesional. Desde una mirada crítica, resulta necesario cuestionar la concepción que atribuye la falta de adherencia exclusivamente al paciente, reconociendo la responsabilidad del sistema de salud y de los profesionales en la generación de condiciones favorables.

En síntesis, la adherencia al tratamiento kinésico se configura como un fenómeno complejo y multidimensional, donde la dimensión social, emocional y contextual adquiere un rol central.

Finalmente, en el contexto de Santa Fe, la adherencia puede ser entendida como un verdadero indicador de equidad del sistema de salud. El éxito del proceso rehabilitador dependerá de la capacidad del sistema para articular los tiempos administrativos con la ventana de motivación del paciente, así como de responder a sus condiciones socioeconómicas reales. En este sentido, mejorar la adherencia implica no solo intervenir sobre el individuo, sino también transformar las condiciones estructurales que hoy limitan la continuidad del tratamiento, en línea con las desigualdades en el acceso a servicios de salud y rehabilitación descritas en la literatura ⁽³¹⁾.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Díaz Acosta G. Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior [tesis doctoral en Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015 [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=345095>
2. Rodeiro MG. Guía de atención de pacientes amputados [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”; 2018 [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-guia-atencion-pacientes-amputados.pdf>
3. Gozaydinoğlu S, Hosbay Z, Durmaz H. Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. Acta Orthop Traumatol Turc. 2019;53(3):221–225. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6599412/>
4. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 [citado 15 ago 2025];16(2):175–189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 15 ago 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
6. Baars EC, Schrier E, Dijkstra PU, Geertzen JHB. Prosthesis satisfaction in lower limb amputees: a systematic review of associated factors and questionnaires. Medicine (Baltimore). 2018;97(39):e12296. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6181602/>
7. Rocha Lara EA, Pineda Olvera J, Lara Barrón AM, Godínez Rodríguez MA. Experiencias docentes en el cambio curricular vivido en la carrera de enfermería de la FES Iztacala. Rev Enferm Neurol [Internet]. 2021 [citado 15 ago 2025];20(2):139–148. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/issue/view/45>

8. Barbosa LBA, Guerra CL, Resende JL, Andrade MBT. Sentimentos e expectativas do ser-amputado: um olhar fenomenológico. *Rev Univ Vale Rio Verde* [Internet]. 2016 [citado 14 oct 2025];14(2):1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2605>
9. Díaz JL, Leal Costa C, Gómez M. El sufrimiento de las personas amputadas: un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Rev Psicol Salud* [Internet]. 2013 [citado 2 oct 2025];1(1):23–44. Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/887>.
10. Venturiello MP. ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. *Rev Katálisis*. 2014;17(2):185-195. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200004> [citado Abr 30 2026].
11. Reyes-Flores EN, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chávez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*. 2016;84(3-4):125-132. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384/14326> [citado Abr 30 2026].
12. Azar FM, Canale ST, Beaty JH. Lower limb amputation. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546594/> [citado May 5 2026].
13. Kovač I, Kauzlarić N, Živković O, Mužić V, Abramović M, Vuletić Z, et al. Rehabilitation of lower limb amputees. *Period Biol*. 2015;117(1):147-159. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281927105_Rehabilitation_of_lower_limb_amputees [citado May 5 2026].
14. Zambudio-Periago R. Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
15. Luza LP, Ferreira EG, Minsky RC, da Silva R. *Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees: a systematic review of observational studies*. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2019;15(5):582-589. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1602853> [citado May 6 2026].
16. Pamplona Rangel LM, Uribe Guarín D, Ayala Hernández JM. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico: una revisión de tema. *Cienc Salud Virt*. 2018;10(1):62–75. Disponible en: <https://revistas.uninunez.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/766>

17. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado 12 ene 2026];16(3):226–232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
18. Serrano Ruíz CP, Ramírez Ramírez C, Abril Miranda JP, Ramón Camargo LV, Guerra Urquijo Y, Clavijo González N. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2013 [citado 12 ene 2026];45(1):41–51. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072013000100006
19. Yasnó-Varila LF, Correa-Echeverry DF, Morales-Correa ID, Veloza-Morales MC. Percepción de calidad de vida en trabajadores víctimas de accidente laboral que terminó en amputación. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2021 [citado 12 ene 2026];26(1):23–36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v26n1/0121-7577-hpsal-26-01-23.pdf>
20. Valencia García H. Experiencia de adaptación de las personas amputadas: la relación entre la prótesis y el bienestar psicológico. *Nure Investig* [Internet]. 2022 [citado 12 ene 2026];19(118):1–12. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2148/1007>
21. Myezwa H, Stewart A, Musenge E, Nesara P. Satisfaction and adherence of patients with amputations to physiotherapy service at public hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr J Physiother.* 2015;71(1):1-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4480465/> [citado May 7 2026].
22. Dade-Matthews O, Roper JA, Vazquez A, Shannon DM, Sefton JM. Prosthetic device and service satisfaction, quality of life, and functional performance in lower limb prosthesis clients. *Prosthet Orthot Int.* 2024;48(4):422–430. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37870367/>
23. Vázquez-Vela Sánchez E, editor. Rehabilitación psicológica. En: *Los amputados y su rehabilitación: un reto para el Estado* [Internet]. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2016 [citado 14 ene 2026]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
24. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6a ed. México: McGraw-Hill Education; 2014 [citado May 4 2026].

- Disponible en:
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
25. Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe en cifras 2014. Disponible en:
<https://www.santafe.gov.ar/archivos/estadisticas/SantaFeenCifras2014.pdf> [citado Abr 30 2026].
26. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2016;42(2):266-272. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5546643> [citado Abr 30 2026].
27. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4):251-258. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251 [citado Abr 30 2026].
28. Jain S, Kumar S, Sharma S, et al. The psychosocial impact of lower limb amputation on patients and caregivers. *Cureus*. 2022;14(11):e31346. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/365242046_The_Psychosocial_Impact_of_Lower_Limb_Amputation_on_Patients_and_Caregivers [citado May 4 2026].
29. Patiño-Lugo DF, Pastor Durango MP, Lugo-Agudelo LH, García HI, Ramírez-Patiño D. Implementation of the clinical practice guideline for individuals with amputations in Colombia: a qualitative study on perceived barriers and facilitators. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:538. Disponible en:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05406-z> [citado May 4 2026].
30. Sinha R, van den Heuvel WJA, Arokiasamy P. Adjustments to amputation and an artificial limb in lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int*. 2014;38(2):115-121. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0309364613489332> [citado May 4 2026].
31. Pasquina PF, Carvalho AJ, Sheehan TP. Ethics in rehabilitation: access to prosthetics and quality care following amputation. *AMA J Ethics*. 2015;17(6):535-546. Disponible en:
<https://journalofethics.ama-assn.org/article/ethics-rehabilitation-access-prosthetics-and-quality-care-following-amputation/2015-06> [citado May 4 2026].

IX. ANEXO

IX.A Consentimiento informado.

Consentimiento informado para participantes de investigación:

A. Información para el participante.

Título del Trabajo: Factores vinculados a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe, Argentina.

Profesional

responsable:

.....

Estamos invitando a participar en el estudio “Factores vinculados a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe, Argentina” a realizarse en la ciudad de Santa Fe, Argentina, que tiene como objetivo analizar los factores que influyen a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados mayores de 18 años en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Que puede ser beneficiosa para ayudar al equipo de salud a reconocer las limitaciones del paciente y para reducir los costos por reingresos y complicaciones derivados de la no adherencia.

Como parte del estudio se le harán entrevistas semiestructuradas anónimas con preguntas abiertas que serán grabadas para su posterior registro y análisis interpretativo de la información obtenida.

El estudio que se le realizará no implica riesgos ni molestias para usted.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del participante será preservada.

B. Hoja de firmas.

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata acerca de factores vinculados a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe, Argentina.

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que, aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante:

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Estudiante que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido.....

Lugar de contacto.....-

Teléfono.....

IX.B Modelo de entrevista semiestructurada:

Datos personales:

Nombre:

.....

Edad:

Género:

¿Podrías contarnos el motivo de la amputación? ¿Y cuánto hace que sucedió?

Factores institucionales

¿Nos podés contar cómo es el viaje hasta el centro de rehabilitación?

¿Cuánto tiempo paso entre la asignación del turno y la primera sesión?

Factores familiares

¿Nos podés contar cómo es tu relación con la familia durante el tratamiento?

Factores económicos

¿Tiene alguna dificultad económica que le haya complicado venir a rehabilitación o continuar el tratamiento?

Factores relacionados con el tratamiento

¿Estás usando prótesis? Si es así, ¿Cuánto tiempo esperaste la prótesis? ¿De qué manera te influyó la espera de la prótesis en el tratamiento?

Factores físicos y clínicos

¿Podrías contarnos si hay sensaciones que alteren o influyan en sus ganas de venir a rehabilitación o usar la prótesis? ¿Presenta dolor del miembro fantasma?

Factores personales

¿Qué crees que te sirvió para atravesar el proceso de amputación y adaptación?

Percepción de autonomía y calidad de vida

¿Cómo siente que ha cambiado su nivel de independencia o calidad de vida con ayuda de la rehabilitación?

Percepción del acompañamiento profesional

¿Cómo describiría el acompañamiento que recibe por parte del kinesiólogo durante su rehabilitación?

Percepción del dolor y su impacto

¿De qué manera el dolor impacta en su rehabilitación?

Adaptación a la prótesis

¿Qué aspectos fueron más desafiantes al momento del uso de la prótesis?

Adherencia al tratamiento

¿Ha tenido momentos en que pensó en abandonar? ¿Por qué?

Experiencia general

¿Qué barreras o facilitadores cree que tuvo usted en el proceso de rehabilitación?

IX.C Resultados de entrevistas

Factores institucionales: En relación con el traslado al centro de rehabilitación, los participantes mencionaron distintas modalidades de acceso, incluyendo ambulancia, remis, transporte propio o ayuda de terceros. Aquellos que dependen del sistema de traslado institucional refirieron mayores dificultades.

- ¿Nos podés contar cómo es el viaje hasta el centro de rehabilitación?

ENTREVISTADO 1: “Ahora me trae y lleva la ambulancia, por servicio de PAMI. Al principio venía yo con mi camioneta. Yo prefiero venir por mi cuenta porque tenés que depender mucho del horario de la gente de la ambulancia. No hace mucho estuve esperando de las 8 30 hs que salí de acá hasta las 12 hs”.

ENTREVISTADO 2: “En Remis. La ambulancia estaba saturada. Lo paga la asistencia social”.

ENTREVISTADO 3: “Me trae mi papá, tiene su auto, entonces siempre me trae y después me busca, por el momento me traslado por mis propios medios. Si no puede, tengo un amigo acá de Santa Fe que viaja los viernes a Gessler”.

ENTREVISTADO 4: “Ahora en la ambulancia, tengo lunes y miércoles. Los lunes me vengo en colectivo”.

ENTREVISTADO 5: “En ambulancia, tramitamos acá con el hospital que me trae el servicio de traslado del 107 de Rafaela. De lunes a viernes. Llego los lunes y nos vamos viernes por la

mañana, al mediodía. Una vez se olvidaron de mí, pero bueno, no fue algo personal, pero me buscaron igual un poco más tarde para volver”.

ENTREVISTADO 6: “Me busca la ambulancia, a la vuelta también. Siempre fue así”.

ENTREVISTADO 7: “Y acá vengo los martes y jueves de las 16 hs hasta las 17 hs. Me lleva y me trae lapos. Lo cubre la obra social, el transporte y la rehabilitación me lo cubre la obra social”.

ENTREVISTADO 8: “Cuando tenía obra social asistía a sector privado en tricicleta y luego en bicicleta ya que con la rehabilitación pude hacerlo”.

ENTREVISTADO 9: “Voy en auto contratado de forma particular”.

ENTREVISTADO 10: “En automóvil, me buscan y me traen a domicilio”.

ENTREVISTADO 11: “Vehículo propio y con muletas”.

- ¿Cuánto tiempo pasó entre la asignación del turno y la primera sesión?

ENTREVISTADO 1: “La primera sesión fue en principio de noviembre, por ahí en fin de octubre. Entonces ahí pasaron unos meses para la primera sesión para arrancar con la kinesiología, era lo que había ahí en el momento. Eso me lo aclararon en el primer momento que iba a demorar un poco por el tema de la asignación del turno, como van asignando a medida que van liberando los cupos, en realidad fue rápido porque me habían dicho entre un año y un mes y fue de febrero a noviembre”.

ENTREVISTADO 2: “Seis meses creo. Yo vine en junio 2025 y me llamaron en noviembre. Que yo no atendí porque falleció mi papá y entonces me pasaron para el mes pasado (febrero 2026)”.

ENTREVISTADO 3: “Fue en enero y bueno, en febrero ya me llamaron y comencé en marzo, los primeros días. Casi dos meses de espera”.

ENTREVISTADO 4: “Me llamó el doctor, me vió y al tiempo me llamaron para unos dos meses, más o menos tres meses”.

ENTREVISTADO 5: “No me acuerdo cuándo pedí el turno de esa primera consulta. Vine en la primera consulta en agosto y después me llamaron en enero. Son unos cinco meses”.

ENTREVISTADO 6: “Un mes más o menos de espera”.

ENTREVISTADO 7: “Y acá fue rápido, automático fue. Acá fue automático porque una vez que me mandaron el fisiatra, que el fisiatra es la parte, es el que me hace el pedido a lapos y considero que yo estaba apto para empezar la rehabilitación”.

ENTREVISTADO 8: “Actualmente necesité un pedido médico para rehabilitación y en una semana ya tenía turno primera sesión”.

ENTREVISTADO 9: “Pocos días”.

ENTREVISTADO 10: “Paso tiempo porque estuve con internación domiciliaria”.

ENTREVISTADO 11: “15 días”.

Factores familiares: Los testimonios evidencian la presencia de apoyo familiar en la mayoría de los casos, así como también situaciones de ausencia de acompañamiento.

¿Nos podés contar cómo es tu relación con la familia durante el tratamiento?

ENTREVISTADOS 1: “No, re bien, re bien, hubo apoyo, estamos trabajando siempre juntos en el tema del tratamiento”.

ENTREVISTADO 2: “No, bien, bien, mis hermanas me están ayudando un montón. Están ayudando bastante, ellos son el pulmón”.

ENTREVISTADO 3: “Y bueno, durante el tratamiento, desde el momento cero de internación en el hospital mi mamá estuvo al lado mío. En el Cullen estuve tres meses. Y tres meses acompañándome en mi casa. Así que bueno, fueron seis meses de compañía. Hoy en día estoy sola”.

ENTREVISTADO 4: “De mi pareja, bueno, bien. Mi parte familiar, de mi hermano, es nula, cero. No hubo apoyo ni siquiera me fueron a visitar”.

ENTREVISTADO 5: “Me acompaña”.

ENTREVISTADO 6: “Sí, tengo tres hijos, cinco nietos, ellos son mis pilares son ellos”.

ENTREVISTADO 7: “Yo creo, por lo que uno ha vivido que el diabético siempre tiene que estar acompañado. Siempre tiene que estar acompañado, el diabético. En mi casa entendieron que yo tenía que estar acompañado cuando tuve una descompensación el año pasado, el 4 de enero, tuve una descompensación diabética”.

ENTREVISTADO 8: “Mi familia me apoya y alienta para realizar rehabilitación”.

ENTREVISTADO 9: “Al principio fue un acompañamiento constante y a medida que fui adquiriendo autonomía la familia acompaña desde las necesidades”.

ENTREVISTADO 10: “Apoyo total de mis hijas”.

ENTREVISTADO 11: “Óptima”.

Factores económicos: Los participantes refirieron situaciones económicas diversas, con presencia de dificultades en algunos casos.

- ¿Tiene alguna dificultad económica que le haya complicado venir a rehabilitación o continuar el tratamiento?

ENTREVISTADO 1: “En un momento sí porque quedé en el limbo entre empezar a cobrar la jubilación y cobrar el fondo de desempleo, o sea, venir cobrando el fondo de desempleo y que salga la jubilación, ahí hubo un mes y medio casi dos que se complicó y quedamos en el limbo porque no cobré ni una ni la otra. Se me complicó más cuando se me rompió la camioneta”.

ENTREVISTADO 2: “Estoy peleando para tener una pensión, pero bueno. Ya está todo hecho”.

ENTREVISTADO 3: “No, no, por el momento no. Viste que acá te aportan todo, o sea, lo único que tenemos que tener es el medio para poder trasladarme, pero coincidió que mi papá tiene su auto, así que bueno, me llevan”.

ENTREVISTADO 4: “No porque me manejo en colectivo y de otra forma, tendría que pagar un taxi o remis sí, pero yo me manejo en colectivo”.

ENTREVISTADO 5: “No, no, porque la ambulancia me trae sin costo y acá también, así que el primer día que vine me trajeron unos amigos y después ya me fui en ambulancia”.

ENTREVISTADO 6: “Ahora voy en una ambulancia, yo no tengo gasto”.

ENTREVISTADO 7: “Tenía un buen pasar, pero al jubilarte y ser discapacitado se te van todos los beneficios que tenés. Hay que acostumbrarse sumado a lo complicado que está hoy. Pero te puedo decir que siempre lo fui sorteando, por ahí tenía imposibilidad de un acompañante terapéutico que le tuve que decir que no, porque no, no tenía no podía pagarlo, se me hacía pesado”.

ENTREVISTADO 8: -

ENTREVISTADO 9: “Si tuve que reducir la cantidad de días a la mitad a los que concurría a rehabilitación”.

ENTREVISTADO 10: “Algunos inconvenientes con los insumos de curación de 1 úlcera en pierna derecha”.

ENTREVISTADO 11: “Por el momento no, aunque hice toda la rehabilitación sin la cobertura de ninguna obra social”.

Factores personales: Los relatos evidencian aspectos motivacionales y emocionales vinculados al proceso de rehabilitación.

- ¿Qué crees que te sirvió para atravesar el proceso de amputación y adaptación?

ENTREVISTADO 1: “Yo me agarré mucho a mi familia, a mis hijos, creer que podía volver a caminar. No dejarme estar en un momento, me voy a amputar una pata, no yo seguía haciendo cosas. Busqué la manera de adaptar la camioneta. Fue duro en su momento, pero después, viste, vos empezás a ver a tu familia que te acompaña desde el primer momento a toda la gente que te rodea que te quiere entonces, bueno, teniendo eso y un poco de amor propio también hace que uno no baje los brazos. Me motivaba también el tema de volver a caminar”.

ENTREVISTADO 2: “De la familia, de los amigos que me apoyan. Yo pensé que era distinto. La verdad que me ayudaron mucho, como que estoy en una asociación, hago cursos de pastelería, hago cursos de carpintería. Estoy constantemente con gente, amigos”.

ENTREVISTADO 3: “Tengo dos hijas y, bueno, el apoyo que yo tuve en Cullen fue lo más, desde los kines, incluso el otro día vinieron a visitarme los chicos, o sea, yo digo los que me levantaron de la cama, literal, yo estaba inmovilizada. Tuve quebradura también del radio cúbito, y también en el estado de ánimo que estaba, como que ya estaba muy chupada ahí. Y de repente comencé con la terapia con ellos y todo, super. Se hizo llevadero y aparte las enfermeras también. Tenía apoyo psicológico. Sí, tenía apoyo psicológico, todo. Mi mamá, estaba ahí al lado mío todo el tiempo. Pero sí, fue más familiar”.

ENTREVISTADO 4: “Vi durante la estadía en el hospital, vi la gente que estaba peor que yo. Y me llevó a pensar que yo era joven y podía caminar. O sea, mi proceso fue liviano a comparación de los que vi, por ahí ver otras situaciones de personas que no se podían manejar o tenían que depender de otra persona. Eso me llevó a pensar que yo podía hacer las cosas mejor, podía salir adelante siendo joven y soportar el proceso”.

ENTREVISTADO 5: “Y el apoyo profesional del psicólogo, de los médicos, y de la familia, porque lo mío fue una decisión mía, de amputar porque yo tuve 14 años operándome 13 veces y era una fractura que no iba a curar nunca. Nunca se iba a curar el hueso, y cuando se curó se soltó, soldó la tibia y el peroné ya no estaba más, se volvió a quebrar sola, entonces decidí yo. Sí, el proceso es distinto, el duelo lo hice antes, ya la pierna hacía mucho que a mí no me servía”.

ENTREVISTADO 6: “No, toda voluntad de uno, es todo de uno”.

ENTREVISTADO 7: “Yo me sentí a partir de ahí, me sentí muy acompañado. Mis amigos, mucha presencia de mis amigos. Mucha presencia, mucha presencia. No, aparte siempre fui un tipo social, un tipo de hacer divertir, medio payaso. Y entonces eso también me ayudó y bueno”.

ENTREVISTADO 8: “Desde el primer día me di cuenta que me iban a amputar. Cuando me lo dijeron no me sorprendió, mi señora no lo esperaba. Al tenerlo asumido me ayudó a ponerle fuerza a lo que venía. No quería ver sufrir a mi familia”.

ENTREVISTADO 9: “Mi buena predisposición y el acompañamiento familiar”.

ENTREVISTADO 10: “Deseos de volver a caminar, pero me cuesta mucho”.

ENTREVISTADO 11: “Mi mente, mi familia, mis amigas”.

Percepción de autonomía y calidad de vida: Los entrevistados refirieron cambios en la autonomía y en la realización de actividades de la vida diaria a partir del tratamiento.

- ¿Cómo siente que ha cambiado su nivel de independencia o calidad de vida con ayuda de la rehabilitación?

ENTREVISTADO 1: “Sí, cambió un 100%, en cosas simples porque por ejemplo, hoy yo teniendo la rehabilitación y teniendo la prótesis voy al baño y luego me lavo la cara mirando al espejo”.

ENTREVISTADO 2: “Muchísimo, o sea, me siento mejor, más cómodo”.

ENTREVISTADO 3: “Siento que he dejado de usar tanto la silla. Porque yo como que por inseguridad me sentaba en la silla todo el tiempo. Y en estas últimas dos semanas es como que agarré la confianza de que por más que tenga que hacer dos o tres viajes para preparar una mesa, por ejemplo, o para llevarme las cosas al baño para bañarme y todo, hago todo con muletas. No entro a la comodidad de la silla, de cargarme todo encima. Pero en ese sentido, dejé un poco la silla de ruedas sería, las muletas cuestan, y el estado físico también”.

ENTREVISTADO 4: “Me sentí mejor. Primero le tenía miedo a bajarme de la silla y después volverme a subir. Y las chicas entre el reto y el apoyo me dieron confianza a bajarme y a subir para ir al baño y demás. Como yo vine del hospital a mi casa, era una persona nula, me pusieron una silla y ahí quedé”.

ENTREVISTADO 5: “Todavía no, todavía no. Porque sigo en la misma digamos. Bueno, ahora que pasamos a los canadienses vamos a ver que puede cambiar, pero todavía no hago cosas sola con muletas y con la prótesis practico con el ardor, o sea no le vi todavía el beneficio”.

ENTREVISTADO 6: “Mucho, mucho. Tenés que depender de muchas personas a veces. Un decir, y lo más sensible, preparar el mate y ponerlo o prender la cocina que no podés. Ahora me manejo solo, me costó mucho ir al baño. Puedo hacer cosas que antes no podía, me pude tender la cama”.

ENTREVISTADO 7: “La independencia te la saca, esto te saca independencia. Pero todo esto va sumando seguridad que uno va adquiriendo con el tiempo, con el proceso”.

ENTREVISTADO 8: “La rehabilitación me ayudó a volver a caminar, mejoró mi calidad de vida y recuperé mi actividad social”.

ENTREVISTADO 9: “Con la rehabilitación las personas adquirimos autonomía y calidad de vida ya que podemos afrontar la cotidianidad de la mejor manera que cada uno puede. En mi caso adquirí mucha independencia”.

ENTREVISTADO 10: “Bastante”.

ENTREVISTADO 11: “Me ayudó para desenvolverse bastante bien pero sólo en mi casa, para la vida social dependo de los demás todavía”.

Percepción del dolor: En relación con el dolor, los participantes refirieron en su mayoría ausencia o presencia leve.

- ¿De qué manera el dolor impacta en su rehabilitación?

ENTREVISTADO 1: “No, ósea, solamente lo del dolor fantasma que decíamos sino no, porque en realidad pasó mucho tiempo desde la amputación. Pasó ya más de un año, está todo cerrado está todo bien así que no tengo dolor, sí el dolor del pie fantasma que ya me dijeron que también me va a llevar muchísimos años que la cabeza todavía está así, que hay que esperar más”.

ENTREVISTADO 2: “No, no. Por ahí siento que me pica, que me pican los dedos y todo, pero no, bien”.

ENTREVISTADO 3: “El dolor es como cuando, o sea, al terminar ejercicios, todos siempre tratamos de estirar, de todo, de elongar y esas cosas, de no sufrir ningún dolor”.

ENTREVISTADO 4: “Sí, sí, durante lo de la rodilla y del hueso. Sí, por el apoyo y no tener nada en la rodilla”.

ENTREVISTADO 5: “No, hoy no, en la rehabilitación no”.

ENTREVISTADO 6: “No”.

ENTREVISTADO 7: “Dolor te puedo decir que tuve los primeros días de la operación, pero no tanto”.

ENTREVISTADO 8: “No recuerdo haber sentido dolor. Únicamente cansancio muscular después de la rehabilitación”.

ENTREVISTADO 9: “No tengo mucho dolor, pero cuando hay no me exijo y ese día suspendo. Pero pasa muy poco en mi caso particular”.

ENTREVISTADO 10: “El dolor es leve”.

ENTREVISTADO 11: “El primer año fue muy duro y doloroso, la herida no cicatrizaba, hoy ya no y puedo hacer casi todo”.

Barreras y facilitadores del tratamiento: Los entrevistados identificaron diferentes barreras y facilitadores en el proceso de rehabilitación.

- ¿Qué barreras o facilitadores cree que tuvo usted en el proceso de rehabilitación?

ENTREVISTADO 1: “La barrera se podría decir que fue lo burocrático, eso sería la barrera, porque viste tener que esperar tanto tiempo para que pueda empezar a hacer algo”.

ENTREVISTADO 2: “El facilitador sería la familia”.

ENTREVISTADO 3: “Al principio, cuando llegué, me costó el impacto de la imagen, digamos, lo visual, porque ver tanta gente, o sea, en estado tan crítico, y es como que parecía esa nena que no quería quedar en el jardín, pero no me voy a ir hasta que no termine la rehabilitación. Me van a tener que echar. Me tengo que quedar, porque esto es para mí. Lo venía esperando hace bastante tiempo, viste, de turnos. Y la idea mía era usar una prótesis para tener una mejor calidad de vida”

ENTREVISTADO 4: “No sé. Lo que me gusta es aprender, aprender siempre es bueno. Sí, sí, hay gente que aprendes. Sí, porque hay cosas que no me animaba y hacerlo con las dos piernas está bueno, aprendemos. Porque todavía me cuesta”.

ENTREVISTADO 5: “No, por ahí el estar lejos, el extrañar que uno está toda la semana acá, yo estaba trabajando y tuve que acomodarme con eso, pero externo, digamos. Y acá es todo favorable, está muy bien coordinado todo y se ocupan del pie, de los análisis clínicos, de la psicóloga. Sí, que uno extraña”.

ENTREVISTADO 6: “El gimnasio, yo nunca hice nada en mi vida. Pero le pongo voluntad igual, trato de hacerlo igual”.

ENTREVISTADO 7: “No, no tuve barreras que me hayan claudicado, y algún facilitador sería esto que me ayuda. Cuando yo estuve con el acompañante terapéutico, era dos veces por semana, los lunes y viernes, él estaba tres horas conmigo. Y a mí él me hizo muy bien también, porque me sacaba, me llevaba a tomar café”.

ENTREVISTADO 8: “Lo que me facilita es las ganas de continuar la rehabilitación. También estoy con problemas de vista lo que necesito moverme con alguien para mayor seguridad”.

ENTREVISTADO 9: “Desde mi perspectiva, el paciente amputado no es correctamente capacitado para una rehabilitación rápida y correcta y ni hablar del sistema de salud que no ayuda con los tiempos. Barreras, obra social con tiempos de esperas muy largos para otorgar turnos en kinesio y otorgar prótesis. Facilitadores, encontrar un lugar donde te ofrezcan un profesional especializado en amputados, desde lo personal tener un familiar que trabaja en salud y que pudo acelerar el proceso desde el conocimiento. Hago esta aclaración por qué las personas pierden mucho tiempo de recuperación por no estar bien informadas”.

ENTREVISTADO 10: “Son las que estuve detallando según pregunta”.

ENTREVISTADO 11: “Barreras pocas, tal vez tendría que tener más vida social y facilitador mi familia que me asiste en lo que yo no puedo hacer”.

Adherencia al tratamiento: En relación con la continuidad del tratamiento, los participantes refirieron tanto permanencia como momentos de desmotivación.

- ¿Ha tenido momentos en que pensó en abandonar? ¿Por qué?

ENTREVISTADO 1: “Y hay días que uno no se levanta con todas las ganas por un montón de boludeces que están pasando. Se hace cansador cuando no hay resultado”.

ENTREVISTADO 2: “No, el tratamiento lo hago en mi casa también”.

ENTREVISTADO 3: “No, estoy acá y voy a seguir”.

ENTREVISTADO 4: “No, no, nunca. Nunca porque me gusta estar acá. Aprender algo siempre es bueno y a mí me gusta”.

ENTREVISTADO 5: “No”.

ENTREVISTADO 6: “No, nunca. Sí yo me levanto a las cinco de la mañana todos los días”.

ENTREVISTADO 7: “No, nunca. Hay días que vos estás sensible, hay días, pero se supera”.

ENTREVISTADO 8: “No”.

ENTREVISTADO 9: “Nunca pensé abandonar. Mi familia tampoco me lo permitiría”.

ENTREVISTADO 10: “No quería ir algunas veces, pero no quería abandonar”.

ENTREVISTADO 11: “No, abandonar no, pero si hubo veces en las que no quería ir a rehabilitación”.

Relación con el kinesiólogo: Los testimonios evidencian la percepción del acompañamiento profesional durante el proceso de rehabilitación.

- ¿Cómo describiría el acompañamiento que recibe por parte del kinesiólogo durante su rehabilitación?

ENTREVISTADO 1: “Fue también una parte importante dentro de lo que por ahí uno se imagina, no es lo que te imaginas que va a ser una persona fría. A mí por lo menos me tocó que estén continuamente diciéndome dale, dale, dale que no te dejan solo pero bien, entonces vos venís y te dan ganas también de laburar porque ves que se están esforzando ellos también”.

ENTREVISTADO 2: “Es espectacular. La verdad es que la doctora es una genia. Con lo que trata, con lo que cuida, es espectacular. No hay que quejarse”.

ENTREVISTADO 3: “No, súper, súper bien, súper. Tiene una parte humana que te hace tener ganas de hacer la rehabilitación y de ponerle ganas. Te re levanta en todo el tiempo el ánimo, digamos. Más allá de su parte profesional, está esa parte humana que te da ganas de ganar”.

ENTREVISTADO 4: “Bien”.

ENTREVISTADO 5: “Excelente, de todos los aspectos”.

ENTREVISTADO 6: “No, muy bien”.

ENTREVISTADO 7: “Bueno, puede ser con Ramiro o con ella. Lo hago, lo hago. Excelente excelente”.

ENTREVISTADO 8: “Fue un apoyo importante, me estimulaba, tiempo de charla, risas, la paso bien. Ella hacía ciclismo y me invitó a compartir ese deporte. Diría que una amistad también surgió”.

ENTREVISTADO 9: “Excelente”.

ENTREVISTADO 10: “De mucha ayuda, al principio me enojaba mucho después entendí que era para mejor”.

ENTREVISTADO 11: “El apoyo fue correcto, pero hay que hacer mucho trabajo personal también”.

Adaptación a la prótesis: Los entrevistados describieron el proceso de adaptación a la prótesis como parte del tratamiento.

- ¿Qué aspectos fueron más desafiantes al momento del uso de la prótesis?

ENTREVISTADO 1: “Y la pregunta del millón si iba a poder volver a caminar bien o si iba a hacerlo mal o si me podía lastimar, esa es la pregunta que uno se hace desde no conocer cómo es el tema. Te imaginas cualquier cosa, en algún momento pensaba que era una pata

de palo y te haces una idea de lo que viste en alguna película. Me fueron enseñando algunos truquitos para ponerme la prótesis y todo ese tipo de cosas que hacen que uno esté cómodo”.

ENTREVISTADO 2: “No la tengo”

ENTREVISTADO 3: “No la tengo, pero yo siento que mi cuerpo quedó lleno de cicatrices porque acá me rasuraron para hacerme injertos en la unión. Entonces, como que tengo marcas, viste, me estaba costando usar un short. Ahora bien, bien, no me importa, me pongo el short, pero siempre está como que tratar de cubrirme o algo, la aceptación. Ahora que tengo una compañera justamente amputada y ella está empezando a usar su prótesis es como que me siento con más confianza, pero a la vez la ansiedad está, viste, los miedos y cómo va a ser. Quizás antes estaba con muchas más dudas si la iba a poder caminar o cómo me voy a ver”.

ENTREVISTADO 4: “Aprender a caminar de vuelta, porque me había olvidado cómo se camina, cómo se hacen unos pasos, cómo se mantiene y cómo se arranca a caminar. Incluso al caminar me temblaba el cuerpo, estaba temblando, miedo a dar el paso. Claro, volví a caminar”.

ENTREVISTADO 5: “Y la molestia por apoyo, fría, a mí en el equilibrio y eso no me costó. Terminamos de pulirlo porque cuando vine a la entrevista, me habían explicado un poco como vendar, habíamos mejorado de cuando me internaron y después cuando vinimos acá, lo hacía, pero yo le hacía mal la presión y descubrimos que la venda me lo tiraba para arriba. Y era una banana. Entonces le buscábamos la vuelta, le buscaba la forma hasta que encontramos que era. Bueno, acá te dan la libertad de poder hacerlo como salga, pero que el resultado sea correcto, ellos buscan el resultado. Entonces cada uno va encontrando su cruz por acá por allá, busca redondo o cruzado. Y yo tengo una mezcla, empieza redondo, después cruzado y así, pero bueno, el objetivo es que sea como tiene que ser.

ENTREVISTADO 6: “Desafiante y complicado como empezar a caminar y volver a empezar de vuelta”.

ENTREVISTADO 7: “Todavía no la tengo”.

ENTREVISTADO 8: “La adaptación de la prótesis me trajo palos en el camino. Presencia de ampollitas porque estaba floja, rellenarla con medias y acostumbrarme a la marcha”.

ENTREVISTADO 9: “Durante esta espera me hice una prótesis casera. La adaptación no es fácil. El vendaje para mí tampoco lo fue, siempre necesité que otra persona lo hiciera por mí”.

ENTREVISTADO 10: “No y con el liner me siento más segura”.

ENTREVISTADO 11: “Todavía no la tengo”.

[Santa Fe, 12 de mayo de 2026]

Sr. Director de la

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Prof. Cagnone Carlos

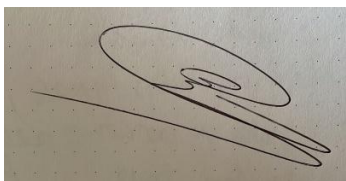
S _____ / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de informarle en mi calidad de Director de la tesina de graduación titulada “Factores vinculados a la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes amputados de la ciudad de Santa Fe, Argentina”, cuya autoría corresponde a Alba Francisco y Chacón Agustín, que la misma cumple con los requisitos necesarios para su presentación final.

Sin otro particular, lo saluda atte.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Silva', written on a light-colored background.

Aclaración: Dr. Silva Gustavo.