

# **Apéndices**

## **Evaluación del Impacto de Servicios Protésicos & Ortésicos**

**Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica**  
**22-24 Rue du Luxembourg**  
**BE- 1000 Bruselas, Bélgica**  
**Teléfono: +32 2 213 13 79**  
**Fax: +32 2 213 13 13**  
**E-mail: [ispo@ispoint.org](mailto:ispo@ispoint.org)**  
**Website: [www.ispoint.org](http://www.ispoint.org)**

**Publicado 2015**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## Contenido:

<b>Apéndice</b>	<b>Guías de Discusión</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Formulario de entrevista al graduado-páginas 1-2</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Formulario de entrevista al graduado-páginas 3-6: ortesis de extremidad inferior</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Formulario de entrevista al graduado-páginas 3-6: prótesis de extremidad inferior</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Formulario de entrevista al graduado página 7</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Hoja de datos del participante</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Hoja de datos del cliente participante</b>
<b>Apéndice</b>	<b>Formulario de consentimiento</b>

# Evaluación de Impacto: Guías de Discusión

*Favor de usar esta guía como sugerencia de temas a cubrir durante sus reuniones:*

## **Visita de cortesía al Ministerio involucrado con los Servicios de P & O**

Discutir el compromiso del gobierno para desarrollar servicios para personas con discapacidades físicas.

## **Reunión con el Director de Servicios Hospitalarios**

*Las preguntas pueden incluir, pero no están limitadas a:*

1. ¿Me puede hablar sobre la historia y el desarrollo de sus servicios y de sus instalaciones?
2. ¿De qué manera las prótesis y las ortesis están incorporadas en el esquema general de sus servicios (si no es un servicio exclusivo de P & O)?
3. ¿Qué tipo de población de pacientes atienden y cuáles son sus fuentes de financiamiento?

## **Reunión con el Gerente de Servicios de Prótesis y Ortesis**

*Con respecto al personal de prótesis y ortesis ...*

1. ¿Cuál es el perfil profesional de su personal?
  - ¿Cuántas personas ven a pacientes regularmente? *Incluya números y antecedentes de capacitación.*
  - Número de personal técnico
  - Número de personal administrativo y personal de apoyo
2. ¿Cuál es el impacto de tener personal graduado (certificado) trabajando en sus servicios de prótesis/ortesis?
  - ¿De qué manera su personal impacta el acceso a los servicios?
  - ¿Existe un plan nacional de rehabilitación?
    - De ser así, ¿de qué manera este personal impacta o apoya el plan?
  - ¿Tiene este personal algún impacto en la descentralización geográfica de los servicios?
  - ¿Alguna vez ha usted evaluado, como las personas con discapacidades se han beneficiado de los servicios que ustedes les han provisto?
    - De ser así, ¿de qué manera se hace? ¿Está documentado?
3. ¿Contribuyó el personal capacitado (certificado) con el desarrollo de los servicios? *Liderazgo y experiencia.*
4. ¿Este personal es reconocido formalmente por su gobierno?
5. ¿Qué ministerio otorga reconocimiento a su personal (quién lo otorga) y cuál es la importancia de esto?
6. ¿Cuáles son sus necesidades y planes para el desarrollo de servicios?
7. ¿De qué manera están los graduados involucrados en el desarrollo de servicios?
8. ¿Cómo se le paga al personal?
9. ¿Los técnicos trabajan a partir de una prescripción? ¿De ser así, quién la hace?

## Entrevista con el Graduado - Certificación ISPO

### Portada:

Estudio sobre el Desempeño Profesional y las Necesidades de Desarrollo del Personal Clínico de Prótesis y Ortesis en Países con Bajos Recursos

*Favor de solicitar al graduado que complete las páginas 1 y 2 antes de cada entrevista del estudio. Se le asignará un número de estudio a cada participante para asegurar su anonimato durante el análisis de datos.*

**Número de Participante en el Estudio** \_\_\_\_\_ *(únicamente uso administrativo)*

*Al final de la entrevista se debe remover la portada y guardarla por separado.*

### INFORMACIÓN GENERAL

País e Institución visitada:

Fecha:

Entrevistador *(apellido, nombre)*:

Persona que llena el formulario (si es diferente del entrevistador):

### INFORMACIÓN DEL GRADUADO

Nombre del graduado: *(apellido, nombre)*

Empleador actual y lugar de trabajo:

Edad:

Fecha de graduación:

Escuela de P & O:

Correo electrónico (o dirección postal si no tiene correo electrónico) para enviar una copia del reporte final de este estudio (opcional)

Categoría ISPO ☐ I ☐ II ☐ otro *(explicar)*

Género: ☐ masculino ☐ femenino

Experiencia laboral desde la graduación: *(favor detallar su cargo, lugar de trabajo y años de servicio – continuar en la parte de atrás del formulario en caso de ser necesario)*



**Número de Participante en el Estudio** \_\_\_\_\_ *(únicamente uso administrativo)*

### **PRÁCTICA PROFESIONAL**

1. ¿Cuál es su experiencia clínica en términos de tipo de pacientes atendidos y diversidad de tratamientos? Describir los diseños de MI, MS y columna, condiciones clínicas, componentes y materiales

2. ¿Se especializa en algún tratamiento o condición clínica?

3. Calcule el porcentaje de tiempo que dedica a las siguientes actividades: *debe sumar 100*

Atención directa del paciente \_\_\_\_%

Supervisión de otros empleados que proveen cuidados a pacientes \_\_\_\_%

Administración en su Centro de Prótesis/Ortesis \_\_\_\_%

Trabajo administrativo fuera de su Centro de Prótesis/Ortesis \_\_\_\_%

4. **A.** Porcentaje de los cuidados a pacientes que corresponde a: *debe sumar 100*

Prótesis de miembro inferior \_\_\_\_%

Prótesis de miembro superior \_\_\_\_%

Ortesis de miembro inferior \_\_\_\_%

Ortesis de miembro superior \_\_\_\_%

Ortesis de columna \_\_\_\_%

**B.** Anote en cual de los servicios anteriores se considera más competente:

5. **A.** Si recibe un caso complejo el cual requiere de asesoría, ¿hay alguien a quien usted pueda consultar? ☐ sí ☐ no

En caso de ser afirmativo, seleccione una o más casillas para describir a esta persona:

☐ Profesional en Prótesis/Ortesis (Sin Cat. I)

☐ Especialista en Prótesis/Ortesis (Con Cat.I)

☐ Terapeuta

☐ Médico

**B.** ¿Trabaja con usted o en otro lado?

6. ¿De qué manera actualiza su información / conocimientos? (seleccione todos los que apliquen)

☐ acceso a la Web desde su trabajo

☐ acceso a la Web desde su casa

☐ acceso a la Web desde un Internet Café

☐ talleres prácticos, seminarios o cursos cortos

☐ biblioteca médica

☐ artículos completos de revistas científicas

7. ¿Pertenece a alguna organización profesional o grupo clínico de interés? *Favor de explicar:*

## PARTE A: EVALUACIÓN DE PACIENTE DE ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR

*El entrevistador deberá preguntarle al graduado acerca de su paciente y hacer notas en el caso de que el graduado haya presentado la información apropiada sobre el paciente para cada sección. No es necesario anotar todo el historial del paciente, pero es importante tomar nota de cualquier omisión o error.*



### EL HISTORIAL CLÍNICO

1. ¿ Hay alguna recomendación médica? ☐ sí ☐ no

En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿qué tan completa es?

¿Quién escribió la recomendación?

2. A. ¿ Existe un historial clínico? ☐ sí ☐ no

B. ¿ Los registros están completos? ☐ sí ☐ no  
Ampliar:

3. ¿Se ha registrado una evaluación adecuada en el historial? ☐ sí ☐ no  
Amplíe:

### EVALUACIÓN DEL PACIENTE Y PRÁCTICA CLÍNICA

4. Edad: Género: ☐ masculino ☐ femenino

Lado afectado: ☐ izquierdo ☐ derecho

5. Historial médico *(orden cronológico)*

6. Historial social *(incluyendo ocupación, hogar, actividades sociales y entorno)*

7. Descripción de la discapacidad física

8. Historial de ortesis anterior *(incluyendo prescripción, comodidad, reparaciones, vida del dispositivo anterior y asequibilidad)*



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



<p>9. ¿Qué diferencia ha tenido el servicio ortésico en la vida del usuario? (Incluyendo educación, empleo, participación dentro de la sociedad). Si el graduado no sabe, favor de pedirle que le pregunte al paciente ahora y documente la contestación.</p>	
<p>10. Comente acerca de la evaluación del graduado sobre:  Rango de movimiento:  Fuerza muscular:  Largo de la pierna:  Estabilidad de la articulación:  Deformidad:  Dolor (ubicación y características):  Lado sano y función del miembro superior:</p>	
<p>11. ¿El graduado calificó el grado funcional del usuario con su ortesis? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no  Amplíe:</p> <p>¿Usó una escala de calificación? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p>	
<p>12. ¿El graduado cree que la ortesis ha cumplido con las necesidades del usuario?  <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en parte  Amplíe:</p>	
<p>13. ¿El entrevistador cree que la ortesis es apropiada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en parte  Amplíe:</p>	
<p><b>PRESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE ÓRTESIS</b></p>	
<p>14. Describa la ortesis:  <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> AFO <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> KAFO <input type="checkbox"/> HO <input type="checkbox"/> HKAFO <input type="checkbox"/> orto-prótesis</p>	
<p>15. Especificación (materiales, articulaciones, líneas de corte, cintas o correas sujetadoras)</p>	
<p>16. Comente sobre la durabilidad de la ortesis:</p>	
<p>17. ¿El graduado fabricó esta ortesis? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no  Si no la fabricó, ¿quién la hizo?</p>	
<p>18. Edad de la ortesis (izquierda y/o derecha)</p>	<p>¿Está usando la ortesis más reciente? (izquierda y/o derecha)</p>
<p>19. ¿Se le ha dado seguimiento desde su entrega? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no  Explique:</p>	
<p>20. ¿Se abordaron las siguientes necesidades/metás? (seleccione y/o comente únicamente si aplica)</p>	
Reducir la deformidad	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Reducir inestabilidad de articulación	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Alivio en peso distal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Desigualdad de miembro inferior	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Alivio al dolor	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Mejorar la marcha (si aplica)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no



El entrevistador deberá anotar si los aspectos de la prescripción y especificación técnica son los adecuados: *(seleccione y/o comente únicamente si aplica)*

Posición del pie A/P	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Posición del pie M/L	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Reposapiés	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Angulo tibial (estático)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Posición de la rodilla	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Líneas de corte	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Volumen del brazaletes de la pierna	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Volumen del brazaletes del muslo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Localización de las cintas o correas sujetadoras	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Otros asuntos sobre ajuste	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Acolchado	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Construcción general	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Acabado general (bordes/detalles)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Elección de material	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Apariencia	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Selección de articulación	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Colocación de articulación	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Congruencia de las articulaciones	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no

21. Pregúntele al graduado: “¿Se podría mejorar la ortesis de alguna manera?”

Anotar la respuesta:

Fin de la Parte A

Por favor agradézcale al paciente por su participación.

El paciente se puede retirar y la entrevista continúa solamente con el graduado.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PARTE B: ENTREVISTA AMPLIADA CON EL GRADUADO	
REVISANDO EL CASO	
¿Cree usted que su selección de materiales y componentes fue apropiada?	Respuesta:
¿Está contento con la forma como quedó la ortesis?	Respuesta:
¿Logró obtener una buena posición y control del pie?	Respuesta:
¿Existe algún asunto que tenga que ver con la alineación estática y dinámica?	Respuesta:
En caso que se haya usado una articulación ortésica, ¿ésta se posicionó correctamente?	Respuesta:
¿Cuáles son las desviaciones de la marcha y cómo las corrigió?	Respuesta:
Favor comentar sobre la calidad de la construcción del dispositivo.	Respuesta:
¿Es adecuada esta ortesis para este paciente?	Respuesta:
Anote cualquier comentario adicional:	
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN	
22. ¿Qué, aparte de su capacitación profesional fue la que más le benefició?	
23. ¿Hay algún tema que le hubiera gustado aprender durante su curso? <i>Patologías, etc.</i>	
24. ¿A qué tipo de cursos de educación continua relacionados con condiciones clínicas específicas o temas técnicos le gustaría asistir?	
25. ¿Qué otras técnicas o tecnologías le gustaría implementar en su centro?	
PARTE B: RETROALIMENTACIÓN Y PLAN DE DESARROLLO PERSONAL	
<p><i>El entrevistador y el graduado revisarán el contenido del formulario de recolección de datos y juntos identificarán al menos tres áreas que requieren desarrollo de la práctica clínica para que el graduado logre buen y consistente desempeño.</i></p> <p><i>Se podrán discutir otras necesidades de desarrollo.</i></p> <p><i>Se deberán usar los criterios SMART– Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Oportunos (por sus siglas en inglés)</i></p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	

Para las auditorías del graduado iniciadas por ISPO, favor de escanear y enviar este formulario por correo electrónico o correo postal a:

Sra. Sandra Sexton, Gerente de Subvenciones de ISPO  
 "Drumgelloch", 95 Dryburgh Road, Wishaw, Lanarkshire, Scotland, UK. ML2 7JH  
 Correo electrónico: [sandra@ispoint.org](mailto:sandra@ispoint.org)



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## PARTE A: PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR

*El entrevistador deberá preguntarle al graduado acerca de su paciente y hacer notas en el caso de que el graduado haya presentado la información apropiada sobre el paciente para cada sección. No es necesario anotar todo el historial del paciente, pero es importante tomar nota de cualquier omisión o error.*

**P**

### EL HISTORIAL CLÍNICO

1. ¿Hay alguna recomendación médica? ☐ sí ☐ no

En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿qué tan completa es?

¿Quién escribió la recomendación?

2. A. ¿Existe un historial clínico? ☐ sí ☐ no

B. ¿Los registros están completos? ☐ sí ☐ no  
Amplíe:

3. ¿Se ha registrado una evaluación adecuada en el historial? ☐ sí ☐ no

Amplíe:

### EVALUACIÓN DEL PACIENTE Y PRÁCTICA CLÍNICA

4. Edad: Género: ☐ masculino ☐ femenino

Lado afectado: ☐ izquierdo ☐ derecho

5. Historial médico *(orden cronológico)*

6. Historial social *(incluyendo ocupación, hogar, actividades sociales y entorno)*

7. Descripción de la discapacidad física:

8. Historial protésico anterior *(incluyendo prescripción, comodidad, reparaciones, vida del dispositivo anterior y asequibilidad)*

9. ¿Qué diferencia ha tenido esta prótesis en la vida del usuario? (Incluyendo educación, empleo, participación dentro de la sociedad). Si el graduado no sabe, favor pedirle que pregunte al paciente ahora y documente la contestación.

10. Comente acerca de la evaluación del graduado sobre:

Miembro residual:

Condición de la piel:

Rango de movimiento:

Fuerza muscular:

Dolor (ubicación y características) :

Pélvis nivelada:

Lado sano y función del miembro superior:

11. ¿El graduado calificó el grado funcional del usuario con la prótesis? ☐ sí ☐ no

Amplíe:

¿Usó una escala de calificación? ☐ sí ☐ no

12. ¿El graduado cree que la prótesis está cumpliendo con las necesidades del usuario? ☐ sí

☐ no ☐ en parte

Amplíe:

13. ¿El entrevistador cree que la prótesis es la adecuada? ☐ sí ☐ no ☐ en parte

Amplíe:

### **PRESCRIPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS**

14. Describa la prótesis: ☐ PF ☐ AD ☐ TT ☐ KD ☐ TF ☐ HD

Diseño de la Prótesis			Material de la Cuenca Protésica			Diseño de la Cuenca Protésica		
	Derecha	Izquierda		Derecha	Izquierda		Derecha	Izquierda
Exoesqueleto			Termoplástico			Cuadrilateral		
Endoesqueleto			Resina para laminados			Contención Isquiática		
Contacto total			Aluminio			PTB		
Abierto			Madera			PTS		
			Otro			Otro		
Pie			Suspensión			Articulación de la Rodilla		
	Derecho	Izquierdo		Derecho	Izquierdo		Derecho	Izquierdo
De eje simple			Vacío			Fase de balanceo		
Multiaxial			Vacío/Manga			Fase de apoyo		
SACH			Supracondilar			Policéntrica		
SACH moldeado			Con correa			Uniaxial		
Almacenamiento de energía			Cinturón pélvico/faja			Barras laterales		
Otro			Otro			Bloqueada		
						otros		

15. ¿Hay un encaje flexible? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si hay, describir:	
16. Comente sobre la durabilidad del aditamento protésico:	
17. ¿El graduado fabricó la prótesis? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si no la fabricó ¿quién lo hizo?	
18. Edad de la prótesis (izquierda y/o derecha)	¿Está usando la prótesis más reciente? (izquierda y/o derecha)
19. ¿Se le ha dado seguimiento desde la entrega? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Explicar:	
20. ¿Identificó el graduado las metas de tratamiento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en parte Explicar:	
El entrevistador deberá anotar si los aspectos de la prescripción y especificación técnica son los adecuados: (seleccione y/o comente únicamente si aplica)	
Buen ajuste A/P de la Cuenca	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Buen ajuste M/L de la Cuenca	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Buen ajuste proximal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Buen ajuste distal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Suspensión de la Cuenca	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Líneas de corte	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Longitud de la prótesis	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Alineación estática	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Alineación dinámica	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Construcción general	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Acabado general (bordes/detalles)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Elección de materiales	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Apariencia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Selección de pie	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Selección de rodilla	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Selección de cadera	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
21. Preguntele al graduado: “¿Se podría mejorar la prótesis de alguna manera?” Anotar la respuesta:	

**Final de la Parte A**

**Favor de agradecerle al paciente por su participación.**

**El paciente se puede retirar y la entrevista continúa solamente con el graduado.**



PARTE B ENTREVISTA AMPLIADA CON EL GRADUADO	
REVISANDO EL CASO	
¿Cree usted que su selección de materiales y componentes fue apropiada?	Respuesta:
¿Está contento con la forma como quedó la prótesis?	Respuesta:
¿Logró una buena alineación estática?	Respuesta:
¿Está contento con la posición del pie?	Respuesta:
¿Existe algún asunto con la alineación dinámica?	Respuesta:
En caso de que se haya usado una articulación de rodilla, ¿ésta se posicionó correctamente?	Respuesta
En el caso de que se haya usado una articulación de cadera, ¿ésta se posicionó correctamente?	Respuesta
¿Cuáles son las desviaciones de la marcha y cómo las corrigió?	Respuesta:
Favor de comentar sobre la calidad de la construcción del dispositivo protésico.	Respuesta:
¿Es apropiada esta prótesis para este paciente?	Respuesta
Anotar cualquier comentario adicional:	
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN	
22. ¿Qué parte de su capacitación profesional fue la que más le benefició?	
23. ¿Hay algún tema que le hubiera gustado aprender durante su curso? <i>Patologías, etc.</i>	
24. ¿A qué tipo de cursos de educación continua relacionados con condiciones clínicas específicas o temas técnicos le gustaría asistir?	
25. ¿Qué otras técnicas o tecnologías le gustaría implementar en su centro?	
RETROALIMENTACIÓN Y PLAN DE DESARROLLO PERSONAL	
<p><i>El entrevistador y el graduado revisarán el contenido del formulario de recolección de datos y juntos identificarán al menos tres áreas que requieren desarrollo de la práctica clínica para que el graduado logre buen y consistente desempeño.</i></p> <p><i>Se deberán usar los criterios SMART – Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Oportunos (por sus siglas en inglés)</i></p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	

Para las auditorías del graduado iniciadas por ISPO, favor de escanear y enviar este formulario por correo electrónico o correo postal a:

Sra. Sandra Sexton, Gerente de Subvenciones de ISPO

"Drumgelloch", 95 Dryburgh Road, Wishaw, Lanarkshire, Scotland, UK. ML2 7JH

Correo electrónico: [sandra@ispoint.org](mailto:sandra@ispoint.org)



## Hoja para el Participante

Estimado Graduado Certificado de ISPO:

Muchas gracias por su participación durante esta entrevista de seguimiento de graduados. La entrevista es parte de un estudio más grande, llamado “*Estudio de las Capacidades Profesionales y Necesidades de Desarrollo del Personal Clínico en el Área de Prótesis y Ortesis en Países de Bajos Ingresos*”

A continuación se detallan los comentarios sobre la retroalimentación que se anotó durante la entrevista. Si usted nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico o postal, le enviaremos una copia del reporte final de este estudio.

### PARTE B: RETROALIMENTACIÓN Y PLAN DE DESARROLLO PERSONAL

*Como parte del plan de seguimiento de graduados, usted ha identificado conjuntamente con el entrevistador de ISPO, por lo menos tres áreas para su propio desarrollo en la práctica clínica.*

1.

2.

3.

*Criterio SMART– Específico, Medible, Alcanzable, Relevante y Oportuno.*

Visite [www.ispoint.org](http://www.ispoint.org) para obtener actualizaciones e información acerca de ISPO - Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica.

Le motivamos a ser miembro de nuestra comunidad de profesionales.

Si en el futuro usted se quiere poner en contacto con nosotros con respecto al estudio, favor de llamar a:

Sra. Sandra Sexton

Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica

Gerente de Subvenciones de ISPO

E: [grant.admin@ispoint.org](mailto:grant.admin@ispoint.org) o [ispo@ispoint.org](mailto:ispo@ispoint.org)

W: [www.ispoint.org](http://www.ispoint.org)

Oficina ISPO: 22-24 Rue du Luxembourg, B-1000 Bruselas – Bélgica

Para poder ser miembro de ISPO, formar parte de nuestra red, recibir boletines informativos vía correo electrónico y recibir copias de la revista científica *Prosthetics and Orthotics International*, por favor envíe su cuota de membresía anual a la filial de ISPO en su país o a las Oficinas Centrales de la ISPO.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## Hoja de Información del Participante – Graduados Certificados por ISPO

**Título del estudio:** *Estudio de las Capacidades Profesionales y Necesidades de Desarrollo del Personal Clínico en el Área de Prótesis y Ortesis en Países de Bajos Ingresos*

**Introducción:** ISPO – Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica certifica a Licenciados especialistas en Prótesis y Ortesis (Categoría I) y a Técnicos Ortesistas/Protesistas (Categoría II) graduados de programas de estudios evaluados y reconocidos por ISPO. ISPO tiene un programa de actividades subvencionadas por USAID que se conoce como “Rehabilitación de Personas Físicamente Discapacitadas en Países en Desarrollo”. Uno de los objetivos de dicho apoyo es evaluar el impacto de la capacitación Categoría I y Categoría II reconocida por ISPO.

**¿Cuál es el propósito de este estudio?** El estudio de Auditoría del Graduado intenta examinar las capacidades de desempeño profesional del graduado y ayudar a determinar necesidades de desarrollo profesional de estas personas. El estudio se enfoca en la experiencia paciente/especialista clínico y su meta es evaluar el impacto de la capacitación académica bajo las Categorías de ISPO antes mencionadas evaluando:

- Al usuario final de dispositivos de prótesis y ortesis
- La calidad del tratamiento ortésico/protésico

**¿Es obligatorio tomar parte en este estudio?** Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted decidirá si desea o no tomar parte y su decisión no influirá en su certificación con ISPO. Los identificadores que se utilicen no formarán parte de los datos que sean publicados.

**¿Qué hará dentro del estudio?** Cada uno de los graduados que participe será entrevistado por un profesional clínico o por un educador. La entrevista incluye su presentación clínica sobre los cuidados ortésicos y protésicos de miembro inferior que ha ofrecido de su paciente modelo (PARTE A) y después de que usted ha presentado el caso, la entrevista continúa sin que el paciente esté presente (PARTE B).

Antes de iniciar la entrevista se le pedirá que complete un formulario sobre los datos geográficos sobre usted y su paciente y al mismo tiempo, se anotarán las respuestas a las preguntas que le harán sobre desempeño profesional.

**PARTE A:** con el paciente presente, el entrevistador le pedirá al graduado que presente el caso de su paciente. El entrevistador tomará notas durante la entrevista y las anotará en un formulario. Se calcula que esta entrevista tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos.

**PARTE B:** después que el paciente se ha retirado, el entrevistador revisará con el graduado el formulario de la entrevista e identificarán por lo menos tres áreas donde se pueda mejorar el desempeño del manejo clínico del graduado para que este pueda posteriormente trabajarlas/mejorarlas por si solo. Esta parte de la entrevista durará aproximadamente 30 minutos. Al final de la entrevista se les dará a los participantes una nota de actualización así como un plan con sugerencias sobre desarrollo personal.

**¿Por qué ha sido invitado a formar parte de este estudio?** Se le ha identificado para que participe porque es un graduado de un programa en un país de bajos ingresos que ha sido reconocido por ISPO.

**¿Cuáles son los riesgos potenciales de formar parte del estudio?** No se han identificado riesgos. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca del estudio, favor de contactar al Administrador de los Fondos ISPO-USAID.

**¿Que sucederá con la información del estudio?** Todos los formularios estarán codificados y no se proporcionará ninguna información de identificación de los sujetos en ningún reporte.

**¿Qué ocurrirá después?** Si puede y está dispuesto a participar en este estudio, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento antes de la entrevista.

### ¿Preguntas o inquietudes?

Contactar a Sandra Sexton, Administrador de los Fondos ISPO-USAID  
95 Dryburgh Road, Wishaw, Scotland, UK  
correo: [grant.admn@ispoint.org](mailto:grant.admn@ispoint.org) Tel.: 0044 (0)1698 296655  
Oficina ISPO: 22-24 Rue du Luxembourg, B-1000 Brussels, Belgium



**EL GRADUADO ENTREVISTADO DEBERÁ LEER:**  
**Información para sus pacientes**

**Título del Estudio:** Estudio sobre el Desempeño Profesional y las Necesidades de Desarrollo del Personal Clínico de Prótesis y Ortesis en Países con Bajos Recursos

Favor de explicarle a los pacientes en el idioma local o en inglés (si su cliente entiende el idioma inglés) el objetivo del estudio usando la siguiente guía:

- Fui capacitado en un programa de O&P que cuenta con el reconocimiento de una organización internacional llamada ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics) que significa Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica. Yo estoy de acuerdo en participar de un estudio sobre mis capacidades profesionales y le quiero pedir a usted que también participe.
- **El objetivo del estudio:** el estudio examina las capacidades de desempeño de los profesionales de la salud. Queremos averiguar nuestras capacidades e identificar las áreas que requieren de mayor desarrollo.
- **Usted, como parte del estudio:** El participar o no en el estudio no influye de manera alguna en su tratamiento. Su participación en este estudio es voluntaria y la decisión de participar es solamente suya.
- **¿Qué es lo que Usted hará en el estudio?** Le pediremos a su Ortesista/Protesista que le explique al entrevistador (que es un especialista clínico o docente clínico) sobre su situación y tratamiento. El entrevistador tomará notas en un formulario durante la entrevista; esta entrevista durará aproximadamente 30 minutos. En eso consiste su participación en el estudio.
- **¿Por qué se le ha pedido que participe?** Se le ha pedido su participación porque usted ha recibido tratamiento de su Ortesista/Protesista, quien asistió a un programa específico de capacitación.
- **¿Existe algún riesgo por participar?** No se ha identificado ningún riesgo. En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio, por favor converse libremente con su profesional de salud.
- **¿Que sucederá con la información del estudio?** La misma se codificará (todos los formularios) y no se podrá identificar a los pacientes dentro de ningún reporte; esto asegura se mantendrá el anonimato de todos los involucrados.
- **¿Qué ocurrirá después?** Si usted expresa que puede y está dispuesto a participar en el estudio, el entrevistador confirmará que usted esta de acuerdo antes de proceder con la entrevista. Para aquellas personas que estén fuera de sus casas durante más de dos horas, se les compensarán los gastos de viajes así como los gastos de alguna bebida y refrigerio.



# Formulario de Consentimiento Informado

**ISPO – Sociedad Internacional de Protésica y Ortésica** (International Society for Prosthetics and Orthotics)

**Título del Estudio:** Estudio sobre el Desempeño Profesional y las Necesidades de Desarrollo del Personal Clínico de Prótesis y Ortesis en Países con Bajos Recursos

- Confirmando que he leído y entendido la hoja informativa del proyecto mencionado y que el entrevistador ha contestado mis preguntas satisfactoriamente.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que estoy en libertad de retirarme del proyecto en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación o motivo y sin que esto tenga ninguna consecuencia.
- Entiendo que puedo retirar mis datos del estudio en cualquier momento.
- Entiendo que cualquier información registrada en la investigación será confidencial y que no se hará pública ninguna información que me identifique.
- Doy mi consentimiento para ser un participante dentro del proyecto.

(Nombre impreso)	Acepta a participar en el proyecto.
Firma del participante:	Fecha

