

INDICE

Introducción.....	1-2
Definición y Análisis del Problema.....	3-4
I. Justificación.....	5-6
V. Objetivos.....	7
Revisión Bibliográfica.....	8-20
I. Metodología.....	21-25
I. Presentación de Resultados.....	26-32
II. Análisis y discusión de resultados.....	33-35
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Resumen.....	38
I. Bibliografía.....	39-41
II. Anexos.....	42-43

I. INTRODUCCION

La amputación es uno de los más antiguos procedimientos quirúrgicos. En general esta indicada si la presencia del miembro es una amenaza para la vida, o si el hecho de reemplazarlo ofrece mejores perspectivas funcionales.

El rasgo más llamativo del movimiento de rehabilitación ha sido su preocupación por la adaptación del trabajo.

La readaptación profesional procura la orientación, formación y emplazamiento del minúsvulo en un trabajo productivo.

La reincorporación tropieza en un principio con un obstáculo básico, el proceso productivo, ya que las actividades laborales en general estarían pensadas y estructuradas en función de agentes sanos. Las personas que han adquirido una incapacidad necesitan aprender nuevas habilidades y aptitudes de modo que puedan vivir el resto de su vida en la forma que les satisfaga, este proceso de aprendizaje constituye la rehabilitación.

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre la reinserción laboral del paciente con amputación de miembro superior o inferior, cuyo principal objetivo fue analizar la reincorporación laboral.

El trabajo se realizó con 80 pacientes quienes asistieron a la clínica de consulta externa para reparación de prótesis durante los meses de junio a julio de 1997.

Se pudo observar que la población que retornó a laborar fue un 88.7%, de los cuales 59 casos tuvieron que cambiar de actividad laboral, 26 de ellos fue por la limitación para poder transportarse y desempeñarse en forma adecuada, 31 casos por no poder realizar la actividad y 2 casos porque no les daban trabajo. De los pacientes estudiados el 77% no recibió ningún tipo de entrenamiento.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Las amputaciones se realizan desde tiempos muy remotos, para reducir la discapacidad, eliminar extremidades inútiles y salvar la vida.

Entre las causas para amputacion estan: lesiones accidentales por violencia, muerte de tejido por estados vasospásticos, muerte tisular por insuficiencia vascular periférica arterioesclerótica o diabética, neoplasia maligna, insuficiencia de larga duración, lesiones térmicas, miembro deforme inútil, accidentes vasculares y mordeduras de serpiente y falta congénita.(2,16)

La rehabilitación en estos casos tiene como objetivo llevar a la persona a un nivel máximo de funcionamiento: Rusk y Taylor enuncian que por carecer de medidas específicas para la cura de muchas enfermedades crónicas, la medicina debe apelar a la rehabilitación, para enseñar a quienes padecen una incapacidad a vivir y trabajar tan eficazmente como sea posible. Aun cuando la persona logre una buena recuperación física y adquiera una prótesis adecuada, sus problemas pueden estar lejos de quedar resueltos. La pérdida de un miembro no solo es un trauma físico sino también es una profunda herida psicológica y social.

El paciente amputado puede necesitar un reentrenamiento y servicios vocacionales especializados, para encontrar empleo. Si su ocupación anterior consistía en un trabajo pesado, y no calificado y no puede retornar a ese trabajo puede necesitar servicios educacionales especiales. Asi la reintegración del paciente a un nivel de funcionamiento aceptable requiere muy a menudo los servicios de un variedad de expertos que se extiende desde el cirujano ortopedista hasta todo un equipo multidisciplinario como lo es el médico fisiatra, terapeuta ocupacional, protesista, trabajador social y psicólogo.

La reinserción laboral se puede decir que es cuando una persona se ha ausentado temporalmente de su trabajo por causas de enfermedad o accidente y que regresa a su ocupación habitual o diferente después de un proceso continuo y coordinado de rehabilitación en que se le proporcionan medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para que los incapacitados puedan obtener, y conservar un empleo adecuado y progresar en si mismos. (1)

Esta investigación pretende analizar la reinserción laboral en el paciente con amputación de extremidades ya que ésta constituye el logro del objetivo principal de la rehabilitación.

III. JUSTIFICACION

En nuestro país existen varios centros de rehabilitación para personas que han sufrido accidentes y dañado su integridad física y les ha dejado un grado de incapacidad. Entre estos centros se encuentra el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, en el cual para el año de 1,995 se reportaron 4,232 accidentes de los cuales 3,611 que equivale al 85% fueron clasificados con algun grado de incapacidad, siendo 96 casos los que corresponden a pérdidas de miembro superior o parte de el, y 38 casos de pérdida de miembro inferior.(6)

Una amputación produce un traumatismo físico y psíquico, requiriendo de una atención constante. Ningun aparato protésico sustituirá la carencia de un miembro pero podría permitir la readaptación psíquica.(14)

Las alteraciones principales que se producen son sentimientos de inferioridad y dependencia del amputado con respecto a su familia y la sociedad, surgen dudas con respecto a sus posibilidades funcionales y económicas futuras. Todos los que rodean al amputado tanto en el hospital como en la casa, muestran muchas veces exceso de lástima y simpatía, le ayudan demasiado, haciendo que se le considere cada vez mas inválido.(3)

El amputado tambien enfrenta un problema social ya que son cambiadas sus costumbres, sus hábitos y deja de producir, enfrentandose al problema de como encontrar los medios de sostener a su familia y al temor de si podrá enfrentar la dificultad de ejecutar bien o no su trabajo. (3,4)

En nuestro país se tiene muy poca información sobre el empleo de personas amputadas, por lo que resulta de interés e importancia conocer que es lo que se les está brindando, teniendo de esta manera una visión más objetiva del problema y reforzar o reencauzar las medidas existentes.

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la reinserción laboral del paciente con amputación de miembro superior o inferior, en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco del Seguro Social.

ESPECIFICOS

En relación al paciente amputado de miembro superior o inferior egresado del Hospital de Rehabilitación describir :

1. Porcentaje de pacientes que regresan a su ocupación anterior.
2. Causas que influyen para el retraso a la reincorporación laboral.
3. Impacto económico de la amputación.
4. Grado de satisfacción con la ocupación actual.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

AMPUTACION

Deriva del latín AM, alrededor y PUTARE, cortar, extirpar o separación de una extremidad, quirúrgica o traumática, a través de la continuidad del hueso. (14)

La amputación es el mas antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos. La amputación de una mano a un pie era un castigo común en muchas de las sociedades antiguas llamadas civilizadas y aun se lleva a cabo en la actualidad en ciertas culturas primitivas. Las primeras guerras, al igual que todas las otras, trajeron como consecuencia numerosas amputaciones. La evidencia arqueológica indica que aun entre los habitantes prehistóricos había algunos con amputaciones, incluidos aquellos nacidos con deficiencias esqueléticas de los miembros y los que sobrevivían a las pérdidas de miembros de origen postraumáticas.

Las primeras amputaciones quirúrgicas eran procedimientos cruentos en los que se seccionaba rapidamente un miembro de un paciente no anestesiado: para obtener hemostasia el muñon abierto era aplastado o se sumergía en aceite hirviendo. Obviamente, estos muñones de amputación eran poco adecuados para adaptarse aun a las prótesis no refinadas existentes entonces.(1,2)

Etiología: en términos generales, las amputaciones de miembro superior son consecuencia en mayor frecuencia a accidentes que a enfermedades. Por accidentes son causadas con mas frecuencia en el ambiente de trabajo.(14)

Alrededor del 75% de los nuevos amputados son hombres; los riesgos profesionales y no profesionales son mayores en el sexo masculino que en el femenino y las amputaciones debidas a

enfermedades son mas comunes también en los hombres. Aproximadamente el 85% de las amputaciones son de miembros inferiores, pero la cantidad de amputaciones de miembro derecho o izquierdo es mas o menos igual. En Estados Unidos las estimaciones publicadas varían significativamente citando prevalencias de 350,000 hasta mas de un millón de amputados e incidencias de 20,000 a 30,000 amputados nuevos cada año. No obstante, la mayoría de las comunicaciones coinciden que la cantidad de amputaciones practicadas aumenta todos los años.

INDICACIONES DE AMPUTACION

En general, esta indicada la amputación si la presencia del miembro es una amenaza para la vida o si el hecho de reemplazarlo ofrece mejores perspectivas funcionales (y a veces estéticas). En el miembro inferior, en el que la estabilidad y la transmisión de movimientos relativamente sencillos son los requerimientos principales, la sustitución por una prótesis puede ser muy eficaz. Pero en el miembro superior las complicadas funciones de la mano y, sobre todo, la sensación táctil hace muy difícil la sustitución protésica eficaz.

La pérdida irreparable de la irrigación de una miembro patológico lesionado es la única indicación absoluta de amputación, independientemente de todas las demás circunstancias. Una parte no puede sobrevivir cuando su medio de nutrición esta destruido; entonces, se convierte no solo en algo inútil sino en una amenaza para la vida, porque los productos tóxicos de destrucción tisular se diseminan por todo el organismo. En ocasiones, la amputación esta indicada para extirpar parte de un miembro con una anomalía congénita o todo el miembro para mejorar la función con una prótesis o sin ella.(2,14)

Otras causas: malformaciones congénitas 16.7%, del porcentaje de enfermedad, el 19% es por tuberculosis, 18% por gangrena, 7% por osteomielitis, y un 3% por poliomielitis.(2)

NIVELES DE AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR

1. Amputación de miembro superior por arriba del codo.

- * Tercio distal
- * Tercio medio
- * Tercio proximal
- * Desarticulación del hombro
- * Cuarterón

1.2 Amputación de miembro superior por abajo del codo.

- * Desarticulación del codo
- * Tercio proximal
- * Tercio medio
- * Tercio distal
- * Desarticulación de la muñeca
- * Transcarpales
- * Transmetacarpianas

* Interfalángicas

* Desarticulación del pulgar

* Interfalángica del pulgar

NIVELES DE AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR

Existen muchos factores que inciden sobre el nivel seleccionado para amputar, la experiencia que se tiene en cuanto a este aspecto, indica que hay ciertos niveles de amputación de miembro inferior que se toman como los mas aceptables y fuera de los que menciona la literatura pueden provocar problemas para el paciente y su readaptación.

Por lo general en el pie, solo se realiza la amputación transmetatarsiana y la digital. A nivel de la articulación, se realiza la amputación de Syme, separando la tibia y el peroné, de los huesos propios del pie (astrálogo y calcáneo) en lo que se refiere a las amputaciones de pierna, se utiliza la amputación infrarotuliana, desarticulación de rodilla, amputación suprarotuliana, desarticulación de cadera y hemipelvectomia.

- * Hemipelvectomia
- * Desarticulación de cadera
- * Amputación suprarotuliana
- * Desarticulación de rodilla
- * Amputación infrarotuliana

* Amputación de Syme

* Amputación transmetatarsiana (2,16)

READAPTACION PROFESIONAL

La aptitud para trabajar es una de las principales capacidades humanas. Difiere de otras capacidades, como la de vincular social y personalmente con la gente, pero tiene su propia importancia.

Algunas personas sufren perturbaciones profundas en sus relaciones personales, pero de alguna manera pueden adaptarse a su trabajo en una forma razonablemente adecuada. La capacidad de trabajar es una de las áreas más o menos autónomas de la personalidad, que debe ser evaluada en función de sus propias condiciones de desarrollo y operación y que esas condiciones no pueden ser simplemente derivadas de las que regulan o otras áreas de funcionamiento.

En el caso de un paciente con amputación de miembro superior en un accidente industrial obviamente su necesidad inicial más urgente es una atención quirúrgica y hospitalaria competente.

El impacto psicológico de estas amputaciones es mayor todavía que el de la amputación de la extremidad inferior; la mano se utiliza no solo para manipular el ambiente sino también para comunicación y expresar emociones.

Luego de la atención quirúrgica y hospitalaria competente se coloca una prótesis adecuada. Pero aun cuando la persona logre una buena recuperación física y adquiera una prótesis adecuada, sus problemas pueden estar lejos de quedar resueltos.

La pérdida de un miembro no solo es un trauma físico, también es una profunda herida psicológica y social; puede necesitar un reentrenamiento, y servicios vocacionales especializados, para encontrar empleo. Si su ocupación anterior consistía en un trabajo pesado, y no calificado, y el no puede retornar a esa clase de trabajo puede necesitar servicios educacionales especiales. Así la reintegración del paciente a un nivel de funcionamiento aceptable requiere muy a menudo los servicios de una variedad de expertos casi desorientadora, que se extiende desde el cirujano ortopeda hasta todo un sistema multidisciplinario como el médico fisiatra, terapeuta ocupacional, protesista, trabajador social y psicólogo.

A medida que se incrementa la capacidad de usar la prótesis en forma más automática y subconiente, a medida que la conciencia de estar limitado y ser diferente se hace menos amenazante y a medida que la amputación pasa a ser una fuente mínima de interferencia en las actividades familiares vocacionales y sociales, se van alcanzando los elementos de una rehabilitación exitosa.

En cierto sentido, el rasgo particular más llamativo del movimiento de rehabilitación ha sido su preocupación por la psicodinámica de la adaptación del trabajo.

La readaptación profesional procura la orientación, formación y emplazamiento del minusválido en un trabajo productivo. La readaptación tropieza en un principio con un obstáculo básico, el proceso productivo, ya que las actividades laborales en general estarían pensadas y estructuradas en función de agentes sanos. Las personas que han adquirido una incapacidad necesitan aprender nuevas habilidades y actitudes de modo que puedan vivir el resto de su vida en la forma que les satisfaga. Este proceso de aprendizaje constituye la rehabilitación.

El objetivo primordial es su reincorporación y readaptación a la comunidad. Sin embargo la vida no se reinicia normalmente en forma automática cuando la persona inválida egresa del centro de rehabilitación.

Ese entorno en principio hostil a la inserción del discapacitado pesa tanto que las propias dificultades de ésta para desarrollar sus herramientas de capacitación laboral. Al respecto manifiestan especialistas españoles, "El significado del trabajo como actividad en el caso de la persona disminuida es difícil de encontrar, por lo que es más importante para el que el resto de la población, si al discapacitado se le niega las posibilidades laborales encontraría una razón más para sentirse aislado y disminuido".(5,6,17)

ORIENTACION PROFESIONAL

Definimos orientación profesional como "proceso de ayuda al sujeto para la desición, formación y ubicación profesional que trata de integrar las exigencias personales con las necesidades sociales".

El discapacitado puede y debe incorporarse al mundo laboral. Por tanto como cualquier otra persona tiene derecho a recibir orientación profesional. Si la orientación profesional es necesaria a todo sujeto para incorporarse en el futuro al mundo del trabajo, con mayor razón en el discapacitado.(3,14)

El tratamiento pedagógico por su parte esta constituido por un conjunto de actividades encaminadas a dotar al discapacitado de una formación cultural necesaria para conseguir el máximo desarrollo personal y la plena integración sociolaboral.

Cabe tomar en cuenta como ha dicho un funcionario del SEREM (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos de la Seguridad Social de España) que: "La recuperación laboral presenta para el país un notorio aumento de la productividad general, al recobrar como población activa a trabajadores que sin un adecuado proceso de recuperación estarían condenados a la marginación en su vida social y en su trabajo". (1,3,10)

COMPRESION DE LAS FINALIDADES DE LA REHABILITACION

Conceptos generales de la rehabilitación

Minusvalidez: "una deficiencia o incapacidad que se traduce en una desventaja para una persona en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales".

El concepto de minusvalidez se aplica a las funciones sociales y económicas de las personas deficientes o impedidos, cuyo desempeño las coloca en situación de desventaja respecto a las demás personas.(1,8,16)

Rehabilitación: proceso de duración limitada y con un objetivo definido; encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y lo social óptimo; proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas destinadas a mitigar la pérdidas de una función o una limitación funcional.(11,12,18)

No podemos perder de vista el hecho en otras palabras de que si bien el empleo ha de ser considerado como la finalidad más importante en la rehabilitación no siempre se ha considerado como la finalidad o el fin de mayor importancia para una persona que sufra un estado de múltiples incapacidades.(11)

EL TRABAJO COMO FACTOR EN EL AJUSTE TOTAL

El trabajo puede determinar grados de satisfacción personal, de desarrollar poder de creatividad y ser bien remunerado. El empleo y la independencia económica generalmente son esenciales para que el paciente tenga sentimiento de suficiencia personal, dignidad y autoestima, así también sentirse uno mismo como miembro valioso de la familia y de la sociedad.

Al escribir acerca de los problemas de dependencia del incapacitado se menciona que el estado de independencia es generalmente considerado como la marca distintiva del hombre adulto.

La formación profesional es un medio que puede ayudar al inválido atendiendo sus intereses y capacidades para lograr colocarlo nuevamente en el empleo.

El paciente en si puede presentar circunstancias que pueden retrasar la readaptación entre ellos mencionamos factores internos; estos comprenden la resistencia a cualquier cambio, se resisten a aceptar la realidad de su nueva condición, presentan desvalorización personal por la pérdida de la integridad física.

Entre los factores externos están; la sustitución del medio normal por el ambiente hospitalario, la ruptura de relaciones familiares habituales, forma diferente de vida, una falta de información del futuro de sus responsabilidades familiares, económicas y laborales y por último la negación a la realidad.(4)

PLAN DE ACCIÓN

Este plan fue propuesto por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, de España en 1,995 para las personas con discapacidad. El plan constituye una propuesta política integral para el futuro inmediato del colectivo de personas con discapacidad y defiende una opción de mayor independencia y mayor calidad de vida.

Los tres ejes básicos de esta política activa son la PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN, y el EMPLEO.

La PREVENCIÓN es la opción mas radical de políticas activas: que no existan discapacitados, porque la discapacidad no es un fenómeno inevitable. El plan se dirige a los grupos mas vulnerables, entre los que surgen en mayor número de deficiencias: los accidentes de tráfico y laborales y las enfermedades crónicas en mayores de 45 años.

REHABILITACIÓN significa minimizar las consecuencias de una deficiencia. Y esto es posible si el interesado quiere y si la sociedad pone a su disposición servicios de rehabilitación y entrenamiento en autonomía, así como ayudas técnicas y tecnología de adaptación de ambientes. Es necesario, además, que la propia sociedad rehabilite pautas de solidaridad y elimine obstáculos físicos y culturales. El plan propone programas de rehabilitación para trabajadores con discapacidad y para discapacitados permanentes y enfermos crónicos.

EL EMPLEO es la clave para cualquier estrategia activa: da sentido a la rehabilitación y hace de una política proteccionista un contrasentido. El trabajo da autoestima, reconocimiento social, autosuficiencia económica y es la mejor encarnación del principio de "vida independiente" que preside todo el plan de acción. Los programas de empleo configuran una estrategia gradual y flexible hacia la integración en el mercado laboral ordinario. Por razones de equidad esta estrategia necesita de discriminaciones positivas que compensen las desventajas derivadas de la discapacidad y también de los obstáculos ambientales.(9,12).

ASPECTOS LEGALES DEL MINUSVALIDO :

En 1,981 se celebró el Año Internacional de las Personas Minusválidas, y el periodo de 1,983-92, Decenio de Naciones Unidas para los Impedidos, el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar de un grado de igualdad de la formación profesional y de las posibilidades de empleo ha ido siendo reconocido en medida creciente. Un hito importante en este proceso fue la aprobación por la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en 1,983 del convenio de la OIT No.159 y de la recomendación 168. Estas normas internacionales respaldan el derecho de las personas discapacitadas a recibir una formación profesional adecuada y a obtener empleo, no solamente en instituciones especializadas o en los llamados talleres protegidos, sino también, y junto a las personas que no padecen minusvalías, en los centros generales de formación y en el mercado abierto de trabajo.(10)

El Convenio, hacia fines de 1,991 había sido ratificado por 39 de los Estados miembros de la OIT, establece que las organizaciones de empresarios y las organizaciones de trabajadores, junto a los gobiernos y a las organizaciones de discapacitados, comparten la responsabilidad de ayudar a las personas con minusvalías a gozar de sus derechos. Pero muchas organizaciones de empresarios y trabajadores no saben como ejercer esta responsabilidad, y a consecuencia de ellos siguen mostrándose, en numerosos casos inactivas e indiferentes. Por lo cual en mayo de 1,990, la OIT organizó en Malaui un seminario para organizaciones de empresarios y organizaciones de trabajadores del este y el sur de Africa, con el objeto de analizar sus respectivos papeles en la formación profesional y en el empleo de las personas discapacitadas.

En este seminario se propone un conjunto de acciones concretas que pueden ser emprendidas por los sindicatos, o por sus miembros, para ofrecer a las personas con minusvalías la posibilidad efectiva de participar en los que hacer productivos.(11,13)

ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONAL

De acuerdo a la resolución 99 de la OIT:

La expresión "adaptación y readaptación profesionales" designa aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional, y colocación selectiva, para que los inválidos puedan obtener y conservar un empleo adecuado.

El termino "inválido" designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una disminución de la capacidad física o mental.(11,12)

EVALUACION PARA LA COLOCACION DE TRABAJO PARA PERSONAS INCAPACITADAS

Siempre que sea posible se procurara que el discapacitado vuelva a disponer de un trabajo sustituto en la misma empresa anterior, ya que esta estará mas sensibilizada frente a sus problemas actuales y futuros, sobre todo si había sido un buen empleado. Algunas veces pueden alentarse falsas esperanzas iniciales al asegurar el patrono la consecución de un trabajo adecuado, pero cuando la incapacidad presente es obvia, ello no resulta posible.

Hay que aprovechar la ventaja de la experiencia anterior o de alguna habilidad antigua del enfermo.

Muchos pacientes no tienen otras habilidades substitutas para ofrecer y son numerosos los que carecen de un potencial personal para el aprendizaje, además, el nivel educacional suele ser bajo.(19)

Una visita efectuada a la empresa del paciente o a su posible patrono puede dar buenos resultados; en ella pueden intervenir el técnico y la asistente social, en caso de disponer de un trabajo determinado, es preciso registrar sus cualidades con todo detalle a fin de que pueda proporcionarse al paciente una evaluación práctica de sus capacidades para satisfacer tanto sus necesidades como a los problemas que puedan plantear. (4,18)

Pacientes que vuelven a su antiguo trabajo

La mayoría de los pacientes pueden volver a sus ocupaciones anteriores, una vez sean dados de alta, ya sea de forma inmediata o tras un corto periodo de convalencia. Pero los pacientes físicamente incapacitados pueden tener problemas de desplazamiento. Otro problema para este y otro grupo de enfermos puede ser el de la accesibilidad o movilidad tanto en el trabajo como en casa.

A veces es necesario mudarse o cambiar de trabajo, a menos que puedan llevarse a cambio las necesarias alteraciones y adaptaciones.

Es posible que el paciente que todavía sea capaz de volver a su antigua ocupación necesite alguna ayuda para realizar sus actividades cotidianas. (19)

Enfermos capacitados para realizar otros trabajos

Estos pacientes, dentro de sus limitaciones pueden estar capacitados para realizar otro tipo de trabajo, que puede obtenerse a través de su anterior empresario o de la oficina de intercambio laboral, sin que haya necesidad de llevar a cabo reeducación especial.

Podría decirse que el éxito de la reinserción del paciente es el resultado de un eficaz trabajo en equipo, en el que el asistente social junto al médico y los demás miembros del equipo terapéutico habrán discutido el caso de cada enfermo en particular. Ya que el objetivo de toda reinserción es el restablecimiento del paciente en su hogar y en el seno de la comunidad con el máximo posible de independencia, las circunstancias pueden plantear dificultades, aceptándose a menudores resultados menos que satisfactorios.

Lo que se espera para el paciente es que disponga de una familia con capacidad de comprensión para sus necesidades, tanto para prestarle ayuda como para facilitarle independencia, con buena salud, adaptabilidad, y tolerancia, y un hogar en el que pueda emplear al máximo sus aptitudes y al que pueda contribuir, en el que pueda disponer de alguna intimidad cuando la desea y en el que sus amigos sean bien recibidos.

Debe tener oportunidad, además de salir para visitar las tiendas, iglesias, bibliotecas, clubs, casas de amigos de la localidad, etc., los lugares que solía frecuentar, así como los centros diurnos y las diversiones facilitadas por la comunidad o las autoridades locales. (4)

VI. METODOLOGIA

La presente investigación se realizó con pacientes con amputaciones de miembro superior o inferior, y que fueron rehabilitados y dados de alta y que consultaron a la clínica de amputados de la consulta externa para reparación de prótesis en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, durante los meses de Junio a Julio de 1,997.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal- Descriptivo

UNIVERSO DE ESTUDIO

Se tomaron el 100% de los pacientes los cuales fueron 80, quienes sufrieron amputaciones de miembro superior o inferior y que asistieron a la clínica de amputados de la consulta externa durante los meses de junio a julio de 1,997.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Se tomaron a pacientes de ambos sexos, con amputación de miembro superior o inferior sin importar el nivel, tipo ni la causa de amputación que asistieron a la consulta externa durante los meses de junio a julio de 1,997.

CRITERIOS DE INCLUSION

* Pacientes con amputación de miembro superior o inferior sin importar el sexo y edad del paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSION

* Pacientes con amputación de los dedos de la mano que tengan un funcionamiento adecuado.

* Pacientes que estén jubilados en el momento del riesgo.

RECURSOS

1. Materiales:

* Físicos

- Biblioteca del Hospital de Rehabilitación
- Biblioteca de la Facultad de Medicina
- Biblioteca de la Facultad de Psicología
- Biblioteca del INTECAP
- Biblioteca del INCAP
- Boleta de recolección de datos

* Económicos

- Reproducción de material bibliográfico
- Transporte
 - Elaboración de protocolo
- Boletas

Impresión de tesis

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION		ESCALA DE MEDICION
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se buscó en el expediente el sexo del paciente en datos generales.	Dicotómica femenino o masculino.
EDAD	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Se buscó en el expediente la edad del paciente en datos generales.	Ordinal en años.
FECHA DE CASO CONCLUIDO	Día en que se terminó algo que se ha tratado.	Se buscó en el expediente la fecha en días, mes y año de caso concluido.	Ordinal en intervalo de años
FECHA DE INGRESO	Día en que se ha recibido a una persona en un determinado lugar.	Se buscó en el expediente la fecha de ingreso en días, mes y año en la hoja de admisión.	Ordinal en intervalo de años.
FECHA DE INICIOS DE LABORES	Día en que comienza a trabajar.	Se buscó en el expediente la fecha en días, mes y año que inició a laborar.	Ordinal en años.
MIEMBRO AMPUTADO	Cortar al rededor, pérdida quirúrgica traumática o por enfermedad de un miembro.	Se buscó en el expediente que miembro le amputaron.	Nominal miembro superior ó miembro inferior.
OCUPACION ANTERIOR	Es el desempeño de una determinada profesión u oficio bajo ciertas condiciones concretas, que se realizaron con anterioridad.	Se le preguntó al paciente si la ocupación que realiza actualmente es la misma que realizaba antes del riesgo.	Dicotómica si ó no
CAUSAS DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD	Lo que es origen o fundamento del cambio de actividad.	Se le preguntó al paciente que han habido causas para que se retrase su reincorporación laboral : a) porque no le dan empleo en la empresa b) porque no encuentra un trabajo adecuado c) no quiere seguir trabajando d) otros.	Nominal opciones A,B,C y D
RAZON DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD	Facultad de discurrir, de cambiar o de hacer otras obras o trabajos.	Se le preguntó al paciente las razones por las que ha tenido que cambiar de actividad laboral : a) porque no puede realizar el trabajo, b) por su limitación c) otros.	Nominal opciones A,B,C y D.

INGRESOS ECONOMICOS	Cantidad que entrea de los bienes en poder de uno.	Se le preguntó al paciente si sus ingresos han sido alterados por su problema actual. a) han mejorado b) no ha habido cambio c) han disminuido.	Nominal opciones A,B,C y D.
SATISFACCIÓN LABORAL	Modo en que contenta y responde a una obra o trabajo.	Se le preguntó al paciente si está satisfecho con su trabajo actual.	Dicotómica si o no
ENTRENAMIENTO LABORAL	Ejecutar, amaestrar para una obra o trabajo.	Se le preguntó al paciente si ha recibido algún tipo de entrenamiento en su trabajo.	Dicotónica si o no
REINSERCIÓN LABORAL	Volver a su actividad en el trabajo.	Se le preguntó al paciente si está trabajando actualmente.	Dicotónica sí o no.

EJECUCION

Se inició la investigación a partir de la aprobación del proyecto. Se procedió a entrevistar a los pacientes y al mismo tiempo se llenó la boleta de recolección de datos a los que asistían a la clínica para reparación de prótesis, explicándoles además en que consistía el estudio. También se consultaron los expedientes clínicos para confirmar la información obtenida.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Este estudio trata de ayudar tanto al paciente como el médico y la sociedad en relación a las perspectivas laborales de los pacientes que han sufrido amputaciones de miembro superior o inferior.

Se garantizó que no se intervendría en ningún aspecto que pudiera causar daño físico, mental, social o laboralmente al paciente.

El resultado se dió a conocer a la institución, para que se actualicen sobre la situación del paciente amputado y si situación laboral para ser tomadas en cuenta con relación a la problemática del afiliado.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La tabulación se realizó en forma manual, posteriormente a que todos los datos fueran registrados en el instrumento de recolección de datos el cual fue llenado en su totalidad por el investigador. Luego que la información fue tabulada se realizaron los cuadros y gráficas en una computadora personal.

CUADRO # 1

PACIENTES AMPUTADOS QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

Pacientes	SEXO		Total
	Femenino	Masculino	
* Jubilados	—	3	3
** Amputados menores	4	12	16
*** Amputados mayores	3	77	80
TOTAL	7	92	99

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ptes. Jubilados en el momento del riesgo.

** Ptes. Con amputación de los dedos de la mano y que esta sea funcional.

*** Amputados mayores; pacientes que se incluyeron en el estudio.

CUADRO # 2

MIEMBRO AMPUTADO SEGUN SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1997.

Miembro Amputado	SEXO		Total
	Femenino	Masculino	
Superior	0	30	30 - 37.5
Inferior	3	47	50 - 62.5
Total	3	77	80 - 100 %

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 3

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Sexo	Edad en Años						Total	
	10 a 30		31 a 50		51 o más		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Femenino	1	1.25	2	2.5	0	—	3	3.75
Masculino	49	61.25	20	25	8	10	77	96.25
Total	50	62.5	22	27.5	8	10	80	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 4

RELACION ENTRE MIEMBRO AMPUTADO Y RETORNO AL AMBIENTE LABORAL DE LOS PACIENTES AMPUTADOS QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997

Miembro Amputado	Retorno a la actividad laboral				Total	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
Superior	25	31.25	5	6.25	30	37.5
Inferior	46	57.5	4	5.0	50	62.5
Total	71	88.7	9	11.3	80	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 5

RELACION ENTRE LAS CAUSAS DE RETRASO DE INICIO DE LABORES, CON LA EXTREMIDAD AMPUTADA, DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Causas del retraso laboral	Extremidad Amputada				Total	
	Superior		Inferior		F	%
	F	%	F	%		
No le dan trabajo	9	3.6	14	30.45	23	32.4
No encontraba un trabajo adecuado	7	28	13	28.3	20	28.3
No hubo retraso	9	36	19	41.3	28	39.45
Total	25	35.2	46	64.7	71	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 6

RELACION ENTRE LA OCUPACION ANTERIOR AL RIESGO, EL RETORNO A SU MISMA ACTIVIDAD Y MIEMBRO AMPUTADO, DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Ocupación anterior al riesgo	Retorno a la misma actividad laboral								Total	
	SI				NO					
	Inferior		Superior		Inferior		Superior			
Miembro Amputado	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Piloto	1	6%	0	0	11	69	4	25	16	23.5
Automovilista										
Operación de Maquinaria	0	0	1	6.25	1	11	7	78	9	13.6
Albañil	4	30	1	11	6	45	2	14	13	18
Jornalero	1	10	0	0	4	40	5	50	10	14
Electricista	0	0	0	0	3	75	1	25	4	5.6
Otros	6	31	0	0	9	48	4	21	19	26
TOTAL	12	17	2	3	34	48	23	32	71	100

Fuente : BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #7

RELACION ENTRE RAZONES DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL Y MIEMBRO AMPUTADO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Razón del cambio de actividad laboral	Extremidad Amputada				TOTAL	
	Superior		Inferior		F	%
	F	%	F	%		
Por su limitación	5	8.5	21	35.5	26	44
Porque no puede realizarla	17	29	14	24	31	53
Porque no le dan trabajo	1	1.5	1	1.5	2	3
Totales	23	39	36	61	59	100

Fuente : BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #8

RELACION ENTE MIEMBRO AMPUTADO Y SATISFACCION LABORAL DE LOS PACIENTES AMPUTADOS, QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Miembro Amputado	Satisfacción laboral				Total	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
Superior	10	30	15	40	25	35
Inferior	23	70	23	60	46	65
Total	33	46	38	54	71	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #9

RELACION ENTRE MIEMBRO AMPUTADO Y LOS INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES AMPUTADOS QUE ASISTIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Ingresos Actuales	Miembro Amputado				Total	
	Superior		Inferior			
	F	%	F	%	F	%
Mejorados	4	5.5	5	5.5	9	11
Sin Cambio	6	8.4	17	25.5	23	34
Disminuyó	15	21	24	34	39	55
Total	25	35	46	65	71	100

Fuente: BOLETAS DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #10

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y LOS INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES AMPUTADOS QUE ASISTIERON A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DE 1,997.

Escaridad	Ingresos Económicos						Total	
	Mejorado		Sin Cambio		Disminuyó			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna	0	0	1	11	8	89	9	13
Primaria	3	7.3	12	29.3	26	63.4	41	58
Secundaria	1	6.25	12	75	3	18.75	16	22
Diversificada	3	60	2	40	0	0	5	7
TOTAL	7	10	27	38	37	52	71	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo se llevó a cabo con todos los pacientes que constataron la clínica de amputados para reparación de prótesis en los meses de junio a julio de 1,997.

De los 80 pacientes a estudio 37.5% presentaron amputación de miembro superior y 62.5% de miembro inferior. Lo que confirma lo que menciona Campell que indica que hay un mayor número de amputados de miembro inferior que superior, debiéndose esto al tipo de trabajo que realizaba el trabajo, ya que son más los pacientes que laboraban en trabajos como pilotos automovilistas, albañiles, jornaleros o electricistas de los cuales han sufrido este tipo de amputación.

Se observó que de la población en estudio la más afectada corresponde al sexo masculino con un 96%. La literatura menciona que los riesgos profesionales y no profesionales son mayores en el sexo masculino que en el femenino.(2)

El grupo más afectado está comprendido entre las edades de 10 y 30 años que corresponde al 63%, de 30 a 50 años un 25% y mayores de 51 años un 10%. Se observa que el grupo más afectado está comprendido entre la población económicamente activa, por lo que el impacto económico individual, familiar y social es mayor.

De los 80 pacientes 88.7% retornó a laborar y 11.3% no continuó laborando. Hay estudios que indican que el empleo es la clave para cualquier estrategia activa y da sentido a la rehabilitación, siendo esto el principio hacia una vida independiente.(8)

Se observó que de las causas de retraso laboral las más frecuentes fueron que no les daban trabajo un 32.4%, los cuales correspondían un 30.45% a pacientes amputados de miembro inferior y 36% con amputación de miembro superior. Otros refirieron que no encontraban un trabajo adecuado, de los cuales 28.3% corresponde a pacientes con amputación de miembro inferior, y 28% a pacientes con amputación de miembro superior, y no tuvieron retraso alguno 39.45% siendo 36% amputados de miembro superior y 41.3 de miembro inferior. Como hace mención la literatura el miembro superior sufre un impacto mayor que el miembro inferior, ya que la mano se utiliza no solo para comunicarnos sino para manipular el ambiente.(17)

De los 71 pacientes que continuaron laborando 83% no volvió a su mismo trabajo, en comparación con un 17% que si volvieron. De estos pacientes los pilotos automovilistas, operarios de maquinaria y jornaleros son los más afectados ya que tienen que cambiar de actividad por el tipo de amputación lo cual contribuye a cambiar y retrasar su reincorporación laboral.

Los 59 pacientes que cambiaron de actividad laboral se tienen que un 44% cambió por su limitación de no poder trasladarse a su trabajo y desempeñarse en forma adecuada en su ambiente, 53% indicaron que no podían realizar la actividad y 3% indicaron que no los aceptaban en la empresa. Esto es compatible con la literatura que menciona que la pérdida de un miembro no solo es un trauma físico, también es una profunda herida psicológica y social; puede necesitar un reentrenamiento, y servicios vocacionales especializados, para encontrar empleo.(5)

La insatisfacción laboral de los pacientes a estudio va en relación al mayor grado de independencia, en las actividades de vida diaria y que los ingresos económicos han disminuido. Por lo que se observa que el amputado de miembro inferior se satisface en 32% de sus actividades laborales en relación al amputado de miembro superior que indicaron que están satisfechos con su trabajo un 14% de los pacientes.

Se pudo observar que la escolaridad es un factor importante en el paciente amputado ya que en los resultados obtenidos el paciente que no tiene ninguna escolaridad disminuyeron sus ingresos económicos en un 89%, educación primaria 63.4%, secundaria 18.75%, en comparación con diversificado que no disminuyeron sus ingresos. Lo cual se debe a que estos pacientes retornan a laborar a un subempleo.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes amputados se reincorporaron nuevamente a trabajar, aunque no lo hicieron en su misma actividad laboral.
2. Los pacientes amputados sufren un impacto psicológico, social y económico, por lo que necesitan un reentrenamiento y servicios vocacionales especializados para reintegrarse a la sociedad.
3. La escolaridad es un factor limitante que influye en la remuneración económica del paciente amputado.

X. RECOMENDACIONES

1. Preparar al paciente amputado durante su estancia en el hospital en actividades laborales y que se le reubique ocupacionalmente de acuerdo a sus nuevas habilidades, destrezas, así como también a su aspecto vocacional.
2. Promover relaciones entre el hospital de rehabilitación y los sectores que proporcionan fuentes de trabajo.
3. Hacer un estudio longitudinal y comparativo entre poblaciones no entrenadas y entrenadas en diferentes área laborales para establecer las diferencias de sus capacidades y satisfacción así como en relación a ingresos económicos.

XI. RESUMEN

El siguiente estudio es un trabajo de tipo transversal descriptivo, en el cual se analiza la reincorporación laboral del paciente amputado de miembro superior o inferior. Para el efecto se incluyó a los 80 pacientes que asistieron a la clínica de consulta externa para reparación de prótesis del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de junio a julio de 1,997.

El trabajo de campo consistió en realizar una entrevista a todos los pacientes que asistían a la clínica de amputados de la consulta externa, además se consultó en los expedientes de los pacientes para confirmar información.

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian que de la población investigada se reincorpora a laborar un 88.6% que corresponde a 71 casos de los cuales 59 tuvo que cambiar su actividad laboral, 26 de ellos por limitaciones para trasladarse y desempeñarse en forma adecuada, 31 indicaron que no podían realizar la actividad y 2 porque no les daban trabajo. De los pacientes estudiados el 77% no recibió ningún tipo de entrenamiento para su reinserción laboral.

La recuperación laboral presenta para el país un notorio aumento en la productividad general al recobrar como población activa a trabajadores que en un inadecuado proceso de recuperación y entrenamiento están condenados a la marginación en su vida social y en su trabajo.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. ALEXIM, JOAN CARLOS
Glosario comparativo de la formación profesional.
Versión preliminar publicaciones CINTERFOR 1,993
2. CAMPELL, E
Cirugía Ortopédica
8a. edición, editorial panamericana 1,993; pag. 633-34
3. CANTON MAYO, ISABEL
El minusválido ante la orientación profesional.
Revista de Pedagogía - La escuela en acción- ; editorial SIENA;
mayo 1,989; pag. 24-6.
4. CORPORACION EMPRESARIAL ONCE
Un balance satisfactorio e ilusionate.
Revista de la once - Perfiles - No. 17, abril 1,996; pag. 12-3.
5. CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DEL
CONSEJO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.
La inserción laboral, es el talón de aquiles de la rehabilitación.
Revista Vivencia - CONAIPD - año 0, No. 1, diciembre 1,994;
pag. 14-5
6. GIRALD, FEDERICO.
Colección - Los Marginados Dopesa II España 1981
7. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
Boletín epidemiológico, - Memoria de Labores - 1,995.
8. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES
Plan de acción para las personas con discapacidad
Revista Minusval No. 97, julio, agosto 1,995; pag. 10

9. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIO SOCIALES
Centro de recuperación de minusválidos físicos.
Imprime T.F. artes gráficas. Alcobendas (Madrid) 1,993. pag. 4-11
10. MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
Readaptación profesional y el empleo de personas invalidas. -
Convenio 159 OIT, Recomendación 168 -Publicaciones del
Ministerio de Trabajo y previsión social, Guatemala C.A., 1,994.
11. MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
Diagnóstico nacional de la rehabilitación profesional y el empleo
de las personas discapacitadas.
Proyecto de apoyo a la inserción laboral y al desarrollo de
actividades generadoras de ingresos de las personas con
discapacidad; marzo 1,992, pag 6-8.
12. NISSEN, S.J.; NEWMAN, W.P.
Departament of Medicine University of North Dakota School of
Medicine Fargo Arch. Phys. Med. Rehability, United States, jun
1,993 pag, 548-51
13. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO
Creación de empleo para personas discapacitadas
Edición española; Ministerio de Asuntos Sociales.
Centro de publicaciones 1,993; pag. 1-8.
14. RUSKIN, ASA P
Current Therapy in Physiatry
W.B. Sander Company, Philadelphia 1,984.
15. SABINSTON, DAVID C.
Tratado de Patología Quirúrgica
Volumen 2, editorial interamericana, 14va.edición 1,995.
16. SALVAT
Diccionario de terminología médica.
Editores S.A. Barcelona 1,990.
17. SEAN, HUGHES
Ortopedia y Traumatología
Salvat 4ta. edición 1,990. pag. 257-58
18. STOKEBRAND-SK, BLACKMAN-KA, MADIGAN-MJ.
Can we influence practice preference? Examining factors and
seeking solution.
AM-J. Occup. Ther. 1,996 Feb. pag.152-53
19. TROMBLY, CATHERINE A.
Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente.
Ediciones científicas - La Prensa Médica mexicana S.A -
DR. 1,990; pag. 643-44.

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Boleta: _____

No. de Afiliación: _____

Escolaridad: _____

Ocupación anterior al riesgo _____

Ocupación actual _____

1. Sexo: M _____ F _____

2. Edad: _____ años

3. Fecha del riesgo:

Accidente: ____/____/____. Enfermedad: ____/____/____.

4. Fecha de inicio de caso: ____/____/____.

5. Fecha de ingreso al Hospital de Rehabilitación ____/____/____.

6. Fecha de caso concluido: ____/____/____.

7. Fecha de inicio de labores: ____/____/____.

8. Diagnostico: _____

9. Trabaja actualmente: Si _____ No _____

(En caso de que el paciente este jubilado actualmente, preguntar sobre los antecedentes ocurridos en esa ocasion

10. En cuánto tiempo volvió a su trabajo:

A.- Inmediatamente después de haber dado el egreso

B.- En 15 días

D.- En 2 meses

C.- En 1 mes

E.- Mas de 2 meses

ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO

11. Indique si hubo causas para el retraso de inicio de labores
 - A.- Por que no le dan empleo
 - B.- Por que no encuentra un trabajo adecuado para lo que él sabe hacer
 - C.- No quiere seguir trabajando
 - D.- No hubo retraso alguno

12. Regreso a su mismo ambiente laboral: Si ___ No ___

13. Regreso a su antiguo empleo: Si ___ No ___
 Si la pregunta anterior es contestada que NO indique las razones para el cambio de actividades.
 - 13.1 Por su limitación
 - 13.2 Por que no puede realizar su actividad anterior
 - 13.3 Otras.

14. Esta satisfecho (a) con el trabajo que realiza actualmente
 Si ___ No ___
 Si la respuesta anterior es contestada que NO indique porque?
 - A.- No le agrada lo que realiza
 - B.- Por que sus ingresos son menores
 - C.- Se siente en una posición inferior

15. Con respecto a sus ingresos económicos en relación a lo que ganaba antes conteste lo siguiente:
 - A.- Han mejorado
 - B.- No hay cambio
 - C.- Han empeorado

16. Ha recibido algún tipo de entrenamiento en su actividad laboral en la empresa donde labora.
 Si ___ No ___