

11225



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32 "VILLA COAPA"

"NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS
TRABAJADORES CON AMPUTACION PARCIAL O
TOTAL DE MANO A CAUSA DE UN RIESGO
DE TRABAJO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DEL TRABAJO
P R E S E N T A I
DRA. OLIVIA MARTINEZ GALVEZ



ASESOR: DR. EDUARDO ROBLES PEREZ

276422

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Eduardo Robles Pérez
Especialista en Medicina del Trabajo
Mat. 10756116

POSICIÓN CIVIL DE ZONA No. 32



AGRADECIMIENTOS

Quiero dar gracias a Dios que me ha dado la vida y la oportunidad de concluir mis estudios. A él me debo.

A mi esposo Raúl por animarme y apoyarme en mis decisiones.

A mis padres y hermanos por su amor, amistad y confianza en mí.

Quiero agradecer de forma muy especial a mis amigos y compañeros Elsa y Alonso por su amistad incondicional, nunca los olvidare.

Para el Dr. Eduardo Robles, mi asesor y amigo, quién supo apoyarme y creyó en mí.

A la Psicóloga Melania Guillén Rodríguez Coordinadora del departamento de Psicología del Centro de Medicina de Aviación, quién en forma desinteresada me apoyó con sus conocimientos para la realización de esta investigación.

A la Dra. Beatriz González Carmona Jefe de Educación e Investigación Médica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, por su disposición a la investigación y abrirme las puertas de su unidad para llevar a cabo mi estudio.

Al Dr. Tomás Rodríguez Ramírez por el apoyo otorgado a la generación 1998-2000 de la Especialidad de Medicina del Trabajo y en especial a mi persona.

Finalmente quiero agradecer a todas las personas que de alguna manera se involucraron en mi aprendizaje, a mis compañeros de grupo, al Dr. Manuel Ortega, a la Dra. Bertha Quesada, a los médicos en las áreas clínicas de las distintas especialidades, en el operativo de Salud en el Trabajo, y a las personas de enseñanza y de la Coordinación Normativa de Salud en el Trabajo.

GRACIAS.

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN TRABAJADORES CON PERDIDA PARCIAL O TOTAL DE MANO A CAUSA DE UN RIESGO DE TRABAJO

Martínez-Gálvez Olivia, Robles-Pérez Eduardo.
Hospital General de zona #32 Villa Coapa, Instituto Mexicano del Seguro Social.

INTRODUCCION La calidad de vida, se asocia con muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental. Guzmán y cols consideran que el proceso patológico impacta la calidad de vida del sujeto, incluyendo incapacidad física, incapacidad ó limitación en cuanto sus actividades de relación y a sus posibilidades de disfrutar la vida, como consecuencia de una pérdida funcional. Algunas de las lesiones en mano inducen a amputación de algunos de sus elementos, provocando incapacidad en proporción a un tratamiento prolongado y una rehabilitación difícil provocando con ello alteraciones en la vida de relación de los trabajadores, alteración en la función diaria, productividad, inestabilidad emocional, imposibilidad para el trabajo e insatisfacción de su vida.

OBJETIVO Identificar la asociación entre el nivel de calidad de vida en los trabajadores y la pérdida parcial y total de mano, por un accidente de trabajo.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS Es un estudio observacional, transversal analítico de fuente proyectiva. Se obtuvo la población de estudio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur del D.F. recibiendo tratamiento por una pérdida parcial o total de mano, a causa de un riesgo de trabajo. Se compararon con trabajadores sanos sin limitación órgano-funcional aparente. Variable independiente: parte de la mano pérdida, variable dependiente: Capacidad funcional, Índice de Bienestar, Depresión y Ansiedad, y Dinámica Familiar, como variables de control: edad, sexo, estado civil, tiempo de evolución del evento, y ocupación. Para medir la Calidad de Vida se utilizaron varios indicadores que evalúan varios aspectos funcionales del individuo mediante el cuestionario de escala de Karnofsky, Índice de Bienestar, Apgar Familiar, Escala del Hospital de Ansiedad y Depresión (HAD) y un cuestionario de información general. Las variables se analizaron por medio del paquete estadístico-SPSS, se realizó un análisis univariado a través de medidas de tendencia central, de dispersión y porcentajes, posteriormente se hizo un análisis bivariado con la variable independiente, y cada uno de los indicadores para calidad de vida y de la variable dependiente con las variables de control, cuando existieron más de 2 variables potencialmente confusoras con un riesgo mayor o igual a 2 se utilizó un modelo de regresión logística.

RESULTADOS. Se reunieron 23 trabajadores con amputación parcial o total de mano, y 46 trabajadores sin limitación órgano-funcional aparente para comparación. Se obtuvo una mediana de edad de 29 años, 85.5% fueron del sexo masculino y 14.5% del femenino. 58.0% fueron casados. Más frecuente en escolaridad fue la de secundaria completa, el puesto que preseminó fue el de operador. La mediana de la antigüedad de la lesión fue de 89 días para la amputación leve y 139 días para amputación severa, así mismo el 8.7% presentó una amputación leve y el 24.6% una amputación severa. En la prueba de Capacidad Funcional 87% tuvo una puntuación normal y un 13% una restricción de sus actividades, el 68.1% tuvo una familia funcional, 26.1% moderadamente disfuncional y el 5.8% severamente disfuncional. El 72.5% resultó con bienestar personal, mientras que el 26.1% con alteración del bienestar personal, en la escala de HAD 65.2% resultaron asintomáticos, 21.7% con ansiedad y depresión leves y el 7.2% con ansiedad y depresión severa. En el análisis bivariado entre la Capacidad Funcional, Índice de Bienestar, HAD y la parte de la mano afectada, obtuvimos una p estadísticamente significativa, pero al realizarlo con la prueba del Apgar Familiar no fue significativo, así mismo que el análisis bivariado con las variables de control, ninguna resultó confusora para el estudio.

DISCUSION: En relación con nuestro estudio la pérdida parcial o total de mano afecta la calidad de vida, demostrándose en la capacidad funcional, bienestar personal y presentando ansiedad y depresión, encontrándose con mayor alteración en estas pruebas a medida que la lesión es más severa. La prueba del apgar familiar no resultó ser afectada por la lesión de mano, pero tiende a haber una alteración a medida que la lesión aumenta en severidad.

INDICE

1) Antecedentes	1
2) Planteamiento del problema	13
3) Justificación	13
4) Objetivos	14
5) Hipótesis	14
6) Tipo de estudio	15
7) Universo y muestra	15
8) Criterios de inclusión	15
9) Criterios de exclusión	15
10) Criterios de eliminación	16
11) Marco conceptual	17
12) Procedimiento para obtener la muestra	18
13) Especificación de las variables	18
14) Definición conceptual y operacional de las variables	18
15) Descripción del programa de trabajo	26
16) Análisis estadístico	26
17) Recursos humanos	26
18) Recursos materiales	26
19) Financiamiento del proyecto	27
20) Límite de tiempo de la investigación	27
21) Resultados	28
22) Discusión	31
23) Bibliografía	35
24) Tablas	39
25) Anexos	47

CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES CON AMPUTACION PARCIAL O TOTAL DE LA MANO A CAUSA DE UN RIESGO DE TRABAJO.

ANTECEDENTES

Las intervenciones médicas tienen un grado diferente de respuesta clínica de paciente a paciente. Es deseable determinar oportunamente cuáles son aquellos enfermos que están recibiendo beneficio con un tratamiento. Una intervención médica es útil si tiene algún efecto favorable en la evolución de la enfermedad y/o disminuye los síntomas que influyen en el bienestar del paciente. En muchas ocasiones, no basta con demostrar mejoría en los estudios de laboratorio y gabinete para tener la certeza de que el tratamiento es eficaz. Para lograr una evaluación clínica más acorde con los intereses del paciente, se sugiere utilizar escalas de medición de calidad de vida.

Actualmente se cuenta con diversos instrumentos de medición que se han sometido a procesos rigurosos de validación y reproducibilidad. También se utiliza con frecuencia el análisis de subgrupos para predecir utilidad de una maniobra en un paciente en particular.

La calidad de vida del paciente es el resultado final de ponderar los efectos favorables y desfavorables de las intervenciones médicas. Desgraciadamente a pesar que el objetivo último de la medicina es mejorar el bienestar global del paciente, la calidad de vida raramente se evalúa de manera sistemática.

Actualmente un gran número de ensayos clínicos incluyen la calidad de vida como uno de los objetivos a mejorar. Desafortunadamente, parece ser que existe resistencia de los clínicos a utilizar escalas de salud en la práctica diaria. Algunos de los argumentos comúnmente utilizados son : a) No se pueden medir variables tan subjetivas como salud, bienestar o capacidad funcional, las mediciones de variables subjetivas como dolor, clase funcional o depresión pueden aportar mayor información que muchas variables catalogadas como objetivas. b) Las escalas de salud o calidad de vida no tienen validez científica. Un gran número de escalas para medir calidad de vida son válidas, reproducibles y discriminativas, y su elaboración ha sido tan compleja como la de cualquier otro instrumento de medición. c) La evaluación de síntomas específicos y de hallazgos de laboratorio pueden dar una idea global del bienestar y estado de salud del enfermo. Los efectos colaterales de los tratamientos pueden ser completamente inespecíficos o imperceptibles para el médico, pero pueden influir importantemente en el bienestar del enfermo, por ejemplo, cambios del estado de ánimo, disminución de la satisfacción sexual, cambios en el patrón del sueño, etc.

Probablemente no se identifiquen durante una consulta médica de rutina, particularmente si tales efectos no están discretamente relacionados a la enfermedad, o si son efectos secundarios atípicos.

Muchos de estos cambios se logran detectar en escalas para medir calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en medicina. Apareció al inicio de decenio de 1970 para describir la función física y emocional de un individuo o de un grupo de personas. En padecimientos crónicos es especialmente importante evaluar el bienestar subjetivo, así como la capacidad funcional y de realización de actividades sociales que se espera del individuo. Fowlie y Berkeley (1987) han estudiado en gran medida la calidad de vida en la investigación oncológica, y más recientemente Fletcher, Hunt y Bulpitt en investigación cardiovascular, Guyatt y colaboradores en Gastroenterología, Watchtel y colaboradores en cuanto al SIDA y Pincus respecto de enfermedades reumáticas.(1)

La calidad de vida se asocia con muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental. Debe estimularse la medición en aquellos padecimientos crónicos donde no se cuenta con terapéutica específica y la muerte no suele ser un proceso temprano y frecuente. En este tipo de problemas de salud, es muy importante evaluar el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento en relación con los aspectos físicos, mentales y sociales.

La medición de la inestabilidad ha venido en incremento importante de la actividad médica, así las personas viven más desarrollando enfermedades crónicas, y ha sido necesario desarrollar esta medición con propósitos de compensación, medición, estimar los cuidados requeridos e indicando los cambios de estatus.

Las mediciones requieren la construcción arbitraria de escalas, incluyendose la medición de la capacidad para el trabajo, hobbies, relaciones psicosociales, el desarrollo de las actividades diarias, higiene personal y ambulación, la inestabilidad incluye las actividades fuera de la casa, la función emocional.(2)

Lara-Muñoz revisan 3 aspectos del concepto de calidad de vida en los pacientes con cáncer: la definición, los propósitos de medirla y los instrumentos que se emplean para este fin. Para ellos la definición de calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno ó satisfactorio de la vida del paciente. La calidad de vida se ve afectada por varios factores, como bienestar físico, psicológico, los temores y las preocupaciones, las interacciones sociales y el nivel de actividad. (3)

Cella y Tulskey consideran que la calidad de vida se refiere a la apreciación que el paciente hace de su vida y a la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal. (4)

Guzmán y cols consideran que el proceso patológico impacta en la calidad de vida del sujeto, incluyendo incapacidad física, incapacidad o limitación en cuanto a sus actividades de relación y a sus posibilidades de disfrutar de la vida.(5)

Wenger y cols definieron la calidad de vida en 3 componentes: capacidad funcional, percepción, síntomas y sus consecuencias.

La capacidad funcional tiene 5 subcomponentes: la habilidad de desarrollar actividades de la vida diaria, función sexual, función intelectual, función emocional y el estatus socioeconómico.

La capacidad funcional es la capacidad de llevar a diario sus actividades, obtener un adecuado sueño y descanso, y participar en actividades de ocupación y recreación.

Las manifestaciones emocionales son los cambios de humor, sentimientos de enojo, culpabilidad, hostilidad, depresión, no aceptar ayuda, satisfacciones, expectativas, miedos concernientes acerca del futuro.

La calidad de vida puede ser alterada por síntomas de enfermedad, recurrencia de eventos clínicos y sus consecuencias incluyendo hospitalizaciones, síntomas, medicación requerida, alteración de la actividad.(6)

Bloom evaluó el grado de integración del sobreviviente a la sociedad, incluyendo el conocimiento del funcionamiento individual, en los roles sociales como trabajador, conyugue, padre o madre y ama de casa.(7) Hace 14 años la calidad de vida fué conceptualizada en 4 dimensiones: estado psicológico, funcionamiento físico, salud mental y bienestar social.

Hace 19 años Fobair encontró que un 20-38% de los pacientes con cáncer experimentaban una mayor disrupción y cambios permanentes en la productividad del trabajo, relaciones de familia, muchos nunca regresaban al trabajo, se retiraban a temprana edad o seguían con la inestabilidad, sugiriendo que los pacientes tienen reducida la energía, a consecuencia del cáncer, siendo la energía y el tratamiento un buen predictor del decremento de la calidad de vida.(8)

Richard Uhlmann investigó la calidad de vida asociada a las preferencias para el tratamiento de sostén de vida en adultos mayores, en comparación con médicos de primer año de la carrera de medicina, se aplicó un cuestionario para estimar la

calidad de vida, el confort físico, morbilidad, depresión, ansiedad y sus relaciones familiares. Para los médicos la calidad de vida se asoció con actitudes hacia el tratamiento de sostén de vida, y para los pacientes mayores la calidad de vida no se asoció con el tratamiento de sostén de vida.(9) Corroborando una vez mas que se trata de un concepto subjetivo de la apreciación de la vida.

Fayers y cols realizaron un estudio utilizando una tarjeta-agenda diaria examinando como variaba la salud en general de los pacientes durante y después del tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer, reportando diariamente su estado de ánimo, actividad física, presencia de vómito, estado del humor y ansiedad, ya que los efectos adversos del tratamiento, podrían ser desagradables y también comúnmente se tiene poca ganancia en el tiempo de sobrevivencia. Esta tarjeta produjo una gran cantidad de información.

En la condición total de los pacientes los resultados fueron que los pacientes del grupo de no mantenimiento-apoyo fué ligeramente menor el porcentaje de los pacientes en grados 4 o 5 durante el tratamiento, a pesar de que ambos grupos de mantenimiento y de no mantenimiento recibieron el mismo tratamiento; sin embargo ellos se deterioraron mas después de la semana 40. En cuanto al vómito el grupo de mantenimiento continuó mostrando picos asociados con la continuación del tratamiento, en el humor el grupo de no mantenimiento fué peor después de la semana 28, excepto por pequeños picos durante el tratamiento de mantenimiento, lo mismo fué observado para la ansiedad. (10)

Schleifer y cols estudiaron 283 pacientes post-infarto, donde inicialmente al 45% se le diagnosticó criterios para depresión menor o mayor, incluyendo un 18% con síndromes de mayor depresión. La depresión no fué asociada con la severidad de la falla cardiaca, pero fué asociada con la presencia de enfermedad médica no cardiaca. La distinción entre los síndromes clínicos de enfermedad depresiva y cambios de humor, apetito, o energía podría ser crucial para la identificación de pacientes con riesgo psiquiátrico subsecuente y morbilidad médica, tal como aislamiento social, suicidio, muerte súbita y la exaceración de otras enfermedades.(11)

Guyatt y cols desarrollaron una medida del estado de salud subjetivo, para pacientes con enfermedad inflamatoria crónica del intestino. Evaluaron la función subjetiva, que incluía los problemas emocionales y sociales asociados con la enfermedad.(12)

Coscarelli y cols propusieron una nueva forma de evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer mamario. Evaluandose en las áreas física, psicosocial, médica y marital.(13)

Barrie y cols compararon la calidad de vida y supervivencia en pacientes con tratamiento convencional y un tratamiento ortodoxo para cáncer. Tomando como variables de estudio sexo, raza, edad, diagnóstico y tiempo de diagnóstico de la metástasis. La prueba utilizada fue el índice de Bienestar para medir el estado psicológico, sociabilidad, efectos de los miembros de la familia y la presencia de náusea. Como resultados obtuvieron que no se presentaron diferencias en la calidad de vida en los 2 grupos; la quimioterapia, la edad, y características demográficas no obtuvieron diferencia estadística. Fueron significativos los cambios del apetito, el dolor y dificultades para respirar, siendo la mayor variable de este estudio la calidad de vida y la supervivencia, siendo significativa e inversamente proporcional a las dificultades del apetito, dolor y náusea; estos resultados mostraron también que el tratamiento y los efectos solos no determinan la calidad de vida, solo sirven como factores de influencia.(14)

Aaronson refiere que la calidad de vida es frecuentemente operacionalizada en términos de felicidad, satisfacción y sobretodo de bienestar, para cuestionar la eficacia de las intervenciones médicas se incluyen la funcionalidad física, evolución de la enfermedad y tratamientos recibidos, funcionamiento psicológico y social. Tiene primordial importancia la necesidad de desarrollar un instrumento multidimensional de calidad de vida que sea breve y psicométricamente fuerte. Es universalmente aceptado que el paciente directamente es la mas apropiada fuente de información en su calidad de vida.(15)

La calidad de vida en relación a la vida marital juega un rol importante, la imagen del cuerpo tiene importancia relevante para el funcionamiento sexual y cognitivo.

Barnett realizó un estudio de los factores que influyen en la calidad de vida en los pacientes durante la ingesta crónica de medicamentos. Factores: efectos de las drogas, alivio de los síntomas, pronóstico, retorno al trabajo, actividad física y necesidad adicional de tratamientos hospitalarios. Considera que el índice de calidad de vida ajustado a los años (QUALY), que mide la calidad de vida y la duración sin medicamentos, es un método que evalúa la efectividad de las terapias, pero no da una apreciación individual de los factores de vida. En este estudio los factores mas relevantes para la calidad de vida son tipo de enfermedad, presencia de fatiga, pérdida de interés en la familia, dificultades sexuales y alteraciones en el sueño.(16)

Coscarelli y cols desarrollan un instrumento multidimensional con credibilidad bien documentada, validada, aceptable por los pacientes, y con consistencia interna y datos normativos que es el SF(Short- Form). Es un sistema de evaluación de la rehabilitación específica para pacientes con cáncer.

Con 36 reactivos, con una escala de 0-6, donde 0= ningún problema y 4= problema severo, se utiliza para validar los problemas de rehabilitación y la calidad de vida.

Engloba 5 factores físico: los cambios físicos y disrupción de la actividad diaria causado por la enfermedad o el tratamiento, Psicosocial: efectos psicosociales, comunicación y problemas relacionados.

Interacción médica: problemas de interacción y comunicación con el grupo médico. Marital: y sexual.(13)

Bloom incluyó algunas expectativas de la calidad de vida en el funcionamiento individual en los roles sociales como trabajar, relación con conyugue, padres, trabajo en casa para evaluar el grado de reintegración del paciente a la sociedad. Consideraron las perspectivas de los pacientes y de los proveedores de salud, son necesariamente diferentes.

Con anterioridad la calidad de vida se conceptualizaba en 4 dimensiones:

- a) estado psicológico
- b) función física
- c) salud mental
- d) bienestar social

Su evolución ha sido lenta, y actualmenta además se valora la calidad de vida funcional de los pacientes en su vida diaria, incluyendo factores como dolor, estrés , la habilitación para el trabajo y poder mantener a una familia.(7)

Tross encontró que los pacientes con cáncer tienen mayor depresión, ansiedad, somatización, miedo a la muerte y evitar pensamientos relacionados con la enfermedad que los pacientes controles.(17)

Plugliesi en su estudio realizado en los Estados Unidos, refiere que el estado civil puede influir en la presencia de depresión, sobre todo en el casado y en particular en el sexo femenino, ya que estas tienen mayores responsabilidades y tareas, ellas cumplen con actividades propias de su género en lo que se refiere al hogar, cuidar a los niños y ser esposas, además de cumplir con su empleo. (18)

French y cols investigaron la asociación entre los efectos psicosociales y físicos de la calidad de vida y la presencia de tos crónica, se estudiaron 39 pacientes, determinandose la edad, factores físicos. Encontrando que hay mayor disfunción en el aspecto psicosocial $p= 0.004$.(19)

Andersen y cols examinó la factibilidad del uso del cuestionario de calidad de vida de bienestar (Well-Being) en pacientes mayores.

Este cuestionario se aplicó a 430 pacientes, investigando los patrones de respuesta, la escala de distribución y la aceptabilidad de la supervivencia. El cuestionario de bienestar fué comparado con la escala short-form (SF). Encontrando significancia estadística en las medidas de salud física y salud mental. El cuestionario de calidad de vida de bienestar es el medio de medición preferido, se ha utilizado para intervenciones clínicas como en problemas de sinusitis, diabetes y enfermedades crónicas del pulmón, además para marcadores biológicos en inmunodeficiencia adquirida, EPOC, Fibrosis quística, fibrilación cardíaca, artritis, cáncer y depresión.(20)

Cassileth y cols compararon la longitud de sobrevivencia y calidad de vida en pacientes que recibieron tratamiento no ortodoxo para cáncer y un grupo que si lo recibió. Tomaron como variables sexo, edad, diagnóstico y el tiempo desde el diagnóstico de metástasis. La calidad de vida se midió con la escala de bienestar. Los resultados fueron que la calidad de vida tuvo mayor significancia sobre el tiempo de sobrevida ($p < 0.001$), la calidad de vida se deterioro de igual manera en los 2 grupos. El tratamiento por si solo no determina la calidad de vida, solo sirve como un factor de influencia.(21)

Orenstein y cols utilizaron para valorar la calidad de vida a través de la escala de bienestar, midiendola en 3 escalas: morbilidad, actividad física y actividad social. La actividad física(camina sin problema, camina con limitaciones, se mueve con silla de ruedas o con ayuda y se encuentra en cama), la morbilidad (capacidad para manejar un coche, o usar transporte público, puede hacer actividades en casa , se encuentra en un hospital o en una unidad de cuidados intensivos) la actividad social en 5 grados(puede trabajar, ir a la escuela o realizar otras actividades, las realiza pero con limitación, limitado solo a cierto tipo de trabajo, no trabaja ni acude a la escuela, y requiere de ayuda para su cuidado personal). Este estudio se realizó e pacientes con fibrosis quística. Encontrando correlación significativa entre las pruebas de función respiratoria y la prueba de bienestar para la calidad de vida. (22)

Legro y cols desarrollaron un cuestionario para personas con amputación del miembro inferior , que usaban prótesis, y poder determinar su calidad de vida, en el año de 1998. El cuestionario fué aplicado por correo a 92 pacientes, quienes variaban en edad, en las razones de la amputación, años desde la amputación y el nivel de este. El cuestionario se integró de la escala de bienestar (Well-Being), de la escala de Sickness impact profile y la forma corta del estado del humor. Las personas con una nueva amputación enfrentan un complejo set de preguntas, si ellos retornan rápido a sus actividades, dependiendo de su estado temprano la morbilidad podría estar drasticamente comprometida, la calidad de vida con las prótesis podría tener un efecto en los pacientes con respecto a la percepción de su

vida. La edad de los pacientes osciló entre 20 y 87 años, el muñon residual y la frustración difiere significativamente con los años de edad, así los pacientes jóvenes identifican mas problemas con sus muñones residuales y una gran frustración se presenta en personas de 40 años o más. Finalmente no se encontraron diferencias significativas con el nivel de la amputación o con los años desde la amputación.(23)

Sugarbaker y cols investigaron en un grupo de pacientes con sarcoma, el impacto de los tratamientos en la calidad de vida. El estudio se realizó en pacientes tratados con amputación y quimioterapia de un miembro pélvico o torácico limitado, mas terapia de radiación. Al terminar el tratamiento se investigó la calidad de vida, además de evaluaciones clínica de morbilidad, dolor, relaciones sexuales y tratamiento de trauma.

Al inicio del proyecto se penso que un miembro limitado en oposición con la amputación completa ofrecia ventajas en cuanto a la calidad de vida (menos pérdida de la función).Nueve pacientes no tuvieron ninguna amputación, 12 tuvieron cirugía de miembros pélvicos o torácicos. El resultado fué que las personas con amputación completa del miembro inferior presentó mayor diferencia en transtornos sexuales que los que tenian el miembro limitado, siendo esto mas frecuente entre el sexo masculino que en el femenino, además de transtornos emocionales y mas limitaciones para el cuidado del cuerpo y sus movimientos.(24)

Wassertheil estudió 21 pacientes de 65 años con presión diastólica entre 90 y 100 mmHg y con un peso entre 110 y 160 %.Se hicieron mediciones de los problemas sexuales que se presentaran, del estrés, y del bienestar después de 6 meses de terapia, encontrandose problemas de la erección en el 28%, una dieta baja en sodio se asoció con fatiga en un 38%, problemas para dormir en un 32%. La baja de peso mejoró la calidad de vida e incrementó la satisfacción por la vida $p < 0.001$. (25)

Riley y cols investigaron los tipos de bienestar espiritual sobre personas con enfermedad crónica y su relación con la calidad de vida. Se estudiaron 216 pacientes con amputaciones, secuelas post-polio, lesión de la médula espinal, cáncer de mama, y cáncer de próstata. Se ha encontrado que la espiritualidad (Tener una creencia religiosa) es un factor positivo asociado con la satisfacción de la vida y con los buenos hábitos de salud. Las personas no espirituales reportaron niveles mas bajos de calidad de vida.(26)

Goodwin y cols estudiaron la relación entre estar casados y la sobrevivencia después de un diagnóstico de malignidad. Se estudiaron 27,779 casos de cáncer.

El riesgo de morir de personas comparadas con personas casadas, fué asociado con una menor sobrevivencia para pacientes con cáncer, con un riesgo relativo de muerte 1.23, con IC 95%. Estar casado esta asociado con un incremento de sobrevida de 5 años. El matrimonio les provee un soporte social, y un amortiguador de los efectos del estrés.(27)

Wenger y cols evaluaron la calidad de vida en relación a padecimientos cardiovasculares. Incluyeron dimensiones del estado sociomédico, función en la vida diaria, productividad, desarrollo de los roles sociales, capacidad intelectual, estabilidad emocional y satisfacción de vida.(6)

Sauceda y Foncerrada, realizaron un estudio para alcanzar la comprensión integral de los aspectos saludables y los patológicos, tanto del propio paciente, como de su propia familia, de la interacción entre ambos y de sus reacciones dinámicas del sistema familiar con su entorno. (28)

Gough y Dagleish diseñaron un estudio para obtener información acerca de la importancia de la evaluación de la calidad de vida durante la quimioterapia paliativa. El cuestionario fué aplicado a 542 profesionales de la salud, médicos generales, oncólogos y enfermeras de oncología. La calidad de vida fué medida en 2 categorías: 1=alto, 2= baja.(29)

Prigatano y cols midieron la calidad de vida en 985 pacientes con hipoxemia moderada y EPOC. Aplicaron pruebas neuropsicológicas y de personalidad. El mayor predictor físico y psicosocial de la calidad de vida fué el grado de tensión que los pacientes reportaban.(30)

Oldrige y cols investigaron la calidad de vida, tolerancia al ejercicio y el regreso al trabajo en pacientes con infarto agudo al miocardio, estudió a 201 pacientes con evidencia de depresión y ansiedad. Se les aplicó un cuestionario de la calidad de vida donde se incluyeron limitaciones (síntomas y restricciones) y emociones (incluyendo función emocional, confianza y autoestima). Encontraron pequeñas pero consistentes diferencias en favor de la rehabilitación incluyendo emociones, así como disminución del estado de ansiedad, el 83.6% retorno al trabajo.(31)

Cuando la mano se lesiona nuestra calidad de vida se altera. En la actualidad vivimos en una era mecanizada, lo cual significa que millones de manos se traumatizan. Las manos encabezan la lista de acciones industriales y son la causa de gran parte de los gastos de indemnizaciones. Mas de un tercio de todos los accidentes se presentan en la mano, donde se requiere una atención especializada para evitar mutilaciones y pérdidas económicas por incapacidad prolongada.

En un estudio en Inglaterra, se encontró que se tiene una frecuencia de 289 padecimientos de la mano por cada 100,000 habitantes, comparados contra 475 nuevos casos de traumatismo en el mismo número de habitantes. Las estadísticas más benevolentes muestran que el 25% de las heridas que sufre el hombre afectan sus manos, desafortunadamente el número de accidentes crece a la par con el desarrollo industrial y locomotor del país, a pesar de todas las medidas de prevención. Millones de días de trabajo-hombre se pierden por accidentes de la mano y esto afecta seriamente la economía del país.(32)

El 40% de las indemnizaciones que deben pagar las empresas corresponden a este tipo de lesiones, y un 8% de las incapacidades permanentes corresponden a pérdida de la función de la mano.(32)

En México de acuerdo a las Memorias estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social de Salud en el Trabajo de 1998, la tasa de riesgos de trabajo fué de 3.6 por 100 trabajadores, de estos, los accidentes de trabajo ocupan el primer lugar con una tasa de 2.9 por 100 trabajadores. de acuerdo a la región anatómica en que se presentaron estas lesiones, la mano ocupó el primer sitio afectado, con un 32.3% y el miembro superior excluyendo la mano ocupó el cuarto lugar, con 9.1%. De acuerdo al tipo de lesión, las amputaciones para mano, se presentaron en el sexto lugar ocupando el 3% de todas las lesiones ocurridas en ese miembro. Para el miembro superior excluyendo la mano, las amputaciones ocuparon el último sitio por tipo de lesión, ocupando menos del 1%. Junto con esto las amputaciones de la mano ocuparon el primer lugar en lo concerniente a los incapacidades permanentes por riesgos de trabajo generados en ese año con un 13.5% (34)

Los hombres se lesionan más las manos que las mujeres en una proporción 4:1, más de la mitad de las lesiones de manos, ocurren en menores de 25 años, el día martes es cuando ocurren más accidentes de mano, la hora entre las 12:00 y 15:00 hrs. El mecanismo mas frecuente de lesión es el machacamiento y también es el que mas daño produce. En el lugar de trabajo es donde ocurren más del 70% de las lesiones en mano.(32)

La mano derecha se lesiona más que la izquierda; la diferencia no es muy significativa, el dedo que más porcentaje de lesiones tiene es el índice, seguido en frecuencia por el anular. Las lesiones tendinosas son mas frecuentes en los flexores y en la mano derecha, sobre la zona 5 de Verdin. Las amputaciones son más frecuentes en el nivel II de Daniels, por lo cual la mitad de las amputaciones ocurren en las falanges distales. En la industria petrolera, las fracturas de las manos son los accidentes de trabajo más frecuentes.(32)

Absoud, logró identificar los agentes responsables de la lesión, encontrando que el 18% de los pacientes se lesionan al manejar herramientas o instrumentos,

sobretudo cuchillos y sierras; el 48.7% se lesiona con maquinaria al repararlas o usarlas; el 25.3% con objetos pesados, ya sea al caerles, separarlos o juntarlos; 4 6% se lesiona con desperdicios o restos de maquinaria, rebabas etc, y finalmente el 3.3% por otros agentes(32)

Algunas causas de lesiones en mano, inducen a una amputación de algunos de sus elementos, provocando incapacidad en proporción a un tratamiento prolongado y una rehabilitación difícil provocando con ello la pérdida de mucho tiempo de trabajo. La mano es una estructura compleja, es un órgano de discriminación precisa, de destreza exquisita. A través de la mano el hombre lleva a cabo múltiples actividades, ya que presenta la parte motora del pensamiento que hace factible su existencia.

El objetivo de un tratamiento desde la cirugía hasta su rehabilitación es el restablecimiento de la función, y aunque la apariencia de la mano es importante, esta ocupará un papel secundario. Los errores de la rehabilitación de las manos, tales como el tratamiento tardío, la aplicación de técnicas deficientes, tiempo prolongado de uso de yeso, dan una pobre recuperación de la funcionalidad. (33)

Mas allá del amplio concepto de estrés y su relación con las lesiones en general, a tenido una pequeña atención al rol del diagnóstico psiquiátrico en la prevención y el tratamiento de la salud mental a consecuencia de lesiones en el trabajo. El Desorden de Estrés Post-Traumático(PTSD) es una condición que a recibido considerable credibilidad e interés desde mediados de 1980, con respecto al sitio de trabajo a empezado a aparecer en diagnósticos médicos en casos de lesiones ocupacionales y es el resultado de exposición a situaciones que ocurren en el sitio de trabajo. El Desorden de Estrés Post-Traumático afecta a personas que han estado expuestos a eventos o condiciones traumáticas, está caracterizado por síntomas como entumecimiento, psicologica y socialmente retraído, dificultades para controlar sus emociones, especialmente el enojo y volver a revivir las experiencias del evento traumático.(38)

En cuanto al criterio diagnóstico del desorden de estrés post-traumático:

La persona ha sido expuesta a un evento traumático, siendo amenazado de muerte, de lesiones serias, o amenaza de su integridad psicológica. El evento traumático es persistentemente revivido. Evita tocar el tema, disminución en el interés o participar en actividades. Incapaz de sentir sentimientos de amor, no espera tener un futuro en su carrera, matrimonio o tener una vida normal, los síntomas son persistentes (Irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, exagerado estado de respuesta) y la duración de los síntomas duren mas de 1 mes y que los síntomas causen disturbios en su medio social, familiar y ocupacional.(38)

Se ha visto que se desarrolla en trabajadores expuestos a estresores en el trabajo, haber sufrido una lesión mutilante, o haber sido testigos de un acto de violencia en el sitio de trabajo. Las intervenciones se deben de enfatizar en los trabajadores expuestos, y educarlos acerca de las reacciones normales post-traumáticas, y darles la oportunidad de que salgan a flote todos sus sentimientos y reacciones con sus semejantes. (38)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que el concepto de calidad de vida es multidimensional, que incluye factores de tipo social, personal, educativo, familiar, económico y ambiental, y esta influenciado tanto por la enfermedad en sí como por el tratamiento, constituyendo una experiencia subjetiva y con gran variabilidad, no existe un acuerdo sobre quién debe decidir en cuanto a las prioridades a medir, no existiendo una medición totalmente completa.

Se ha visto que en últimos años la salud de un individuo se manifiesta por la integridad de sus funciones físicas, emocionales, mentales y espirituales, encontrándose en armonía con su medio ambiente y con capacidad suficiente para enfrentar las circunstancias del medio, se encuentra en equilibrio. Al accidentarse, y en consecuencia tener una pérdida parcial o total de mano se encuentra con una falta de integridad física y por lo tanto, en desequilibrio con su ambiente, y podrían presentarse trastornos de sus funciones físicas, emocionales, mentales y espirituales, con repercusión en la adaptación familiar, en el trabajo, y consigo mismo y no es hasta que el trabajador vuelve a tener cierta adaptación con todo su entorno; Algunos no lo logran, como en los casos de las pérdidas de mano, en que se tiene que lograr su reintegración de cierta forma, si no lo logra se manifiesta en desequilibrio, en su autoestima y su capacidad para relacionarse con la sociedad.

Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre el nivel de calidad de vida y la pérdida parcial o total de la mano por un accidente de trabajo?

JUSTIFICACION

Debido a que en el área de Salud en el Trabajo se documentan una gran cantidad de casos de pérdida parcial o total de mano, siendo ésta la entidad más afectada del cuerpo en los riesgos de trabajo(32)(34) aunado a la relevancia que ha alcanzado el desorden de estrés postraumático alrededor de lesiones ocupacionales(38) y de la rehabilitación de los trabajadores. Conocer y medir como influye ésta pérdida en la estabilidad emocional de los trabajadores y como impacta en éstos casos.

Además en el ámbito de la Medicina del Trabajo poco se ha escrito acerca de los cambios en la calidad de vida que se presenta por la pérdida de alguna parte del cuerpo de los trabajadores, no olvidando, que nuestra obligación es con el trabajador, no solo en la prevención del daño, sino que continuamos también en la atención del daño y en el aspecto de rehabilitación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que el concepto de calidad de vida es multidimensional, que incluye factores de tipo social, personal, educativo, familiar, económico y ambiental, y esta influenciado tanto por la enfermedad en sí como por el tratamiento, constituyendo una experiencia subjetiva y con gran variabilidad, no existe un acuerdo sobre quién debe decidir en cuanto a las prioridades a medir, no existiendo una medición totalmente completa.

Se ha visto que en últimos años la salud de un individuo se manifiesta por la integridad de sus funciones físicas, emocionales, mentales y espirituales, encontrándose en armonía con su medio ambiente y con capacidad suficiente para enfrentar las circunstancias del medio, se encuentra en equilibrio. Al accidentarse, y en consecuencia tener una pérdida parcial o total de mano se encuentra con una falta de integridad física y por lo tanto, en desequilibrio con su ambiente, y podrían presentarse trastornos de sus funciones físicas, emocionales, mentales y espirituales, con repercusión en la adaptación familiar, en el trabajo, y consigo mismo y no es hasta que el trabajador vuelve a tener cierta adaptación con todo su entorno; Algunos no lo logran, como en los casos de las pérdidas de mano, en que se tiene que lograr su reintegración de cierta forma, si no lo logra se manifiesta en desequilibrio, en su autoestima y su capacidad para relacionarse con la sociedad.

Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre el nivel de calidad de vida y la pérdida parcial o total de la mano por un accidente de trabajo?

JUSTIFICACION

Debido a que en el área de Salud en el Trabajo se documentan una gran cantidad de casos de pérdida parcial o total de mano, siendo ésta la entidad más afectada del cuerpo en los riesgos de trabajo(32)(34) aunado a la relevancia que ha alcanzado el desorden de estrés postraumático alrededor de lesiones ocupacionales(38) y de la rehabilitación de los trabajadores. Conocer y medir como influye ésta pérdida en la estabilidad emocional de los trabajadores y como impacta en éstos casos.

Además en el ámbito de la Medicina del Trabajo poco se ha escrito acerca de los cambios en la calidad de vida que se presenta por la pérdida de alguna parte del cuerpo de los trabajadores, no olvidando, que nuestra obligación es con el trabajador, no solo en la prevención del daño, sino que continuamos también en la atención del daño y en el aspecto de rehabilitación.

OBJETIVOS

GENERALES

Identificar el grado de asociación entre la pérdida parcial o total de mano por riesgo de trabajo y el nivel de calidad de vida del trabajador.

ESPECIFICOS

- a) Evaluar cualitativamente el nivel de la calidad de vida a través de los indicadores de bienestar, capacidad funcional, ansiedad, depresión y dinámica familiar de los trabajadores que sufrieron una pérdida parcial o total de la mano, a consecuencia de un Riesgo de Trabajo, y con integridad física..
- b) Determinar la asociación entre la pérdida parcial ó total de mano con el nivel de calidad de vida.
- c) Determinar si las variables tales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución del evento, nivel socioeconómico influyen en la asociación entre el nivel de la calidad de vida y la pérdida parcial o total de la mano.

HIPOTESIS

Hay una asociación entre el desempeño deficiente de los indicadores de calidad de vida y la presencia de pérdida parcial de mano a causa de un Riesgo de Trabajo.

OBJETIVOS

GENERALES

Identificar el grado de asociación entre la pérdida parcial o total de mano por riesgo de trabajo y el nivel de calidad de vida del trabajador.

ESPECIFICOS

- a) Evaluar cualitativamente el nivel de la calidad de vida a través de los indicadores de bienestar, capacidad funcional, ansiedad, depresión y dinámica familiar de los trabajadores que sufrieron una pérdida parcial o total de la mano, a consecuencia de un Riesgo de Trabajo, y con integridad física..
- b) Determinar la asociación entre la pérdida parcial ó total de mano con el nivel de calidad de vida.
- c) Determinar si las variables tales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución del evento, nivel socioeconómico influyen en la asociación entre el nivel de la calidad de vida y la pérdida parcial o total de la mano.

HIPOTESIS

Hay una asociación entre el desempeño deficiente de los indicadores de calidad de vida y la presencia de pérdida parcial de mano a causa de un Riesgo de Trabajo.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, Transversal analítico y de fuente proyectiva

Grupo expuesto: Trabajadores con antecedente de amputación parcial o total de mano por un riesgo de trabajo.

Grupo no expuesto: Trabajadores con integridad física.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio se centrará en la población trabajadora, que se encuentra recibiendo tratamiento Rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, del D.F. a causa de una pérdida parcial o total de la mano, por un Riesgo de Trabajo.

Siendo reclutada, de las áreas de consulta externa, de los grupos de terapia de mano, y de la terapia ocupacional. Los trabajadores con integridad órgano-funcional aparente

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPUESTO

- 1.- Trabajadores que presentaron un Riesgo de trabajo del que resultó una pérdida parcial o total de la mano, en el período del primero de Mayo al primero de Octubre de 1999.
- 2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO NO EXPUESTO

- 1.- Trabajadores con integridad órgano-funcional aparente.
- 2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.
- 3.- Trabajadores que no tengan en su casa familiares con enfermedades crónicas degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS

- 1.- Antecedentes personales patológicos de enfermedades psiquiátricas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, Transversal analítico y de fuente proyectiva

Grupo expuesto: Trabajadores con antecedente de amputación parcial o total de mano por un riesgo de trabajo.

Grupo no expuesto: Trabajadores con integridad física.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio se centrará en la población trabajadora, que se encuentra recibiendo tratamiento Rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, del D.F. a causa de una pérdida parcial o total de la mano, por un *Riesgo de Trabajo*.

Siendo reclutada, de las áreas de consulta externa, de los grupos de terapia de mano, y de la terapia ocupacional. Los trabajadores con integridad órgano-funcional aparente

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPUESTO

1.- Trabajadores que presentaron un Riesgo de trabajo del que resultó una pérdida parcial o total de la mano, en el período del primero de Mayo al primero de Octubre de 1999.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO NO EXPUESTO

1.- Trabajadores con integridad órgano-funcional aparente.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

3.- Trabajadores que no tengan en su casa familiares con enfermedades crónicas degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS

1.- Antecedentes personales patológicos de enfermedades psiquiátricas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, Transversal analítico y de fuente proyectiva

Grupo expuesto: Trabajadores con antecedente de amputación parcial o total de mano por un riesgo de trabajo.

Grupo no expuesto: Trabajadores con integridad física.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio se centrará en la población trabajadora, que se encuentra recibiendo tratamiento Rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, del D.F. a causa de una pérdida parcial o total de la mano, por un Riesgo de Trabajo.

Siendo reclutada, de las áreas de consulta externa, de los grupos de terapia de mano, y de la terapia ocupacional. Los trabajadores con integridad órgano-funcional aparente

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPUESTO

- 1.- Trabajadores que presentaron un Riesgo de trabajo del que resultó una pérdida parcial o total de la mano, en el período del primero de Mayo al primero de Octubre de 1999.
- 2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO NO EXPUESTO

- 1.- Trabajadores con integridad órgano-funcional aparente.
- 2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.
- 3.- Trabajadores que no tengan en su casa familiares con enfermedades crónicas degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS

- 1 - Antecedentes personales patológicos de enfermedades psiquiátricas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, Transversal analítico y de fuente proyectiva

Grupo expuesto: Trabajadores con antecedente de amputación parcial o total de mano por un riesgo de trabajo.

Grupo no expuesto: Trabajadores con integridad física.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio se centrará en la población trabajadora, que se encuentra recibiendo tratamiento Rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, del D.F. a causa de una pérdida parcial o total de la mano, por un Riesgo de Trabajo.

Siendo reclutada, de las áreas de consulta externa, de los grupos de terapia de mano, y de la terapia ocupacional. Los trabajadores con integridad órgano-funcional aparente

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPUESTO

1.- Trabajadores que presentaron un Riesgo de trabajo del que resultó una pérdida parcial o total de la mano, en el período del primero de Mayo al primero de Octubre de 1999.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO NO EXPUESTO

1.- Trabajadores con integridad órgano-funcional aparente.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

3.- Trabajadores que no tengan en su casa familiares con enfermedades crónicas degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS

1.- Antecedentes personales patológicos de enfermedades psiquiátricas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, Transversal analítico y de fuente proyectiva

Grupo expuesto: Trabajadores con antecedente de amputación parcial o total de mano por un riesgo de trabajo.

Grupo no expuesto: Trabajadores con integridad física.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio se centrará en la población trabajadora, que se encuentra recibiendo tratamiento Rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur, del D.F. a causa de una pérdida parcial o total de la mano, por un Riesgo de Trabajo.

Siendo reclutada, de las áreas de consulta externa, de los grupos de terapia de mano, y de la terapia ocupacional. Los trabajadores con integridad órgano-funcional aparente

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPUESTO

1 - Trabajadores que presentaron un Riesgo de trabajo del que resultó una pérdida parcial o total de la mano, en el período del primero de Mayo al primero de Octubre de 1999.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO NO EXPUESTO

1.- Trabajadores con integridad órgano-funcional aparente.

2.- Trabajadores de cualquier edad y sexo.

3.- Trabajadores que no tengan en su casa familiares con enfermedades crónicas degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS

1.- Antecedentes personales patológicos de enfermedades psiquiátricas.

- 2.- Enfermedades metabólicas.
- 3- Secuelas físicas a causa de un riesgo de trabajo ocurrido anteriormente.
- 4.- No aceptar ingresar a la investigación.
- 5.- Enfermedades crónicas concomitantes.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Trabajadores que fallecieron antes de la finalización del estudio por causas distintas al objetivo en estudio.
- 2.- Trabajadores que decidieron abandonar el tratamiento rehabilitatorio antes del alta médica.
- 3.- Trabajadores que decidieron abandonar el estudio.
- 4.- Traslado del paciente a otra unidad de atención.

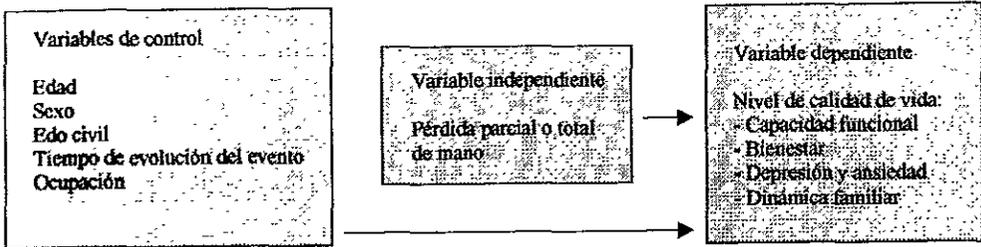
- 2.- Enfermedades metabólicas.
- 3- Secuelas físicas a causa de un riesgo de trabajo ocurrido anteriormente.
- 4.- No aceptar ingresar a la investigación.
- 5.- Enfermedades crónicas concomitantes.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Trabajadores que fallecieron antes de la finalización del estudio por causas distintas al objetivo en estudio.
- 2.- Trabajadores que decidieron abandonar el tratamiento rehabilitatorio antes del *alta médica*
- 3.- Trabajadores que decidieron abandonar el estudio.
- 4.- Traslado del paciente a otra unidad de atención.

MARCO CONCEPTUAL

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES



Se ha visto que la pérdida parcial o total de mano, afecta a los trabajadores en su nivel de calidad de vida, por lo usaremos algunos indicadores para su medición como el bienestar, capacidad funcional, depresión, ansiedad y la dinámica familiar; además esta variable puede ser afectada por otras como la edad, el sexo, el estado civil, tiempo de evolución del evento y la ocupación por lo que serán consideradas como de control.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se obtuvo la muestra de los pacientes que acuden a tratamiento rehabilitatorio a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur del D.F, que acudieron por haber presentado pérdida parcial o total de la mano, a causa de un riesgo de trabajo. Y los pacientes no expuestos son trabajadores con integridad corporal obtenidos de los trabajadores de la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal, Milpalta, y de la empresa Frigorífico de la Región Norte de Veracruz.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Nivel de calidad de vida:

- Capacidad funcional.
- Bienestar.
- Depresión y ansiedad.
- Dinámica familiar.

Variable Independiente:

Pérdida parcial o total de mano.

Variables de control:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Tiempo de evolución del evento.
- Ocupación.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Pérdida de la mano: Definición conceptual: extirpación quirúrgica o accidental de la mano, en caso grave de enfermedad o lesión. *La mayoría son debidas a graves accidentes de trabajo o de tráfico.*

Definición operacional: Se consideró a aquel trabajador que a causa de un Riesgo de Trabajo presentó pérdida parcial o total de la mano, y que estuviera en tratamiento Rehabilitatorio.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se obtuvo la muestra de los pacientes que acuden a *tratamiento rehabilitatorio* a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur del D.F, que acudieron por haber presentado pérdida parcial o total de la mano, a causa de un riesgo de trabajo. Y los pacientes no expuestos son trabajadores con integridad corporal obtenidos de los trabajadores de la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal, Milpalta, y de la empresa Frigorífico de la Región Norte de Veracruz.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Nivel de calidad de vida:

- Capacidad funcional.
- Bienestar.
- Depresión y ansiedad.
- Dinámica familiar.

Variable Independiente:

Pérdida parcial o total de mano.

Variables de control:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Tiempo de evolución del evento.
- Ocupación.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Pérdida de la mano: Definición conceptual: extirpación quirúrgica o accidental de la *mano*, en caso grave de enfermedad o lesión. La mayoría son debidas a graves accidentes de trabajo o de tráfico.

Definición operacional: Se consideró a aquel trabajador que a causa de un Riesgo de Trabajo presentó *pérdida parcial o total de la mano*, y que estuviera en tratamiento Rehabilitatorio.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se obtuvo la muestra de los pacientes que acuden a tratamiento rehabilitatorio a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur del D.F, que acudieron por haber presentado pérdida parcial o total de la mano, a causa de un riesgo de trabajo. Y los pacientes no expuestos son trabajadores con integridad corporal obtenidos de los trabajadores de la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal, Milpalta, y de la empresa Frigorífico de la Región Norte de Veracruz.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Nivel de calidad de vida:

- Capacidad funcional.
- Bienestar.
- Depresión y ansiedad.
- Dinámica familiar.

Variable Independiente:

Pérdida parcial o total de mano.

Variables de control:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Tiempo de evolución del evento.
- Ocupación.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Pérdida de la mano:Definición conceptual: extirpación quirúrgica o accidental de la mano, en caso grave de enfermedad o lesión.La mayoría son debidas a graves accidentes de trabajo o de tráfico.

Definición operacional: Se consideró a aquel trabajador que a causa de un Riesgo de Trabajo presentó pérdida parcial o total de la mano, y que estuviera en tratamiento Rehabilitatorio.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se obtuvo la muestra de los pacientes que acuden a tratamiento rehabilitatorio a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Sur del D.F, que acudieron por haber presentado pérdida parcial o total de la mano, a causa de un riesgo de trabajo. Y los pacientes no expuestos son trabajadores con integridad corporal obtenidos de los trabajadores de la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal, Milpalta, y de la empresa Frigorífico de la Región Norte de Veracruz.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Nivel de calidad de vida:

- Capacidad funcional.
- Bienestar.
- Depresión y ansiedad.
- Dinámica familiar.

Variable Independiente:

Pérdida parcial o total de mano.

Variables de control:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Tiempo de evolución del evento.
- Ocupación.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Pérdida de la mano: Definición conceptual: extirpación quirúrgica o accidental de la mano, en caso grave de enfermedad o lesión. La mayoría son debidas a graves accidentes de trabajo o de tráfico.

Definición operacional: Se consideró a aquel trabajador que a causa de un Riesgo de Trabajo presentó pérdida parcial o total de la mano, y que estuviera en tratamiento Rehabilitatorio.

Escala de medición: cuantitativa nominal politómica.

Indicador de medición:

- 1) Amputación total de mano
- 2) Amputación digital con función normal
- 3) Amputación de falange completa
- 4) Amputación de falange incompleta
- 5) Amputación total de dedo.
- 6) Sano.

Calidad de vida: Definición conceptual: El término calidad de vida relacionada a la salud ha sido acuñado para designar la función psíquica y emocional (en oposición a la bioquímica y la fisiología), así como la valoración social o personal (o utilidad) con que los pacientes relacionan esta función. (35)

La calidad de vida es un concepto que describe la función física y emocional de un individuo o de un grupo de personas con una determinada entidad nosológica (OMS, 1958).

Hace 13 años la calidad de vida fué conceptualizada en 4 dimensiones: Estado psicológico, función física, salud mental y el bienestar social (7).

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en medicina, apareció al inicio del decenio de 1970, para describir la función física y emocional de un individuo ó de un grupo de personas. La calidad de vida del paciente es el resultado final de ponderar los efectos favorables y desfavorables de las intervenciones médicas; es frecuentemente operacionalizada en términos de felicidad, satisfacción, y sobretodo estar bien.

La calidad de vida podría ser definido en términos de 3 componentes: capacidad funcional, percepción, síntomas y consecuencias.(6)

Para el estudio de la calidad de vida se tiene que hacer énfasis en la enfermedad, en preguntar acerca de la fátiga, pérdida de interés en la familia, dificultades sexuales ó alteraciones en el sueño podrían ser las más relevantes(17)

La calidad de vida puede ser alterada por síntomas de enfermedad y de dificultad resultante, recurrencia de eventos clínicos y sus consecuencias, incluyendo hospitalizaciones, síntomas, medicación requerida alteraciones en la actividad(6)

El concepto multidimensional de la calidad de vida incluye lo físico, psicológico, el rol social, la funcionalidad y de bienestar(24)

Algunos autores creen que la calidad de vida no puede ser medida, y otros piensan que teniendo una buena interacción con los pacientes, hace la medida formal innecesaria. Algunos consideran que la calidad de vida es muy compleja y que tienen múltiples reactivos adentrándose de algunos aspectos de la condición física y psicológica que son necesarios(30)

La calidad de vida tiene varios niveles de conceptualización y definición, denota un amplio rango de capacidades, limitaciones, síntomas y características psicosociales, que describe la habilidad individual para funcionar y deriva de la satisfacción de una gran variedad de roles (6)

La calidad de vida es el bienestar del paciente, el sufrimiento correspondería a la ausencia o disminución de esta calidad(3)

El impacto de la calidad de vida puede ser positivo o negativo, los síntomas pueden disminuir con mejoría de la función y sensación de bienestar o la terapia podría deteriorar causando nuevos síntomas(6)

Definición operacional: El nivel en la calidad de vida se determinará a través de varios indicadores: capacidad funcional, bienestar, ansiedad, depresión y dinámica familiar, por la presencia de alteraciones en la realización de un cuestionario, de la escala de capacidad física de Karnofsky, de la escala de Bienestar (Well-Being), la escala de Depresión y Ansiedad (HAD) y la medición de la dinámica familiar por medio del Apgar familiar.

La Capacidad Funcional de Karnofsky

La capacidad funcional es la capacidad de llevar a diario sus actividades, obtener un adecuado sueño y descanso, y participar en actividades de ocupación ó recreación (6)

Karnofsky y cols en 1948 desarrollaron una medición de la capacidad física.

El mejor instrumento para medir el desarrollo de la capacidad funcional es la escala de Karnofsky, es extremadamente útil en mediciones del desarrollo del estado de los individuos, no es útil en situaciones en que el paciente se tenga que autoadministrar el cuestionario y en los casos de pacientes en tratamiento ambulatorio(7)

La **Escala de Karnofsky** es extremadamente útil en la evaluación del desarrollo de los individuos en estudios clínicos, no es útil para las situaciones de autoadministración del cuestionario(7)

La escala de Karnofsky, son criterios para valorar el estado funcional , contando con 11 asignaciones donde se indica la capacidad física donde se encuentra el paciente reactivos, valora aspectos sobre si el trabajador es capaz de realizar actividad normal, capaz de trabajar, o si requiere de cuidados especiales.

Escala de medición: Variable cualitativa ordinal.

Indicador de medición: de 80 a 100 capaz de realizar actividad normal; no es necesario ningún cuidado especial.

De 50 a 70 Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales; necesita una cantidad variable de ayuda.

De 10 a 40 incapaz de cuidar de si mismo, requiere asistencia hospitalaria, institucional o su equivalente; la enfermedad puede estar progresando rápidamente.

La Escala de Bienestar (Well-Being)

La escala de Bienestar (Well-Being) siendo una guía utilizada para la medición de la calidad de vida en 3 subescalas, morbilidad, actividad física y actividad social, con los puntos de asignación de cada subescala, siendo utilizada en varias poblaciones de estudio(23)

Es el cuestionario preferido por la mayoría de los investigadores, se ha utilizado para intervenciones clínicas como en problemas de sinusitis, diabetes y enfermedades crónicas del pulmón, además para marcadores biológicos de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, fibrilación cardiaca, artritis, cáncer y depresión (21). Combina 3 subescalas de funcionamiento con la medición de síntomas y problemas que produce un punto en el tiempo expresado en una escala desde 0 (asintomático) a 30 (para alteración del bienestar).

Es una prueba que evalúa como la persona se ha sentido la última semana, siendo el aspecto subjetivo proporcionado por la persona encuestada, contando con 10 reactivos, los cuales tienen cuatro opciones todo, mucho, poco y nada, correspondiendo cada uno a a numeración desde 3 a 0.

Trss y Cella encontraron que los pacientes con cáncer tienen mayor depresión, ansiedad, somatización, miedo a la muerte y evitar pensamientos relacionados con la enfermedad que los pacientes controles (18) Las manifestaciones emocionales podrían ser cambios de humor, sentimientos de enojo, culpabilidad. Hostilidad, depresión, no aceptar ayuda, satisfacciones, expectativas, miedos y concernientes acerca del futuro(6)

Escala de medición: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Indicador de medición:

- 1) 0-10 Asintomático
- 2) 11-27 Alteración del Bienestar personal

Escala del Hospital de Ansiedad y Depresión (HAD)

La escala del Hospital de ansiedad y depresión es presentado como un instrumento confiable para el seguimiento de pacientes clinicamente con ansiedad y depresión, que se estan atendiendo en hospitales o clinicas generales. Esta escala también ha demostrado ser una medida válida para la severidad de desórdenes del humor y posteriormente puede volver a ser aplicado dandole al clinico información concerniente a su progreso. Creado por el departamento de Psiquiatría del Hospital de la Universidad de St James en Yorkshire , Inglaterra, en el año de 1982.(39)

Evalúa síntomas de ansiedad y depresión en pacientes de hospitales generales, se ha mencionado que un punto de corte de 10-11 distingue a los pacientes que están conteniendo adecuadamente con la enfermedad de aquellos que desarrollan transtornos de angustia y depresión (3)

Se aplica a pacientes en general de 16 a 65 años de edad que sufren de una serie de complicaciones y enfermedades. La evaluación para cada paciente dura acerca de 20 minutos.

Consta de 14 reactivos, cada uno de los cuales con cuatro posibles respuestas, calificándose sucesivamente de 0 a 4, se divide 7 reactivos para evaluar depresión y 7 para valorar ansiedad.

Se considera de 0-1 de respuestas no adecuadas para los no casos, puntuación de 2 casos dudosos y puntuación de 3 y 4 para casos definitivos. En los reactivos respectivos específicos para ansiedad y depresión.

Escala de medición: Variable cualitativa ordinal.

Indicador de medición:

- 1) 0-13 Asintomático
- 2) 9-13 Ansiedad y depresión leve
- 3) 14-18 Ansiedad y depresión moderada
- 4) 19-31 Ansiedad y depresión severa

Dinámica Familiar:

Se refiere a las características propias del habitat del individuo.
Definición conceptual de familia: Dinámica familiar es el conjunto de interacciones o fuerzas que operan en el grupo familiar como un todo, incluyendo en cada uno de sus miembros(36) Se define como el tipo de familia (de acuerdo a su cultura y nivel socioeconómico) del paciente, disfunciones y relación de pareja. La dinámica familiar adecuada es un recurso para mantener la salud del paciente, de no ser funcional se convierte en un factor que contribuye a la enfermedad(37)

Se obtendrá a partir de un cuestionario que consta de 5 preguntas (Apgar Familiar) y que explora la funcionalidad de la Dinámica Familiar, y por medio de las respuestas al interrogatorio.

Escala de medición: Variable cualitativa ordinal.

Indicador de medición:

- 1) 8-10 Familia Funcional
- 2) 7-5 Moderadamente disfuncional
- 3) 1-4 Severamente disfuncional

Edad: Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso del estudio.

Definición operacional:

Se le considera por el número de edad que reporta el paciente al interrogatorio.

Escala de medición: Variable cuantitativa, discontinua.

Indicador de medición: en años.

Sexo: Definición conceptual: Diferencia biológica y social que define al hombre y a la mujer.

Definición operacional. Se considera la misma.

Escala de medición: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Indicador de medición:

1)Masculino

2)Femenino

Estado civil: Definición conceptual: Condición legal de un individuo en lo relacionado a compromiso con una pareja del sexo opuesto.

Definición operacional: Se considera la misma.

Escala de medición: Variable cualitativa nominal politómica.

Indicador de medición:

1) soltero

2) casado

3) unión libre

4)divorciado.

Escolaridad: Definición conceptual: Asistencia como alumno a unidades de educación escolar formal.

Definición operacional: Se considera a través del interrogatorio directo, en años de estudio obtenidos hasta el momento del estudio.

Escala de medición: Variable cualitativa nominal politómica.

Indicador de medición:

1)No sabe leer ni escribir

2)Sabe leer y escribir

3)Primaria completa

4)Secundaria completa

5)Preparatoria completa

6)Profesional

7)Otro.

Tiempo de evolución del evento: Definición conceptual y operacional: Es el tiempo transcurrido entre la pérdida parcial y total del miembro torácico y la aplicación del cuestionario.

Escala de medición: variable cuantitativa discreta

Indicador de medición: días.

Ocupación: Definición conceptual: Actividad remunerada de un individuo que le permite conseguir los satisfactores materiales y ubicación en una sociedad.

Definición operacional: Tipo de actividad principalmente realizada por el individuo en su trabajo. De acuerdo a la Clasificación de empleos emitida por la OIT.

Escala de medición: Variable cualitativa nominal politémica.

Indicador de medición:

- 1)Operador
- 2)Supervisor
- 3)Administrativo

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera de ellas tuvo como objetivo la obtención de la muestra de estudio y la validación en México de los cuestionarios del índice de Bienestar y del Hospital de Ansiedad y Depresión, con la ayuda del departamento de Psicología del Centro de Medicina de Aviación (CENMA) En la segunda fase se realizó la aplicación de una historia clínica y laboral, así como la aplicación de los cuestionarios para evaluar la calidad de vida a los trabajadores con pérdida parcial ó total de mano y a los trabajadores integros físicamente, tanto en la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal y en el Frigorífico de la Región Norte de Veracruz, y la tercera fase en donde se analizaron los datos y se emitieron resultados.

ANALISIS ESTADISTICO

La base de datos fué construida con el paquete estadístico SPSS. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, de dispersión y porcentajes. Posteriormente se realizaron análisis bivariado con la variable independiente y cada uno de los indicadores para calidad de vida, obteniendo el riesgo relativo e intervalos de confianza al 95%. Se hizo análisis bivariado entre la variable dependiente con las variables de control. En caso de que existieran mas de 2 variables potencialmente confusoras que hayan obtenido un riesgo relativo mayor o igual a 2 se incluyeron en un modelo de regresión logística.

RECURSOS HUMANOS

Para nuestro estudio contamos con la participación de un médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Un Especialista en Medicina del Trabajo.

Un epidemiólogo.

Un psicólogo

RECURSOS MATERIALES

En nuestra investigación se utilizaron:

- a) Una computadora
- b) Hojas blancas tamaño carta para la aplicación de los cuestionarios

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera de ellas tuvo como objetivo la obtención de la muestra de estudio y la validación en México de los cuestionarios del índice de Bienestar y del Hospital de Ansiedad y Depresión, con la ayuda del departamento de Psicología del Centro de Medicina de Aviación (CENMA). En la segunda fase se realizó la aplicación de una historia clínica y laboral, así como la aplicación de los cuestionarios para evaluar la calidad de vida a los trabajadores con pérdida parcial ó total de mano y a los trabajadores integros físicamente, tanto en la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal y en el Frigorífico de la Región Norte de Veracruz, y la tercera fase en donde se analizaron los datos y se emitieron resultados.

ANALISIS ESTADISTICO

La base de datos fué construida con el paquete estadístico SPSS. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, de dispersión y porcentajes. Posteriormente se realizaron análisis bivariado con la variable independiente y cada uno de los indicadores para calidad de vida, obteniendo el riesgo relativo e intervalos de confianza al 95%. Se hizo análisis bivariado entre la variable dependiente con las variables de control. En caso de que existieran mas de 2 variables potencialmente confusoras que hayan obtenido un riesgo relativo mayor o igual a 2 se incluyeron en un modelo de regresión logística.

RECURSOS HUMANOS

Para nuestro estudio contamos con la participación de un médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Un Especialista en Medicina del Trabajo.

Un epidemiólogo.

Un psicólogo

RECURSOS MATERIALES

En nuestra investigación se utilizaron:

- a) Una computadora
- b) Hojas blancas tamaño carta para la aplicación de los cuestionarios

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera de ellas tuvo como objetivo la obtención de la muestra de estudio y la validación en México de los cuestionarios del índice de Bienestar y del Hospital de Ansiedad y Depresión, con la ayuda del departamento de Psicología del Centro de Medicina de Aviación (CENMA). En la segunda fase se realizó la aplicación de una historia clínica y laboral, así como la aplicación de los cuestionarios para evaluar la calidad de vida a los trabajadores con pérdida parcial ó total de mano y a los trabajadores integros físicamente, tanto en la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal y en el Frigorífico de la Región Norte de Veracruz, y la tercera fase en donde se analizaron los datos y se emitieron resultados.

ANALISIS ESTADISTICO

La base de datos fué construida con el paquete estadístico SPSS. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, de dispersión y porcentajes. Posteriormente se realizaron análisis bivariado con la variable independiente y cada uno de los indicadores para calidad de vida, obteniendo el riesgo relativo e intervalos de confianza al 95%. Se hizo análisis bivariado entre la variable dependiente con las variables de control. En caso de que existieran mas de 2 variables potencialmente confusoras que hayan obtenido un riesgo relativo mayor o igual a 2 se incluyeron en un modelo de regresión logística.

RECURSOS HUMANOS

Para nuestro estudio contamos con la participación de un médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Un Especialista en Medicina del Trabajo.

Un epidemiólogo.

Un psicólogo

RECURSOS MATERIALES

En nuestra investigación se utilizaron:

- a) Una computadora
- b) Hojas blancas tamaño carta para la aplicación de los cuestionarios

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera de ellas tuvo como objetivo la obtención de la muestra de estudio y la validación en México de los cuestionarios del índice de Bienestar y del Hospital de Ansiedad y Depresión, con la ayuda del departamento de Psicología del Centro de Medicina de Aviación (CENMA). En la segunda fase se realizó la aplicación de una historia clínica y laboral, así como la aplicación de los cuestionarios para evaluar la calidad de vida a los trabajadores con pérdida parcial ó total de mano y a los trabajadores integros físicamente, tanto en la Delegación Política del Gobierno del Distrito Federal y en el Frigorífico de la Región Norte de Veracruz, y la tercera fase en donde se analizaron los datos y se emitieron resultados.

ANALISIS ESTADISTICO

La base de datos fué construida con el paquete estadístico SPSS. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, de dispersión y porcentajes. Posteriormente se realizaron análisis bivariado con la variable independiente y cada uno de los indicadores para calidad de vida, obteniendo el riesgo relativo e intervalos de confianza al 95%. Se hizo análisis bivariado entre la variable dependiente con las variables de control. En caso de que existieran mas de 2 variables potencialmente confusoras que hayan obtenido un riesgo relativo mayor o igual a 2 se incluyeron en un modelo de regresión logística.

RECURSOS HUMANOS

Para nuestro estudio contamos con la participación de un médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Un Especialista en Medicina del Trabajo.

Un epidemiólogo.

Un psicólogo

RECURSOS MATERIALES

En nuestra investigación se utilizaron:

- a) Una computadora
- b) Hojas blancas tamaño carta para la aplicación de los cuestionarios

- c) Servicio de fotocopiado
- d) Una caja de papel carbón
- e) Papel para impresión
- f) Lápices
- g) Bolígrafos
- h) Calculadoras
- i) Reglas

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

El costo de la investigación fué responsabilidad del médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Trabajo.

LIMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACION

El estudio de investigación se llevó a cabo del mes de Junio de 1999 al mes de Noviembre de 1999.

ANALISIS UNIVARIADO

En el grupo de estudio , 69 trabajadores en total y 23 trabajadores con pérdida parcial o total de mano y 46 trabajadores con integridad física.

El grupo de edad con mayor frecuencia fué de 21 a 30 años con 26 trabajadores (37.7%), y con una mediana de 29 años, con un rango mínimo de 16 años y un máximo de 46 años. (Tabla No.1)

La distribución de la población por sexo, es de 39 hombres (85.5%) y de 10 mujeres (14.5%) (Tabla No.2)

El estado civil que predominó es el de casado con 40 trabajadores y un porciento de 58.0.(Tabla No.3)

El nivel de escolaridad que mas frecuente se presentó es el de nivel Secundaria completa con una frecuencia de 27 trabajadores (39.1%) (Tabla No.4)

El puesto de trabajo que predominó es el de operador con una frecuencia de 47 (68.1%) (Tabla No.5)

La antigüedad de la lesión en días para la amputación parcial y total de mano tuvo una mediana de 89 días para la amputación leve y de 139 días para la amputación severa (Tabla No. 6)

De los trabajadores que presentaron una pérdida parcial ó total de mano, se clasificaron en 2 grupos, con amputación leve a los que tuvieron amputación digital con función normal y amputación de falange incompleta, con una frecuencia de 6 (8.7%). En amputación severa se integraron a la amputación total de mano, amputación de falange completa o amputación total de dedo con una frecuencia de 17 correspondiendo a 24.6% (Tabla No.7)

En la distribución de la población en relación a la prueba de Capacidad Funcional (Karnofsky), fué con una puntuación de 80-100, los cuales son capaces de realizar sus actividades normales pero con cierta restricción, fueron 60 trabajadores (87.0%), y una puntuación de 50-70, los que son incapaces de trabajar o de realizar sus actividades normales resultaron 9(13%). (Tabla No. 8)

En la realización de la prueba de Apgar Familiar 47 (68.1%) presentaron una familia funcional, moderadamente disfuncional 18 (26.1%) y severamente disfuncional fueron 4 trabajadores (5.8%) (Tabla No. 9)

En la prueba del Índice de Bienestar se distribuyeron en 2 grupos, aquellos con bienestar personal que resultaron 51 (72.5%) y con alteración del bienestar personal 18 (26.1%) (Tabla No.10)

En la prueba del Hospital de Ansiedad y Depresión 45 trabajadores (65.2%) resultaron asintomáticos, 15 (21.7%) con ansiedad y depresión leves, 5 (7.2 %) con ansiedad y depresión moderada, 4(5.8%) con ansiedad y depresión severa (Tabla No. 11).

ANALISIS BIVARIADO

Se realizó recodificación en el análisis bivariado entre la Capacidad Funcional y la parte de la mano afectada, debido a que son muy pocos los sujetos y en algunos casos se realizaron ajustes uniéndose celdas con cero, se dicotomizó la variable en las 2 partes de la mano que presentaban lesión y los que presentaban integridad organo-funcional, obteniéndose un RR de 19.20 (IC 95%), con una p de 0.00001 siendo estadísticamente significativa. (Tabla No. 12)

En el análisis de tendencia entre el Índice de Bienestar y la parte de la mano afectada se ve alterado el bienestar del individuo a medida que la lesión aumenta con una p de 0.012 (Tabla No. 13)

El análisis de tendencia entre la disfuncionalidad y la parte de la mano afectada se obtuvo un OR de 1.00 para los trabajadores sanos, 1.27 para los que presentaron una amputación leve y 1.28 para los que tuvieron una amputación severa, con una p de 0.33. A pesar de que la p no resulta estadísticamente significativa, se observó una tendencia al aumento del riesgo de disfuncionalidad familiar, a medida que la lesión era mas severa. (Tabla No. 14)

Al hacer el análisis de tendencia entre la prueba del Hospital de Ansiedad y Depresión y la parte de la mano afectada, se obtuvo un OR de 1.00, para los trabajadores sanos, 2.87 para los que presentaron una amputación leve y 5.97 para los que tuvieron una amputación severa, con una p de 0.01 estadísticamente significativa, mostrando una tendencia al aumento a medida que se presentaba una lesión mas severa. Demostrando que una persona tiene un riesgo de 5.97 veces mas de presentar ansiedad y depresión, al presentar una amputación severa que aquellos integramente sanos. (Tabla No.15)

En la prueba del Índice de Bienestar se distribuyeron en 2 grupos, aquellos con bienestar personal que resultaron 51 (72.5%) y con alteración del bienestar personal 18 (26.1%) (Tabla No.10)

En la prueba del Hospital de Ansiedad y Depresión 45 trabajadores (65.2%) resultaron asintomáticos, 15 (21.7%) con ansiedad y depresión leves, 5 (7.2 %) con ansiedad y depresión moderada, 4(5.8%) con ansiedad y depresión severa (Tabla No. 11).

ANALISIS BIVARIADO

Se realizó recodificación en el análisis bivariado entre la Capacidad Funcional y la parte de la mano afectada, debido a que son muy pocos los sujetos y en algunos casos se realizaron ajustes uniéndose celdas con cero, se dicotomizó la variable en las 2 partes de la mano que presentaban lesión y los que presentaban integridad organo-funcional, obteniéndose un RR de 19.20 (IC 95%), con una p de 0.00001 siendo estadísticamente significativa. (Tabla No. 12)

En el análisis de tendencia entre el Índice de Bienestar y la parte de la mano afectada se ve alterado el bienestar del individuo a medida que la lesión aumenta con una p de 0.012 (Tabla No. 13)

El análisis de tendencia entre la disfuncionalidad y la parte de la mano afectada se obtuvo un OR de 1.00 para los trabajadores sanos, 1.27 para los que presentaron una amputación leve y 1.28 para los que tuvieron una amputación severa, con una p de 0.33. A pesar de que la p no resulta estadísticamente significativa, se observó una tendencia al aumento del riesgo de disfuncionalidad familiar, a medida que la lesión era mas severa. (Tabla No. 14)

Al hacer el análisis de tendencia entre la prueba del Hospital de Ansiedad y Depresión y la parte de la mano afectada, se obtuvo un OR de 1.00, para los trabajadores sanos, 2.87 para los que presentaron una amputación leve y 5.97 para los que tuvieron una amputación severa, con una p de 0.01 estadísticamente significativa, mostrando una tendencia al aumento a medida que se presentaba una lesión mas severa. Demostrando que una persona tiene un riesgo de 5.97 veces mas de presentar ansiedad y depresión, al presentar una amputación severa que aquellos integramente sanos. (Tabla No.15)

En el análisis bivariado entre la Capacidad Funcional y las variables de control(edad, sexo, antigüedad de la lesión, estado civil, escolaridad y puesto) ninguna resultó estadísticamente significativa (Tabla No. 16)

Para la prueba del Índice de Bienestar y el análisis bivariado entre las variables de control, resultaron ser significativas el sexo ($p=0.001$) y la escolaridad ($p=0.001$) (Tabla No. 17). Pero al realizar el análisis estratificado con dichas variables se obtuvo un RR crudo de 2.75 para ambas variables confusoras y un RR ajustado de 2.54 para sexo y 2.79 para escolaridad no presentandose una diferencia mayor al 10% entre ambas por lo que se determina que ninguna de las 2 variables influyeron en el resultado de la prueba del Índice de Bienestar. (Tabla No.20)

En el análisis bivariado entre el Apgar familiar y las variables de control, ninguna resultó potencialmente confusora, para el resultado de la misma. (Tabla No. 18)

Al realizar el análisis bivariado entre la Escala del Hospital de Ansiedad y Depresión con las variables de control, resultó unicamente significativo el sexo ($p= 0.006$) (Tabla No. 19). Al realizar el análisis estratificado entre dicha prueba y la parte de la mano pérdida por sexo, se obtuvo un RR crudo de 4.00 y un RR ajustado de 3.89, no teniendo una diferencia mayor del 10%, por lo que se establece que no influyó el sexo en los resultados obtenidos para dicha prueba. (TablaNo. 21)

DISCUSION

Para lograr una evaluación clínica más acorde con los intereses del paciente se sugieren utilizar escalas de medición de calidad de vida, desgraciadamente a pesar que el objetivo último de la medicina es mejorar el bienestar global del paciente, la calidad de vida raramente se evalúa de manera sistemática.(1)

La calidad de vida se asocia a muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental. Cambios en el estado de ánimo, disminución de la satisfacción, cambios en el patrón del sueño, muchos de estos cambios se logran detectar en escalas para medir calidad de vida, (1) como la escala de Karnofsky para medir Capacidad Funcional, el Índice de Bienestar, Apgar Familiar para medir disfuncionalidad familiar y la escala del Hospital de Ansiedad y Depresión.

En México en los accidentes de trabajo, la mano ocupó el primer sitio afectado con un 32.3% y de acuerdo al tipo de lesión, las amputaciones para mano, se presentaron en el sexto lugar ocupando el 3% de todas las lesiones. Las amputaciones de mano ocuparon el primer lugar en lo concerniente a las incapacidades parciales permanentes con un 13.5%(34). Cuando la mano se lesiona se altera la calidad de vida.

Se reporta que las amputaciones de mano son mas frecuentes en el sexo masculino, que el femenino en una proporción de 4:1 (32), en nuestros resultados se encontró una mayor distribución de 85.5% de hombres y 14.5% de mujeres con una proporción aún mayor de 5:1.

Goodwin y cols estudiaron la relación entre estar casados y la sobrevivencia después de un diagnóstico de malignidad en 27,779 casos de cáncer, encontrando que el estar casado esta asociado con un incremento de la sobrevivencia, el matrimonio les provee un soporte social y un amortiguador de los efectos del estrés (27), en nuestro estudio la mayoría de los trabajadores estaban casados y se llegó a una similar conclusión, ya que al realizar la prueba de Apgar familiar, la mayoría presentó una familia funcional, aunque en el análisis bivariado se obtuvo una p no estadísticamente significativa, encontramos que la familia provee un soporte adecuado en las amputaciones de mano, obteniéndose como un factor protector, pudiendo decir que al amputarse una mano el trabajador la familia se une mas, para dar apoyo al lesionado. Pero se observó también que a medida que la lesión era mas severa se tendía a presentar disfuncionalidad familiar.

No así concordando con lo encontrado por Plugliesi, en su estudio refiere que el estado civil puede influir en la presencia de depresión, sobretodo en el casado(39)

Guzmán y cols, Cella y Tulsy consideran que el proceso patológico impacta en la calidad de vida del sujeto, incluyendo incapacidad física, incapacidad o limitación en cuanto a sus actividades de relación y a sus posibilidades de disfrutar de la vida(5) Lo mismo que Sugarbaker y cols investigaron la calidad de vida eb pacientes tratados con amputación y quimioterapia de miembro pélvico o torácico limitado, el resultado fué que las personas con amputación completa de miembro inferior presentaron transtornos emocionales, limitaciones para el cuidado del cuerpo y sus movimientos (24). En nuestro estudio se encontraron los mismos resultados en el análisis bivariado entre la Capacidad Funcional y la parte de la mano afectada , así que a mayor gravedad de una amputación, mayor es la incapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria, su autocuidao, su vida laboral, necesitando ayuda para realizarlas.

Orenstein y cols,Cassileth y cols, Andersen y cols, midieron calidad de vida con la aplicación del cuestionario de Indice de Bienestar, encontrando que tenia mayor significancia estadística las medidas de salud física, mental , para calidad de vida (20, 21, 22) Encontramos en nuestro estudio que la mayoría de los trabajadores presentó un adecuado bienestar personal, y de la pequeña proporción que no la presentó, al realizar el análisis bivariado se demostró que se ve alterado el bienestar del individuo a medida que la lesión de mano.

Lara-Muñoz, en una revisión a 10 estudios de depresión se observó una prevalencia de entre 5.8 y 33%.(3) Schleifer y cols estudiaron pacientes con diagnóstico de depresión, encontrandola asociada a la presencia de una enfermedad crónica(11) Tross encontró que los pacientes con una enfermedad crónica tienen mayor depresión, ansiedad, somatización, miedo a la muerte. (17) French y Prigatano midieron la calidad de vida, encontrando mayor disfunción en el aspecto psicocial, y deperioro de la calidad de vida en relación con el grado de tensión de los pacientes (30)En nuestra investigación observamos que a mayor lesión de mano, mayor era la posibilidad de presentar ansiedad y depresión que aquellos íntegramente sanos, concordando con los autores antes mencionados.

Al igual que Barnett encontramos que los factores mas relevantes para la calidad de vida son el tipo de enfermedad, presencia de fatiga, pérdida del interés en la familia y alteración en el sueño(16) La persona que ha sido expuesta a un evento traumático se ha observado disminución en el interés ó

participar en actividades, incapaz de sentir amor, disturbios en su medio social , familiar y ocupacional(38) Corroborandose en nuestro estudio los resultados donde podemos observar que 3 de las variables que consideramos para la medición de calidad de vida, estan alterados, Capacidad funcional, Indice de Bienestar y escala del Hospital de Ansiedad y Depresión, siendo unicamente positivo el Apgar Familiar, lo cuál podría ser debido a que en situaciones de dificultad la familia se une y apoya.

Por lo que se concluye en nuestra investigación que la amputación parcial o total de mano afecta la calidad de vida, demostrandose en la capacidad funcional, bienestar personal y presentando ansiedad y depresión, todo esto se encuentra con mayor alteración a medida que la lesión es mas severa. La prueba del apgar familiar no resultó ser afectada por la lesión de mano, pero tiende a haber una mayor alteración en dicha prueba a medida que la lesión aumenta en severidad.

Debido a nuestros resultados podemos decir que es importante la atención integral del paciente con amputación de mano y no solo enfocarse a la Rehabilitación física o funcional de daño establecido, sino también poner atención en su ambito social, familiar, laboral.

Se propone la elaboración de un programa preventivo para llevarse a cabo por los Médicos Familiares y Medicina de Rehabilitación los cuales son los que tienen la oportunidad de manejar en forma mas integral al paciente. Con este programa poder establecer que al llegar al consultorio un paciente con una amputación parcial o total de mano se le envíe de manera protocolaria a los servicios de Psicología y Psiquiatría, para detectar oportunamente los casos en los cuales el grado de afectación mental sea tal que pueda ser manejado y se incorpore con mayor facilidad a su ambiente social y tenga mayores deseos de incorporarse a su trabajo.

Así mismo evitar las incapacidades prolongadas por este diagnóstico ya que en muchas de las ocasiones los trabajadores no sienten alteraciones físicas propiamente, sino miedo a regresar a laborar, pensando que no pueden hacer sus actividades bien, o que les puede pasar otra vez lo mismo.

En el área de Salud en el Trabajo se recomienda, que en el momento que el trabajador se presente al servicio para la calificación de su accidente, detectarlo, y enviar a los servicios correspondientes de Psicología y Psiquiatría en caso de que no hayan sido enviados en su consulta, realizar el envío, y llevar un seguimiento de estos pacientes, para ayudarlo a integrarse a laborar en forma oportuna y con una buena calidad de vida. Ya que es la

mano el área corporal mas afectada podremos atender la problemática de gran número de trabajadores que se presentan a nuestra consulta.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sackett, Haynes, Guyatt, Tugwell. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. Segunda edición. Ed. Panamericana. México D.F. pp: 214-215.
- 2.- Feinstein, A, Josephy B, Wells C. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Am Coll Physician* Sep 1986; 105(3): 413-420.
- 3.- Lara-Muñoz M, Ponce , De la Fuente J. Conceptualización y medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* Jul-Aug 1995; 47(4): 315-327.
- 4.- Cella D.F, Tulsky D.S. Measuring the quality of life today: methodological aspects *Oncology* 1990; 4: 29-38.
- 5.- Guzmán J, Ponce de León S, Pita Luis, Castillo C, Pérez L. El cambio en la calidad de vida como indicador de curso clínico de la enfermedad comparación de dos índices. *Rev Invest Clin* Sep-Oct 1993; 45(5): 439-447.
- 6.- Wenger N, Mattson M, Furberg C, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am J Cardiol* Oct 1 1984; 54: 908-913.
- 7.- Bloom J. Quality of life after cancer. *Cancer* Feb 1 (suppl) 1991; 67(3): 855-859
- 8.- Fobair P, Mages N. Psychological morbidity among cancer patient survivors. In: Ahmed P. ed. *Coping with Cancer*. New York: El-sevier, 1981: 285-308.
- 9.- Uhlmann R, Perlman R. Perceived quality of life and preferences for life – sustaining treatment in older adults. *Arch Intern Med* Mar, 1991; 151: 495-497.
- 10.- Fayers P, Bleehen N, Girling D, Stephens R. Assessment of quality of life in small-cell lung cancer using a daily diary card developed by the medical research council lung cancer working party. *Br J Cancer* Mar 1991; 64: 299-306.
- 11.- Schleifer S, Macari-Hinson M, Coyle D, Slater W, Kahan M, Gorlin R et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med*. Aug 1989; 149:1785-1789.
- 12.- Guyatt G, Mitchell A, Irvine E, Singer J, Williams N, Goodacre R et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* Mar 1989; 96 (3): 804-810.

- 13- Coscarelli C, Ganz P, Heinrich R. Cancer rehabilitation evaluation system-short form (CARES-SF). *Cancer* Sep 15 1991; 68(6): 1406-1413.
- 14.-Barrie R, Cassileth, Lusk E, Dupont G, Blake A, Walsh W, et al. Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. *N Engl J Med* April 25, 1991; 324(17): 1180-1185.
- 15- Aaronson N, Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* Feb 1, 1991; 67(3): 844-850.
- 16- Barnett D. Assessment of quality of life. *Am J Cardiol* May 6 1991; 67: 41c-44c
- 17.- Tross S. Psychological sequelae of cured cancer: testicular cancer as a model. Current concepts in Psycho-Oncology, New York: Memorial Sloan-Kettering, 1984; 17-24.
- 18.- Plugliesi K. Work and well-being: gender differences in the psychological consequences of employment. *J Health Soc Behav* 1995; 36:57-71.
- 19.- French C, Irwin R, Curley F, Krikorian C. Impact of chronic cough on quality of life. *Arch Intern Med* Aug 10 1998; 158 (24): 1657-1661
- 20.- Andresen E, Rothenberg B, Kaplan R. Performance of a self-administered mailed version of the quality of well-being questionnaire among older adults. *Med Care* Feb 13 1998; 36(9): 1349-1360.
- 21.- Cassileth B, Lusk E, Guerry D, Blake A, Walsh W, Kascius L et al. Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. *N Engl J Med* Apr 25 1991; 324(17) : 1180- 1185.
- 22.- Orenstein D, Nixon P, Ross E, Kaplan R. The quality of well-being in cystic fibrosis. *Chest* Feb 1989; 95(2) : 344-347.
- 23.- Legro P, Reiber G, Smith D, Del-Aguila M, Larsen J, Boone D. Prosthesis evaluation questionnaire for persons with lower limb amputations: assessing prosthesis-related quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* Aug 1998; 79: 931-938.
- 24.- Sugarbaker P, Barofsky I, Rosenberg S, Gianola F. Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. *Surgery* Jan 1982; 91 (1) : 17-23.

- 25.-Wassertheil-Smoller S, Blaurock D, Oberman A, Davis B, Swencionis C, O'Connell. Effect of antihypertensives on sexual function and quality of life. *Ann Intern Med* April 15 1991; 114(8): 613-620.
- 26.- Riley B, Perna R, Tate D, Forchheimer M, Anderson C. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* Mar 1998; 79: 258-264.
- 27.- Goodwin J, Hunt W, Key C, Samet J. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA* Dec 4 1987; 258(21): 3125-3130.
- 28.-Sauceda JM, Foncerrada M. La exploración de la familia. aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981; 19(2) : 155-163.
- 29.-Gough I, Dalgleish L. What value is given to quality of life assessment by health professionals considering response to palliative chemotherapy for advanced cancer?. *Cancer* July 1 1991; 68(1): 220-225.
- 30.-Prigatano G, Wright E, Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* Aug 1984; 144: 1613- 1619.
- 31.- Oldrige N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* May 15 1991; 67 : 1084-1089
- 32.- Granados R. Estudio retrospectivo de la lesión traumática de mano y su impacto en el tratamiento rehabilitatorio. Tesis 1998, pp:2-7.
- 33.- Flores J. Terapia ocupacional en pacientes con amputación parcial de mano. Tesis IMSS 1993. pp:1-3.
- 34.-Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística del Salud en el Trabajo 1998.
- 35.-Diccionario Médico Familiar. Selecciones del Readers Digest. México 1981 pp: 594.
- 36.-Horwitz Campos, Nina y cols: Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol.Of. Sanitaria Panamericana*. 1985; 98(2).

37 -Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Med. Fam.Mex. 4ta edición Internacional.pp 67-123.

38 -Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Vol 1,Fourth edition Edited by Jeanne Mager Stellman. International Labour Office. Geneva.pp5.12- 5.15.

39.-Zigmond A, Snaith R.The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatr.scand 1983; 67: 361-370.

TABLAS

TABLA No.1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD (años)	FRECUENCIA	%
<-20	16	23.2
21-30	26	37.7
31-40	12	17.4
41->	15	21.7
TOTAL	69	100

RANGO MINIMO 16
RANGO MAXIMO 46

MEDIANA DE 29.0.
DESVIACION ESTANDARD 1.167.

TABLA No.2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	59	85.5
FEMENINO	10	14.5
TOTAL	69	100

TABLA No.3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERO	25	36.2
CASADO	40	58.0
UNION LIBRE	4	5.8
TOTAL	69	100

TABLA No.4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA COMPLETA	13	18.8
SECUNDARIA COMPLETA	27	39.1
PREPARATORIA COMPLETA	16	23.2
PROFESIONAL	13	18.8
TOTAL	69	100

TABLA No. 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR PUESTO DE TRABAJO

PUESTO	FRECUENCIA	%
OPERADOR	47	68.1
SUPERVISOR	8	11.6
ADMINISTRATIVO	14	20.3
TOTAL	69	100

TABLA No.6 ANTIGÜEDAD DE LA AMPUTACION PARCIAL O TOTAL

PARTE DE LA MANO PERDIDA	MEDIANA	RANGO MINIMO	RANGO MAXIMO	DESVIACION ESTANDARD
AMPUTACION LEVE	89	53	344	70.68
AMPUTACION SEVERA	139	65	168	40.43

TABLA No. 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR PARTE DE LA MANO PERDIDA

PARTE DE LA MANO PERDIDA	FRECUENCIA	%
AMPUTACION SEVERA(A. TOTAL DE MANO, DE FALANGE COMPLETA O AMPUTACION TOTAL DE DEDO)	17	24.6
AMPUTACION LEVE(AMPUTACION DIGITAL CON FUNCION NORMAL Y AMPUTACION DE FALANGE INCOMPLETA)	6	8.7
CON INTEGRIDAD ORGANO FUNCIONAL	46	66.7
TOTAL	69	100

TABLA No. 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL EN LA PRUEBA DE CAPACIDAD FUNCIONAL

ESCALA DE KARNOFSKY	FRECUENCIA	%
80-100 NORMAL	60	87.0
50-70 INCAPAZ DE TRABAJAR	9	13.0
TOTAL	69	100

TABLA No.9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL EN LA PRUEBA DE APGAR FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	%
FAMILIA FUNCIONAL	47	68.1
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	18	26.1
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	4	5.8
TOTAL	69	100

TABLA No. 10 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL EN LA PRUEBA DE INDICE DE BIENESTRAR

INDICE DE BIENESTAR	FRECUENCIA	%
CON BIENESTAR PERSONAL	51	72.5
ALTERACION DEL BIENESTAR PERSONAL	18	26.1
TOTAL	69	100

TABLA No. 11 DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL EN LA PRUEBA DEL HOSPITAL DE ANSIEDAD Y DEPRESION

HAD	FRECUENCIA	%
ASINTOMATICO	45	65.2
ANSIEDAD Y DEPRESION LEVE	15	21.7
ANSIEDAD Y DEPRESION MODERADA	5	7.2
ANSIEDAD Y DEPRESION SEVERA	4	5.8
TOTAL	69	100

TABLA No. 12 ANALISIS BIVARIADO ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA

10	15
1	47

11 62

RR= 19.20 (2.60,141.59)

P= 0,00001

Se realizó recodificación debido a que son muy pocos sujetos y en algunos casos se realizaron ajustes uniéndose celdas con cero. Las 2 partes de la mano que presentaban lesión y los que son integros físicamente, y se hizo un análisis en tabla de 2x2, obteniendo el Riesgo Relativo.

TABLA No. 13 ANALISIS DE TENDENCIA ENTRE EL INDICE DE BIENESTAR Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA

OR P

0.012

1 INTEGRO	1.00
2 AMPUTACION LEVE	0.82
3 AMPUTACION SEVERA	4.63

TABLA No. 14 ANALISIS DE TENDENCIA ENTRE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA

PARTE DE LA MANO AFECTADA

OR

P=0.33

1 INTEGRO	1.00
2 AMPUTACION LEVE	1.27
3 AMPUTACION SEVERA	1.28

TABLA No. 15 ANALISIS DE TENDENCIA ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA

PARTE DE LA MANO AFECTADA

OR

P=0.01

1 INTEGRO	1.00
2 AMPUTACION LEVE	2.87
3 AMPUTACION SEVERA	5.97

TABLA No. 16 ANALISIS BIVARIADO ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LAS VARIABLES DE CONTROL

VARIABLES	P
EDAD	0.642487
SEXO	0.48314708
ANTIGÜEDAD DE LA LESION	0.138484
ESTADO CIVIL	0.06614429
ESCOLARIDAD	0.34583635
PUESTO	0.19689422

TABLA No. 17 ANALISIS BIVARIADO ENTRE EL INDICE DE BIENESTAR Y LAS VARIABLES DE CONTROL

VARIABLES	P
EDAD	0.666639
SEXO	0.00124981
ANTIGÜEDAD DE LA LESION	0.226188
ESTADO CIVIL	0.08303115
ESCOLARIDAD	0.00136070
PUESTO	0.98330758

TABLA No. 18 ANALISIS BIVARIADO ENTRE EL APGAR FAMILIAR Y LAS VARIABLES DE CONTROL

VARIABLES	P
EDAD	0.372367
SEXO	0.09529267
ANTIGÜEDAD	0.313103
ESTADO CIVIL	0.75524093
ESCOLARIDAD	0.12288048
PUESTO	0.24081529

TABLA No.19 ANALISIS BIVARIADO ENTRE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION Y LAS VARIABLES DE CONTROL

VARIABLES	P
EDAD	0.900960
SEXO	0.00687089
ANTIGÜEDAD	0.057744
ESTADO CIVIL	0.82998281
ESCOLARIDAD	0.434449943
PUESTO	0.09402073

TABLA No. 20 ANALISIS ESTRATIFICADO ENTRE EL INDICE DE BIENESTAR Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA, POR SEXO Y ESCOLARIDAD

VARIABLES CONFUSORAS	RR CRUDO	RR AJUSTADO
SEXO	2.75	2.54
ESCOLARIDAD	2.75	2.79

TABLA No. 21 ANALISIS ESTRATIFICADO ENTRE EL CUSTIONARIO DEL HOSPITAL DE ANSIEDAD Y DEPRESION Y LA PARTE DE LA MANO AFECTADA, POR SEXO

VARIABLE CONFUSORA	RR CRUDO	RR AJUSTADO
SEXO	4.00	3.89

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre-----

Edad-----

Sexo-----

Estado civil-----

Escolaridad-----

Empresa en la que labora-----

Actividad ó Giro de la empresa-----

Su puesto en la empresa-----

Su accidente fué calificado como SI DE TRABAJO-----

Fecha del accidente-----

Se encuentra incapacitado actualmente?-----

Si es casado(a) su pareja trabaja?-----

Tiene hijos----- cuantos?-----

Que parte de la mano perdió?-----

Que tipo de terapia recibe? Tanque terapéutico, Terapia de mano (Mesa Kanavel, escalerillas, timón, rodillos, conos, prono-supinadores)

1 - ESCALA HAD

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede, entonces, darle mayor ayuda. Este cuestionario ha sido hecho para que su médico sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y tache la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene mayor valor que las que se piensan demasiado.

1 - Me siento tenso(a) o nervioso (a):

Casi todo el tiempo
Gran parte del tiempo
De vez en cuando
Nunca

2 - Sigo disfrutando las cosas.

Definitivamente igual que antes
No tanto como antes
Solamente un poco
Ya no disfruto nada

3 - Siento una especie de temor. como si algo fuera a suceder

Si muy intenso
Si pero no muy intenso
Si, pero no me preocupa
No siento nada de eso

4 - Soy capaz de reirme y ver el lado positivo o alegre de las cosas

Igual que siempre
Actualmente, algo menos
Actualmente mucho menos
Actualmente no puedo.

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Casi todo el tiempo
Gran parte del tiempo
De vez en cuando, no muy seguido
Solo ocasionalmente

6.-Me siento alegre

Definitivamente no
Muy pocas veces
Algunas veces
Gran parte del tiempo

7 -Puedo sentarme tranquilo (a) y relajadamente

Definitivamente
Usualmente
Raras veces
No puedo

8 - Me siento lento (a) o torpe

Casi todo el tiempo
Con mucha frecuencia
Algunas veces
No me he sentido así

9 - Siento una sensación desagradable de nervios, hormigueos o manposas en el estómago

No
Ocasionalmente
Con frecuencia
Con mucha frecuencia

10 - He perdido el interés en mi presentación o aspecto personal?

Definitivamente
No me cuido como debería hacerlo
Es posible que no me cuido como debería hacerlo
Me cuido como siempre lo he hecho

11 -Me siento inquieto(a) como si pudiera dejar de moverme

Realmente mucho
Bastante
No mucho
No, en absoluto

12 -Espero las cosas con ilusión

Como siempre
Algo menos que antes
Mucho menos que antes
No en absoluto

**ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

13 - Siento de repente angustia o temor

Muy frecuentemente
Con cierta frecuencia
Rara vez
No, en lo absoluto.

14 -Puedo disfrutar de un buen libro, un buen programa de radio o televisión

A menudo
Pocas veces
Algunas veces
Casi nunca

INDICE DE BIENESTAR

QUE PARTE DEL TIEMPO

	TODO 0	MUCHO 1	POCO 2	NADA 3
1 - Me siento decaído(o) y triste	0	1	2	3
2 -Me siento tranquila(o) y calmada(o)	3	2	1	0
3.-Me siento con energía.activa(o) y vigorosa(o)	3	2	1	0
4 -Me despierto descansada(o) y animada(o)	3	2	1	0
5 -He estado feliz, satisfecha(o) y contenta(o) con mi vida.	3	2	1	0
6 -Me he sentido bien adaptada(o) a mi situación	3	2	1	0
7 -He vivido el tipo de vida que había deseado	3	2	1	0
8 -Me he sentido con ganas de hacer mis actividades o tomar nuevas decisiones	3	2	1	0
9.-He sentido que facilmente puedo manejar o enfrentar cualquier problema serio o cambio importante en mi vida	3	2	1	0
10 -Mi vida diaria ha estado plena de cosas interesantes para mí	3	2	1	0.

ESCALA DE KARNOFSKY (CRITERIOS DEL ESTADO FUNCIONAL)

<i>Capaz de realizar actividad Normal: no es necesario ningún Cuidado especial</i>	100 <i>Normal;ninguna molestia,ninguna evidencia de enfermedad</i>
	90 <i>Capaz de realizar actividad normal, signos o síntomas menores De enfermedad.</i>
	80 <i>Actividad normal con esfuerzo;algunos signos o síntomas de enfermedad</i>
<i>Incapaz de trabajar:capaz de vivir En su casa y de atender la mayoría De sus necesidades personales; Necesita una cantidad variable de Ayuda</i>	70 <i>Autocuidados,incapaz de realizar actividad normal o trabajo activo.</i>
	60 <i>Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría De sus necesidades.</i>
	50 <i>Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente.</i>
<i>Incapaz de cuidar de si mismo: Requiere asistencia hospitalaria. Institucional o su equivalente, la Enfermedad puede estar Progresando rápidamente</i>	40 <i>Incapacitado, requiere asistencia y ayuda especial</i>
	30 <i>Gravemente incapacitado; está indicada la hospitalización aunque la muerte no sea inminente</i>
	20 <i>Muy enfermo;hospitalización necesaria;se requiere tratamiento de apoyo activo.</i>
	10 <i>Moribundo;proceso fatal que progresa rápidamente</i>
	0 <i>Muerte.</i>

APGAR FAMILIAR

CASI SIEMPRE ALGUNAS OCASIONES DIFICILMENTE

1 - Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema

2 -Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute y participa en la resolución de problemas conmigo.

3 -Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades

4.-Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, amor y aflicción

5 - Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.