



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 SANTIAGO TLAXOMULCO TOLUCA,
ESTADO DE MÉXICO**

**TÍTULO
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CON
DOLOR RECURRENTE A PESAR DEL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 238 SULTEPEC**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
M.C RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ**


**INVESTIGADOR ASOCIADO
M.E. ANGEL ALBERTO BERNAL GUTIERREZ
Número de registro: R-2017-1505-37**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

TOLUCA, MEXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CON
DOLOR RECURRENTE A PESAR DEL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 238 SULTEPEC**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

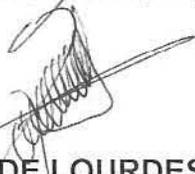
PRESENTA:

M.C RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ

AUTORIZACIONES:



E.M.F. ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO



EMF ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO

INVESTIGADOR ASOCIADO
M.E. ANGEL ALBERTO BERNAL GUTIERREZ



EMF. JOSUE JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO
Número de registro: R-2017-1505-37

TOLUCA, MEXICO

2019



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CON
DOLOR RECURRENTE A PESAR DEL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 238 SULTEPEC**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

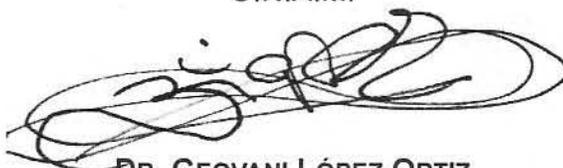
PRESENTA:

DR. RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

INTRODUCCION.....	1
1. MARCO TEORICO.....	2
1.1 Enfermedad osteoarticular.....	2
1.1.1 Definición.....	2
1.1.2 Etiología.....	3
1.1.3 Epidemiología.....	4
1.1.4 Fisiopatología.....	5
1.1.5 Cuadro Clínico.....	6
1.1.6 Tratamiento.....	6
1.1.6.1 Tratamiento no farmacologico.....	7
1.1.6.2 Terapia farmacologica.....	8
1.1.6.3 Tratamiento quirúrgico.....	12
1.2 Calidad de vida.....	13
1.2.1 Evaluación de la calidad de vida.....	14
1.2.2 Instrumento para evaluar la calidad de vida.....	19
2 METODOLOGIA.....	22
2.1 JUSTIFICACION.....	22
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
2.3 OBJETIVOS.....	23
2.3.1 Objetivo general.....	23
2.3.2 Objetivo especificos.....	23
2.4 MATERIAL Y METODOS.....	25
2.4.1 Tipo de estudio	25
2.4.2 Diseño de Estudio.....	25
2.4.3 Población lugar y tiempo.....	25
2.4.4 Tipo de muestra.....	25
2.4.5 Tamaño de muestra.....	25
2.5 CRITERIOS DE SELECCION.....	26

2.5.1 Criterio de inclusión.....	26
2.5.2 Criterios de exclusión.....	26
2.5.3 Criterios de eliminación.....	26
2.6 VARIABLES.....	27
2.6.1 Definición conceptual y operativas de las variables.....	27
2.7 ANALISIS ESTADISTICO.....	30
2.7.1 Estadística descriptiva.....	30
2.7.2 Estadística inferencial.....	30
2.7.3 Diseño estadístico.....	30
2.8 RECOLECCION DE DATOS.....	31
2.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	31
2.10 Recursos humanos, físicos y financieros.....	32
3 RESULTADOS.....	33
3.1 Variables sociodemográficas.....	33
4 DISCUSION.....	106
5 CONCLUSION.....	107
6 SUGERENCIAS.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	109
ANEXO 1 CARTA DE CONCENTIMIENTO.....	111
ANEXO 2 CRONOGRAMA.....	112
ANEXO 3 INSTRUMENTO GENCAT.....	113

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CON DOLOR RECURRENTE A PESAR DEL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 238 SULTEPEC

Autores: M.C. RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ; ANGEL ALBERTO BERNAL

La calidad de vida se ve afectada por el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio, por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo

Evaluar la percepción de calidad de vida en pacientes con dolor Osteoarticular a pesar del tratamiento que reciben y el tipo de dolor recurrente

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra aleatoria representativa. Se aplicó el cuestionario (escala GENCAT) de Calidad de vida a 87 pacientes con EOA adscritos a la UMF 238 de Sultepec, Estado de México de enero-marzo 2018. Con la información obtenida se diseñó base de datos en el programa SPSS V22 y se analizó con estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

El 47.1% percibió que tiene buena calidad de vida, 52.9% percibió mala calidad de vida de acuerdo con el ICV. El 63.2% fueron del sexo femenino y el 36.8% fueron del sexo masculino. Solo 23 pacientes tuvieron cuidador y el promedio de edad de los cuidadores fue de 40 años.

Conclusiones

La percepción de calidad de vida es un sentimiento muy subjetivo y que va a variar en cada paciente de acuerdo a su susceptibilidad y es tan variable como es la personalidad de cada uno de los seres vivos. La escala GENCAT evalúa ocho dimensiones y permite al médico familiar identificar la dimensión más débil y así proporcionar orientación o ayuda a la familia.

Palabras clave: calidad de vida, dolor osteoarticular,

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OSTEOARTICULAR DISEASE WITH RECURRENT PAIN DESPITE THE ATTACHMENT TO THE TREATMENT OF THE FAMILY MEDICINE UNIT 238 SULTEPEC

Authors: M.C. RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ; ANGEL ALBERTO BERNAL

Quality of life is affected by chronic pain of degenerative or inflammatory osteoarticular origin, due to the limitations and repercussions in the physical, psychic, social and economic aspects of the patients who suffer from it. In addition to pain, there are several factors that have a negative impact on the quality of life of these patients.

Objective

To assess the perception of quality of life in patients with pain Osteoarticular despite the treatment they receive and the type of recurrent pain

Material and methods

Observational, descriptive, cross-sectional study. Representative random sample. The questionnaire (GENCAT scale) of Quality of Life was applied to 87 patients with EOA assigned to the UMF 238 of Sultepec, State of Mexico from January-March 2018. With the information obtained, the database was designed in the SPSS V22 program and analyzed with descriptive and inferential statistics.

Results

47.1% perceived that they have a good quality of life, 52.9% perceived poor quality of life according to the ICV. 63.2% were female and 36.8% were male. Only 23 patients had a caregiver and the average age of the caregivers was 40 years.

Conclusions

The perception of quality of life is a very subjective feeling that will vary in each patient according to their susceptibility and is as variable as the personality of each of the living beings. The GENCAT scale evaluates eight dimensions and allows the family physician to identify the weakest dimension and thus provide guidance or help to the family.

Key words: quality of life, osteoarticular pain,

INTRODUCCIÓN

El hecho de que las enfermedades articulares represente la mitad de todas las enfermedades crónicas degenerativas en personas mayores de 65 años hace que se les considere uno de los problemas médicos más frecuentes, por su particular influencia en la calidad de vida y en la salud, siendo un fenómeno complejo de gran importancia que implica un daño en la capacidad funcional de las personas. La afectación de la calidad de vida por el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes.

En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II) de 1998 ubica estas patologías como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años de edad.

El objetivo de este trabajo es analizar la calidad de vida del paciente con EOA a pesar del dolor recurrente y el tipo de tratamiento que reciben.

1. MARCO TEORICO

1.1 Enfermedad osteoarticular

Las enfermedades osteoarticulares representan una alta prevalencia. La artrosis es la enfermedad articular más frecuente. Su prevalencia oscila entre el 6 y el 20% de los mayores de 20 años. Esta enfermedad tiene fuerte impacto en el estado de salud y la utilización de los servicios médicos. Aproximadamente el 30% de las personas que consultan al médico lo hacen por problemas derivados de alguna enfermedad osteoarticular¹.

1.1.1 Definición

Osteoartrosis, osteoartritis o artrosis es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas se caracteriza por ser una enfermedad crónica degenerativa que produce una destrucción gradual y progresiva del cartílago que recubre la superficie articular de las rodillas, caderas, hombros, manos, tobillos y columna vertebral con inflamación de la membrana sinovial, daño de meniscos, tendones, músculos y nervios asociados a la articulación afectada. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar osteoartritis se encuentra ser mayor de 45 años, sexo femenino, predisposición genética, fuerzas mecánicas que comprometen la articulación, uso articular excesivo, antecedente de traumatismo articular, enfermedades articulares previas y sobrepeso

La osteoartrosis representa ruptura del cartílago articular desencadenando la pérdida de la función articular, finalmente genera la destrucción acelerada de la matriz por enzimas procedentes de los condrocitos y de las células sinoviales continuando con alteraciones en los sistemas de reparación del cartílago se menciona que la etiología de la osteoartrosis se asocia con el efecto mecánico producido por el sobrepeso y el mal alineamiento articular. Las deformidades en varo y valgo someten a la articulación a cambios en la matriz cartilaginosa por el aumento del estrés local, produciendo un desgaste prematuro del cartílago hialino.²

1.1.2 Etiología

Los trastornos osteoarticulares son una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad. Es una patología genética rara, llamada enfermedad de “los huesos de cristal” u ontogénesis imperfecta fragiliza los huesos.

En el envejecimiento se genera una serie de cambios en el aparato osteoarticular derivados tanto del mero uso asociados al paso del tiempo (cambios fisiológicos) como de las secuelas que dejan las enfermedades y los traumatismos acumulados a lo largo de la vida (cambios patológicos), e incluso del propio tipo de vida que haya desarrollado el individuo: mayor o menor actividad física, nutrición, presencia o no de obesidad, etc. (cambios derivados del ambiente). Son modificaciones que, unidas a las que tienen lugar en otros sistemas vinculados al aparato locomotor (músculos, sistemas de control, pérdidas visuales o auditivas), generan alteraciones biomecánicas en los huesos y en las articulaciones, favorecen la aparición progresiva de procesos patológicos de tipo degenerativo o articular, y hacen más fácil la aparición de problemas clínicos, como las alteraciones del equilibrio, las caídas y las subsecuentes fracturas.

A continuación las enfermedades osteoarticulares más frecuentes:

- **Artrosis.** Es la artropatía más frecuente en los países desarrollados, y su prevalencia aumenta con la edad. El dolor es el síntoma cardinal aunque no siempre está presente en las artrosis radiológicas, la rigidez aparece tras períodos de inactividad y en fases avanzadas pueden observarse subluxaciones, derrame y deformidad.

Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y radiológicos, todo ello unido a la característica ausencia de alteraciones analíticas propias de la enfermedad.

El tratamiento se basa tanto en la modificación de los hábitos de vida y empleo de ayudas técnicas como en el tratamiento farmacológico.

- **Osteoporosis.** La osteoporosis es una enfermedad ósea sistémica caracterizada por disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del hueso que provocan un aumento de su fragilidad y como consecuencia la fractura.

La principal complicación de la osteoporosis son las fracturas y las más frecuentes son las vertebrales, colles y cadera.

Los factores de riesgo de osteoporosis no suelen actuar de forma aislada y esta suma de varios de ellos es lo que aumenta el riesgo de fractura³.

1.1.3 Epidemiología

Se ha considerado a la osteoartrosis un problema de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia. La padece al menos 15% de la población mundial por arriba de los 60 años de edad inclusive se ha determinado que dentro de las enfermedades reumáticas la osteoartrosis es 10 a 12 veces más frecuente que la artritis reumatoide.

La prevalencia depende de la precisión de los criterios o métodos utilizados para su diagnóstico. Los estudios de autopsia y las radiografías muestran una prevalencia mayor que la enfermedad sintomática, 40% de los estudios de autopsia muestran evidencia histológica de osteoartrosis y solo 10% presentaron dolor de rodilla.

La osteoartrosis de rodillas es más significativa clínicamente con la edad ya que 33% y 53% de los hombres y de las mujeres de más de 80 años de edad tienen evidencia radiológica de osteoartrosis sin embargo las manifestaciones clínicas solo representan en 16% de las mujeres y 5% de los hombres de más de 80 años de edad.

En México, la encuesta nacional de salud (ENSA II) de 1990 la ubica como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años. La incidencia de osteoartrosis de cadera es de 88/100.000 personas al año, la de rodilla 240/100,000 personas año, La incidencia de osteoartrosis de rodilla es de 1% por año en mujeres entre 70 a 89 años de edad. Los estudios relajados para determinar costos en atención primaria de enfermedades musculo esqueléticas reportaron que la osteoartrosis ocupa los primeros cuatro lugares en demanda de atención y representa el mismo nivel en lo que se refiere a costos la carga económica

que esto representa es de 2.5% del PIB en países como EEUU, Canadá y gran Bretaña en el 2000 el gasto por este rubro fue de 26 millones de dólares. En México se ha estimado que se destina 0.4% del PIB a la atención de enfermedades musculo esqueléticas⁴.

1.1.4 Fisiopatología

La artrosis es una patología degenerativa de las articulaciones que se caracteriza por la degradación del cartílago articular hialina. El envejecimiento del organismo se asocia de forma importante con la presencia de esta patología. Una característica importante de la OA es su lenta progresión de forma que la pérdida de la integridad articular sólo puede detectarse al cabo de años de evolución. En su fase final, la OA refleja una insuficiencia de los procesos de reparación del cartílago, y da como resultado la degradación de la matriz extracelular (MEC), muerte de los condrocitos y la pérdida total de la integridad del cartílago. Existen varias teorías que intentan explicar por qué se produce este fallo articular. La teoría más generalizada defiende que es en el cartílago articular donde se produce la pérdida del equilibrio entre el programa catabólico y anabólico del condrocito lo cual origina el desequilibrio entre la síntesis y degradación de la matriz extracelular del cartílago articular. El resultado final es una destrucción acelerada de la MEC, principalmente por las enzimas proteolíticas procedentes de los propios condrocitos y de las células sinoviales. Seguidas por alteraciones en los sistemas de reparación del cartílago. Por último recientemente ha surgido una nueva hipótesis que de confirmarse supondría un nuevo abordaje en el tratamiento de la OA. Esta hipótesis sugiere, que el origen de la OA es consecuencia de un desorden sistémico que afecta la diferenciación de las células estomáticas y el metabolismo lipídico se basa en una serie de observaciones la estrecha relación de esta patología con la obesidad, el origen común mesenquimatoso de las células que constituyen todos los tejidos que forman la cavidad articular. Y el posible papel de los mediadores neuroendocrinos (como la leptina) en la regulación de la masa ósea⁴.

1.1.5 Cuadro Clínico

Este grupo de enfermedades tiene una creciente frecuencia de casos y se estima que será la mayor fuente de gastos en salud por encima de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Estos trastornos osteoarticulares se caracterizan por dos síntomas típicos que son:

El dolor de alguna parte del sistema musculo esquelético y en especial, de las articulaciones

La impotencia funcional en algunas de las articulaciones, pero a pesar de que este grupo de patologías no sean causas de muerte, es importante y necesario que se les dé un buen espacio en las campañas de prevención y promoción de la salud, ya que son estas enfermedades las que más acarrearán disfuncionalidad en la vida del paciente⁵.

1.1.6 Tratamiento

Hoy por hoy el tratamiento de la artrosis es sintomático y debe de ser individualizado teniendo en cuenta números y variables incluyendo la presencia de condiciones comórbidas tales como la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad cardiaca, la enfermedad ulcerosa péptica o el fallo renal que influenciarán la elección farmacológica los objetivos terapéuticos fundamentales son el alivio del dolor , la educación del paciente, el restablecimiento de la funcionalidad y con ello la mejora en la calidad de vida del paciente la prevención de incapacidad, y la mejora de las deformidades y el enlentecimiento en la progresión de la enfermedad, modalidades de tratamiento no farmacológico la información debería ser una parte integral en el manejo de cualquier patología crónica debiendo incluir detalles acerca de la enfermedad de la investigación al respecto y de su manejo actual todo ello en el marco de un programa educacional, tanto para el paciente como para su familia son muchos los ensayos clínicos y meta análisis que han demostrado los beneficios de distintas técnicas educacionales en la reducción del dolor así como en el incremento de las habilidades físicas. De igual forma dichos programas han mostrado ser útiles al conseguir una disminución en el número de vi-

sitas que el paciente realiza a su médico de familia con la consiguiente repercusión en los costos⁶.

1.1.6.1 Tratamiento no farmacológico

Las técnicas educacionales que han demostrado efectividad incluyen programas individualizados de educación llamadas telefónicas regulares, grupos de apoyo y entrenamiento en la adquisición de habilidades. La educación sanitaria debe tener como objetivo enseñar al paciente a vivir de acuerdo con sus limitaciones articulares, evitando sobrecargas, modificando posturas incorrectas y realizando actividades adecuadas. Las medidas dietético higiénicas incluyen el reposo como primera medida ante un episodio de dolor agudo. Se recomienda alternar dicho reposo con una deambulación progresiva desaconsejándose la inmovilización prolongada que no hará sino favorecer la atrofia muscular y la progresión de la enfermedad atrófica el reposo nocturno será como mínimo de 8 horas. Se aconseja tratamiento dietético en pacientes con sobrepeso, al ser la obesidad el mayor factor de riesgo para el desarrollo y progresión de la artrosis de rodilla y de cadera. La terapia física y ocupacional juega un papel central en el manejo de pacientes con limitaciones funcionales que con frecuencia les impide desarrollar, actividades de la vida diaria. su objetivo es prevenir las lesiones y la incapacidad, mejorar el dolor y la rigidez y mantener la funcionalidad el mayor tiempo posible El terapeuta valorará la fuerza muscular, la estabilidad articular y la movilidad del paciente con artrosis recomendando el uso de distintas modalidades terapéuticas como uso de calor(infrarrojos, ultrasonidos, microondas, distermia, parafina líquida) especialmente útil antes de iniciar el movimiento, programas de ejercicios controlados que mejoren el grado de movilidad articular y la fuerza muscular peri articular y proporciona diversos instrumentos ortopédicos de ayuda tales como férulas, zapatos con suelas visco elásticas que absorban el Shock, plantillas de descarga que corrijan las anormalidades biomecánicas en una rodilla en varo y las secundarias a la diferencia de altura entre las piernas en el caso de la artrosis de cadera, bastones, muletas o andaderas. Tanto en el caso de la artrosis de cadera como en la rodilla,

el uso apropiado de un bastón en la mano contra lateral a la cadera o rodilla afectadas reduce las fuerzas de carga en las articulaciones y se asocia con una disminución del dolor y una mejora en la función. El frío también es útil en la fase aguda del dolor aplicándolo mediante bolsas heladas o de gelatina durante 10 a 15 minutos evitando la aplicación directa sobre la piel. Los ejercicios aeróbicos han demostrado ser útiles y eficaces en pacientes con artrosis de rodilla y cadera, sobre todo los acuáticos o de paseo durante 30 a 60 minutos diarios iniciando la deambulaci3n en funci3n de la tolerancia del paciente. Distinto estudios llevados a cabo en pacientes con artrosis de rodilla han mostrado la potenciaci3n muscular de cuádriceps mediante ejercicios isométricos o isot3nicos se asocia con una mejora significativa en la fuerza de dicho musculo así como con una disminuci3n en el dolor de rodilla⁶.

1. 1.6.2 Terapia farmacol3gica

El alivio del dolor es la primera indicaci3n para el tratamiento farmacol3gico en pacientes con artrosis de cadera y rodilla, cualquier agente farmacol3gico debe entenderse como complementario a las medidas no farmacol3gicas, las expuestas anteriormente, lo que supone la piedra angular en el manejo de la artrosis y deber3 mantenerse durante todo el proceso terapéutico. No existe en la actualidad tratamiento médico curativo ni preventivo

El fármaco oral de elecci3n es el paracetamol, tanto por su demostrada eficacia como por su perfil de seguridad y sus razonables costes, siendo el preferido a largo plazo en caso de resultar efectivo, hay pocas interacciones y contraindicaciones para su uso aun en gente anciana mostrándose efectivo a dosis de 2 a 4 gramos día durante largos periodos de tiempo sin efectos adversos significativos. Entre sus escasos efectos adversos cabe descartar la hepatotoxicidad, si bien es rara a la dosis usada habitualmente. Debiendo emplearse con cautela en pacientes con daño hepático conocido y evitándose en sujetos con abuso alcoh3lico cr3nico por el incrementado riesgo en esta poblaci3n. El paracetamol puede aumentar la vida media de la Warfarina por lo que se recomienda estrecha moni-

zación del tiempo de protrombina en pacientes que estando en tratamiento con Warfarina van a iniciar tratamiento con dosis altas de paracetamol.

Aunque tiempo atrás se informó de una débil asociación entre el paracetamol y el fallo renal terminal, actualmente se recomienda como fármaco analgésico de elección en pacientes con función renal alterada sin embargo y a pesar de lo expuesto son pocos los estudios que ha evaluado directamente la eficacia del paracetamol en la artrosis de rodilla o cadera y aquellos que lo han hecho son de escasa calidad o recogen un número excesivamente pequeño de pacientes, la cuestión de la eficacia se confunde por el hecho de que la mayoría de los ensayos clínicos usen paracetamol como analgesia adicional convirtiendo los estudios de monoterapia en estudios complementarios parciales, recientemente hay una gran controversia sobre la seguridad gastrointestinal del paracetamol particularmente al compararlo con los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), un reciente trabajo trata ampliamente este asunto con una revisión exhaustiva de la literatura actualizada y concluye que actualmente el peso de la evidencia clínica avala el mejor perfil de seguridad gastrointestinal del paracetamol en relación a los Aines

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) .Se trata de un conjunto de fármacos químicamente heterogéneos caracterizados por tener un grado diverso, actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética y que poseen como principal mecanismo de acción la inhibición de la ciclooxigenasa y con ello la reducción en la liberación de mediadores inflamatorios. Estos agentes se consideran una lógica en aquellos paciente que no responden a paracetamol sobre a todo en los aquejados de una sinovitis clínica, si bien no hay evidencia científica que avale la premisa de que su uso debería reservarse para cuando el paracetamol no es efectivo. En pacientes con gonartrosis y dolor de moderada a severo junto con signos inflamatorios la prescripción de AINE merece tener en consideración como alternativa de una aproximación terapéutica inicial, Existen estudios que han comprobado directamente paracetamol y AINE encontrando estos últimos más eficaces pero con mayor número de efectos indeseables principalmente a nivel gastrointestinal. La toxicidad es la mayor razón para no recomendar el empleo de AINE como principal línea terapéutica en pacientes con artrosis. Entre los efectos adversos cabe des-

tañar los gastrointestinales y los renales. Los estudios disponibles demuestran que entre personas de 65 años o más, entre un 20 y un 30 % de todas las hospitalizaciones y fallecimientos se deben a enfermedad ulcerosa péptica atribuible al consumo de Aines. Los agentes más frecuentemente prescritos son ibuprofeno y naproxeno, si bien hay un amplio grupo de fármacos disponibles de entre ellos la indometacina puede asociarse con una destrucción articular acelerada en pacientes con artrosis de cadera por lo que probablemente no debería usarse como tratamiento a largo plazo, la elección del Aine frecuentemente es empírica y determinada en gran parte por la frecuencia en su administración y por el coste.

Analgésicos Opioides otra aproximación válida para artrosis sintomática que no responde a los fármacos hasta aquí mencionados principalmente cuando el enfermo valora el dolor en la escala analógica visual por encima de 4, son los analgésicos del tipo de Codeína 30- 60 mg con dosis máxima diaria de 360 mg, Tramadol 50-200 mg con dosis máxima de 400 día Buprenorfina transdérmica, fentanilo transdérmicos y oxicodeína. 10-80 mg Son útiles también a corto plazo en el tratamiento de las exacerbaciones agudas del dolor. **Analgésicos tópicos** de eficacia controvertida, parece que produce una analgesia moderada de la zona donde se aplica, derivada tanto de la inhibición de las terminaciones nerviosas nociceptivas dérmicas y subdérmicas, como el efecto beneficioso del masaje en el drenaje venoso y linfático de mediadores inflamatorios de ellos la capsaicina tópica al 0,025, fármaco que actúa sobre los receptores VR-1 desensibilizando de manera reversible las fibras C nociceptivas, está usándose ampliamente en la artrosis de rodilla donde parece que el beneficio es sostenido en el tiempo, sin descartar un cierto efecto placebo. Los inhibidores selectivos de la Ciclooxygenasa 2 (COX-2), Celecoxib, Rofecoxib y los coxibs de segunda generación Valdecoxib, Parecía, Etoricoxib, Lumiracoxib han sido estudiados con este fin en pacientes con artrosis. Grandes ensayos comparando COX-2 sobre placebo con una eficacia similar a los AINEs convencionales han mostrado la superioridad de los COX-2 sobre placebo con una eficacia similar a los AINEs no selectivos en el alivio del dolor, pero con una reducción cercana al 50% en las perforaciones gástricas, úlceras pépticas y sangrados gastrointestinales. A las dosis recomendadas en el tratamiento de la

artrosis, tanto Celecoxib como Rofecoxib y Vledecoxib parecen ser bien tolerados, con una baja incidencia de dispepsia y otros efectos colaterales gastrointestinales al ser comparados con los AINEs no selectivos es Lumiracixib el que presenta la máxima seguridad desde el punto de vista gastrointestinal. Además ninguno de los COX-2 ha demostrado tener efecto clínicamente significativo sobre la agregación plaquetaria o el tiempo de hemorragia, consideración especialmente importante en el manejo pre y peroperatorio de pacientes con artrosis, y en los pacientes que toman Warfarina sódicas informes actuales muestran que los efectos secundarios a nivel renal y cardiovascular ocurren por igual en pacientes tratados con AINEs no selectivos y en aquellos tratados con Coxibs por lo que deberán usarse con precaución en pacientes con HTA, Fallo cardiaco congestivo o insuficiencia renal de moderada a severa con contraindicación a alergia a sulfonamidas. Los condroprotectores son un grupo heterogéneo de fármacos que actúan sintomáticamente y lentamente en la artrosis de rodilla y que incluyen fundamentalmente el sulfato de Glucosamina , el Condrítin sulfato , la Diacereína y el Ácido Hialurónico .tanto el condritin sulfato como el sulfato de glucosamina han sido objeto de un meta análisis concluyendo que poseían un efecto de moderado a intenso sobre el dolor y la funcionalidad en pacientes con artrosis al ser comparados con placebo Inyección Interarticular de corticoides indicada fundamentalmente en pacientes con artrosis de rodilla y dolor importante con o sin derrame articular que no cede con las medidas hasta aquí escritas. En caso de que exista derrame está indicada la artrocentesis previa enviándose el líquido articular para contaje celular y procediéndose a cultivo y tinción de Gram ante la sospecha de infección seguida de infiltración de corticoides que a medio y corto plazo disminuirá el dolor y aumentara la fuerza del cuádriceps. El efecto de los corticoides ha sido avalado por distintos estudios, demostrando ser más efectivos que placebo y encontrándose los mayores beneficios en pacientes con infusión articular, el beneficio es sin embargo relativamente corto puede ser usada como monoterapia en pacientes seleccionados o como adyuvante a la terapia sistémica no debe ser más de 3 a 4 veces al año. El lavado articular en individuos con artrosis de rodilla evolucionada y sintomática que no han respondido satisfactoriamente a las medidas farmacoló-

gicas y no farmacológicas hasta aquí expuestas o que rehúsen o tengan contraindicaciones para la cirugía ortopédica puede ser una buena alternativa, otra modalidad es el lavado artroscópico con desbridamiento cartilaginoso lo que consigue regularizar las superficies articulares reavivando el hueso subcondral⁶.

1. 1.6.3 Tratamiento quirúrgico

El momento de la cirugía y la mejor opción para cada paciente requieren de una cuidadosa evaluación por parte del cirujano ortopédico. La cirugía está indicada fundamentalmente en pacientes con artrosis sintomática severa, cuyo dolor no ha respondido al tratamiento médico y en quienes las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria van en aumento. En pacientes con artrosis de rodilla las opciones van desde la osteotomía de normo alineación hasta la artroplastia total. La osteotomía dependiendo del comportamiento articular predominantemente afecto será valguizante de tibia proximal (en caso de afectación compartimental interna) o femoral supracondílea de apertura (en caso de afectación compartimental interna) o femoral supracondílea de apertura (en afectación del compartimento externo) se indica principalmente en pacientes jóvenes, menores de 60 años con desalineación varo- valgo inferior a 20, estadios evolutivos radiológicos iniciales 8 grados I Y II), con flexión mínima de 90° y ausencia de subluxación de espaldas tibiales o de bostezo articular importante. La osteotomía puede proporcionar un alivio sintomático importante y prevenir la progresión de la enfermedad. La artroplastia o recambio articular es una intervención irreversible usada en aquellos pacientes en los que han fallado otras modalidades terapéuticas y en los que tienen una enfermedad articular severa. El recambio articular es seguro y efectivo mejorando la calidad de vida reduciendo el dolor y mejorando la función en los pacientes más severamente incapacitados. Las indicaciones para el recambio total de cadera incluyen la evidencia radiológica de daño articular y el dolor y o la incapacidad persistente de moderada a severa que no mejoran sustancialmente tras un correcto abordaje no quirúrgico⁶.

1.2 CALIDAD DE VIDA

El hablar de calidad de vida, se refiere a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Por lo tanto, calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud.

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto *de* calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto de vista en común es el BIENESTAR individual. Por lo tanto la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”⁷.

El concepto de calidad de vida está sujeto a numerosas interpretaciones. Es importante reconocer que las modificaciones de la calidad de vida del paciente figuran como motivo principal en la demanda de atención médica, en el cumplimiento del tratamiento y el grado de satisfacción obtenido⁷.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y del tratamiento de las enfermedades. En este sentido las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción

personal de su salud. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida

Desde el punto de vista del modelo médico, se mide la calidad de vida en base a tres componentes: físicos, emocionales y de la función social, donde se hace mucho hincapié sobre la capacidad funcional de las personas, subrayándose la capacidad de los individuos para realizar las actividades de la vida diaria, y que se ajustan bien a sus roles sociales y laborales⁷.

1. .2.1 Evaluación de calidad de vida

La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Se han diseñado múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida (CV), cuya finalidad incluye los individuos con enfermedades crónicas.

Para evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción personal y la situación económica. El área médica se limita a lo relacionado con la salud y principalmente con la enfermedad o con los efectos del tratamiento.

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran la calidad de vida relacionada con la salud. Velarde Jurado en su documento "**Evaluación de la calidad de vida**", publicado en 2002 describe 130 cuestionarios para evaluar la calidad de vida asociada con alguna patología⁸

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicosociales y sociales que constituye un reflejo fiel de la integridad del individuo en el proceso de envejecimiento

La organización panamericana de la salud (OPS) y la Organización mundial de la salud (OMS) definen al envejecimiento individual como un proceso de la integra-

ción entre un individuo que envejece y una realidad contextual en un proceso de cambio permanente⁹

El mejor indicador de salud en la población adulta es su estado funcional. La morbilidad y otros conceptos clásicos de medicina no solo son importantes sino que además los estándares de conocimiento tradicional como clínico, fisiológico e histológico. Exigidos en geriatría son cada vez más altos. Donde nuevamente la OMS y OPS definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales constituyendo el reflejo más fiel de la integridad del ser humano durante el envejecimiento

La Organización panamericana de la salud (OPS) Y La organización mundial de la salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece con una realidad contextual en el proceso de cambio permanente

El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. La morbilidad y otros conceptos clásicos de medicina son muy importantes donde los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiológicos, histológicos) existidos en geriatría son cada vez más altos donde nuevamente la OMS y OPS definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio, en un nivel educativo de adaptación funcional y de su satisfacción personal

En el trabajo sanitario enfocado en el sentido positivo, donde la evaluación de la calidad de vida cobra una especial significación. Donde la calidad de vida y salud tienen una doble relación. La salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal, se siente enfermo, eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida, tener salud en su concepción muy amplia no solo implica sentirse bien físicamente es además tener planes y proyecciones futuras; involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales

Especial atención ha recibido el estudio de la calidad de vida en personas de la tercera edad en 1978 Larsón publicó una excelente revisión la cual se denominó 30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los adultos norteamericanos, a la par de los estudios en enfermos crónicos este ha sido el campo más estudiado en cuanto a componentes, indicadores y determinantes de la calidad de vida en gran parte al envejecimiento progresivo de la población entre los determinantes de calidad de vida en los adultos se han reconocido algunos problemas propios de esta etapa tales como económicos con un 46.3%, los problemas médicos con un 43%, la soledad con un 26% el rechazo familiar 11.5% ¹⁰

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida por medio de la prevención y el manejo de las enfermedades en este sentido las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud ¹¹

Para Amartya Sen la posibilidad de vivir mucho tiempo y de disfrutar de una excelente vida a lo largo de la existencia es algo que los humanos valoran y desean intensamente, es la obtención de la libertad medida a través de la obtención y desarrollo de sus capacidades refiere en primer lugar que la gente necesita cantidades diferentes de los bienes básicos, en segundo lugar y quizá el más importante que la posesión o el acceso a los bienes es lo que dichos bienes realmente hacen a los individuos, el tercer indicador es equiparable con las actividades o funciones valiosas que un sujeto efectivamente es capaz de realizar en cuatro integrantes de una vida social ¹²

En relación al dolor se considera un problema médico de primer orden constituyendo uno de los motivos más frecuentes en la consulta de atención primaria, no existe ningún tipo de duda de que es inherente a la vida, el dolor afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida alterando en mayor o menor grado su entorno personal, social, profesional. ¹³

La definición de dolor es menormente compleja probablemente la mejor definición es la realizada por la Internacional Association for Study of Pain (IASP) que la define como una experiencia emocional desagradable asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión.

Donde el dolor crónico lo define como de duración igual o superior a seis meses siendo los conceptos más utilizados en la literatura científica. El médico de atención primaria (AP) es buen conocedor de cómo hay pacientes que se quejan de dolor en términos nada ajustados a la patología identificada, de cómo algunos pacientes se ven incapacitados por problemas que apenas debería incapacitarlos o también en pacientes que adopten un tono de queja de ira, exigiendo que se les atienda un problema que no está adecuadamente diagnosticado y tratado

Debe considerarse evaluar al dolor a través de la escala visual análoga ¹⁴

Se revisó un estudio en donde los pacientes valoran su dolor como moderadamente elevado, refiriéndose más como una amenaza que como un desafío ellos valoran que ante la fibromialgia nunca pueden disminuir o cambiar su dolor que la medicación pocas veces les quita el dolor, que pocas veces pueden controlar o anticipar cuando les va a doler y sentirse bastante preocupados por su dolor ellos perciben el dolor superior a sus posibilidades aunque no tengan miedo de que no tenga solución o perciban que su dolor no se va a solucionar en poco tiempo. En relación a las estrategias de afrontamiento serán la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas. En relación a la calidad de vida no se ha encontrado ninguna relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor evaluadas a partir de calidad de vida. Sin embargo el uso de la religión como estrategia de afrontamiento así como el apoyo en la fe para hacer frente a la enfermedad tiende a asociarse significativamente y positivamente con las dimensiones de Ansiedad, Depresión y pérdida de control, dimensiones de calidad de vida que implica cierto grado de desadaptación y por parte del paciente a la enfermedad ¹⁵

Se ha estudiado con anterioridad que factores se asociación al estado de salud auto percibido en este estudio se incluyó estado de ánimo y clase social todavía poco estudiadas y aporta los factores asociados a dos instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. En el análisis multivariado los factores que se asocian casi constantemente con la detección de problemas de la calidad de vida o del estado auto percibido de salud son la presencia de trastornos de ansiedad y o de depresión, la falta de ejercicio y la dependencia para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria ¹⁶

Entre los resultados obtenidos cabe destacar en primer lugar el hecho de que la calidad de vida asociada a las enfermedades crónicas difiere según cuales sean estas enfermedades como la diabetes, la enfermedad crónica del corazón, el asma, la ulcera de estómago y la depresión están asociadas como una calidad de vida inferior que en enfermedades como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la alergia además las dolencias las limitaciones y las enfermedades en los últimos 12 meses disminuyeron más la calidad de vida que las enfermedades crónicas probablemente porque en ese periodo las personas todavía no se han adaptado a sus expectativas destacan especialmente las enfermedades neurológicas los problemas psíquicos, las enfermedades de la sangre, los resultados muestran que la calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad hecho presumiblemente relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades en las edades más avanzadas también reflejan los resultados que la calidad de vida incrementa a medida que aumenta el nivel de estudios, tal vez por el mayor uso de sistemas sanitarios preventivos y de los excluidos de la cobertura sanitaria pública que realiza la población con mayor nivel socioeconomico¹⁷

Los investigadores del Beach center on disability de la universidad de Kansas ha señalado la falta de apoyo emocional a los padres, apoyo educativo individualizado para los niños y aceptación social de la discapacidad así como los factores que más negativamente afectan la calidad de vida de estas personas y sus familias. En síntesis de acuerdo al modelo sociológico una familia experimenta calidad de vida cuando sus miembros tienen las necesidades cubiertas, disfrutan de su vida

junta y cuentan con oportunidades para alcanzar metas que sean trascendentales para ellos ¹⁸

El avance de la técnica genética en los últimos años ha sido sorprendente el Horizonte que se abre para usos terapéuticos que mejoren la calidad de vida es Indudable pero aparecen también riesgos y amenazas para los seres humanos Donde se trata de la posibilidad de alterar lo que somos como especie y no solo Curar sino incluso seleccionar los rasgos somáticos ¹⁹

1. .2.2 Instrumento para evaluar la calidad de vida

Se utilizará la escala GENCAT, está diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de los sujetos. Estudia aspectos observables de distintas áreas de la calidad de vida.

Dado que la calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional y considerando que está influida por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida

Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, su vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas²⁰. (Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005).

La escala consta de 79 ítems distribuidos en ocho sub escalas las cuales son:

- Bienestar emocional (BE): En él se hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso y se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, auto concepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- Relaciones interpersonales (RI): Consiste en relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, amigos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales,

tener amigos claramente identificados, relaciones familiares positivas, contactos sociales buenos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad satisfactorias

- *Bienestar material (BM)*: En esta subescala se evalúa tener suficiente dinero para conseguir lo que se necesita y se desea, tener una casa y lugar de trabajo adecuados y se evalúa con los indicadores: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (dinero adecuado para subsanar las necesidades primordiales).
- *Desarrollo personal (DP)*: Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)
- *Bienestar físico (BF)*: Es necesario tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables y se valora con los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
- *Autodeterminación (AU)*: Esta subescala consiste en decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa ésta subescala son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones
- *Inclusión social (IS)*: Que tenga la capacidad y autonomía para ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más; sentirse miembro de la sociedad, integrado, contar con el apoyo de otras personas. Se evalúa por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos
- *Derechos (DE)*: Consiste en ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimi-

dad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

El tiempo de aplicación oscila entre 10 y 15 minutos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*).

2.- METODOLOGIA

2.1 Justificación

La magnitud del problema en salud es el incremento de la población mayor de 60 años a quienes a futuro tendrán alguna EOA. El problema de investigación es recurrencia a consulta de los pacientes con EOA y La recurrencia del dolor en los pacientes con EOA es frecuente y ya que altera la calidad de vida del paciente, por lo que se considera necesario indagar las razones que motivan las posibles causas que están favoreciendo a este evento, y al obtener esta información se podrá rediseñar la estrategia para la atención de estos pacientes. Considerando que el médico familiar junto con el equipo de salud tendrá que encontrar la solución a este problema y se tratara de mejorar el servicio de atención medica de estos pacientes

En ocasiones son factores poco modificables como los socioculturales, en cambio sobre en otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicollógicas, conductuales etc. Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinario, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica

2.2 Planteamiento del problema

Las enfermedades crónico degenerativas como la artrosis son un grave problema de salud que afectan la calidad de vida de las personas mayores de 65 años, debido a que limitan su actividad y dependencia física por el intenso dolor en las articulaciones, en la clínica de medicina familiar de Sultepec, Estado de México se ha observado que pese a que los pacientes con apego al tratamiento son frequentadores al servicio médico por este síntoma.

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es Índice de la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteo articular con dolor recurrente a pesar del apego al tratamiento que reciben en la unidad de medicina familiar 238 Sultepec?

2.3 Objetivos

2.3.1 General

Evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con dolor recurrente a pesar del apego al tratamiento de la Unidad de Medicina Familiar 238 Sultepec.

2.3.2 Específicos

- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su genero.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su edad.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su Bienestar Emocional.

- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a sus Relaciones interpersonales.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su Bienestar Material.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a se Desarrolló Personal.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su Bienestar Físico.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su Autodeterminación.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a su inclusión social.
- Identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad osteoarticular con relación a sus Derechos.

2.5 Criterios de selección

2.5.1 Criterios de inclusión

- Todo paciente derechohabiente de la UMF 238 Sultepec del IMSS con enfermedad osteoarticular
- Pacientes de cualquier edad
- Ambos sexos
- Con Enfermedad Osteoarticular de 5 años de evolución

2.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con Enfermedad osteoarticular menores de 20 años de edad
- Pacientes con Enfermedad osteoarticular de menos de 5 años de evolución
- Pacientes con Enfermedad osteoarticular con comorbilidad crónico degenerativa (DM, HAS, CANCER, etc)

2.5.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que no aceptaron colaborar; previa lectura de consentimiento informado de participación voluntaria
- Cuestionarios incompletos

2.6 Variables

2.6.1 Definición conceptual y operativa de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
GENERO	Roles y comportamientos de hombres y mujeres desde un punto de vista social.	Conductas que adoptan hombres y mujeres en la sociedad.	Nominal	Masculino Femenino	cualitativa
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Es el término que se utiliza para hacer mención para el tiempo que ha vivido una persona	Independiente cuantitativa	Años de edad reportados	cuantitativa
CALIDAD DE VIDA	La OMS la define como una percepción individual según las oportunidades deseos o preferencias en que las satisfacciones dadas por los bienes materiales son medios no fines del bienestar de las personas	Sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensación subjetiva y personales del sentirse bien	Nominal	Buena Mala	Cualitativa

BIENSTAR EMOCIONAL	El estado de equilibrio existente entre nuestros pensamientos sentimientos y acciones	Grado de estado de tranquilidad, seguridad y sin agobios.	Nominal	Buena Mala	Cualitativa
RELACIONES INTERPERSONALES	Es una fuerte o cercana asociación entre dos o más personas	Grado de relación con distintas personas,	Nominal	Buena Mala	cualitativa
BIENESTAR MATERIAL	Conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien	Capacidad de contar con los recursos o medios para conseguir lo que se necesita y se desea.	Nominal	Buena Mala	Cualitativa
DESARROLLO PERSONAL	Actividad de interrelación de sí mismo o en equipo donde las personas que lo realizan mejoran la capacidad, calidad, aptitudes, toma de decisiones y habilidades que poseen para obtener una superación personal	Posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente	Nominal	Buena Mala	Cualitativa

BIENESTAR FISICO	Es cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabadas	Estado de salud y bienestar físico,	Nominal	Buena Mala	Cualitativa
AUTODETERMINACION	Es la capacidad de un individuo, pueblo o nación para decidir por sí mismo en los temas que le conciernen	Grado de capacidad para decidir por sí mismo	Nominal	Buena Mala	Cualitativa
INCLUSION SOCIAL	<i>Es la tendencia a posibilitar que personas en riesgo de pobreza o de exclusión social tengan la oportunidad de participar de manera plena en la vida social</i>	Grado de capacidad y autonomía para integrarse en actividades de su entorno y de la sociedad,	<i>Nominal</i>	<i>Buena Mala</i>	<i>Cualitativa</i>
DERECHOS	Un conjunto de reglamentaciones, leyes y resoluciones enmarcados en un sistema de instituciones principios y normas que regulan la conducta humana dentro de una sociedad	Grado de consideración y ejercicio de igualdad que el resto de la gente.	Nominal	<i>Buena Mala</i>	Cualitativa

2.7 ANALISIS ESTADISTICO

2.7.1 Estadística descriptiva

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión, de normalidad para variables cuantitativas y cualitativas, así como frecuencias absolutas, relativas y porcentajes.

2.7.2 Estadística inferencial

Número atribuible de casos, prueba de contraste con Chi cuadrada y estadístico de Levene para la determinación de utilización de estadísticos paramétricos o no paramétricos.

2.7.3 Diseño estadístico.

Como el propósito del estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad osteoarticular, se estudió al grupo muestral, con medidas independientes de pacientes y de acuerdo a la naturaleza de las variables que son cualitativas nominales se espera que la distribución de los datos se no paramétrica.

2.8 RECOLECCION DE DATOS

Previa autorización de las autoridades de unidad de medicina familiar 238 Sultepec del IMSS en el estado de México y del Comité de ética No ... se procedió a seleccionar a los pacientes que reunieron los criterios de selección para el presente estudio, previa lectura y firma del consentimiento informado con total apego a criterios éticos con estricta confidencialidad y sin dañar la integridad moral, religiosa y familiar, a través de la técnica de entrevista dirigida, en sala de espera se les aplicó el cuestionario escala GENCAT, instrumento diseñado para obtener el perfil de calidad de vida de los sujetos, mismo que consta de 79 ítems distribuidos en ocho sub escalas

Al terminar de aplicar los cuestionarios se llevó a cabo el concentrado de datos entables de Excel, codificando las variables para poder aplicar el paquete estadístico SPSS V22.

2.9 CONSIDERACIONES ETICAS

La participación de los sujetos de estudio fue en forma voluntaria basada en las recomendaciones en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:
 - a) 29ª asamblea médica mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
 - b) 35ª asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
 - c) 41ª asamblea médica mundial, Hong kong, septiembre 1989
 - d) 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
 - e) 52ª asamblea general, Edimburgo, escocia, octubre 2000.

2.- El acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud, publicada en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17. y a las normas institucionales establecidas.

Este trabajo de investigación no generó lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos fueron utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que fueron estrictamente confidenciales.

2.10 Recursos humanos, físicos y financieros

El investigador utilizó la sala de espera de la unidad de medicina familiar 238 del IMSS Sultepec, Estado de México con el apoyo de lápices, hojas bond, copias fotostáticas, goma de borrar, computadora, impresora.

El financiamiento fue a cargo del investigador.

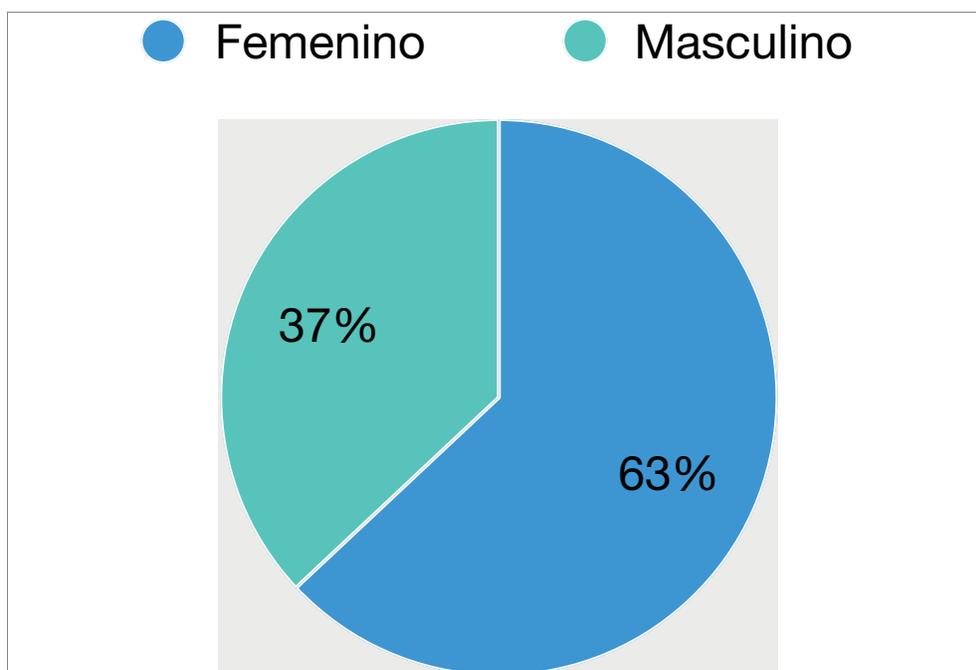
3 RESULTADOS

3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

De los 87 pacientes estudiados el 63.2% fueron del sexo femenino y 36.8% fueron del sexo masculino. (Tabla 1, Gráfica 1)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	63.2
Masculino	32	36.8
Total	87	100.0

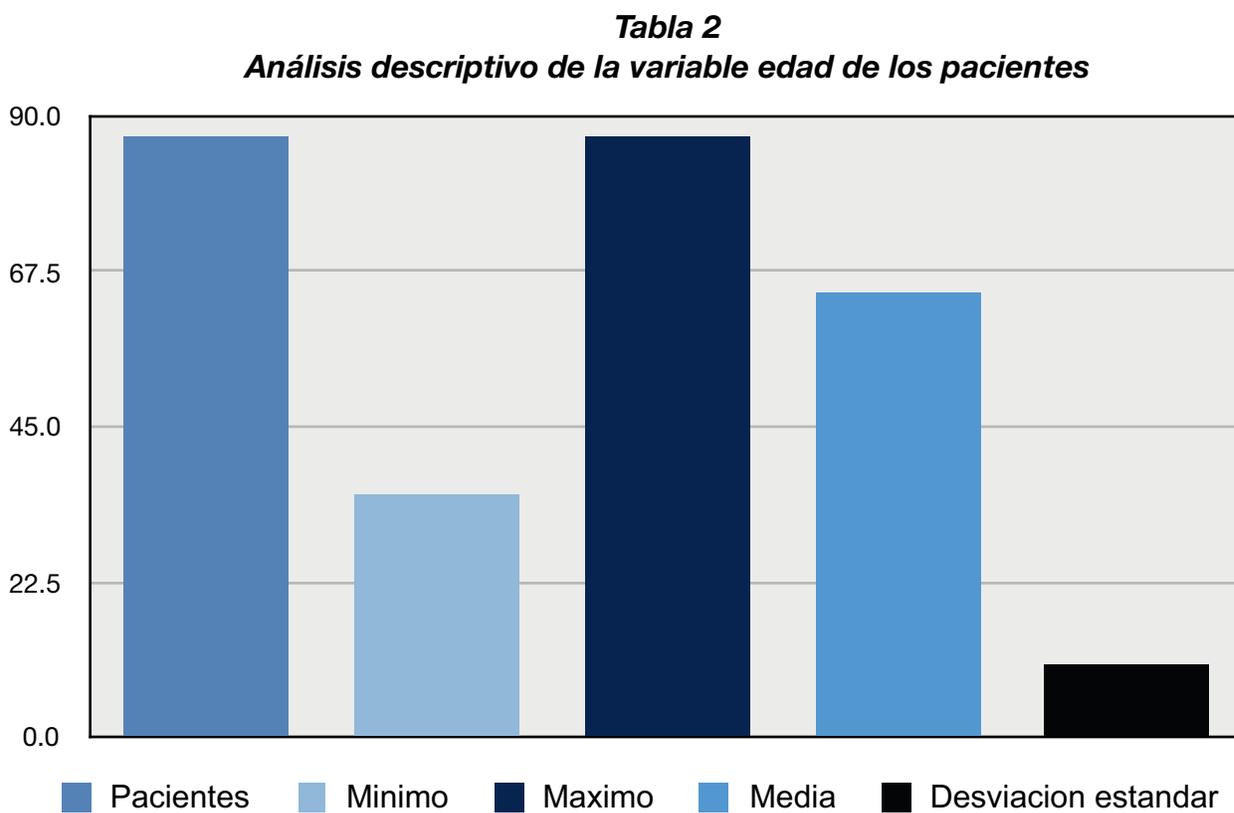
Gráfica 1
Género de los pacientes del estudio.



Con respecto a la Edad se observó que un promedio de 64.53 años, en un rango que va de 35 a 87 años contando con una desviación estándar de 10.541 (Tabla 2, Gráfica 2)

Tabla 2
Análisis descriptivo de la variable edad de los pacientes

Pacientes	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
87	35	87	64.53	10.541

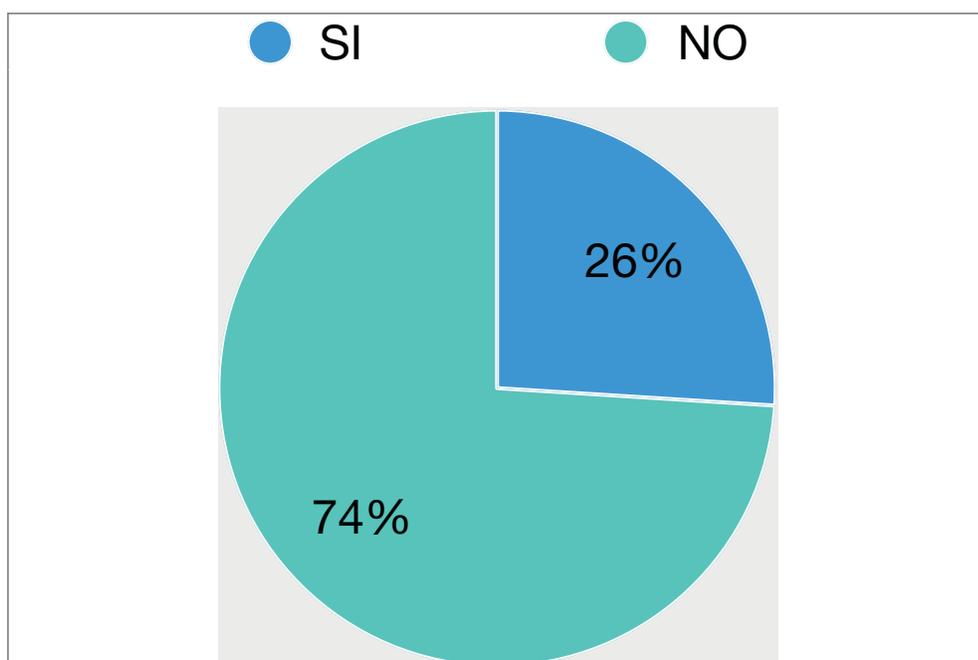


Escala Gencat

En la variable cuidador se encontró que el 26.4% de los pacientes tuvieron cuidador y el 73.6% no tuvo cuidador. (Tabla 3, Gráfica 3)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	26.4
No	64	73.6
Total	87	100.0

Gráfica 3
Porcentaje del cuidador



Escala Gencat

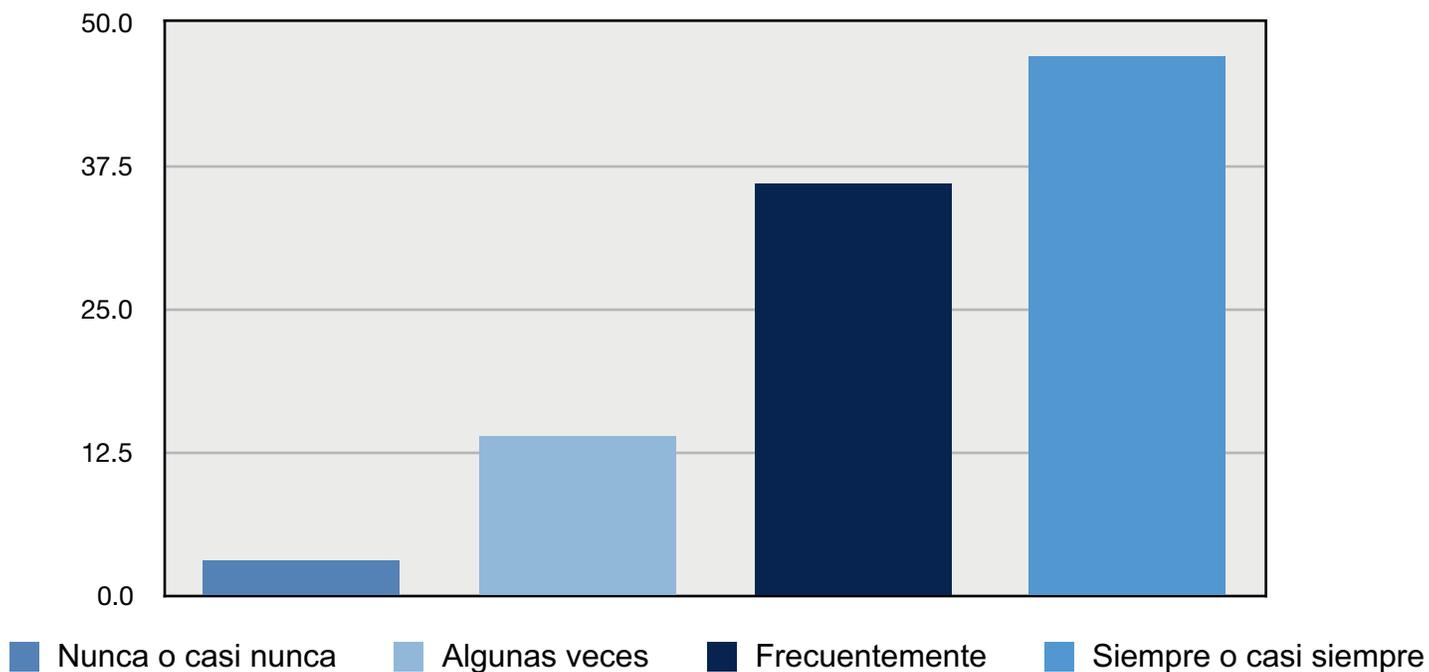
Los resultados por dimensión del instrumento de evaluación se presentan a continuación:

En la dimensión **Bienestar Emocional**: el 47.1% se muestra satisfecho con su vida presente, el 35,6 % frecuentemente, el 13.8% algunas veces y el 3.4% nunca o casi nunca.(Tabla4,Gráfica4)

Tabla 4
Se muestra satisfecho con su vida presente

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	3	3.4
Algunas veces	12	13.8
Frecuentemente	31	35.6
Siempre o casi siempre	41	47.1
Total	87	100.0

Gráfica 4
Se muestra satisfecho con su vida presente



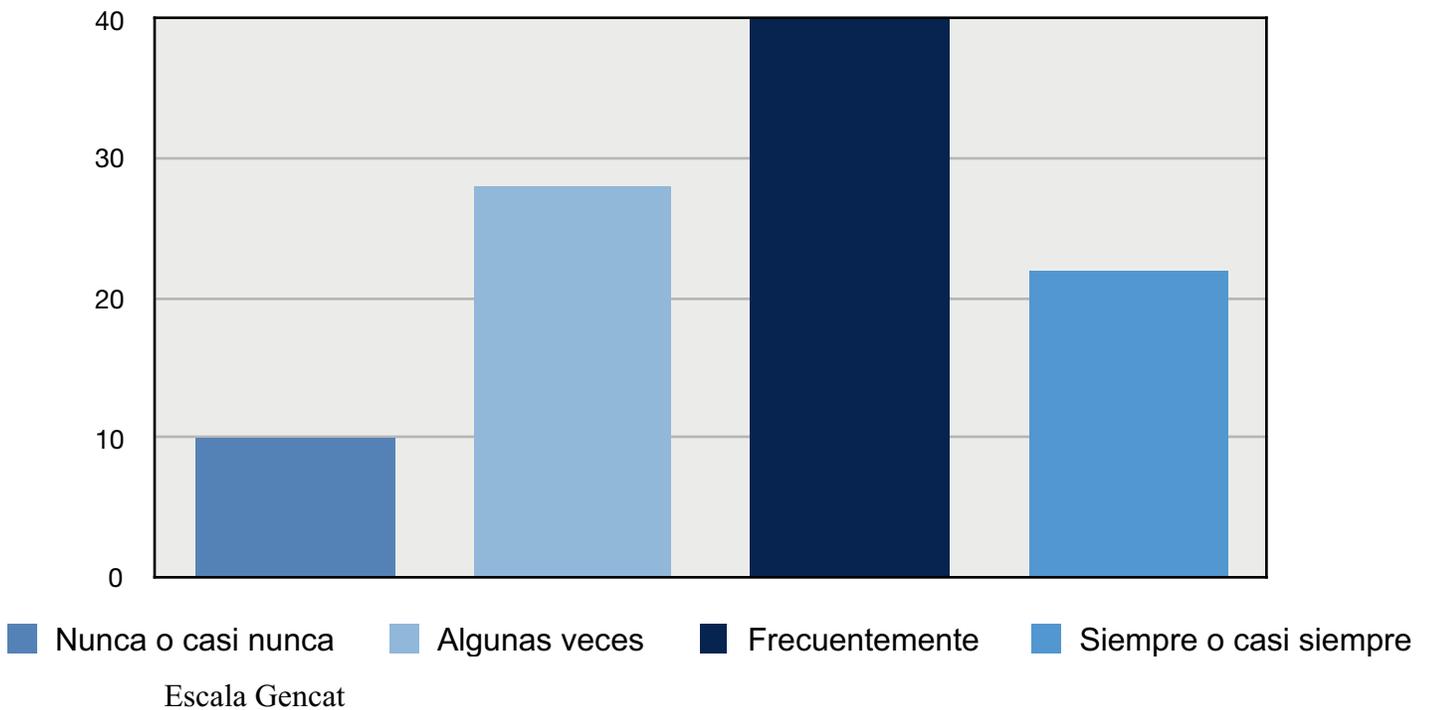
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 40.2% frecuentemente presenta síntomas de depresión, el 27.6% algunas veces, el 21.8% siempre o casi siempre y el 10.3% nunca (Tabla 5, Gráfica 5)

Tabla 5
Presenta síntomas de depresión

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	19	21.8
Frecuentemente	35	40.2
Algunas veces	24	27.6
Nunca	9	10.3
Total	87	100.0

Gráfica 5
Presenta síntomas de depresión

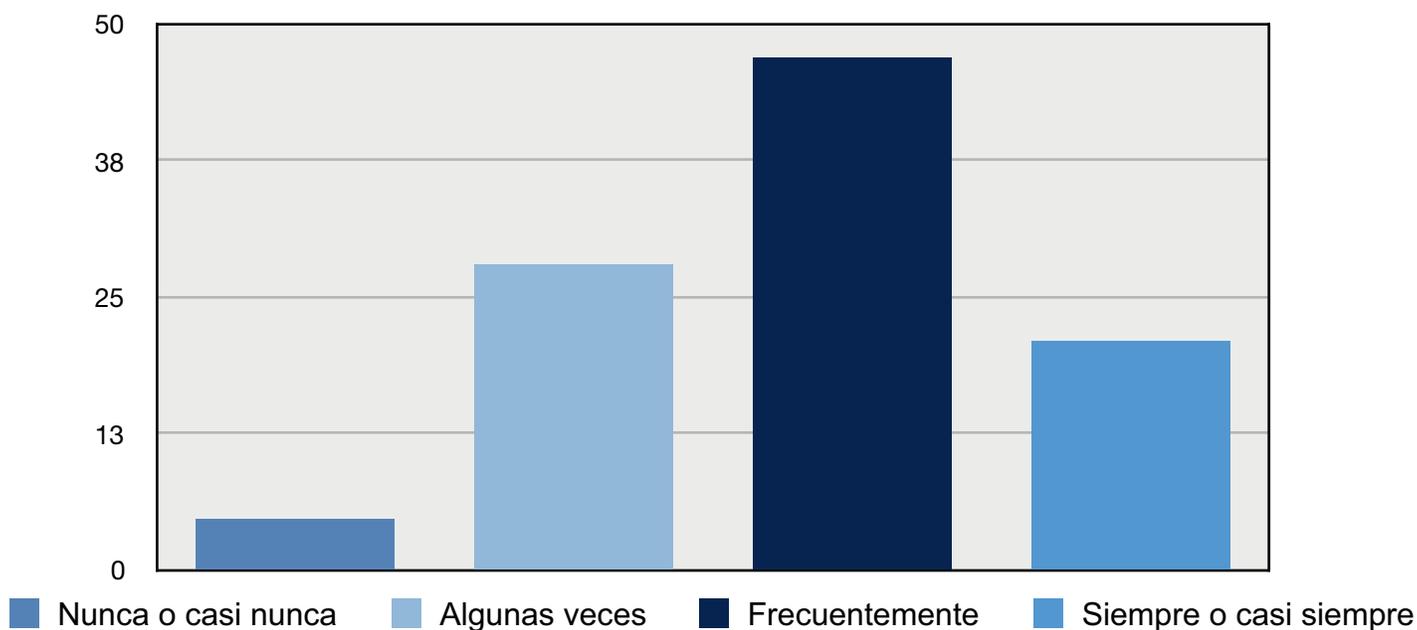


En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 47.1% frecuentemente está alegre y de buen humor, el 27.6% algunas veces, el 20.7% siempre o casi siempre y el 4.6% nunca o casi nunca (Tabla 6 Grafica 6)

Tabla 6
Esta alegre y de buen humor

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	4	4.6
Algunas veces	24	27.6
Frecuentemente	41	47.1
Siempre o casi siempre	18	20.7
Total	87	100.0

Gráfica 6
Esta alegre y de buen humor



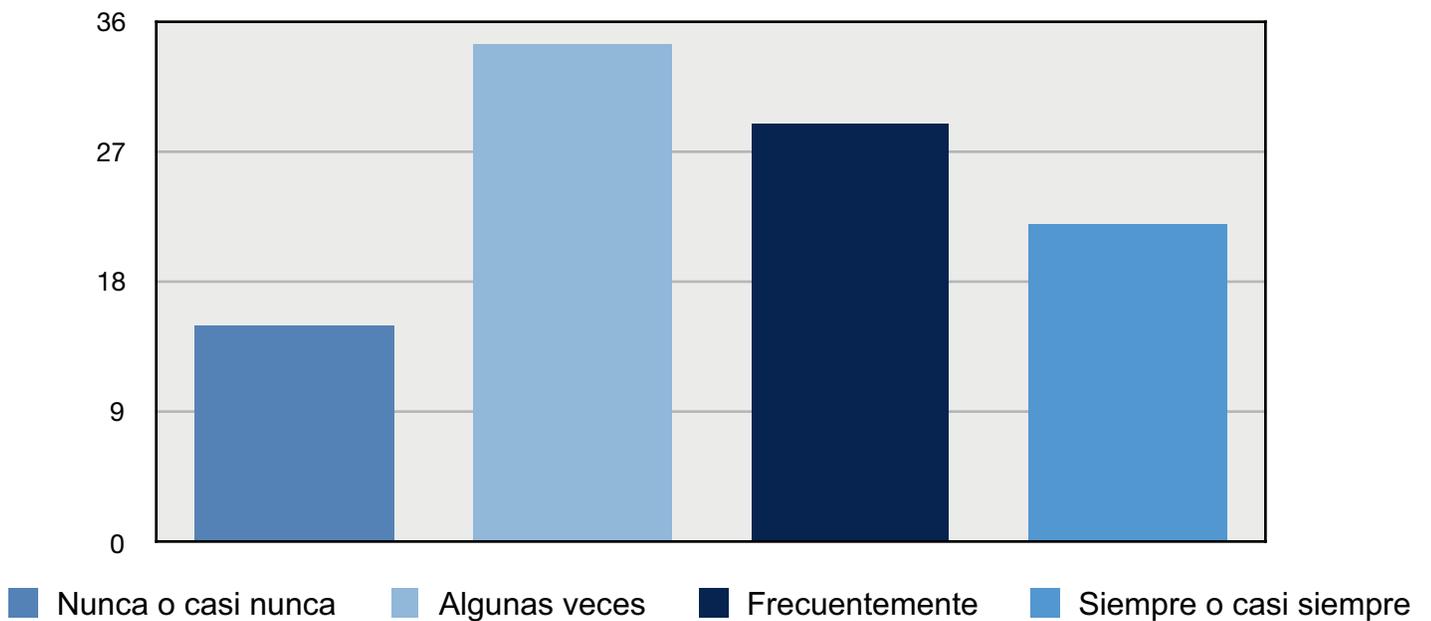
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 34.5% algunas veces. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad, el 28.7% frecuentemente, el 21.8% siempre o casi siempre y el 14.9% nunca (Tabla 7, Grafica 7)

Tabla 7
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	19	21.8
Frecuentemente	25	28.7
Algunas veces	30	34.5
Nunca	13	14.9
Total	87	100.0

Gráfica 7
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad

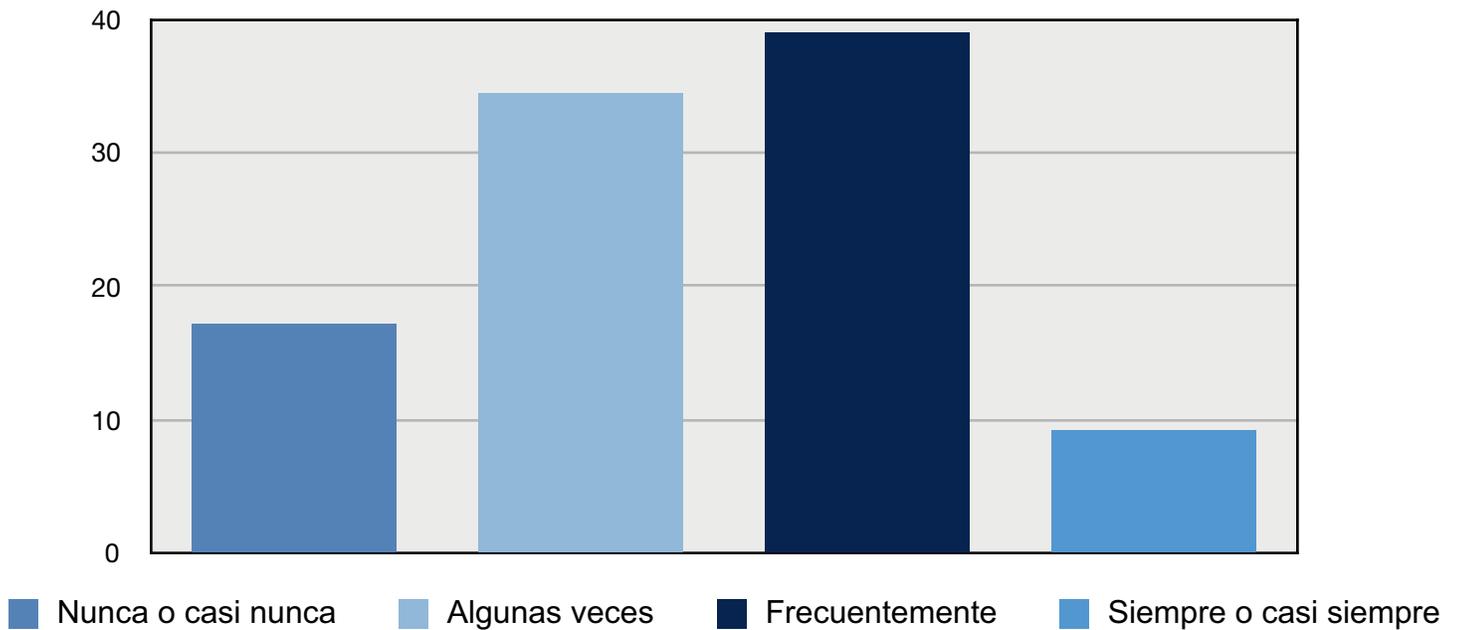


Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 39.1% frecuentemente presenta síntomas de ansiedad, el 34.5% algunas veces, el 17.2% nunca y el 9.2% siempre o casi siempre (Tabla 8, Grafica 8)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	8	9.2
Frecuentemente	34	39.1
Algunas veces	30	34.5
Nunca	15	17.2
Total	87	100.0

Gráfica 8
Presenta síntomas de ansiedad



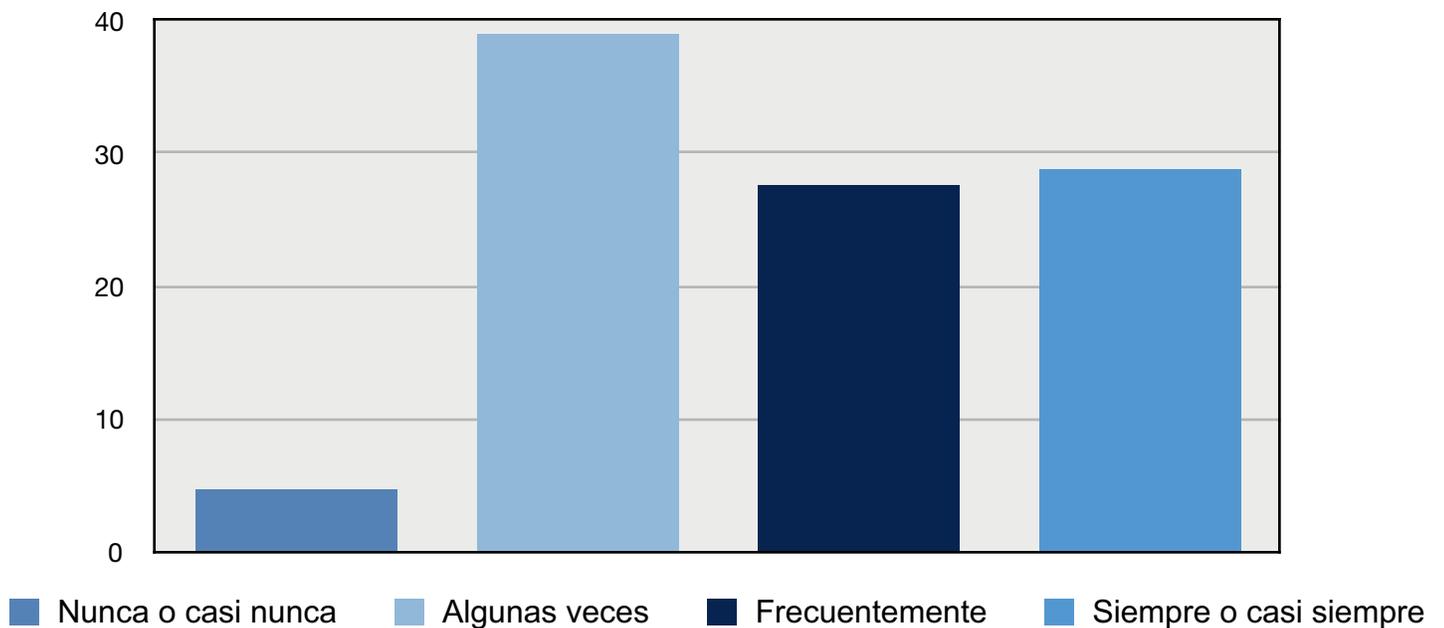
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 39.1% algunas veces se muestra satisfecho consigo mismo, el 28.7% siempre o casi siempre el 27.6% frecuentemente y el 4.6% nunca o casi nunca (Tabla 9, Grafica 9)

Tabla 9
Se muestra satisfecho consigo mismo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	4	4.6
Algunas veces	34	39.1
Frecuentemente	24	27.6
Siempre o casi siempre	25	28.7
Total	87	100.0

Gráfica 9
Se muestra satisfecho consigo mismo



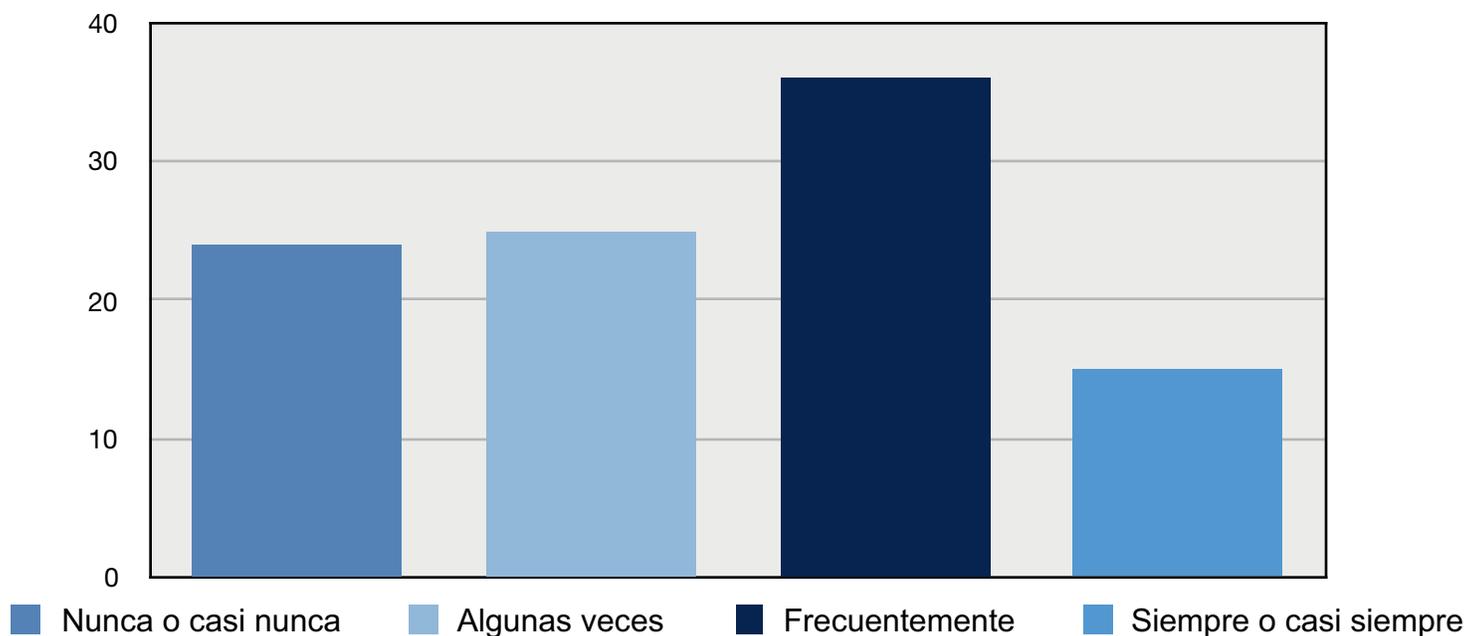
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 35.6% frecuentemente tiene problemas de comportamiento, el 25.2% algunas veces, el 24.1% nunca o casi nunca y el 14.9% siempre o casi siempre (Tabla 10, Grafica 10)

Tabla 10
Tiene problemas de comportamiento

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	21	24.1
Algunas veces	22	25.2
Frecuentemente	31	35.6
Siempre o casi siempre	13	14.9
Total	87	100.0

Grafica 10
Tiene problemas de comportamiento



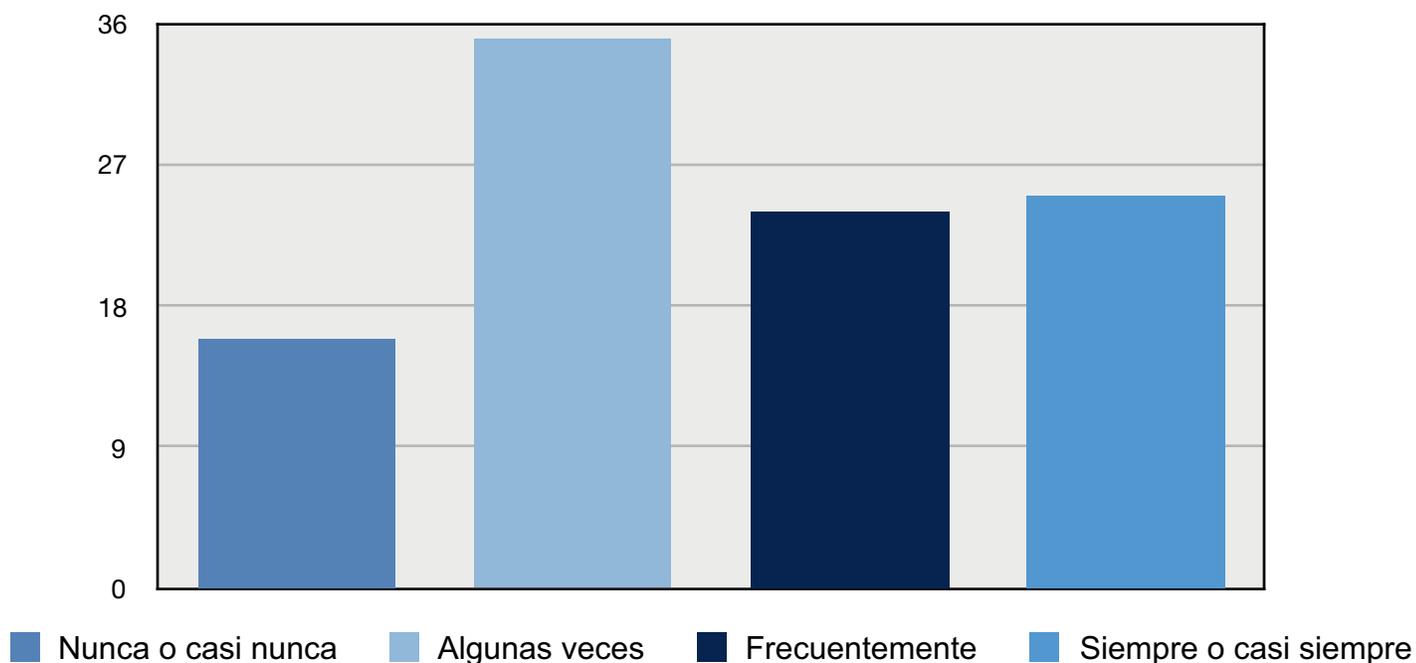
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Emocional**: El 34.5% se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad algunas veces, el 25.3% siempre o casi siempre el 24.1% frecuentemente y el 16.1% nunca o casi nunca (Tabla 11, Grafica 11)

Tabla 11
Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	14	16.1
Algunas veces	30	34.5
Frecuentemente	21	24.1
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0

Gráfica 11
Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad



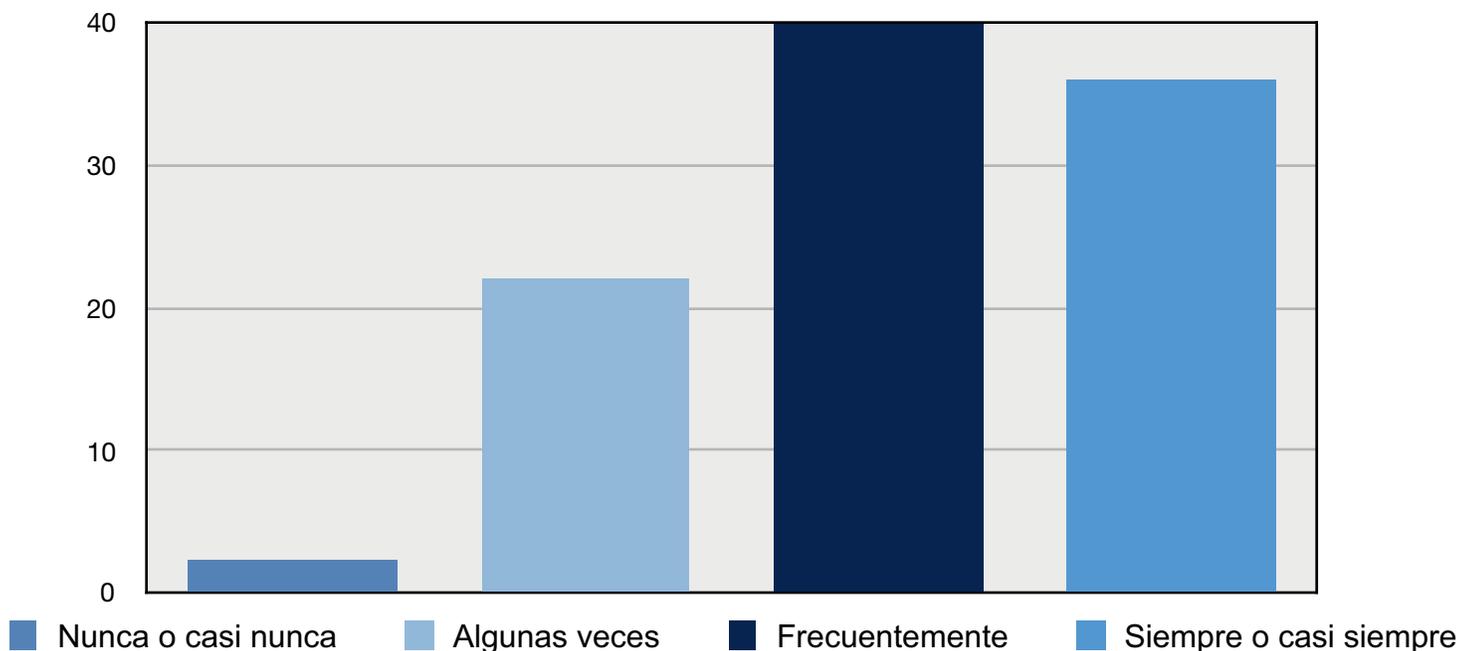
Escala Gencat

En la Dimensión **Relaciones Interpersonales** : El 40,2%, al realizar actividades que le gustan con otras personas , el 35.6% siempre o casi siempre, el 21.8% algunas veces, y el 2.3% nunca o casi nunca (Tabla 12, Grafica 12)

Tabla 12
Realiza actividades que le gustan con otras personas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	2	2.3
Algunas veces	19	21.8
Frecuentemente	35	40.2
Siempre o casi siempre	31	35.6
Total	87	100.0

Gráfica 12
Realiza actividades que le gustan con otras personas



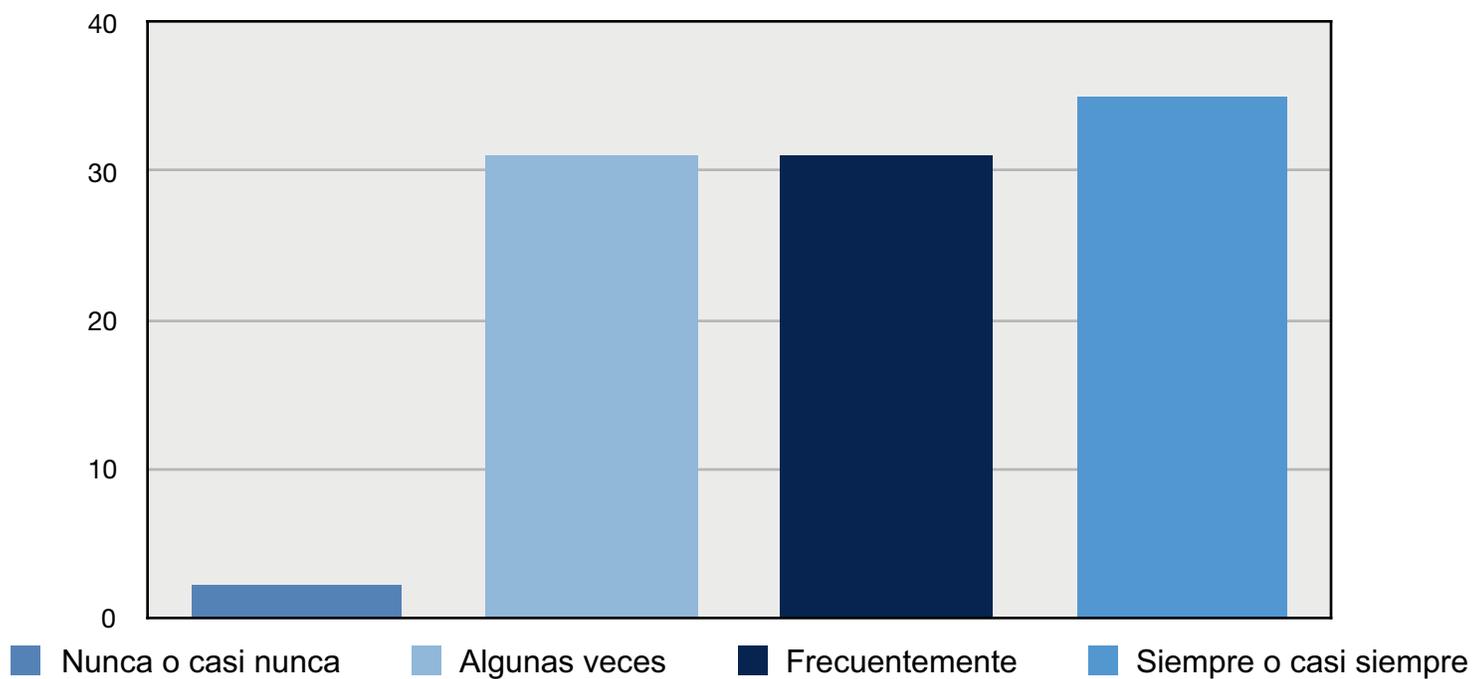
Escala Gencat

En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 35.6% siempre o casi siempre mantiene con su familia la relación que desea, el 31.0 % algunas veces y frecuentemente y un 2.3% nunca o casi nunca (Tabla 13, Grafica 13)

Tabla 13
Mantiene con su familia la relación que desea

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	2	2.3
Algunas veces	27	31.0
Frecuentemente	27	31.0
Siempre o casi siempre	31	35.6
Total	87	100.0

Gráfica 13
Mantiene con su familia la relación que desea



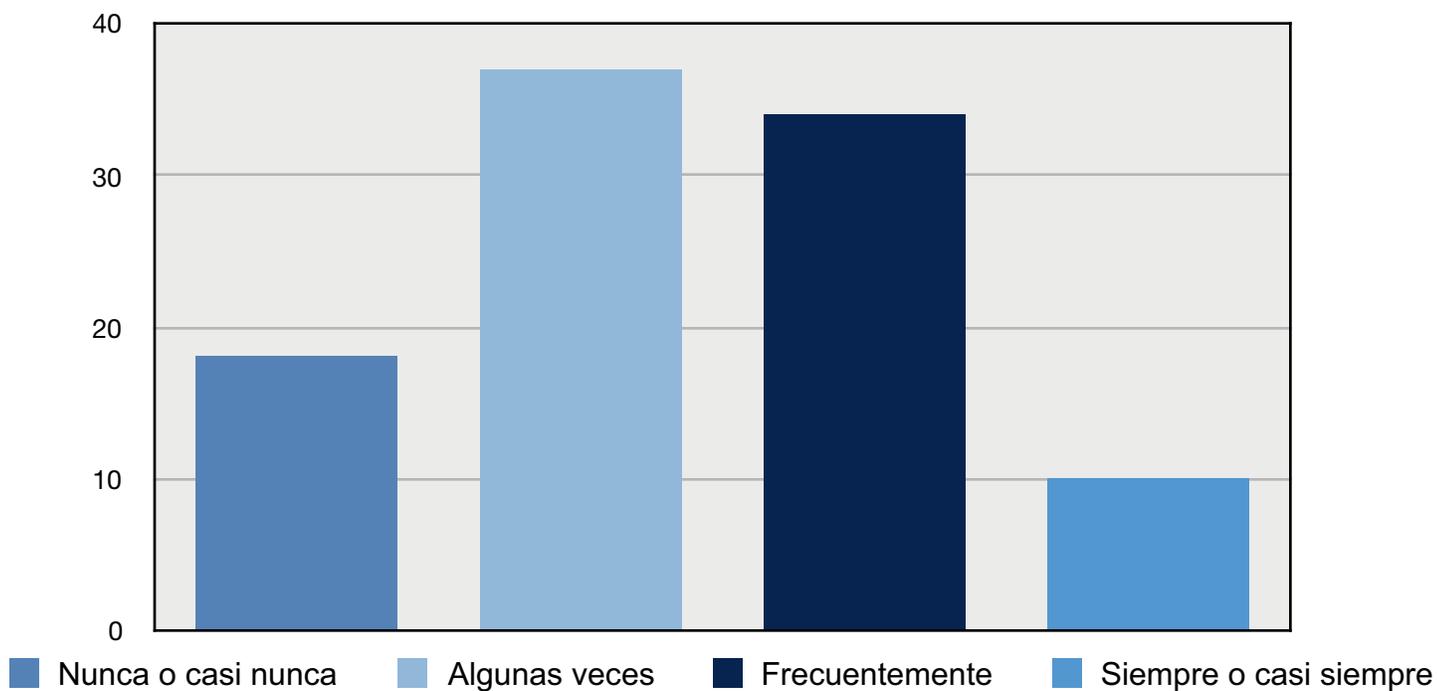
Escala Gencat

En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 36.7% algunas veces se queja de la falta de amigos , 34.4% frecuentemente, el 18.3% nunca o casi nunca, el 10.3% siempre o casi siempre (Tabla 14, Grafica 14)

Tabla 14
Se queja de la falta de amigos estables

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	16	18.3
Algunas veces	32	36.7
Frecuentemente	30	34.4
Siempre o casi siempre	9	10.3
Total	87	100.0

Grafica 14
Se queja de la falta de amigos estables



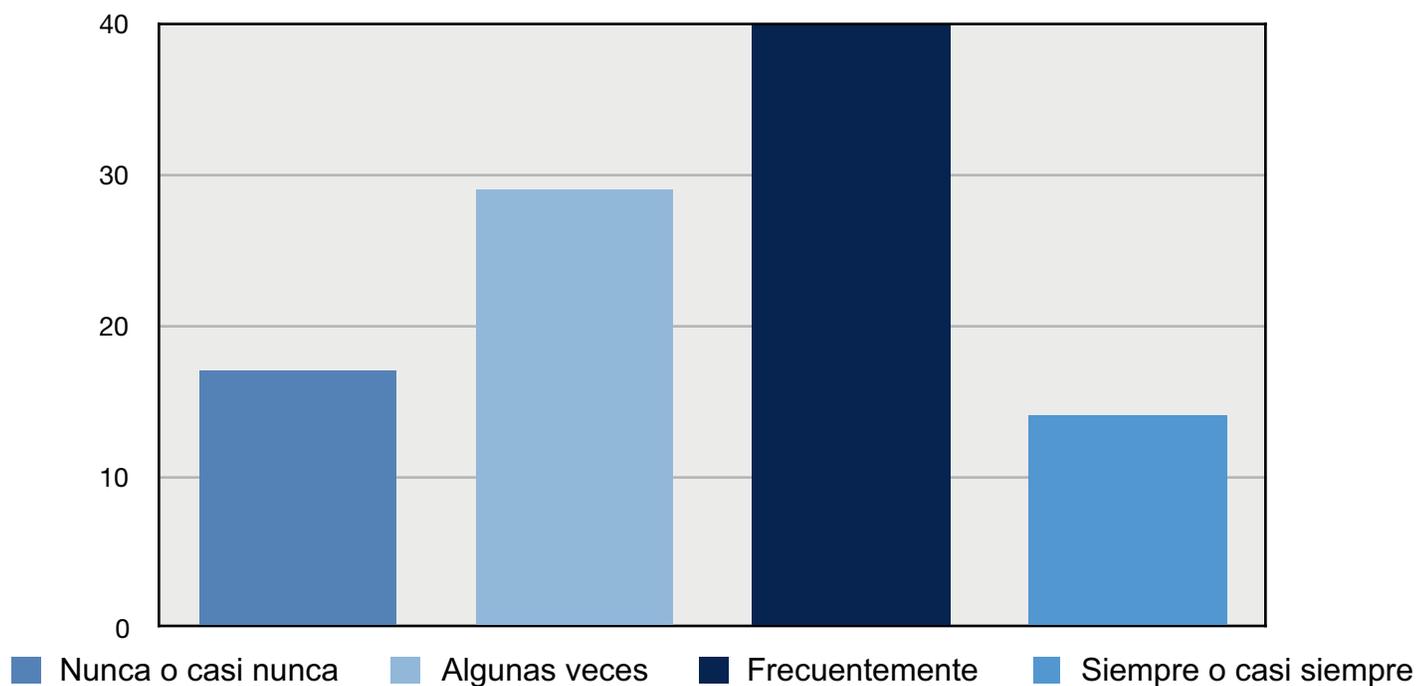
Escala Gencat

En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 40.2% frecuentemente valora negativamente sus relaciones de amistad. El 28.7% algunas veces, el 17.2% nunca o casi nunca y el 13.7% siempre o casi siempre (Tabla 15, Grafica 15)

Tabla 15
Valora negativamente sus relaciones de amistad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	15	17.2
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	35	40.2
Siempre o casi siempre	12	13.7
Total	87	100.0

Grafica 15
Valora negativamente sus relaciones de amistad



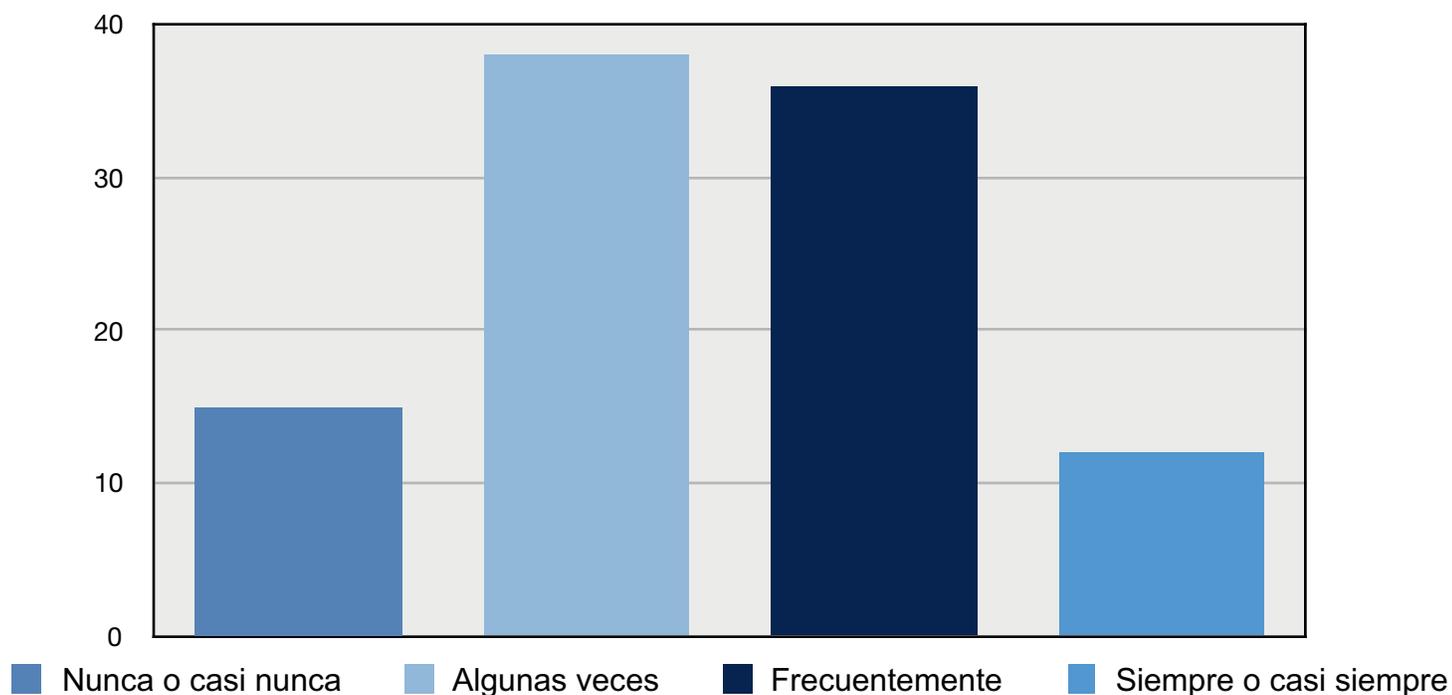
Escala Gencat

En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 37.9% algunas veces manifiesta sentirse infravalorado por su familia, el 35.6% frecuentemente, el 14,9% nunca y el 11.5% siempre o casi siempre (Tabla 16, Grafica16)

Tabla 16
Manifiesta sentirse infravalorado por su familia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	10	11.5
Frecuentemente	31	35.6
Algunas veces	33	37.9
Nunca	13	14.9
Total	87	100.0

Gráfica 16
Manifiesta sentirse infravalorado por su familia

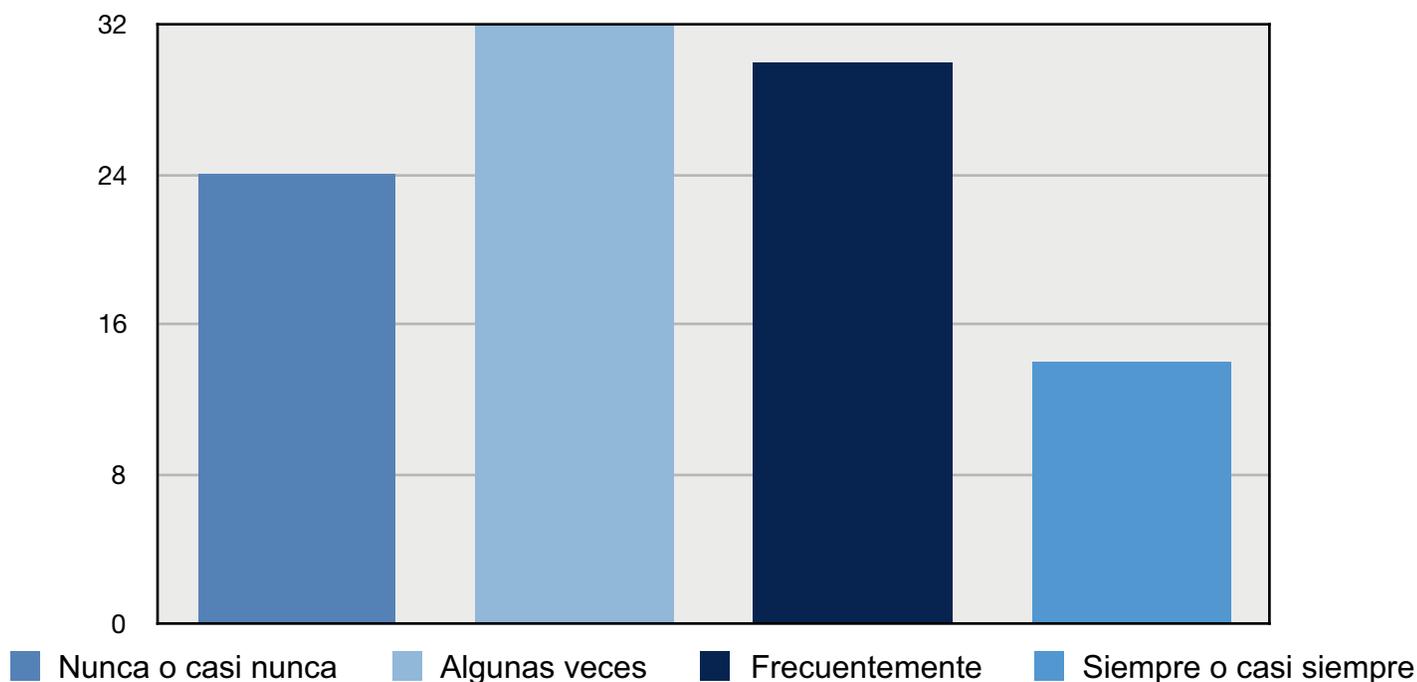


En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 32.1% algunas veces tiene dificultades para iniciar una relación de pareja el 29.8% frecuentemente, el 24.1% nunca o casi nunca y el 13.7% siempre o casi siempre (Tabla 17, Grafica 17)

Tabla 17
Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	21	24.1
Algunas veces	28	32.1
Frecuentemente	26	29.8
Siempre o casi siempre	12	13.7
Total	87	100.0

Grafica 17
Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja



Escala Gencat

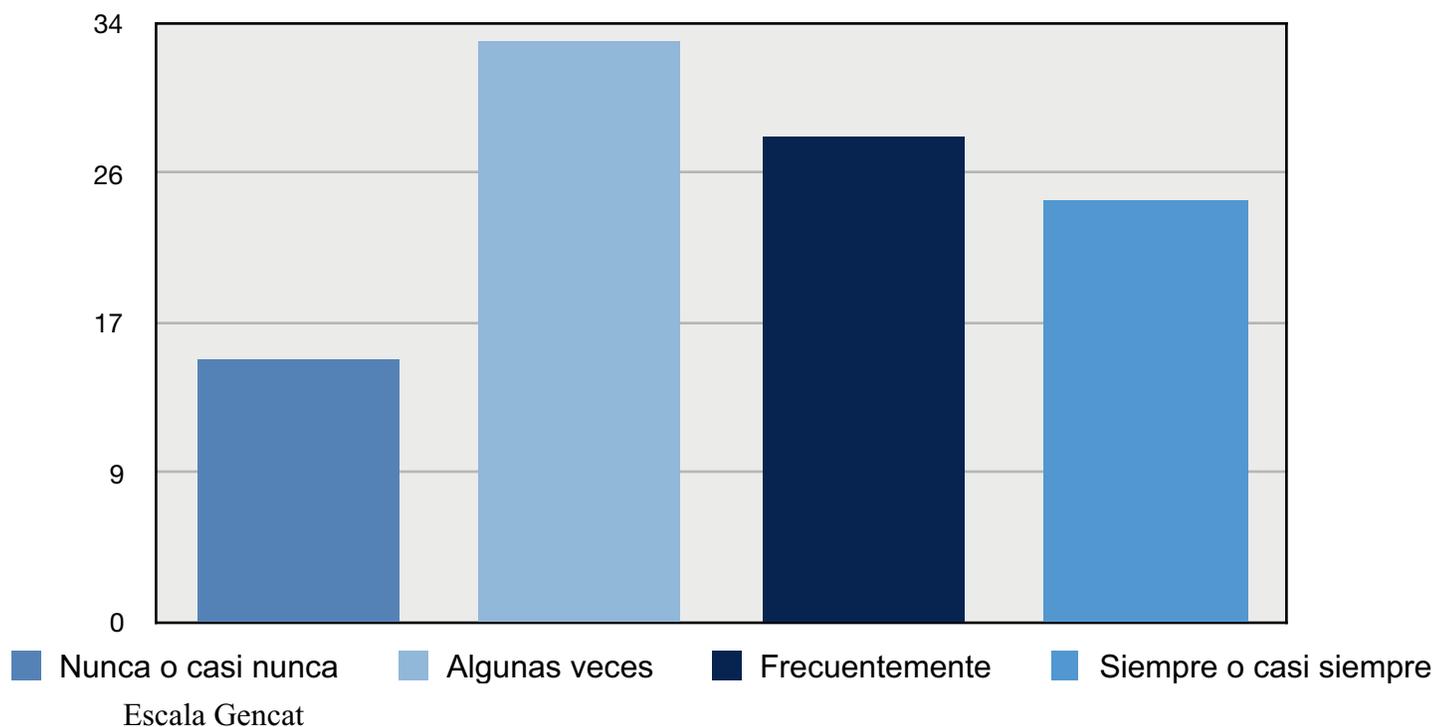
En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 33.3% algunas veces mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo, el 27.6% frecuentemente, el 24.1% siempre o casi siempre y el 14.9% nunca o casi nunca

(Tabla 18, Grafica 18)

Tabla 18
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	13	14.9
Algunas veces	29	33.3
Frecuentemente	24	27.6
Siempre o casi siempre	21	24.1
Total	87	100.0

Gráfica 18
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo

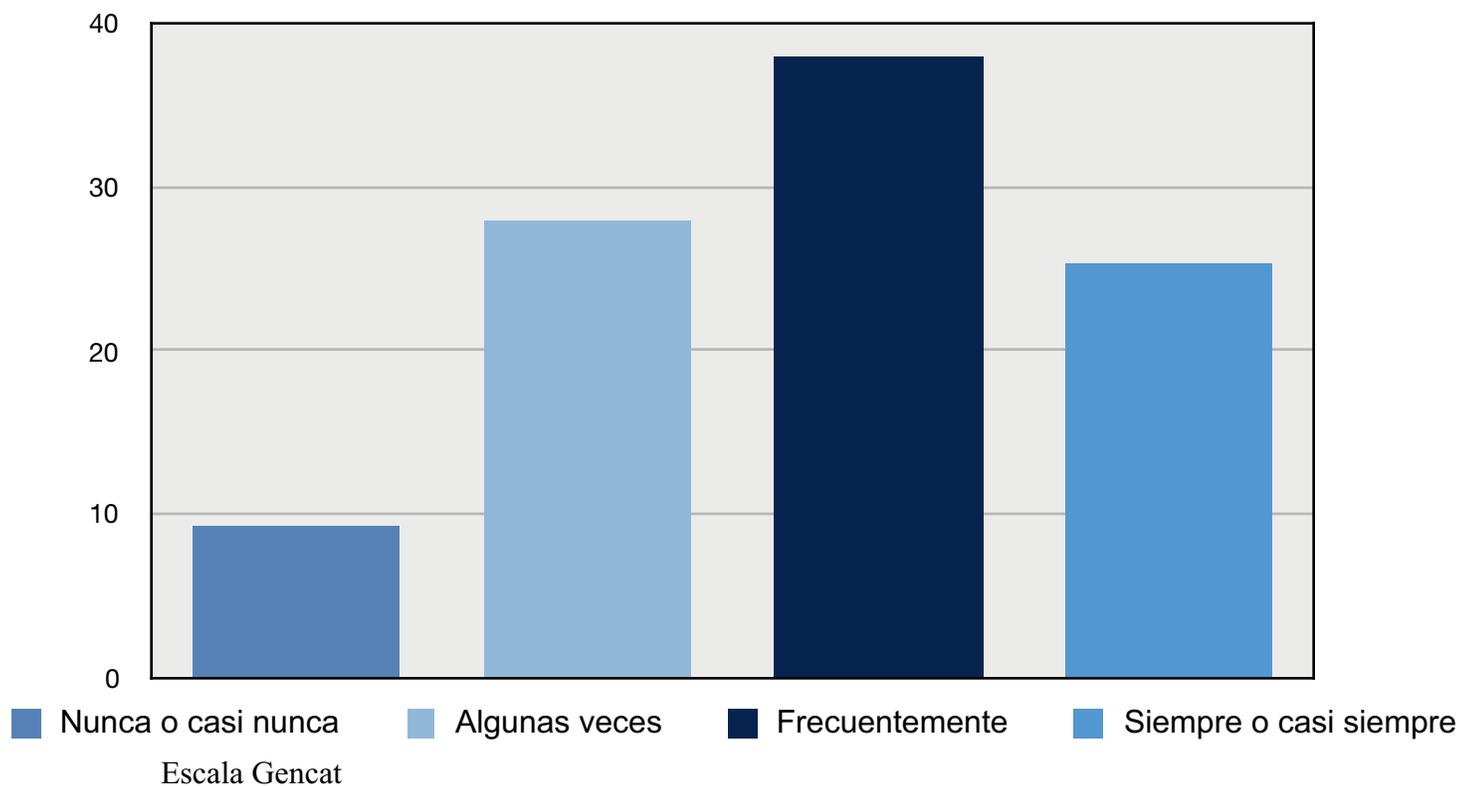


En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 37.9% frecuentemente manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él con un 27.6% algunas veces, el 25.3% siempre o casi siempre y el 9.2% nunca o casi nunca (Tabla 19, Grafica 19)

Tabla 19
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	8	9.2
Algunas veces	24	27.6
Frecuentemente	33	37.9
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0

Grafica 19
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para

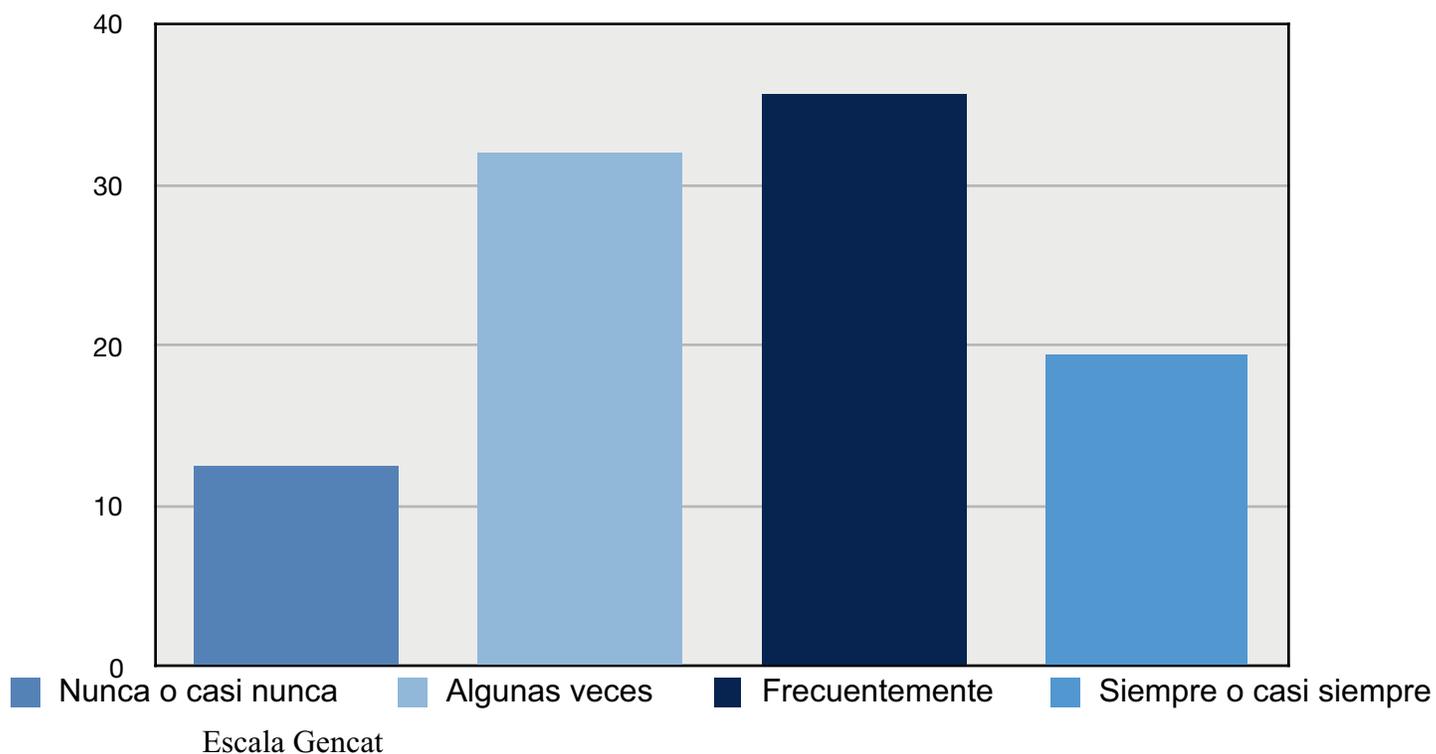


En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: el 35.6% frecuentemente refiere que la mayoría de las personas con las que interactúa tiene una condición similar a la suya, el 32.1% algunas veces, el 19.5% siempre o casi siempre y el 12.6% nunca o casi nunca (Tabla 20, Grafica 20)

Tabla 20
La mayoría de las personas con las que interactúa tiene una condición similar a la suya.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	11	12.6
Algunas veces	28	32.1
Frecuentemente	31	35.6
Siempre o casi siempre	17	19.5
Total	87	100.0

Grafica 20
La mayoría de las personas con las que interactúa tiene una condición similar a la suya.

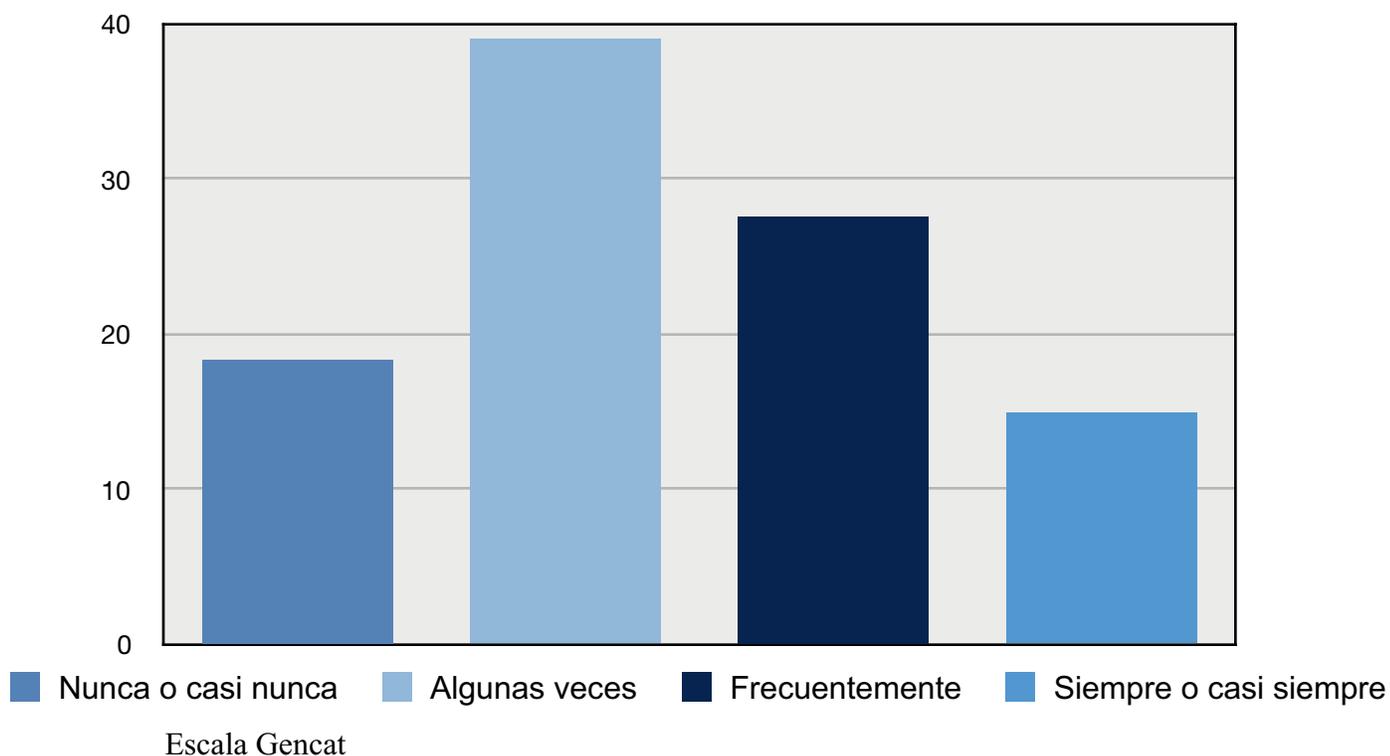


En la Dimensión **Relaciones Interpersonales**: El 39.1% algunas veces tiene una vida sexual satisfactoria, el 27.6% frecuentemente el 18.4% nunca o casi nunca y el 14.9% siempre o casi siempre (Tabla 21, Grafica 21)

Tabla 21
Tiene una vida sexual satisfactoria

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	16	18.4
Algunas veces	34	39.1
Frecuentemente	24	27.6
Siempre o casi siempre	13	14.9
Total	87	100.0

Gráfica 21
Tiene una vida sexual satisfactoria

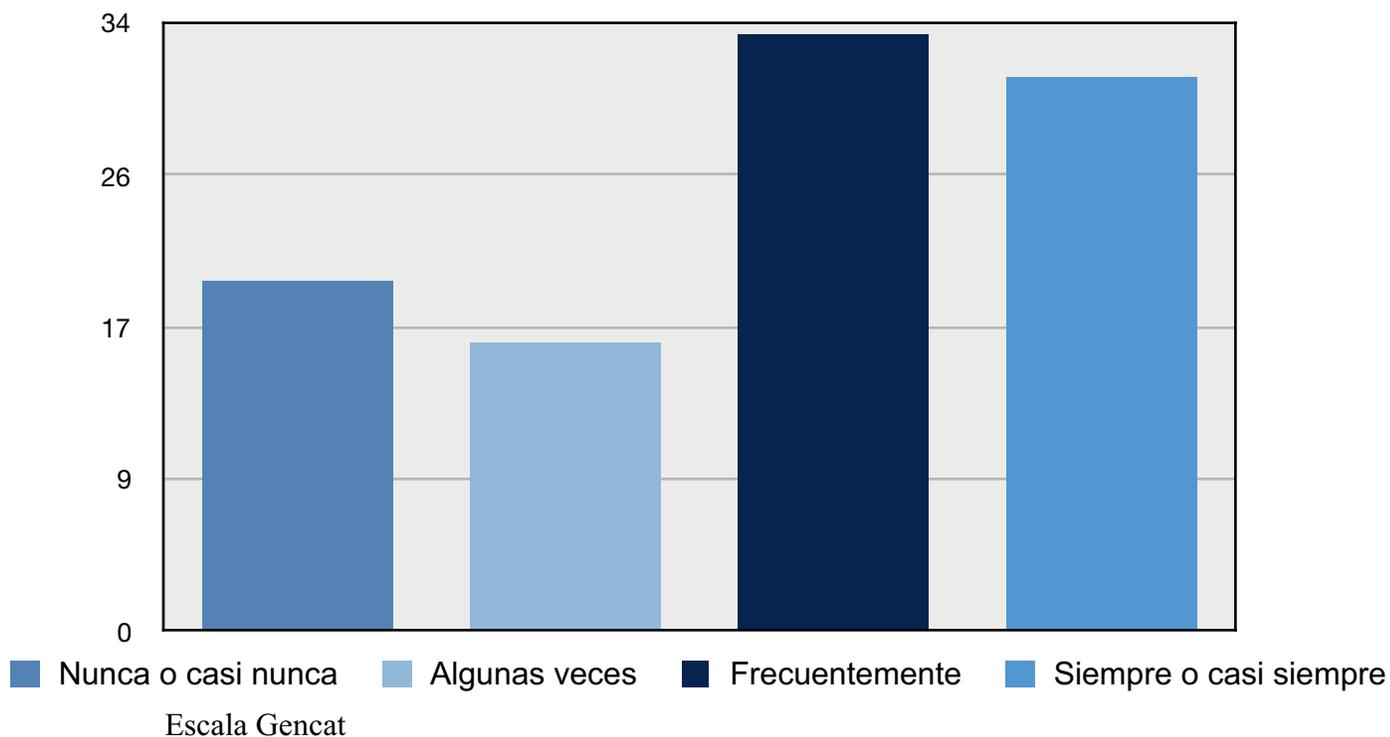


En la Dimensión **Bienestar Material**: El 33.3% frecuentemente refiere El lugar donde vive le impide un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad) , el 31.0% siempre o casi siempre, el 19.5% nunca y el 16.1% algunas veces (Tabla 22, Grafica 22)

Tabla 22
El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable desperfectos, inaccesibilidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	27	31.0
Frecuentemente	29	33.3
Algunas veces	14	16.1
Nunca	17	19.5
Total	87	100.0

Grafica 22
El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable desperfectos, inaccesibilidad



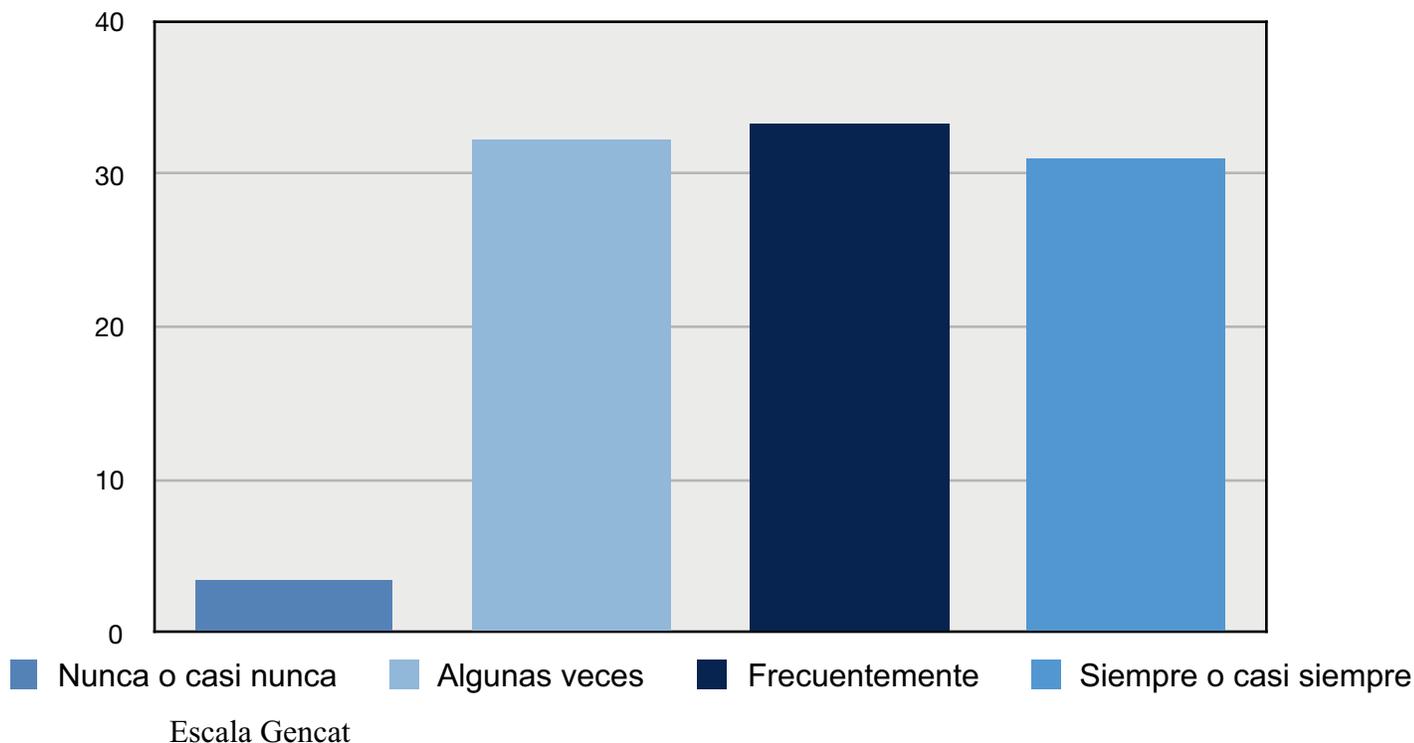
En la Dimensión **Bienestar Material**: El 33.3 % frecuentemente refiere que el lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad, el 32.2% algunas veces, el 31.0% siempre o casi siempre y el 3.4% nunca o casi nunca

(Tabla 23, Grafica 23)

Tabla 23
El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	3	3.4
Algunas veces	28	32.2
Frecuentemente	29	33.3
Siempre o casi siempre	27	31.0
Total	87	100.0

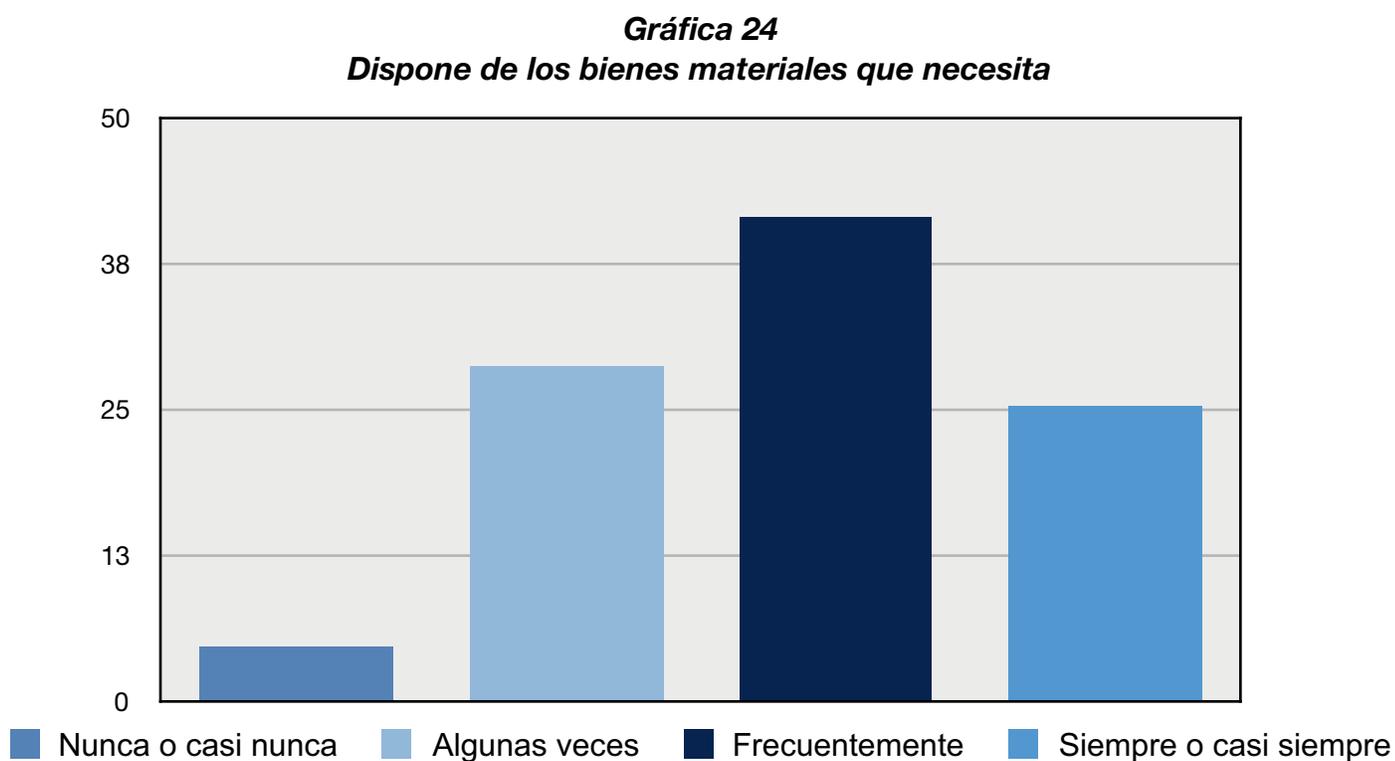
Grafica 23
El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad



En la dimensión **Bienestar Material** : El 41.4% frecuentemente dispone de los bienes materiales que necesita , el 28.7% algunas veces, el 25.3% siempre o casi siempre y el 4.6% nunca o casi nunca (Tabla 24, Grafica24)

Tabla 24
Dispone de los bienes materiales que necesita

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	4	4.6
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	36	41.4
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0



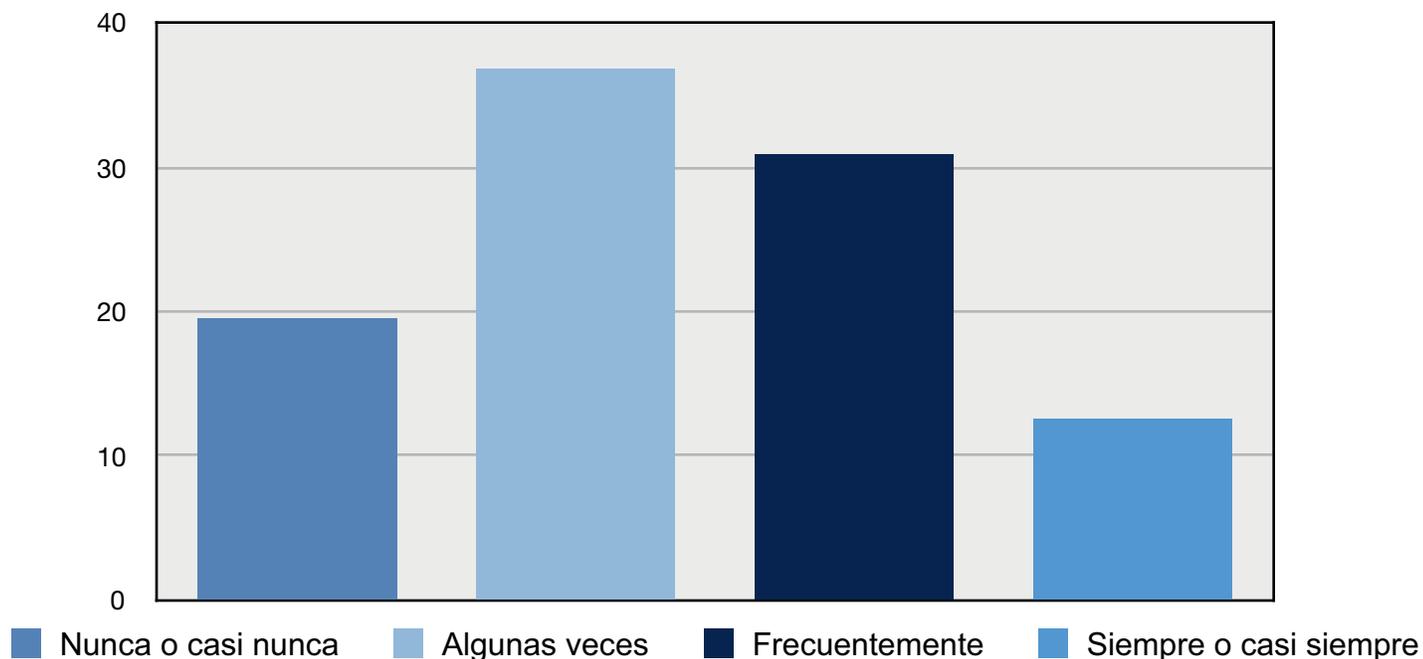
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Material**: El 36.8% algunas veces se muestra descontento con el lugar donde vive , el 31.0% frecuentemente, el 19.5% nunca el 12.6% siempre o casi siempre (Tabla 25, Grafica 25)

Tabla 25
Se muestra descontento con el lugar donde vive

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	11	12.6
Frecuentemente	27	31.0
Algunas veces	32	36.8
Nunca o casi nunca	17	19.5
Total	87	100.0

Grafica 25
Se muestra descontento con el lugar donde vive



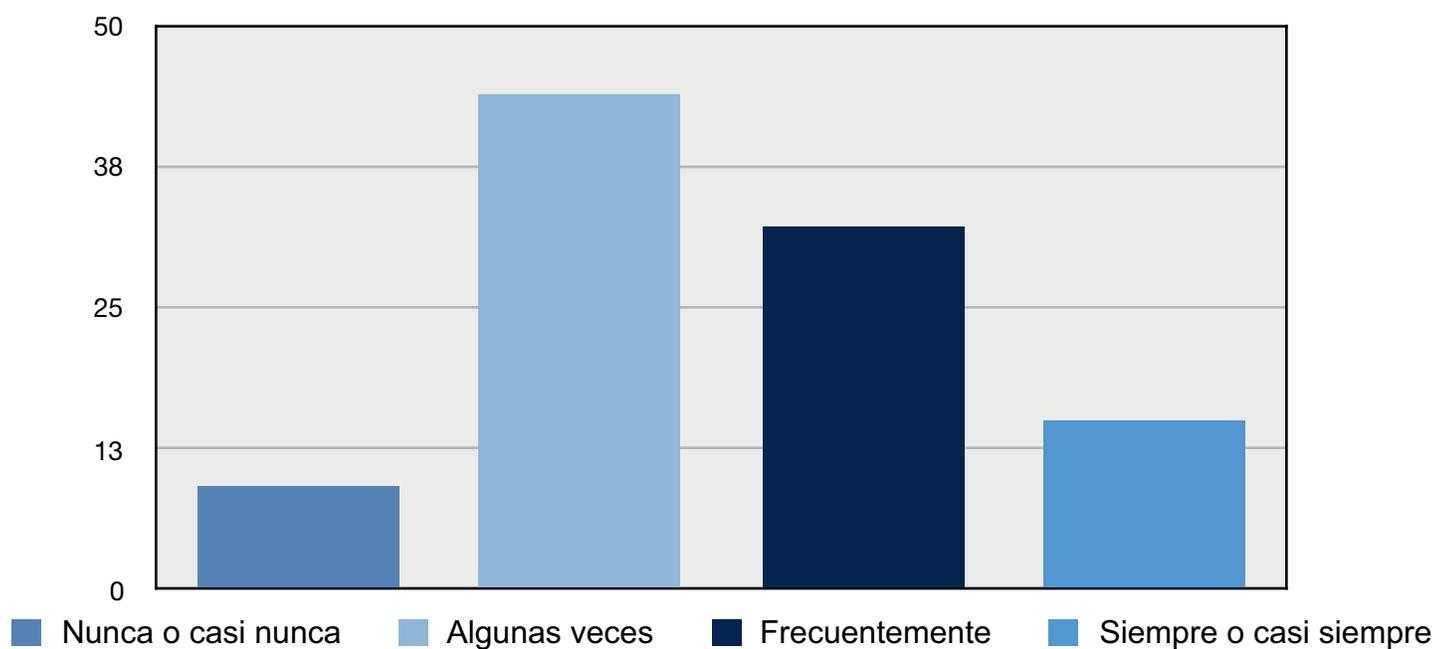
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Material**: El 43.7% algunas veces refiere que el lugar donde vive esta limpio, el 32.2% frecuentemente, el 14.9% siempre o casi siempre y el 9.2% nunca o casi nunca (Tabla 26, Grafica 26)

Tabla 26
El lugar donde vive está limpio

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	8	9.2
Algunas veces	38	43.7
Frecuentemente	28	32.2
Siempre o casi siempre	13	14.9
Total	87	100.0

Gráfica 26
El lugar donde vive está limpio



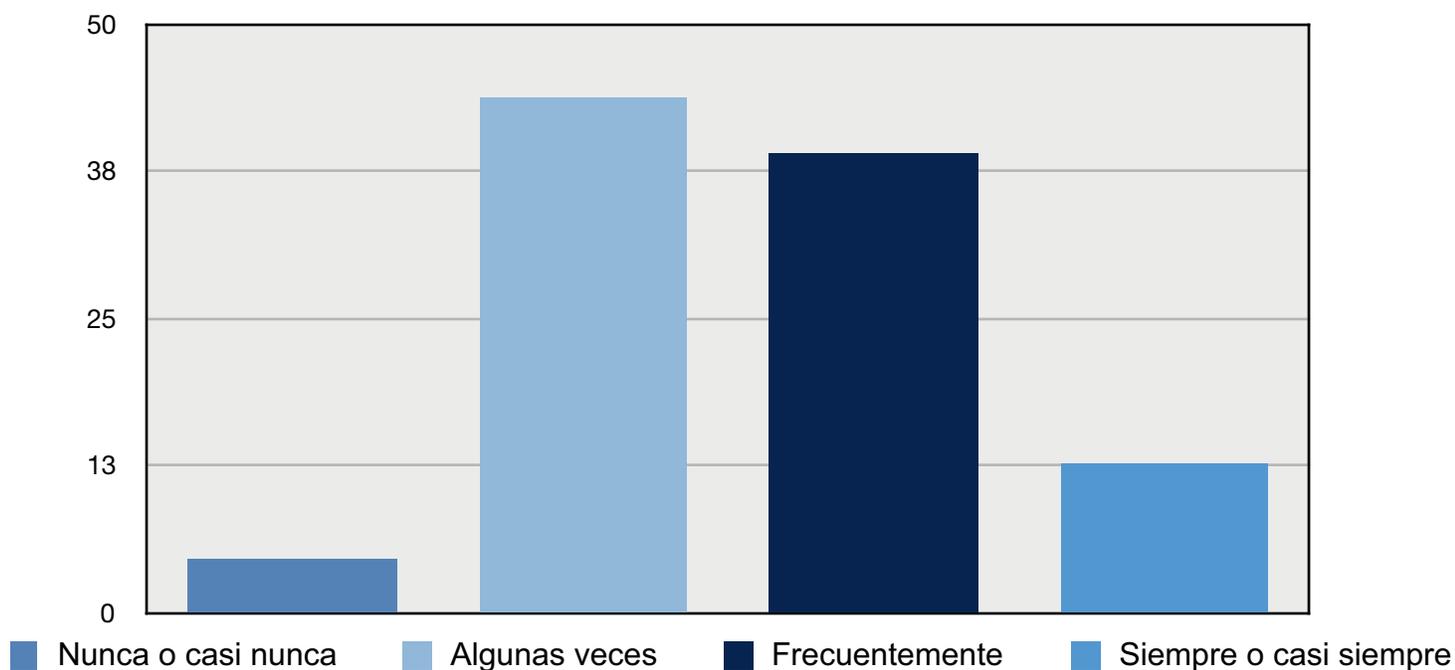
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Material** :El 43.7% algunas veces dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas, el 39.1% frecuentemente, el 12.6% siempre o casi siempre y el 4.6% nunca o casi nunca (Tabla 27, Grafica 27)

Tabla 27
Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades Básicas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	4	4.6
Algunas veces	38	43.7
Frecuentemente	34	39.1
Siempre o casi siempre	11	12.6
Total	87	100.0

Grafica 27
Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas

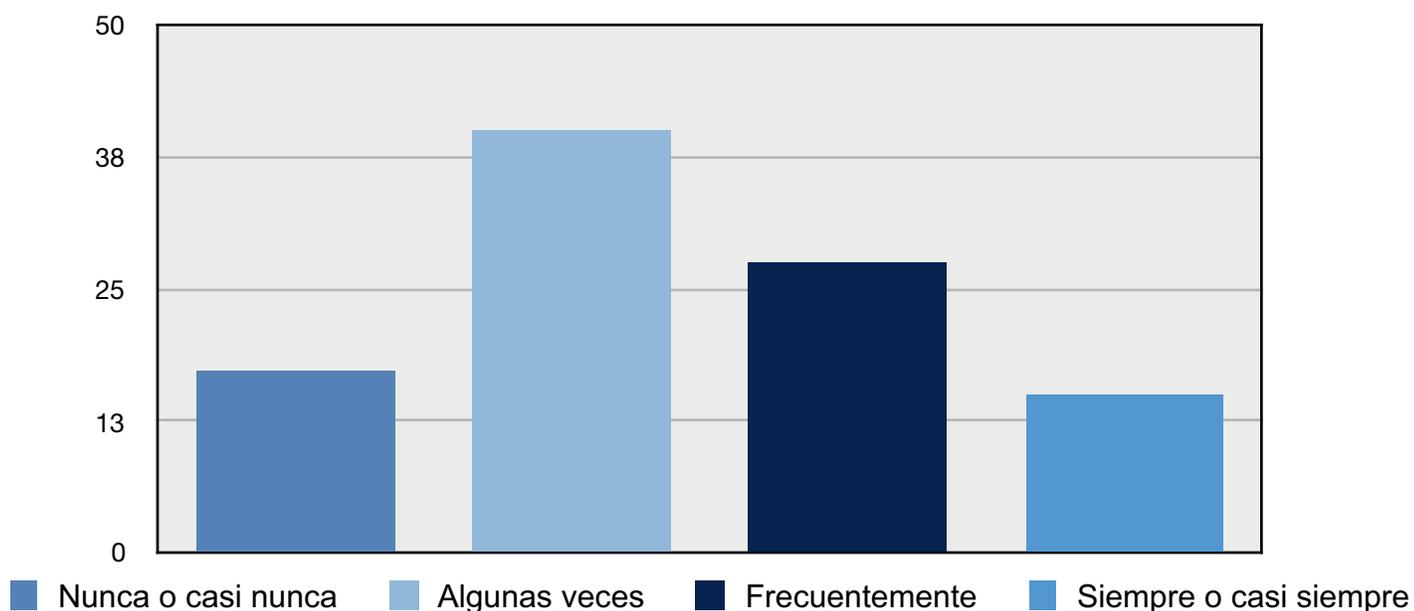


En la Dimensión **Bienestar Material**: El 40.2% algunas veces refiere que sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos, el 27.2% frecuentemente, el 17.2% nunca y el 14.9% siempre o casi siempre (Tabla 28, Grafica 28)

Tabla 28
Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a capricho

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	13	14.9
Frecuentemente	24	27.6
Algunas veces	35	40.2
Nunca o casi nunca	15	17.2
Total	87	100.0

Gráfica 28
Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a capricho



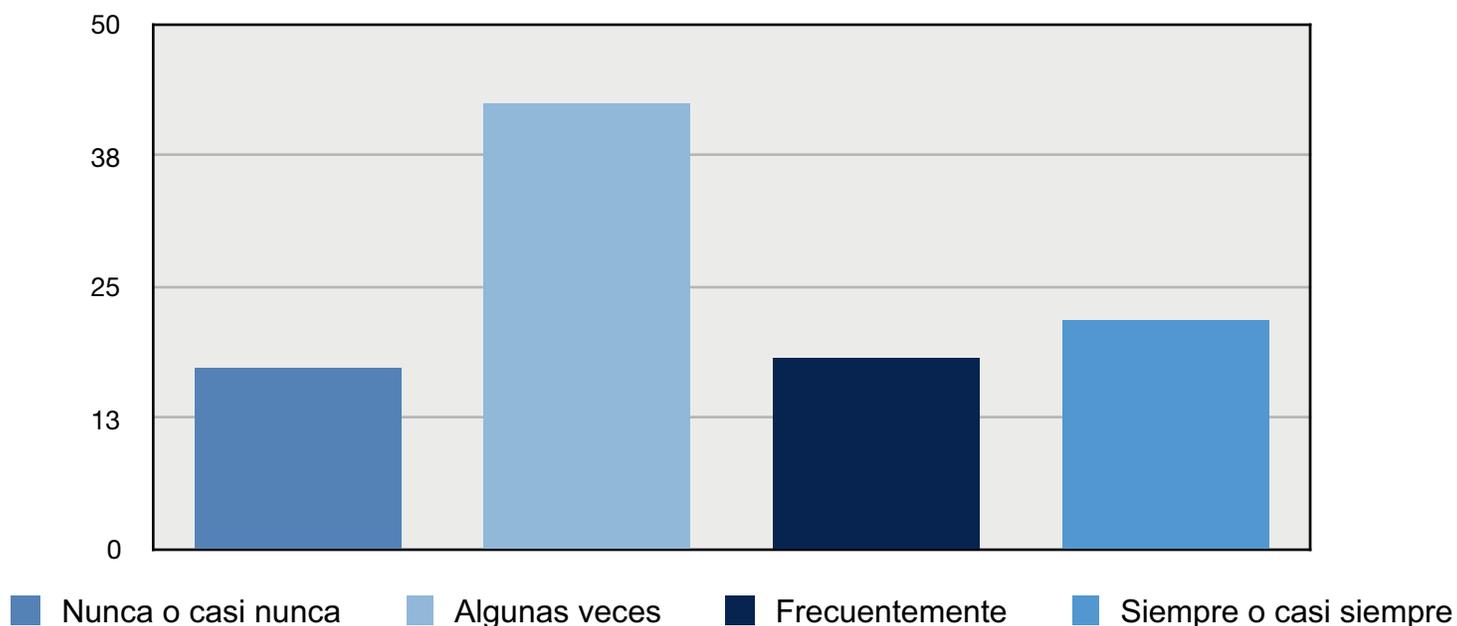
Escala Gencat

En la dimensión **Bienestar Material**: El 42.5% refirió algunas veces. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades, el 21.8 siempre o casi siempre, el 18.4% frecuentemente y el 17.2% nunca o casi nunca. (Tabla 29, Grafica 29)

Tabla 29
El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	15	17.2
Algunas veces	37	42.5
Frecuentemente	16	18.4
Siempre o casi siempre	19	21.8
Total	87	100.0

Grafica 29
El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades

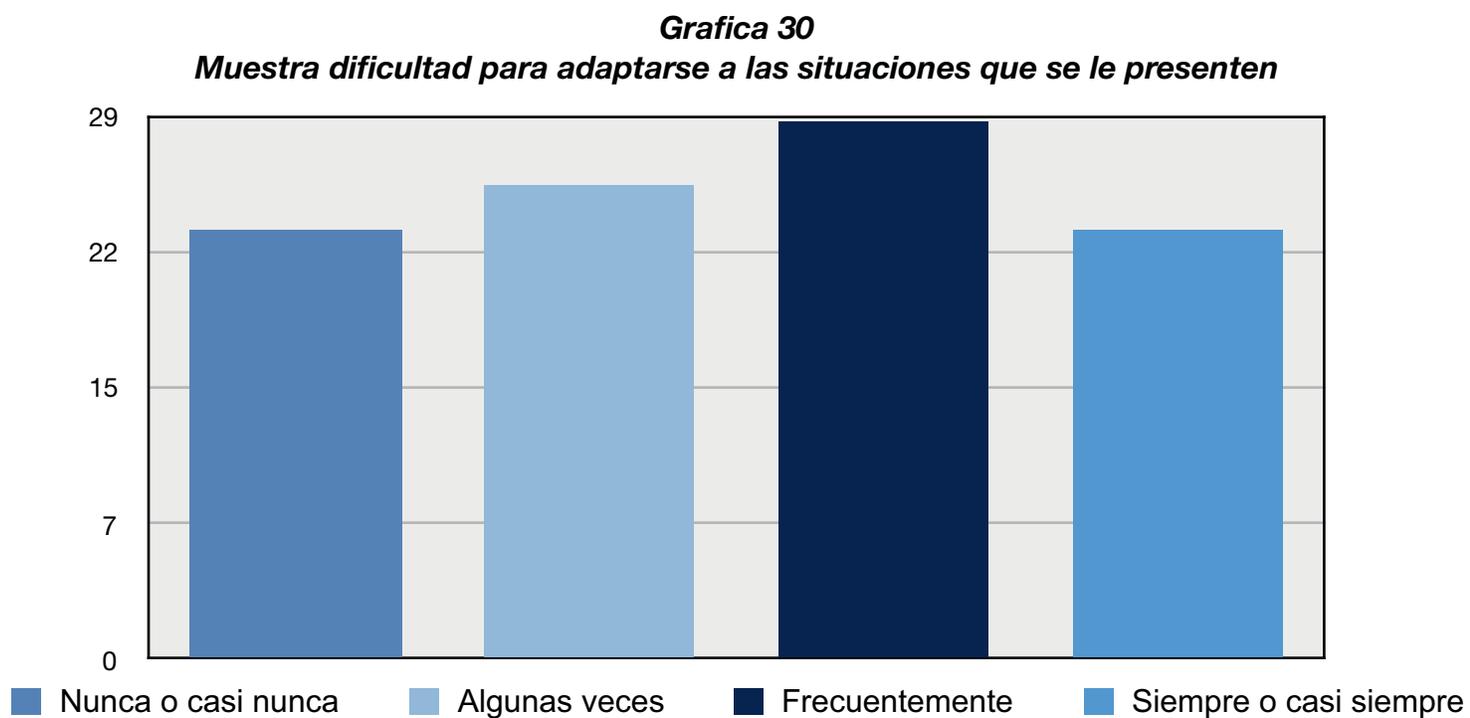


Escala Gencat

En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 28.7% refiere frecuentemente muestra dificultades para adaptarse a las situaciones que se le presentan, el 25.3% algunas veces con un 23 % para en nunca o casi nunca (Tabla 30, Grafica 30)

Tabla 30
Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presenten

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	20	23.0
Frecuentemente	25	28.7
Algunas veces	22	25.3
Nunca o casi nunca	20	23.0
Total	87	100.0



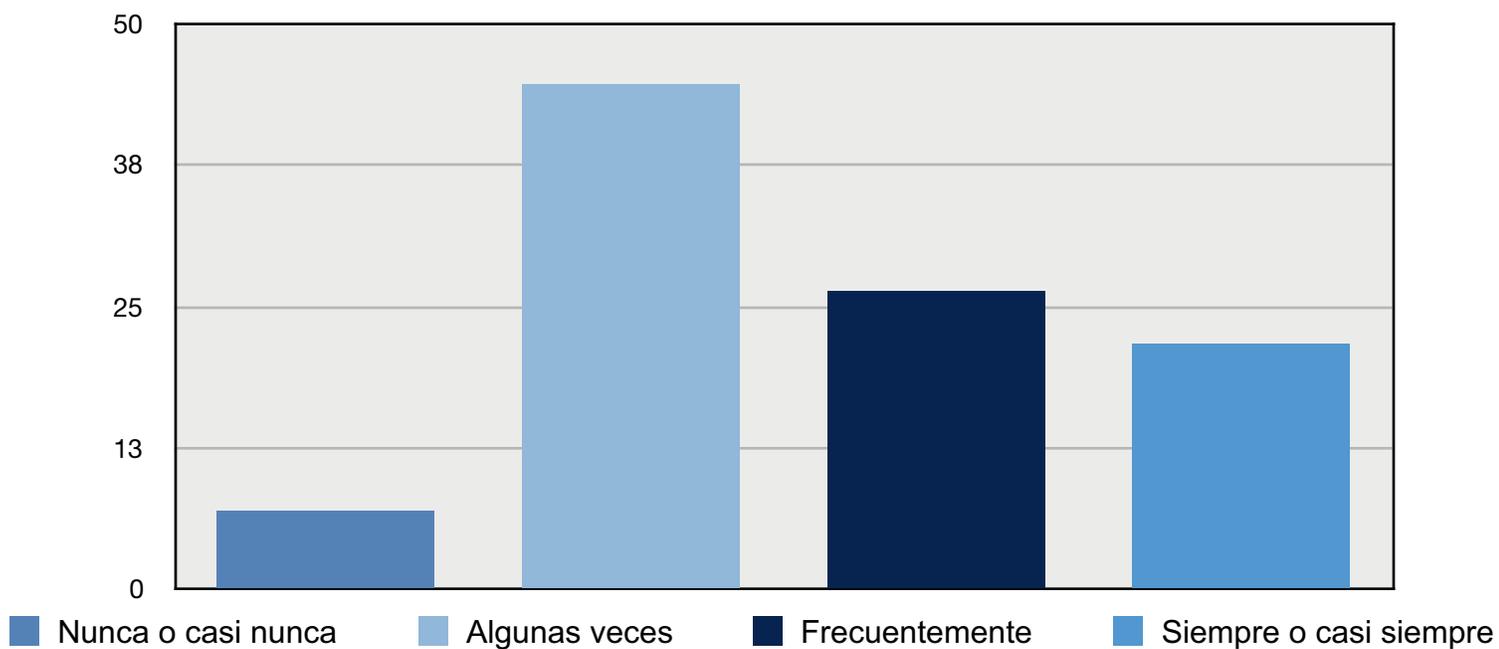
Escala Gencat

En la dimensión **Desarrollo Personal**: El 44.8% refirió algunas veces tener acceso a nuevas tecnologías como lo son (internet, teléfono móvil, etc.), el 26.4% frecuentemente, el 21.8% siempre o casi siempre y el 6.9% nunca o casi nunca. (Tabla 31, Grafica 31)

Tabla 31
Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, Telefono Móvil, etc.).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	6	6.9
Algunas veces	39	44.8
Frecuentemente	23	26.4
Siempre o casi siempre	19	21.8
Total	87	100.0

Grafica 31
Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).



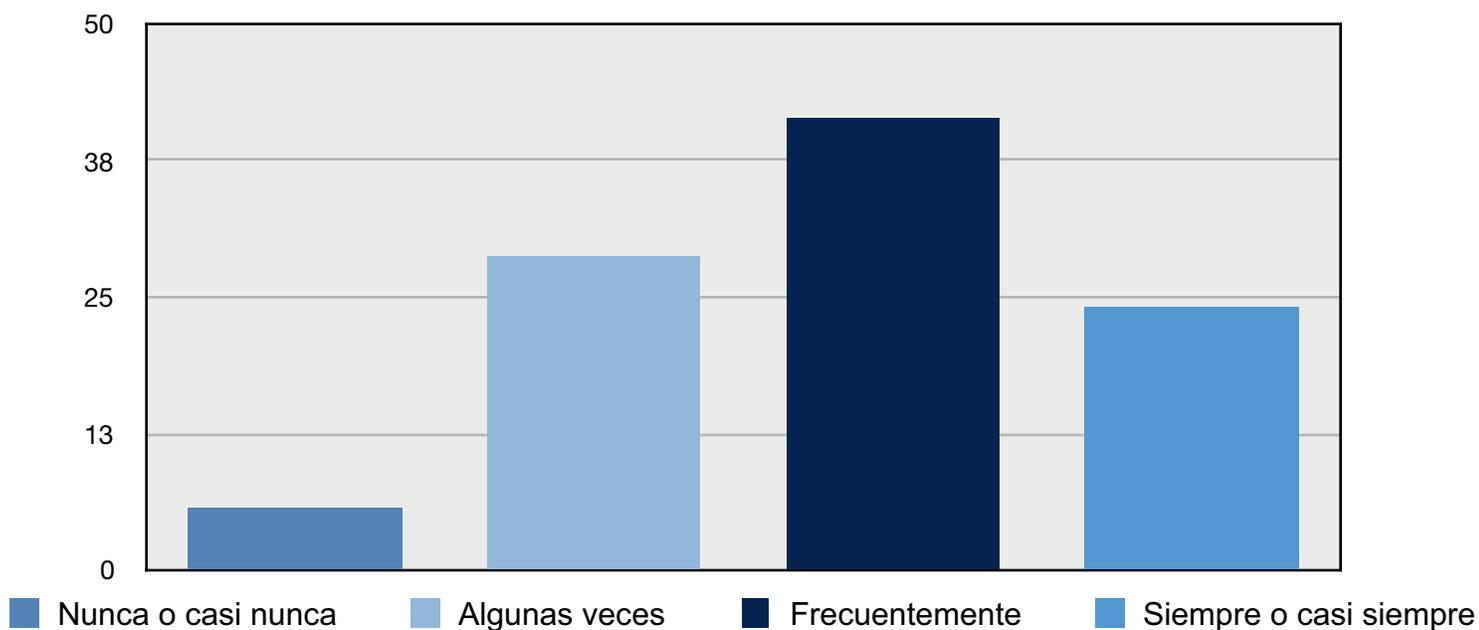
Escala Gencat

En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 41.4% refirió frecuentemente que, si el trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades, el 28.7% algunas veces, el 24.1 % siempre o casi siempre y el 5.7% nunca o casi nunca. (Tabla 32, grafica 32)

Tabla 32
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	5	5.7
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	36	41.4
Siempre o casi siempre	21	24.1
Total	87	100.0

Grafica 32
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades



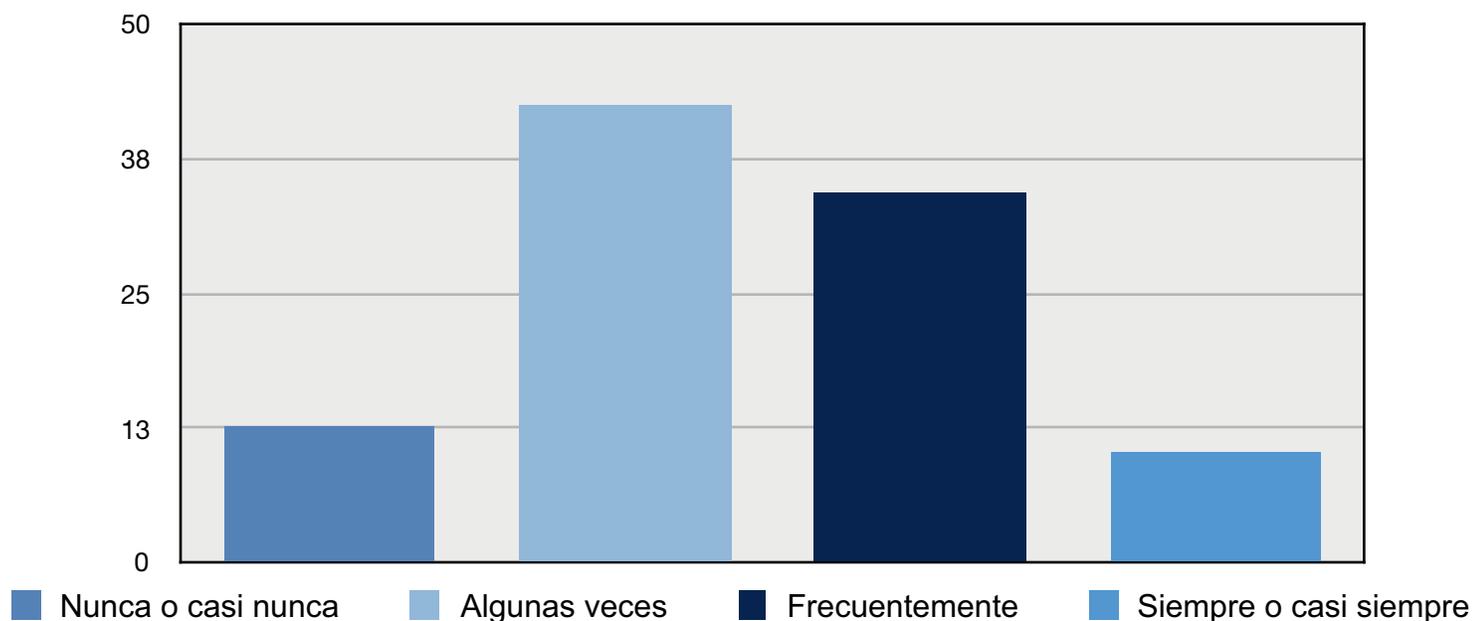
Escala Gencat

En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 42,5% algunas veces Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que le plantean, el 34.4% frecuentemente, el 12.6% nunca o casi nunca, y el 10.3% siempre o casi siempre (Tabla 33, Grafica 33)

Tabla 33
Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que le plantean

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	11	12.6
Algunas veces	37	42.5
Frecuentemente	30	34.4
Siempre o casi siempre	9	10.3
Total	87	100.0

Grafica 33
Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que le plantean



Escala Gencat

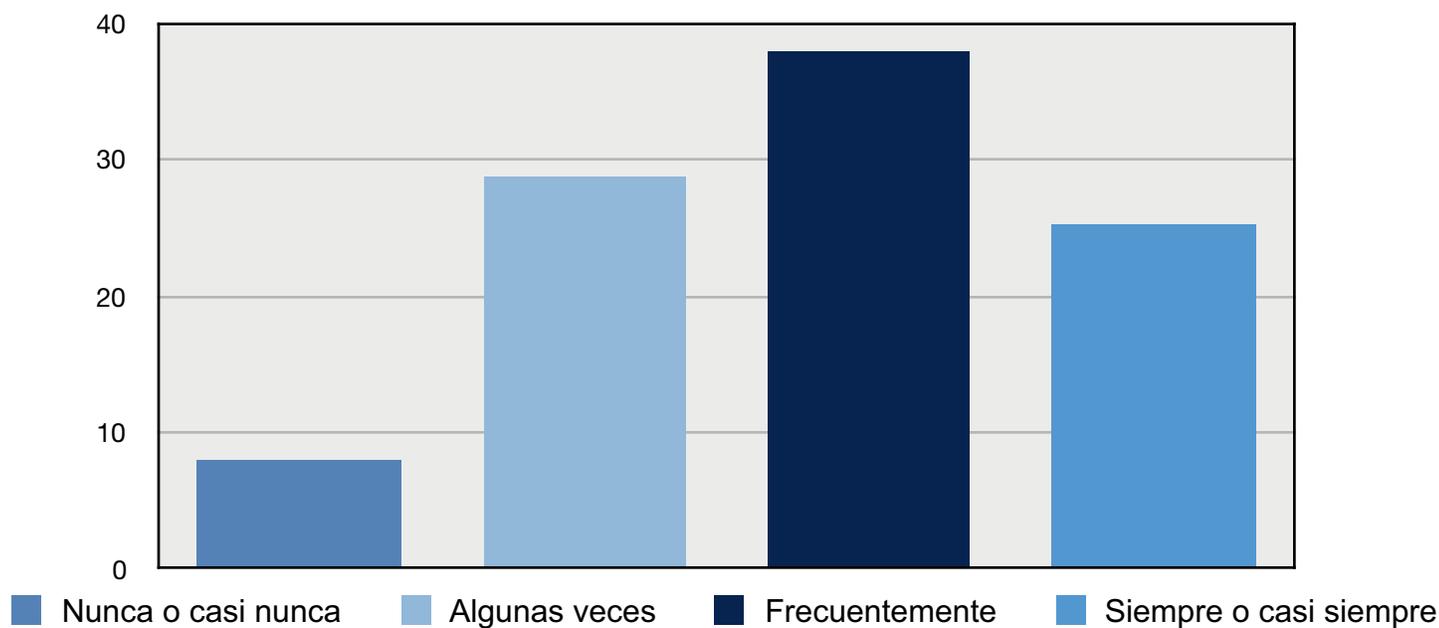
En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 37.9% refirió frecuentemente se desarrolla su trabajo de manera competente y responsable, el 28.7% algunas veces, el 25.3% siempre o casi siempre y el 8.0% nunca o casi nunca

(Tabla 34, Grafica 34)

Tabla 34
Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	7	8.0
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	33	37.9
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0

Grafica 34
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades



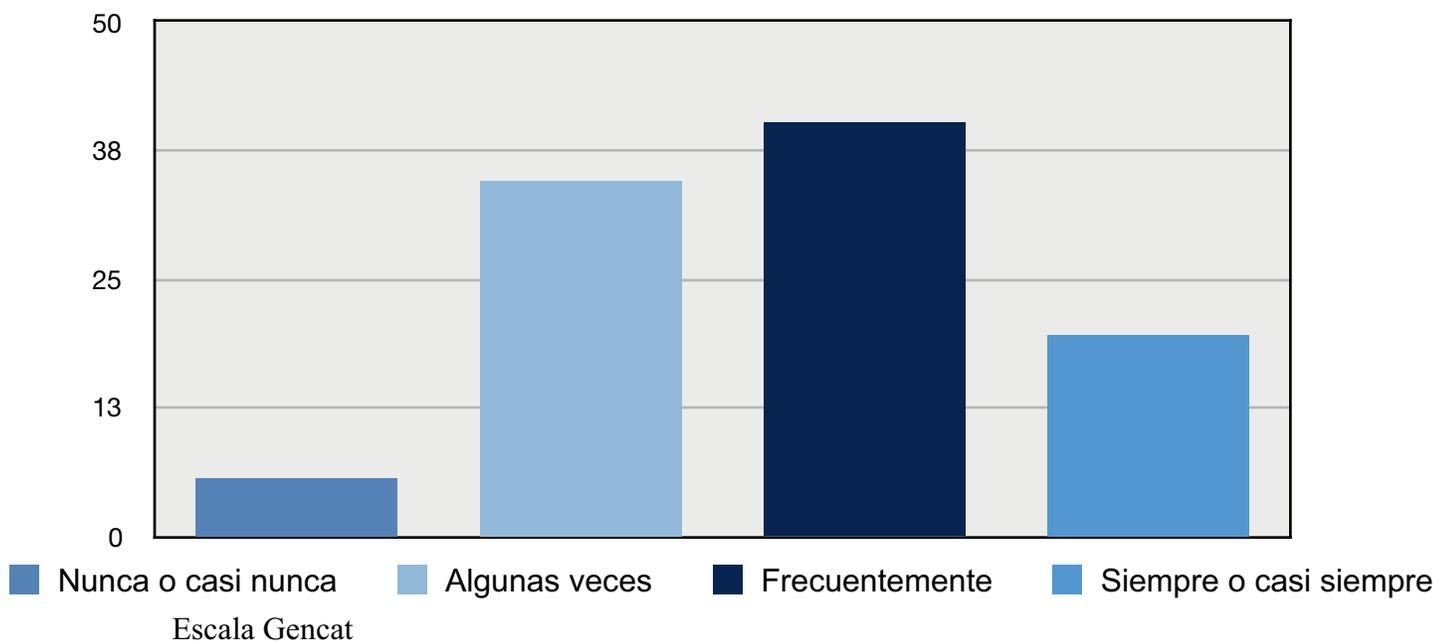
Escala Gencat

En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 40.2% refirió frecuentemente el servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas, el 34.5% algunas veces, el 19.5% siempre o casi siempre y el 5.7% nunca o casi nunca. (Tabla 35, Grafica 35)

Tabla 35
El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	5	5.7
Algunas veces	30	34.5
Frecuentemente	35	40.2
Siempre o casi siempre	17	19.5
Total	87	100.0

Grafica 35
El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas



En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 37.9% refirió frecuentemente participa en la elaboración de su programa individual, el 31.0% algunas veces, el 20.7% siempre o casi siempre y el 10.3% nunca o casi nunca.

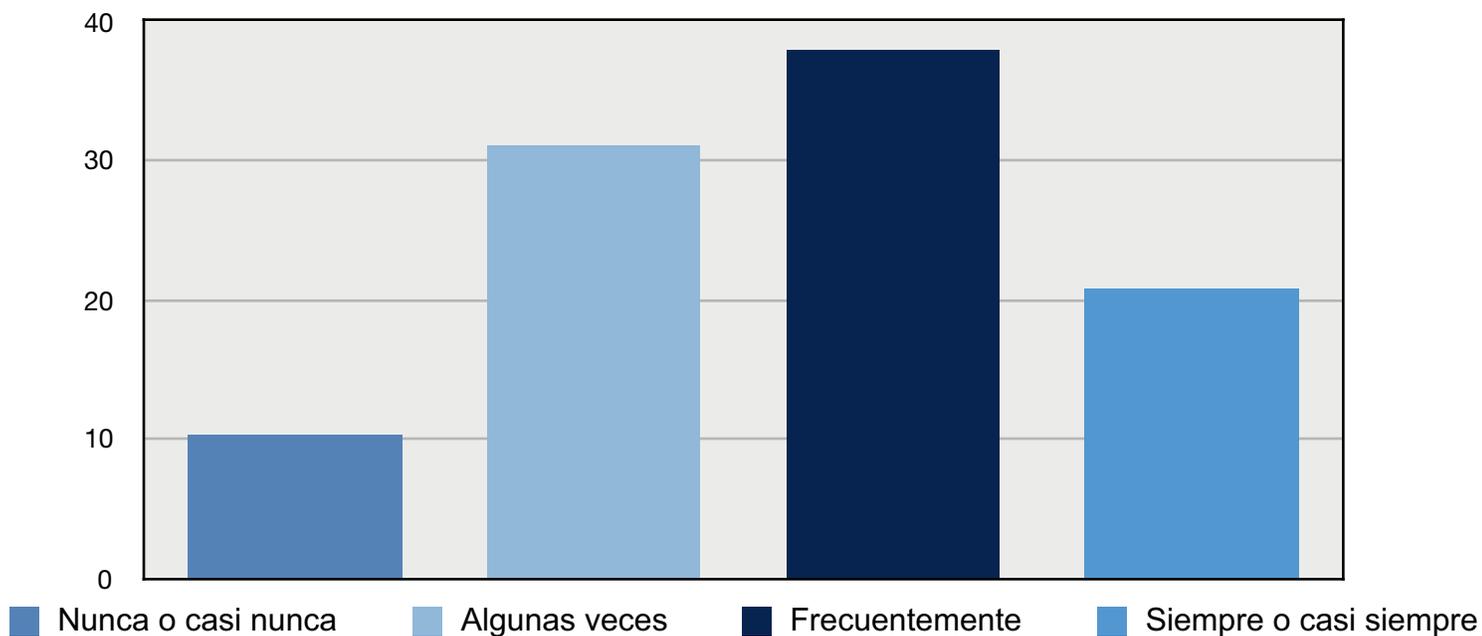
(Tabla 36, Grafica 36)

Tabla 36
Participa en la elaboración de su programa individual

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	9	10.3
Algunas veces	27	31.0
Frecuentemente	33	37.9
Siempre o casi siempre	18	20.7
Total	87	100.0

Escala Gencat

Grafica 36
Participa en la elaboración de su programa individual

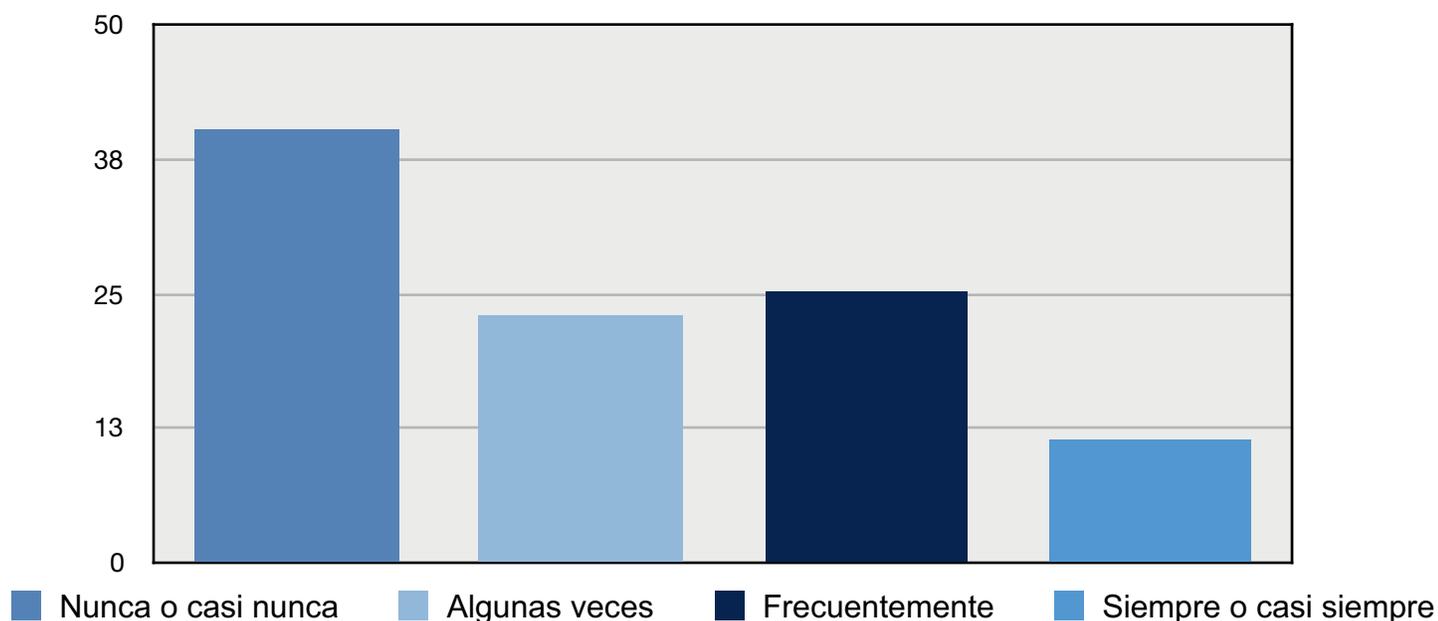


Escala Gencat

En la Dimensión **Desarrollo Personal**: El 40.2% refirió nunca o casi nunca se muestra desmotivado en su trabajo, el 25.3% frecuentemente, el 23.0% algunas veces y el 11.5% siempre o casi siempre. (Tabla 37, Grafica 37)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	10	11.5
Frecuentemente	22	25.3
Algunas veces	20	23.0
Nunca o casi nunca	35	40.2
Total	87	100.0

Grafica 37
Se muestra desmotivado en su trabajo



Escala Gencat

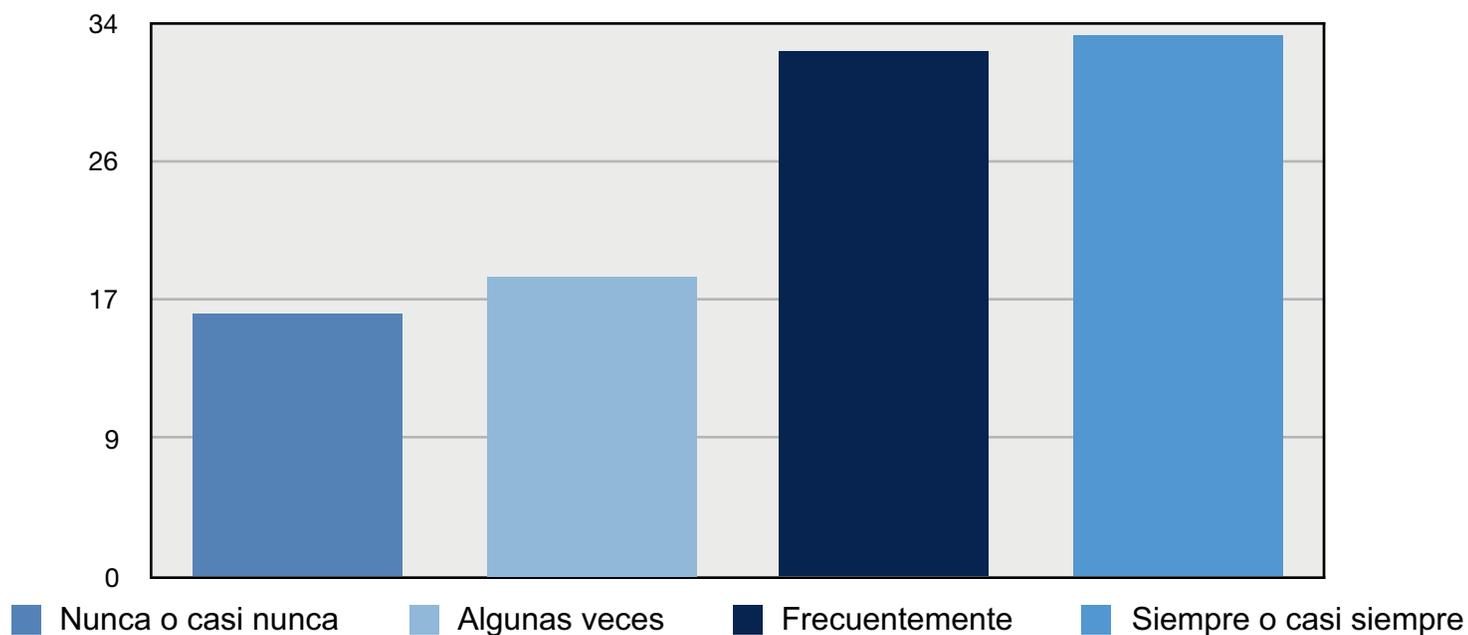
En la Dimensión **Bienestar Físico**: El 33.3% refirió siempre o casi siempre tiene problemas de sueño. el 33.3% refirió siempre o casi siempre, el 32.2% frecuentemente, el 18.4% algunas veces y el 16.1% nunca o casi nunca.

(Tabla 38, Grafica 38)

Tabla 38
Tiene problemas de sueño

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	29	33.3
Frecuentemente	28	32.2
Algunas veces	16	18.4
Nunca o casi nunca	14	16.1
Total	87	100.0

Grafica 38
Tiene problemas de sueño



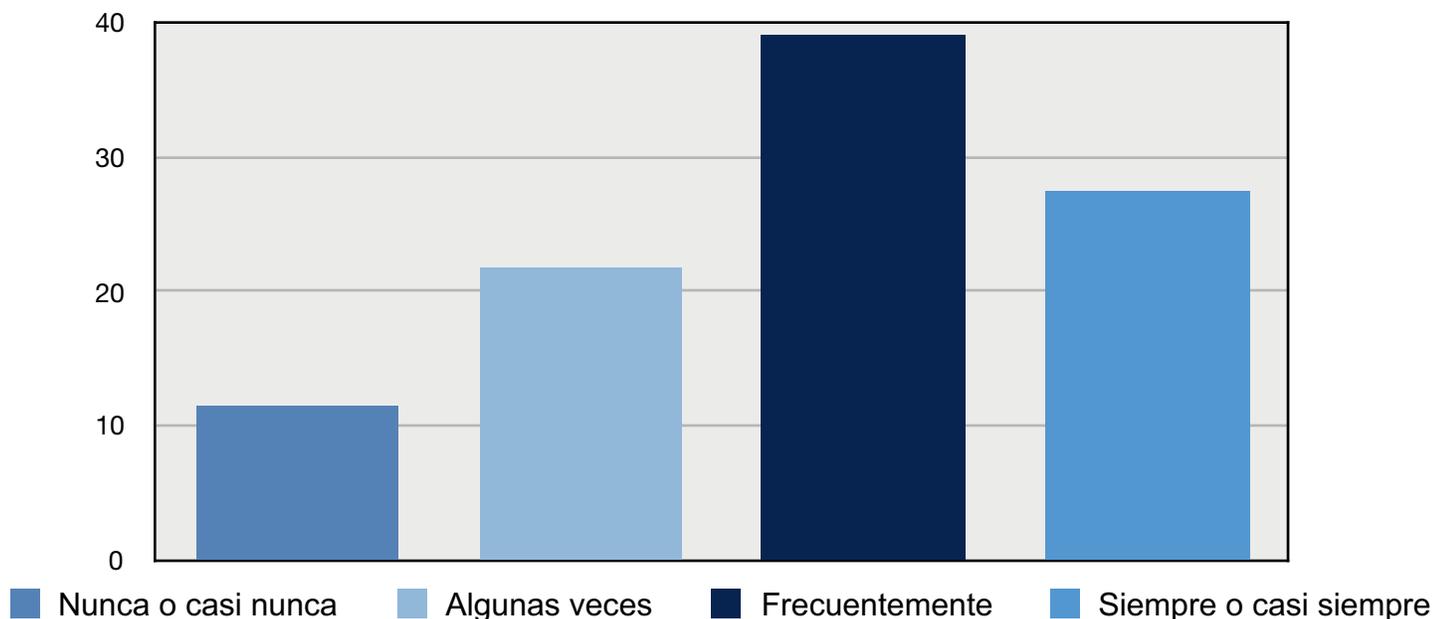
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico** El 39.1% refirió frecuentemente dispone de ayudas técnicas si las necesita, el 27.6% siempre o casi siempre, el 21.8% algunas veces y el 11.5% nunca o casi nunca (Tabla 39, Grafica 39)

Tabla 39
Dispone de ayudas técnicas si las necesita

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	10	11.5
Algunas veces	19	21.8
Frecuentemente	34	39.1
Siempre o casi siempre	24	27.6
Total	87	100.0

Grafica 39
Dispone de ayudas técnicas si las necesita



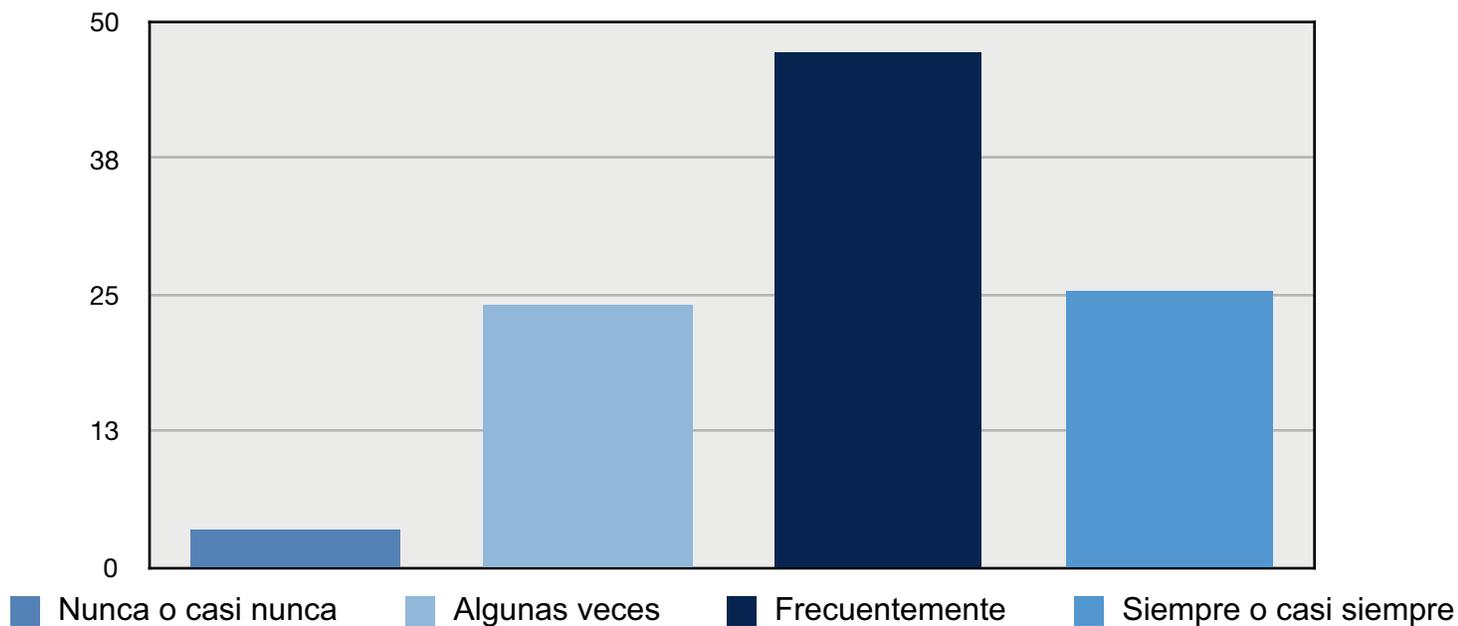
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico**: El 47.1% refirió que frecuentemente sus hábitos de alimentación son saludables, el 25.3% siempre o casi siempre el 24.1% algunas veces y el 3.4% nunca o casi nunca (Tabla 40, Grafica 40)

Tabla 40
Sus hábitos de alimentación son saludables

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	3	3.4
Algunas veces	21	24.1
Frecuentemente	41	47.1
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0

Grafica 40
Sus hábitos de alimentación son saludables



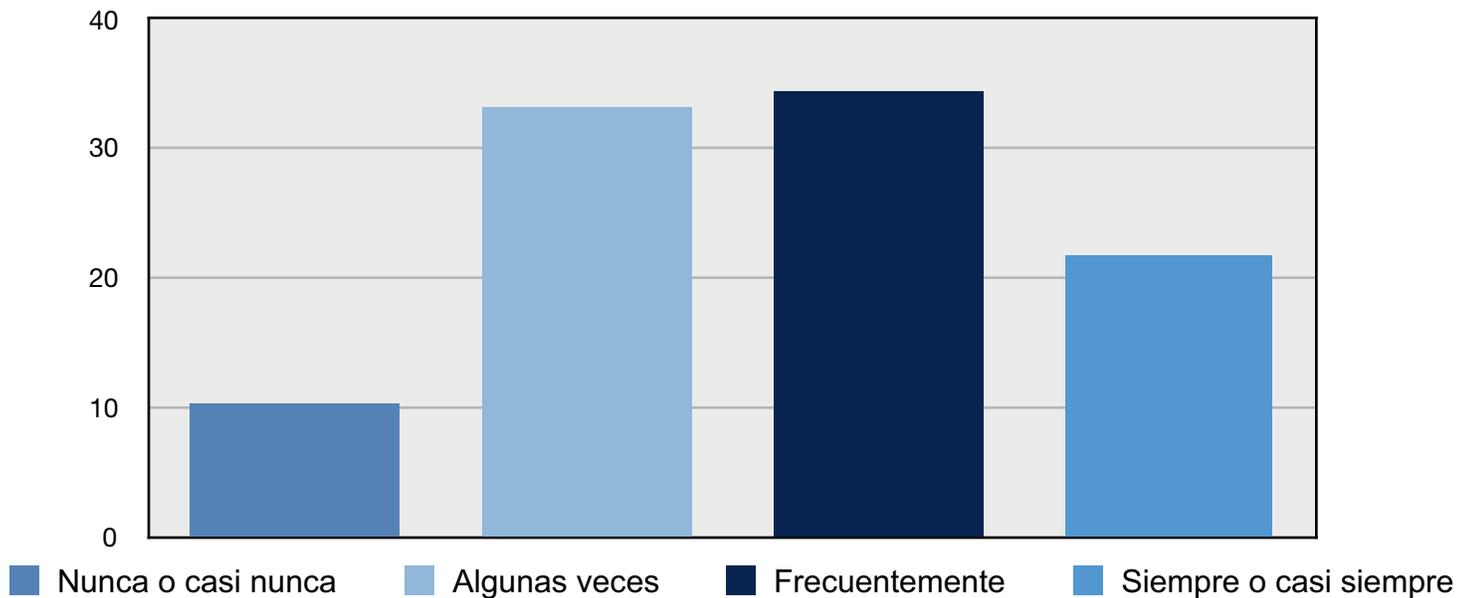
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico**: El 34.5% refirió frecuentemente su estado de salud le permite llevar una actividad normal, el 33.3% algunas veces, el 21.8% siempre o casi siempre y el 10.3% nunca o casi nunca (Tabla 41, Grafica 41)

Tabla 41
Su estado de salud le permite llevar una actividad normal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	9	10.3
Algunas veces	29	33.3
Frecuentemente	30	34.5
Siempre o casi siempre	19	21.8
Total	87	100.0

Grafica 41
Su estado de salud le permite llevar una actividad normal



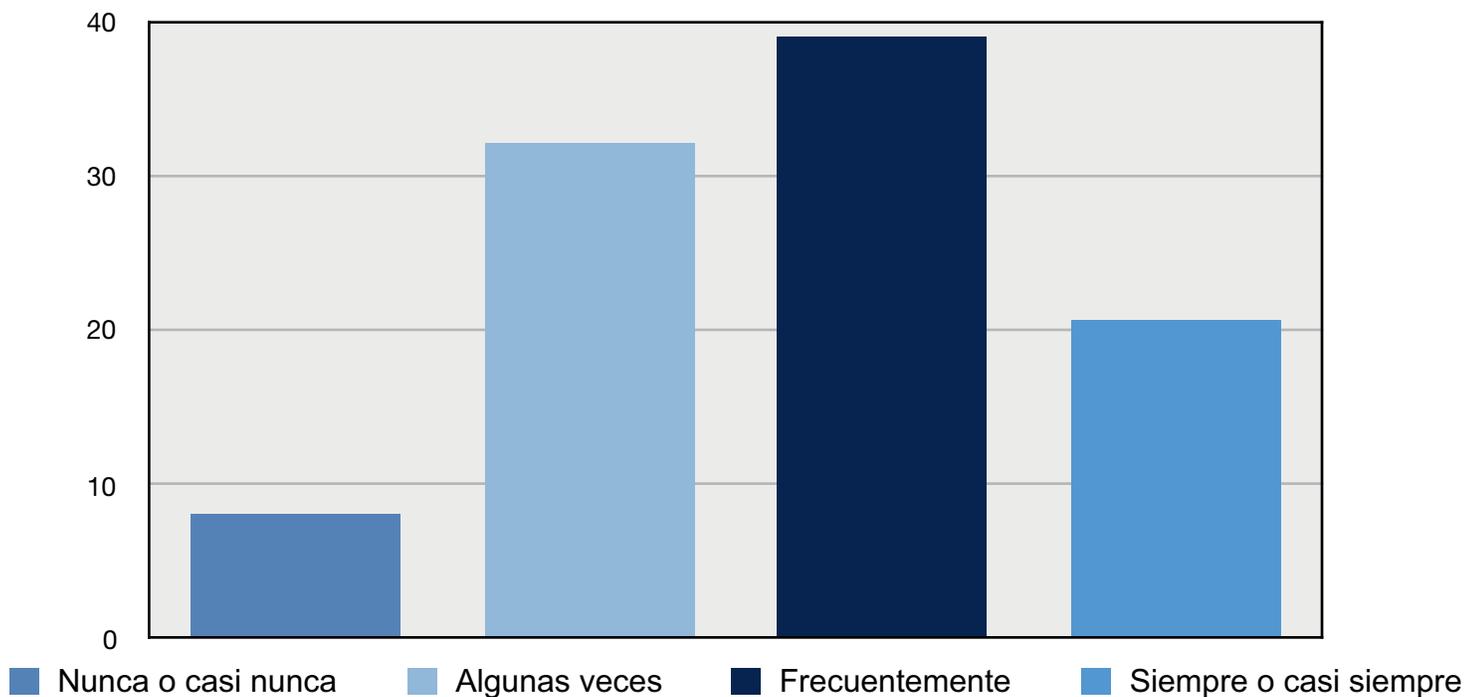
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico**. El 39.1% refirió frecuentemente tiene un buen aseo personal, el 32.2% algunas veces, el 20.7% siempre o casi siempre y el 8.0% nunca o casi nunca. (Tabla 42, Grafica 42)

Tabla 42
Tiene un buen aseo personal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	7	8.0
Algunas veces	28	32.2
Frecuentemente	34	39.1
Siempre o casi siempre	18	20.7
Total	87	100.0

Grafica 42
Tiene un buen aseo personal



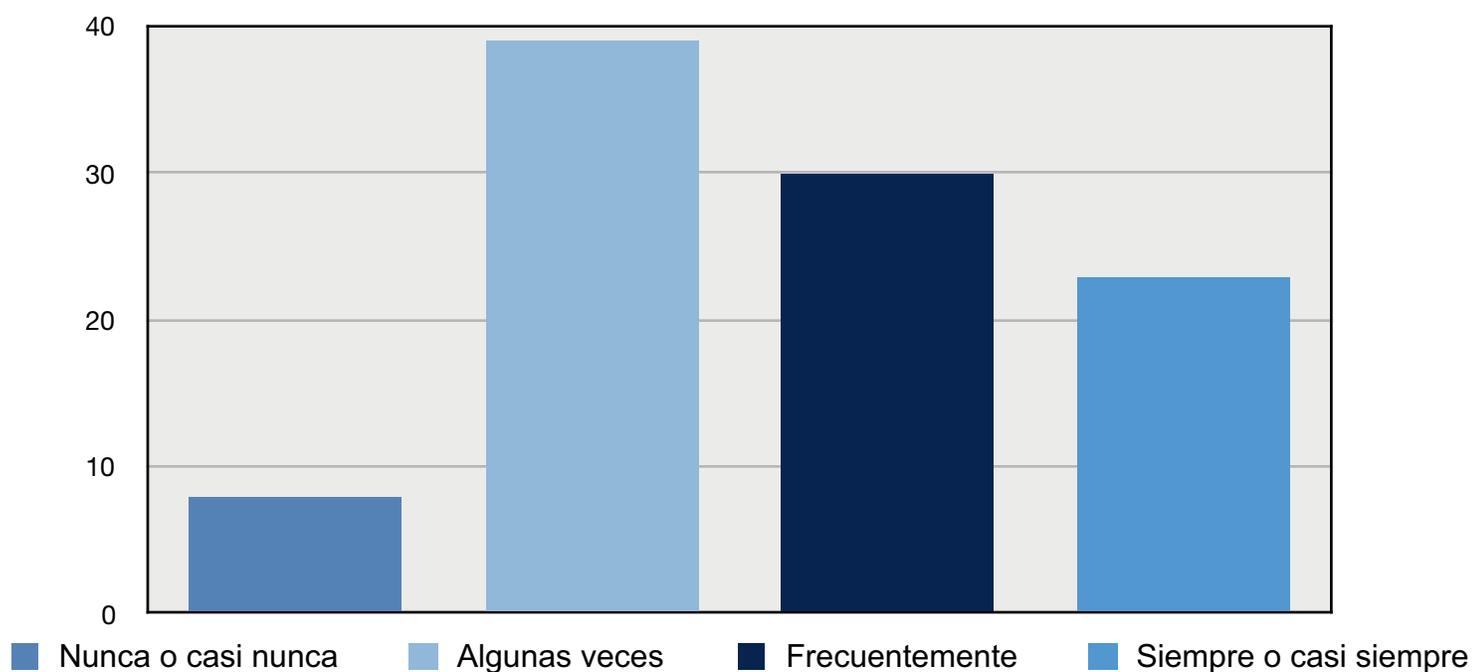
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico**. El 39.1% refirió algunas veces en el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma, el 29.9% frecuentemente, el 23.0% siempre o casi siempre y el 8.0% nunca o casi nunca.

(Tabla 43, Grafica 43)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	7	8.0
Algunas veces	34	39.1
Frecuentemente	26	29.9
Siempre o casi siempre	20	23.0
Total	87	100.0

Grafica 43
En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma



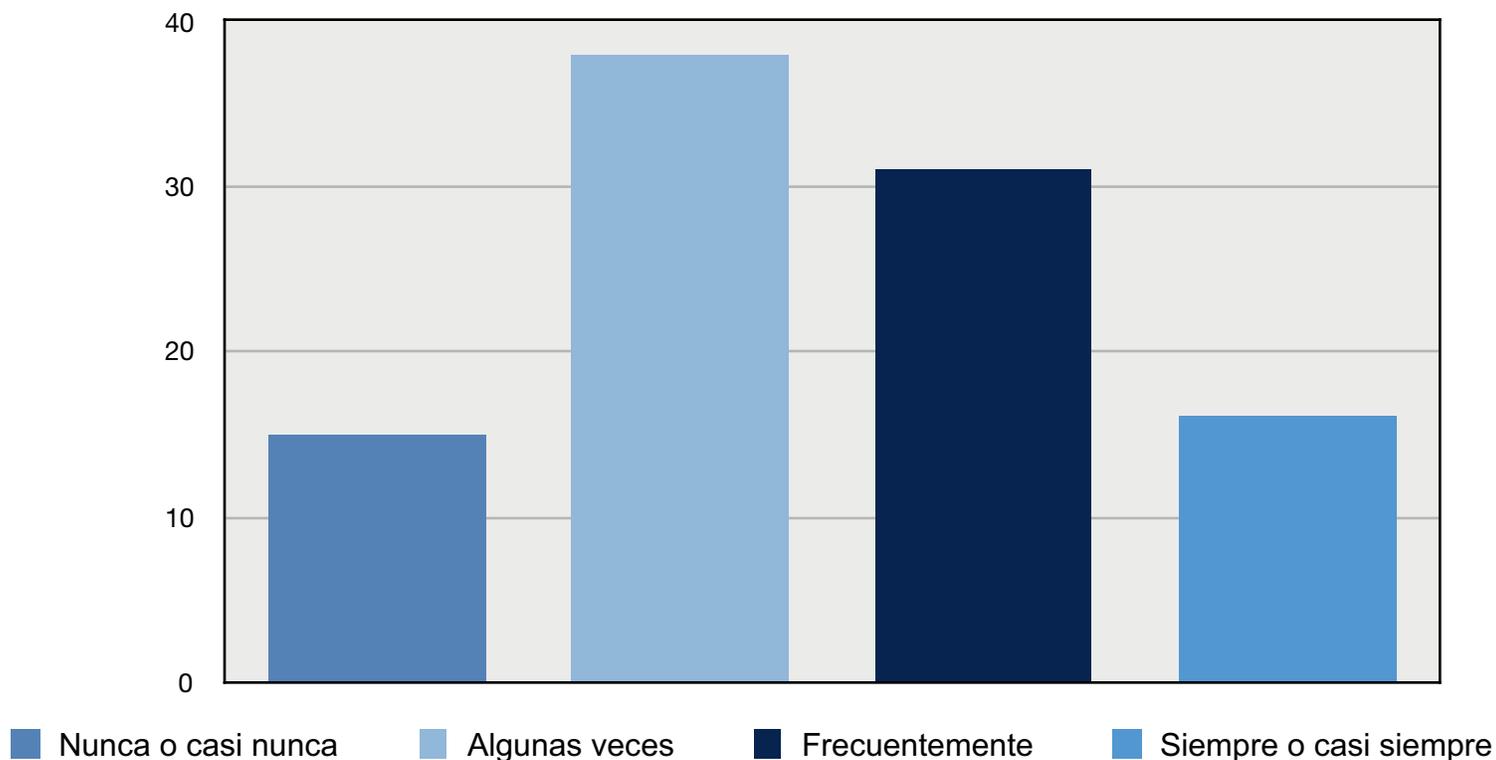
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico** El 37.9% refirió algunas veces sus problemas de salud le producen dolor y malestar, el 31.0% frecuentemente, el 16.1% siempre o casi siempre y el 14.9% nunca o casi nunca. (Tabla 44, Grafica 44)

Tabla 44
Sus problemas de salud le producen dolor y malestar

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	14	16.1
Frecuentemente	27	31.0
Algunas veces	33	37.9
Nunca o casi nunca	13	14.9
Total	87	100.0

Grafica 44
Sus problemas de salud le producen dolor y malestar



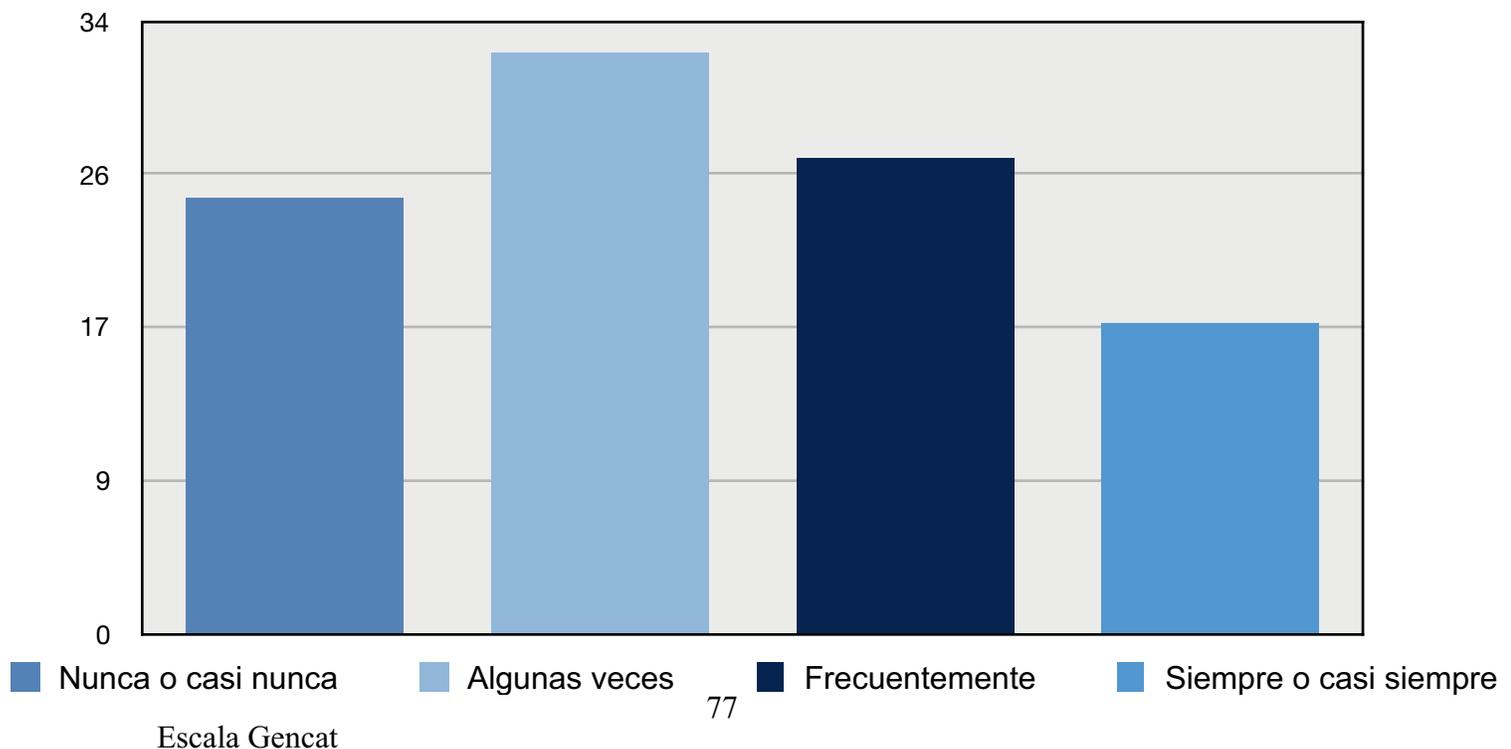
Escala Gencat

En la Dimensión **Bienestar Físico**: El 32.2% refirió algunas veces tiene dificultades de acceso o recurso de atención sanita (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.) el 26.4% frecuentemente, el 24.1% nunca o casi nunca y el 17.2% siempre o casi siempre. (Tabla 45, Grafica 45)

Tabla 45
Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanita (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	15	17.2
Frecuentemente	23	26.4
Algunas veces	28	32.2
Nunca o casi nunca	21	24.1
Total	87	100.0

Grafica 45
Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanita (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)

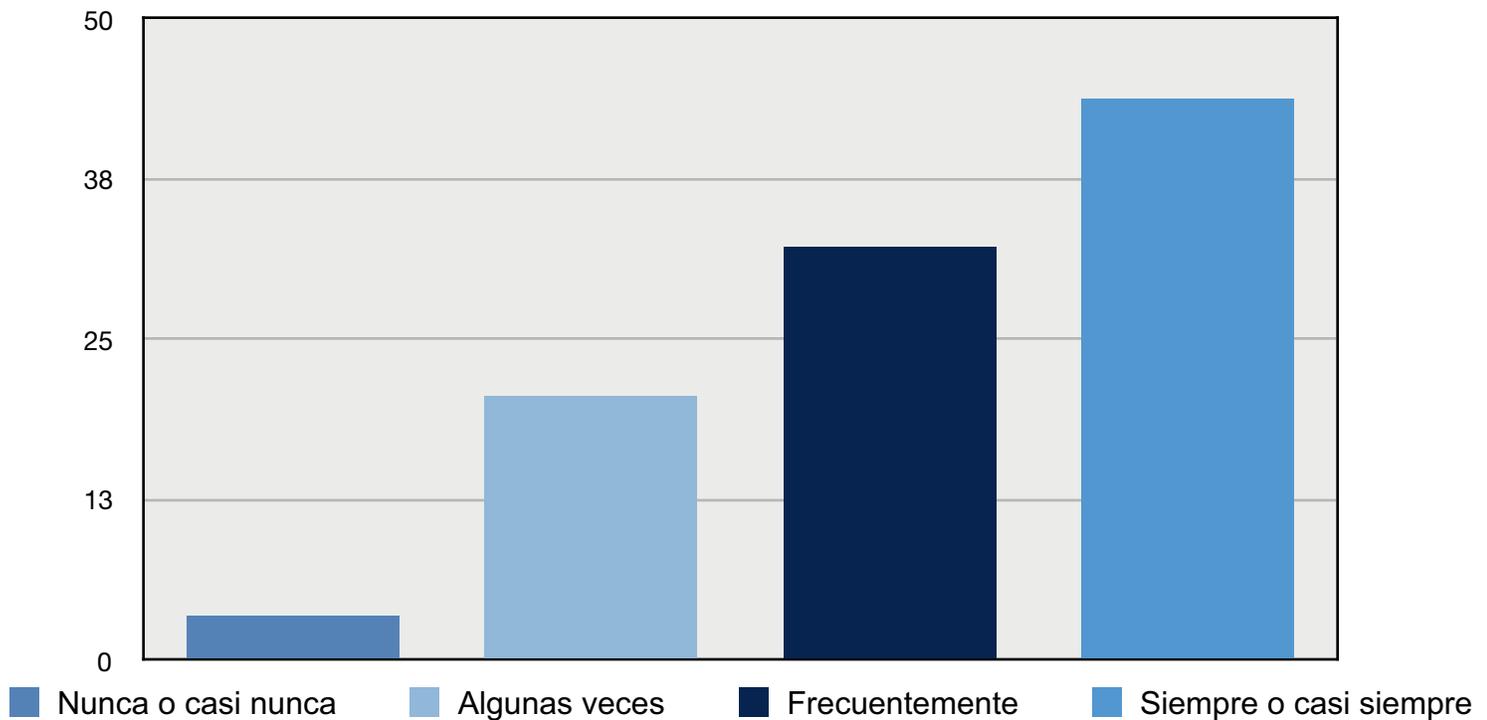


En la Dimensión **Autodeterminación**: El 43.7% refirió siempre o casi siempre tiene metas, objetivos e intereses personales, el 32.2% frecuentemente, el 20.7% algunas veces y el 3.4% nunca o casi nunca. (Tabla 46, Grafica 46)

Tabla 46
Tiene metas, objetivos e intereses personales

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	3	3.4
Algunas veces	18	20.7
Frecuentemente	28	32.2
Siempre o casi siempre	38	43.7
Total	87	100.0

Grafica 46
Tiene metas, objetivos e intereses personales

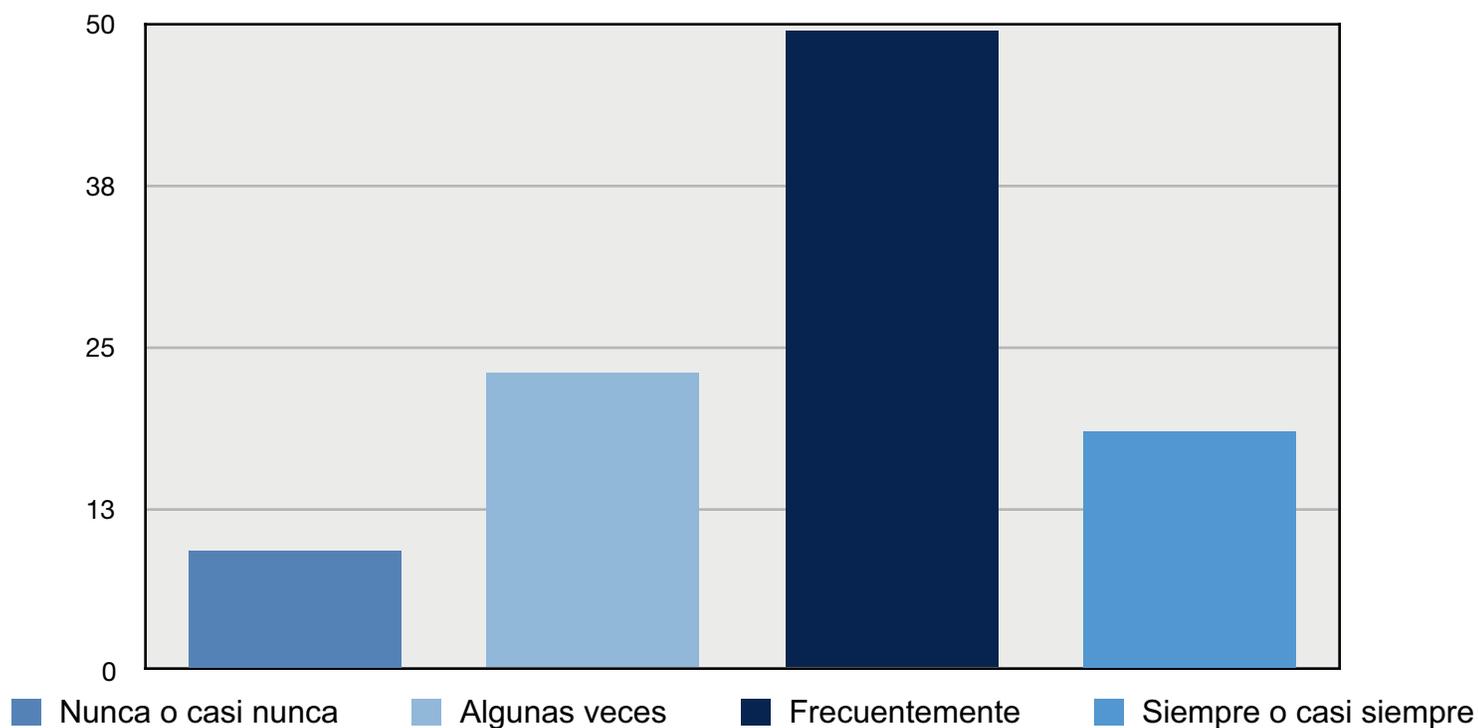


En la Dimensión **Autodeterminación**: El 49.4% refirió frecuentemente elige como pasar su tiempo libre, el 23.0% algunas veces, el 18.4% siempre o casi siempre y el 9.2% nunca o casi nunca. (Tabla 47, Grafica 47)

Tabla 47
Elige cómo pasar su tiempo libre

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	8	9.2
Algunas veces	20	23.0
Frecuentemente	43	49.4
Siempre o casi siempre	16	18.4
Total	87	100.0

Grafica 47
Elige cómo pasar su tiempo libre



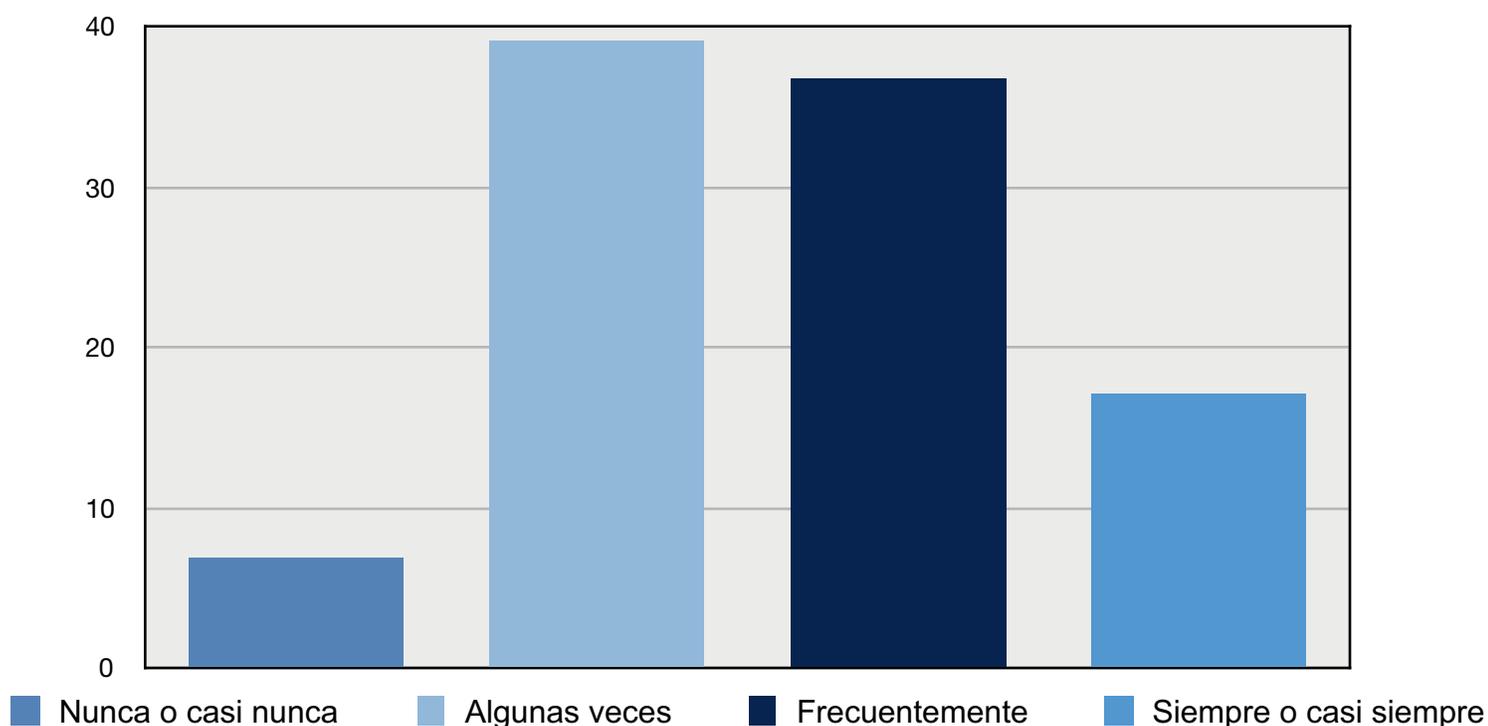
Escala Gencat

En la Dimensión **Autodeterminación**: El 39.1% refirió algunas veces en el servicio al que acude tiene en cuenta sus preferencias, el 36.8% frecuentemente, el 17.2% siempre o casi siempre y el 6.9% nunca o casi nunca.

(Tabla 48, Grafica 48)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	6	6.9
Algunas veces	34	39.1
Frecuentemente	32	36.8
Siempre o casi siempre	15	17.2
Total	87	100.0

Grafica 48
En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias



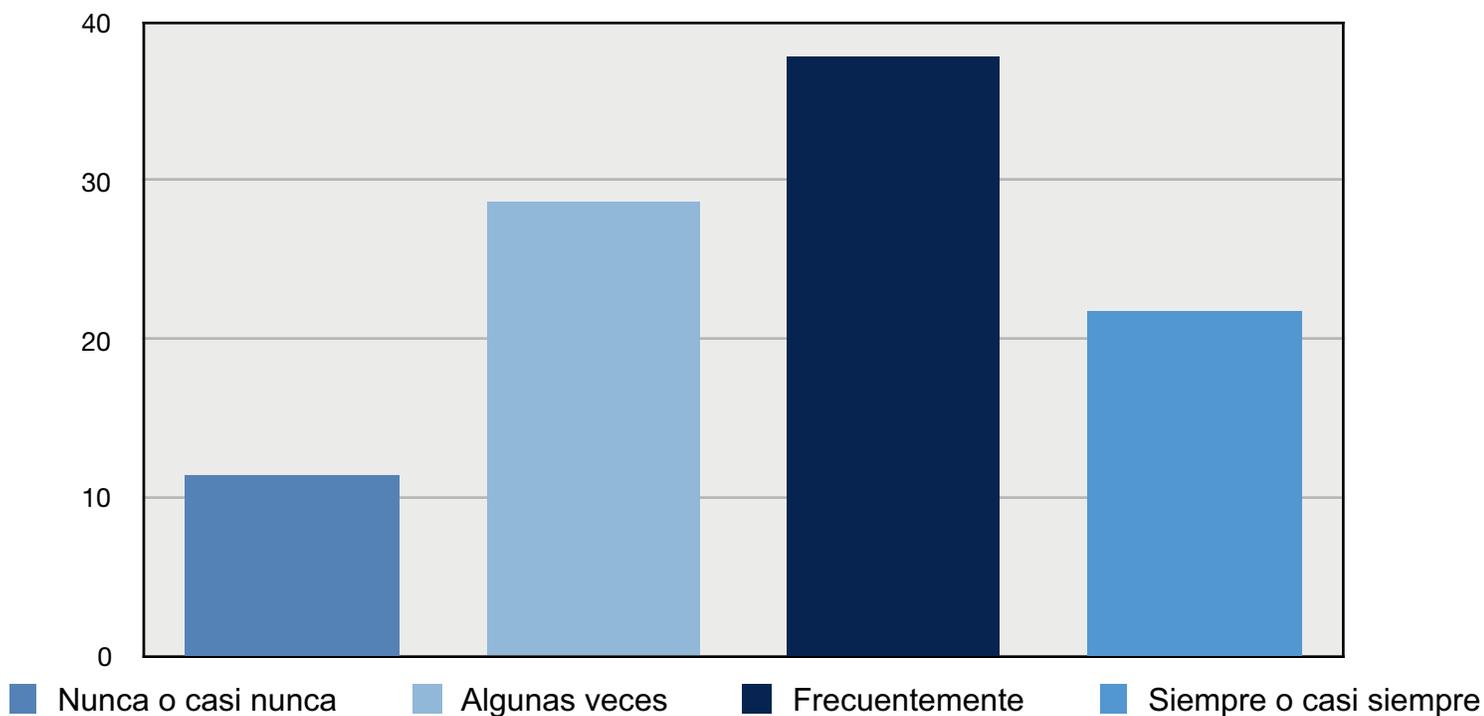
Escala Gencat

En la Dimensión **Autodeterminación**: El 37.9% refirió frecuentemente defiende sus ideas y opiniones, el 28.7% algunas veces, el 21.8% siempre o casi siempre y el 11.5% nunca o casi nunca. (Tabla 49, Grafica 49)

Tabla 49
Defiende sus ideas y opiniones

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	10	11.5
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	33	37.9
Siempre o casi siempre	19	21.8
Total	87	100.0

Grafica 49
Defiende sus ideas y opiniones

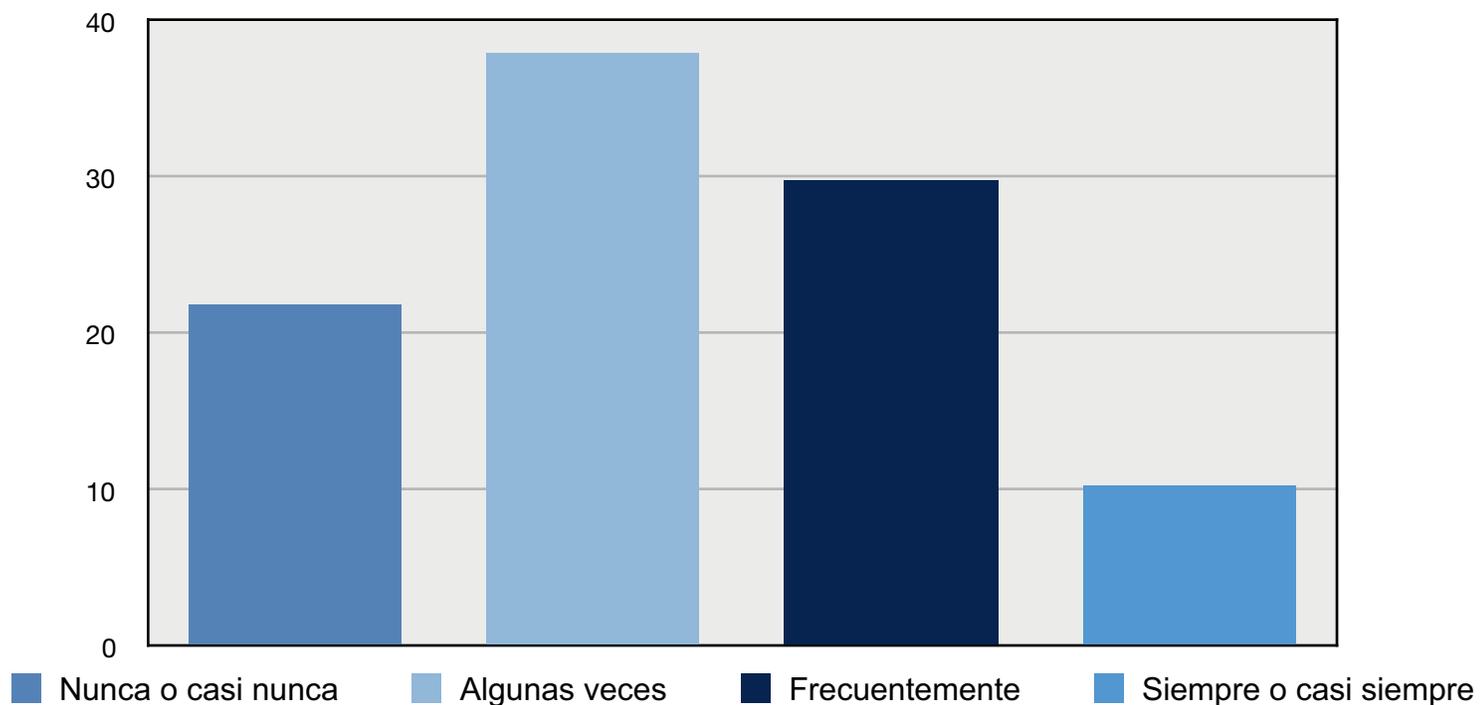


En la Dimensión **Autodeterminación**: El 37.9% algunas veces otras personas deciden sobre su vida personal, el 29.9% frecuentemente y el 21.8% nunca o casi nunca y el 10.3% siempre o casi siempre (Tabla 50, Grafica 50)

Tabla 50
Otras personas deciden sobre su vida personal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	10.3
Frecuentemente	26	29.9
Algunas veces	33	37.9
Nunca	19	21.8
Total	87	100.0

Grafica 50
Otras personas deciden sobre su vida personal



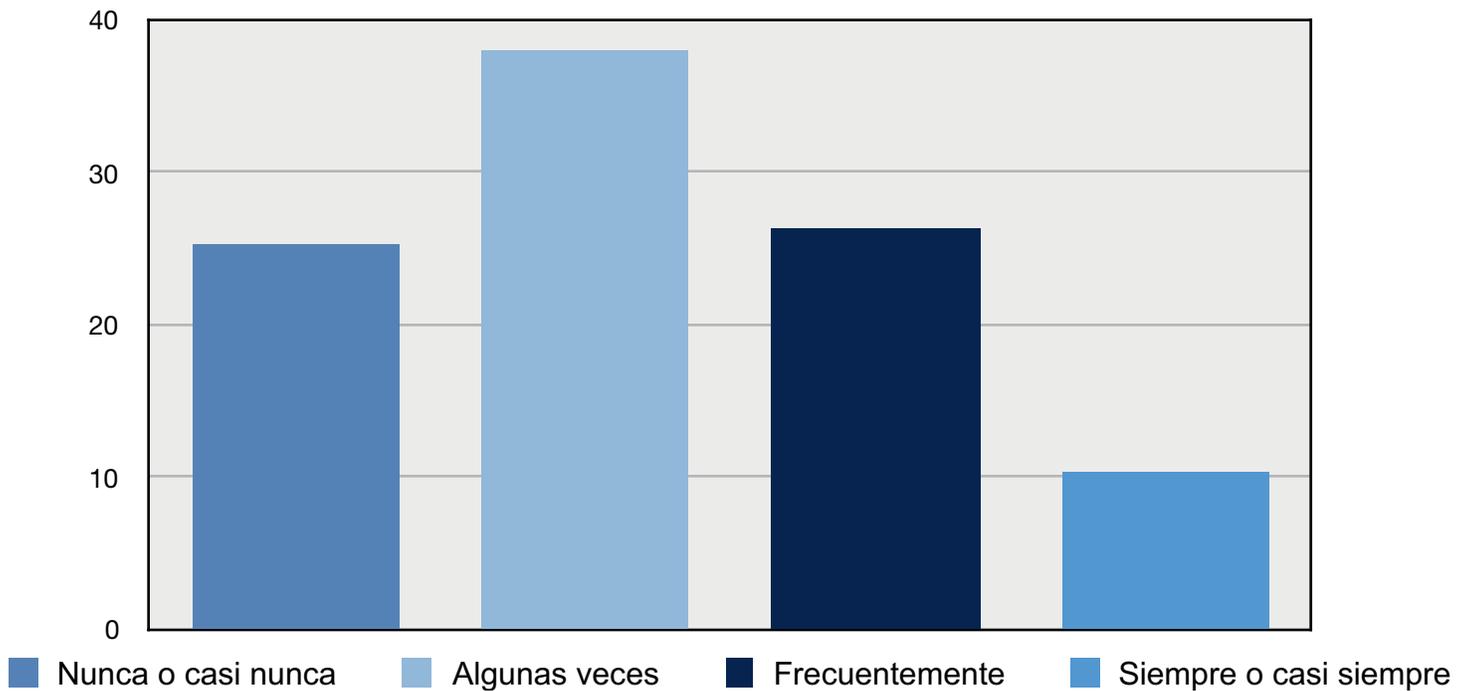
Escala Gencat

En la Dimensión **Autodeterminación**: El 37.9% refirió algunas veces otras personas deciden como gastar su dinero, el 26.4% frecuentemente, el 25.3% nunca y el 10.3% siempre o casi siempre. (Tabla 51, Grafica 51)

Tabla 51
Otras personas deciden como gastar su dinero

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	10.3
Frecuentemente	23	26.4
Algunas veces	33	37.9
Nunca	22	25.3
Total	87	100.0

Grafica 51
Otras personas deciden cómo gastar su dinero



Escala Gencat

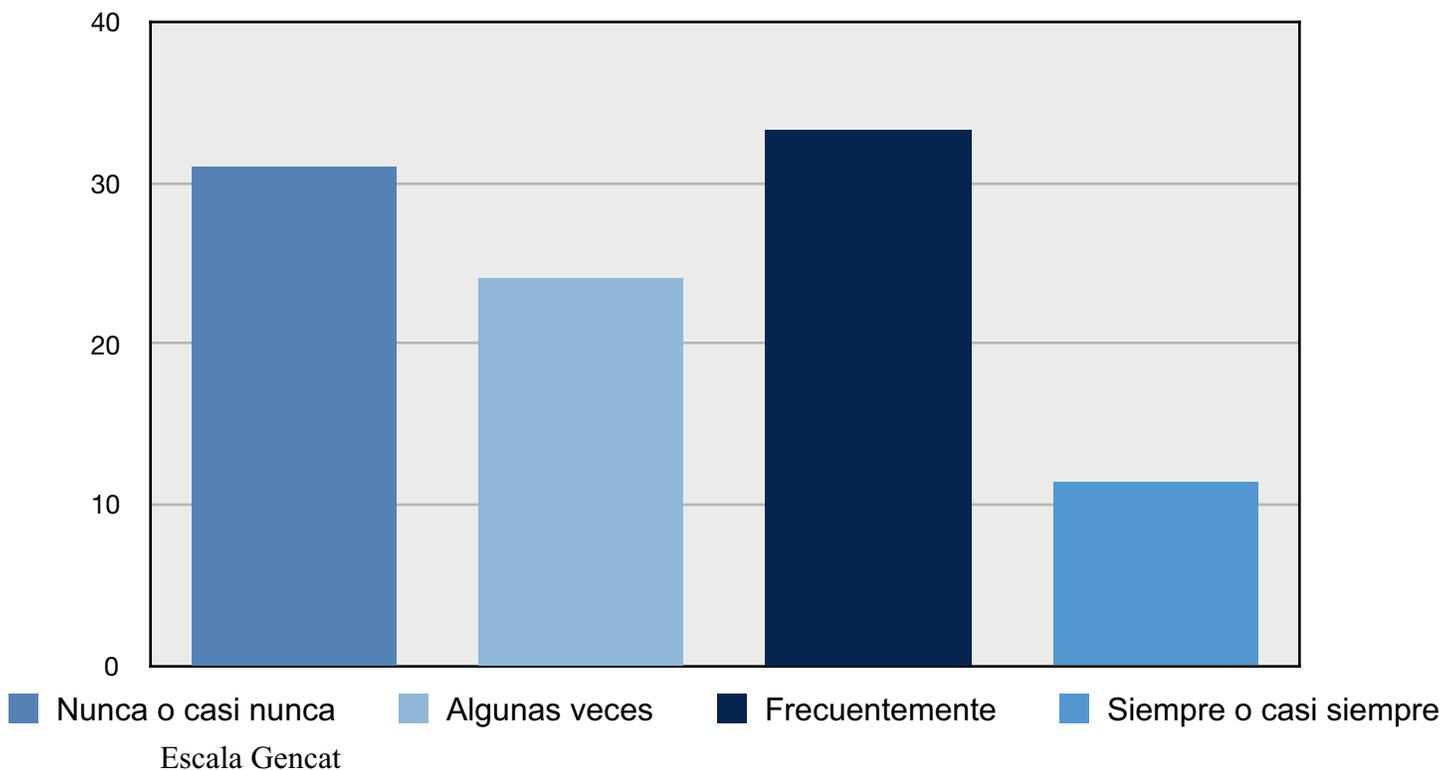
En la Dimensión **Autodeterminación**: El 33.3% refirió frecuentemente otras personas deciden la hora a la que se acuesta, el 33.3% refirió frecuentemente, el 31.0% nunca, el 24.1% algunas veces y el 11.5% siempre o casi siempre

(Tabla 52, Grafica 52)

Tabla 52
Otras personas deciden la hora a la que se acuesta

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	10	11.5
Frecuentemente	29	33.3
Algunas veces	21	24.1
Nunca	27	31.0
Total	87	100.0

Gráfica 52
Otras personas deciden la hora a la que se acuesta

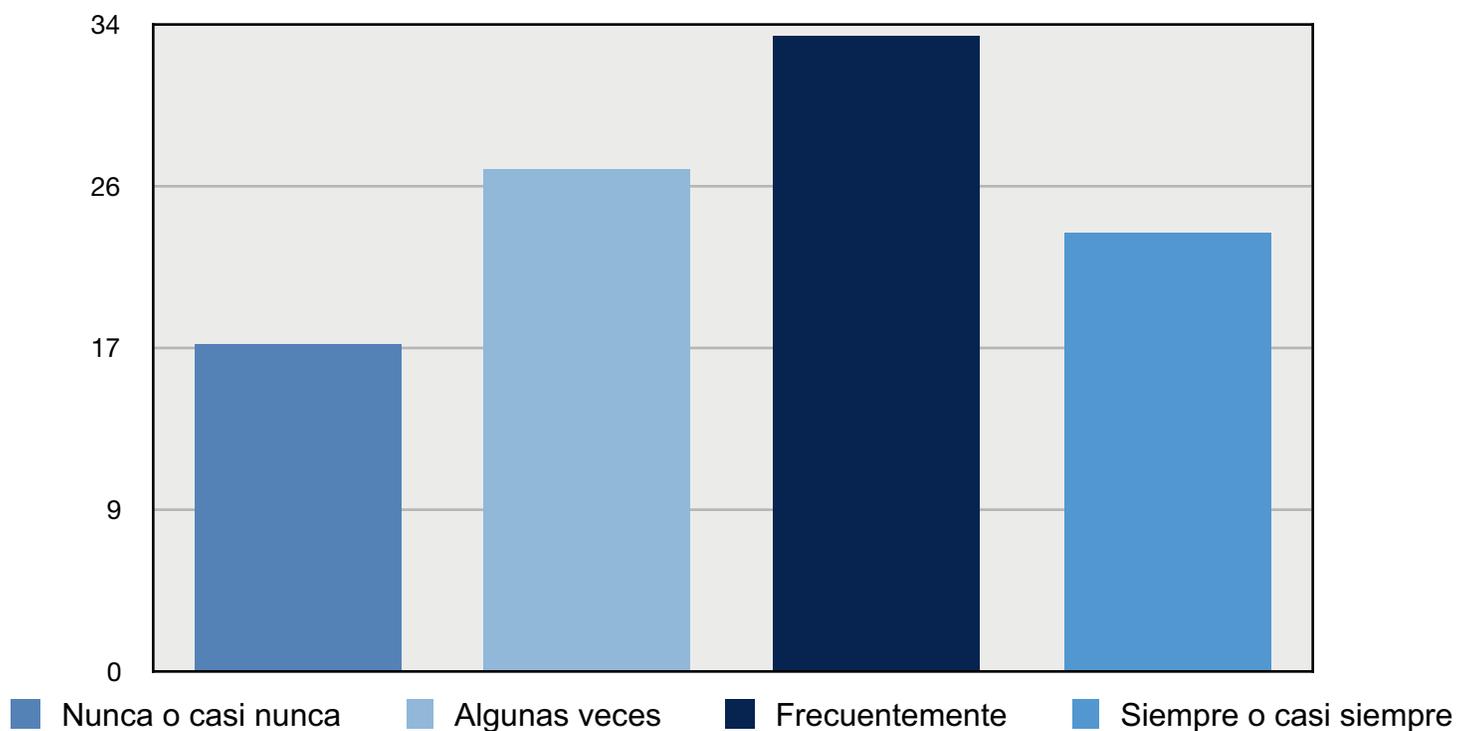


En la Dimensión **Autodeterminación**: El 33.3% refirió frecuentemente organiza su propia vida, el 26.4% algunas veces, el 23.0% siempre o casi siempre y el 17.2% nunca o casi nunca. (Tabla 53, Grafica 53)

Tabla 53
Organiza su propia vida

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	15	17.2
Algunas veces	23	26.4
Frecuentemente	29	33.3
Siempre o casi siempre	20	23.0
Total	87	100.0

Gráfica 53
Organiza su propia vida



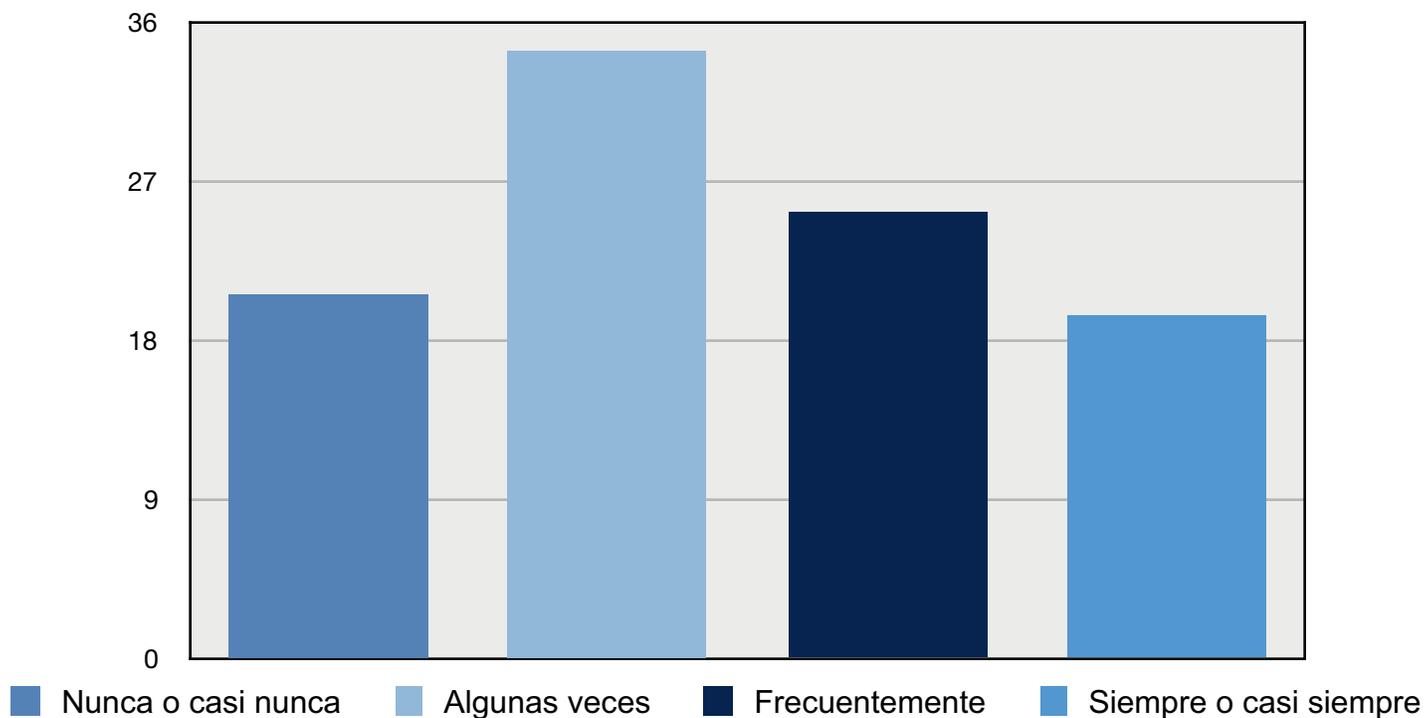
Escala Gencat

En la Dimensión **Autodeterminación**: El 34.5% refirió algunas veces elige con quién vivir, el 25.3% frecuentemente, el 20.7% nunca o casi nunca y el 19.5% siempre o casi siempre. (Tabla 54, Grafica 54)

Tabla 54
Elige con quién vivir.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	18	20.7
Algunas veces	30	34.5
Frecuentemente	22	25.3
Siempre o casi siempre	17	19.5
Total	87	100.0

Gráfica 54
Elige con quién vivir.



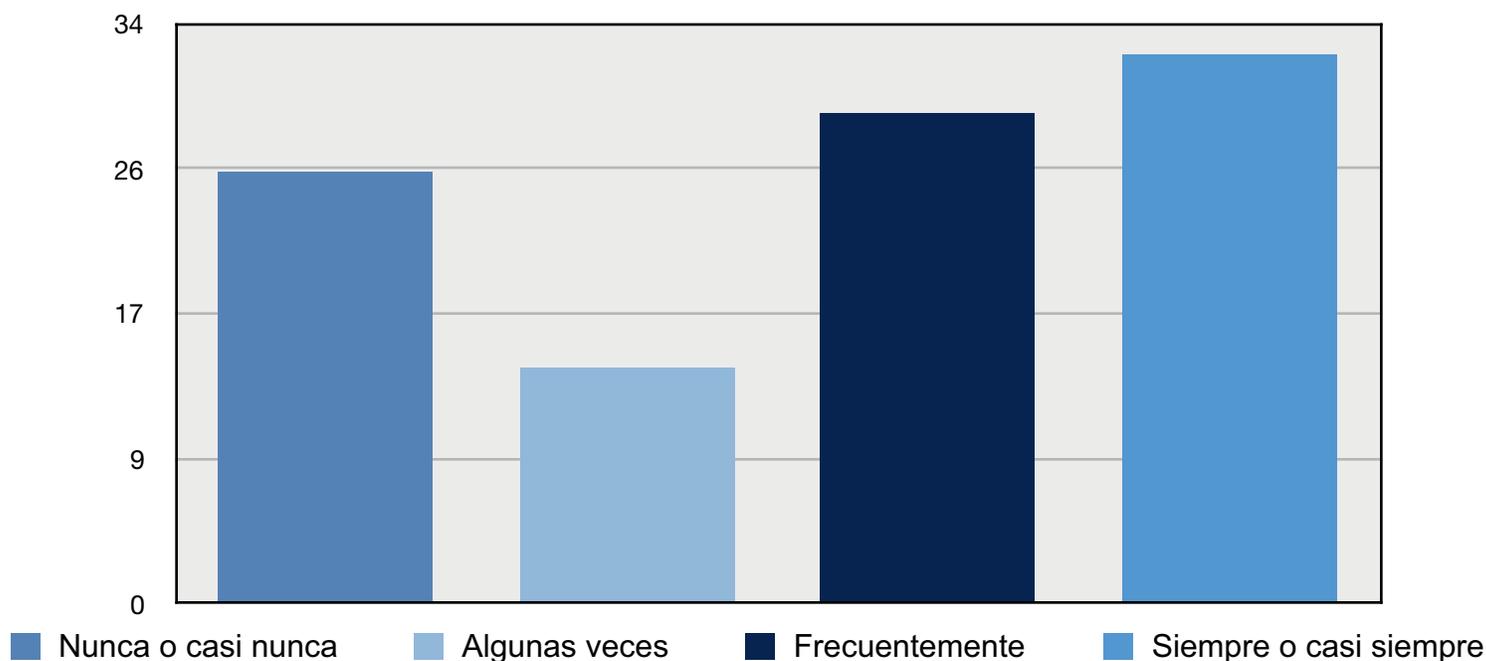
Escala Gencat

En la Dimensión **Inclusión Social**: El 32.2% refirió siempre o casi siempre utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos y bibliotecas), el 28.7% frecuentemente, el 25.3% nunca o casi nunca y el 13.8% algunas veces. (Tabla 55, Grafica 55)

Tabla 55
Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos y bibliotecas).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	22	25.3
Algunas veces	12	13.8
Frecuentemente	25	28.7
Siempre o casi siempre	28	32.2
Total	87	100.0

Gráfica 55
Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos y bibliotecas.)



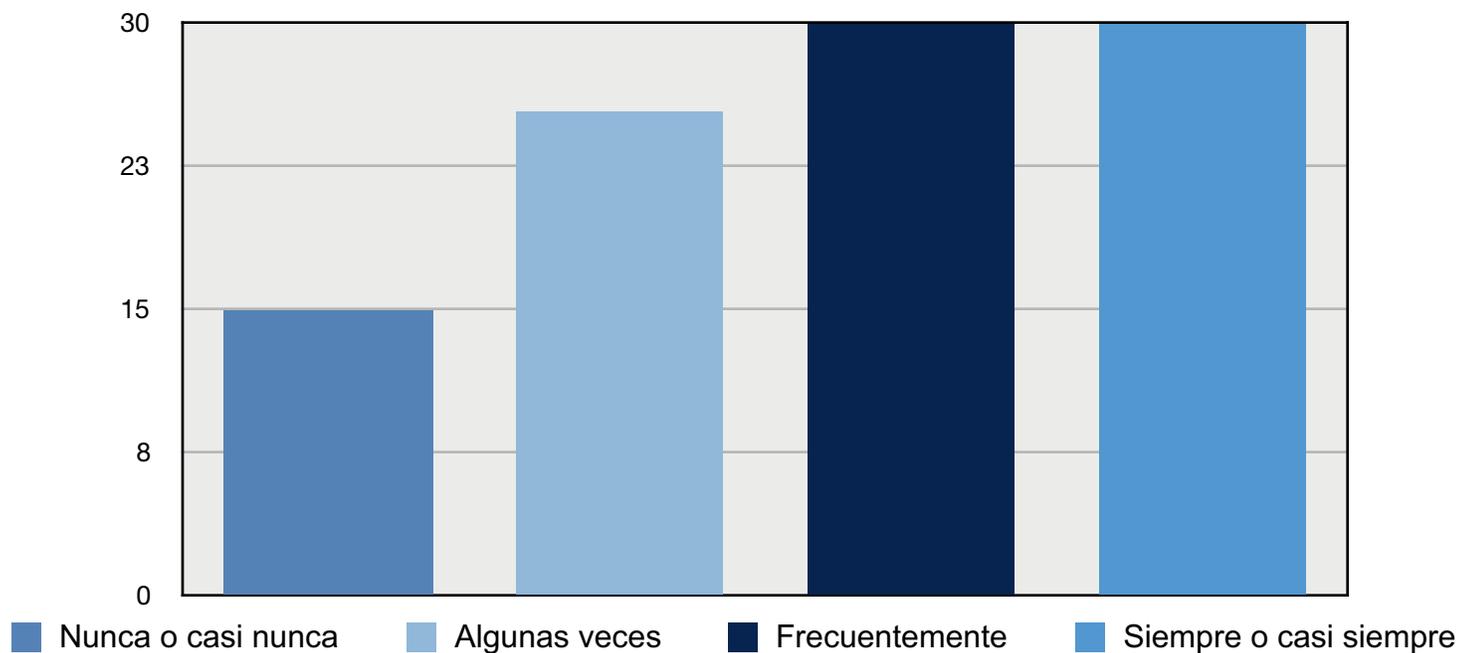
Escala Gencat

En la Dimensión **Inclusión Social**: El 29.9% refirió frecuentemente su familia le apoya cuando lo necesita, el 29.9% siempre o casi siempre, el 25.3% algunas veces y el 14.9% Nunca o casi nunca. (Tabla 56, Grafica 56)

Tabla 56
Su familia le apoya cuando lo necesita.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	13	14.9
Algunas veces	22	25.3
Frecuentemente	26	29.9
Siempre o casi siempre	26	29.9
Total	87	100.0

Gráfica 56
Su familia le apoya cuando lo necesita.



Escala Gencat

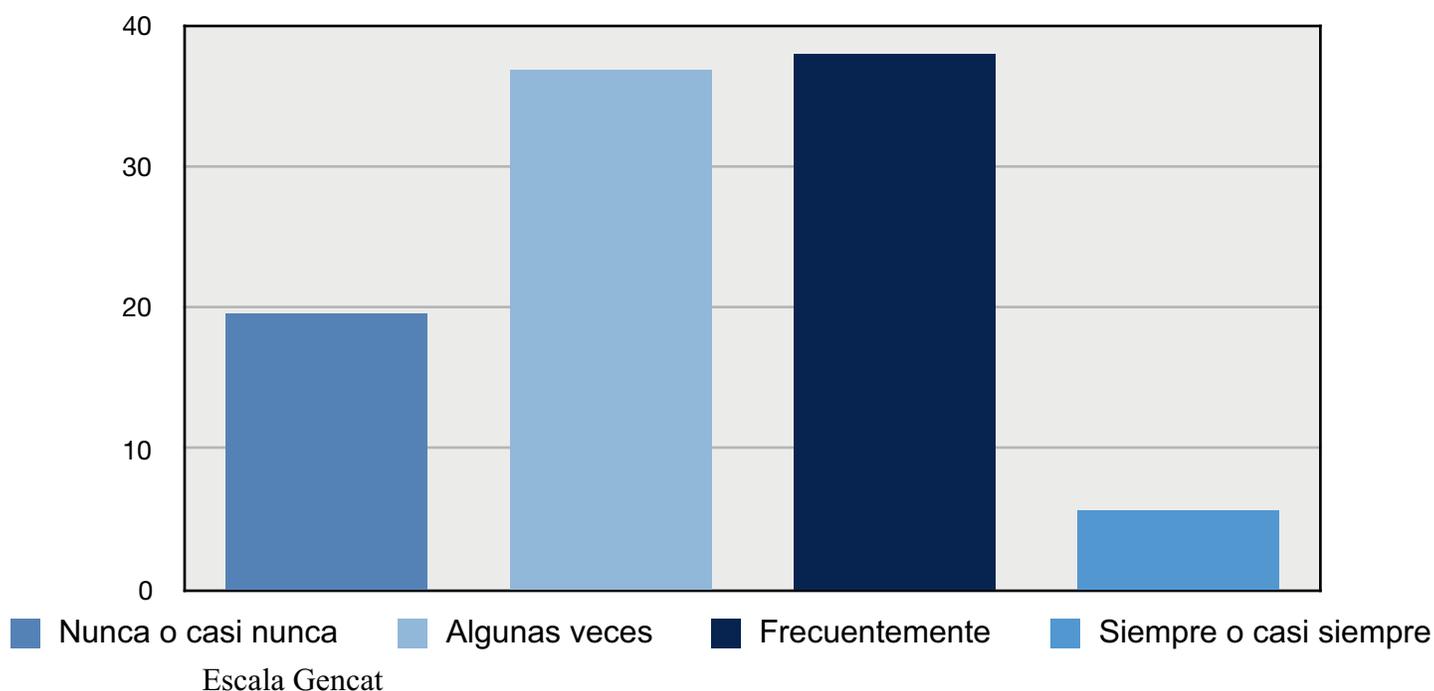
En la Dimensión **Inclusión Social**: El 37.9% refirió frecuentemente existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social, el 36.8% Algunas veces, el 19.5% nunca y el 5.7% siempre o casi siempre

(Tabla 57, Grafica 57)

Tabla 57
Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	5	5.7
Frecuentemente	33	37.9
Algunas veces	32	36.8
Nunca	17	19.5
Total	87	100.0

Gráfica 57
Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.



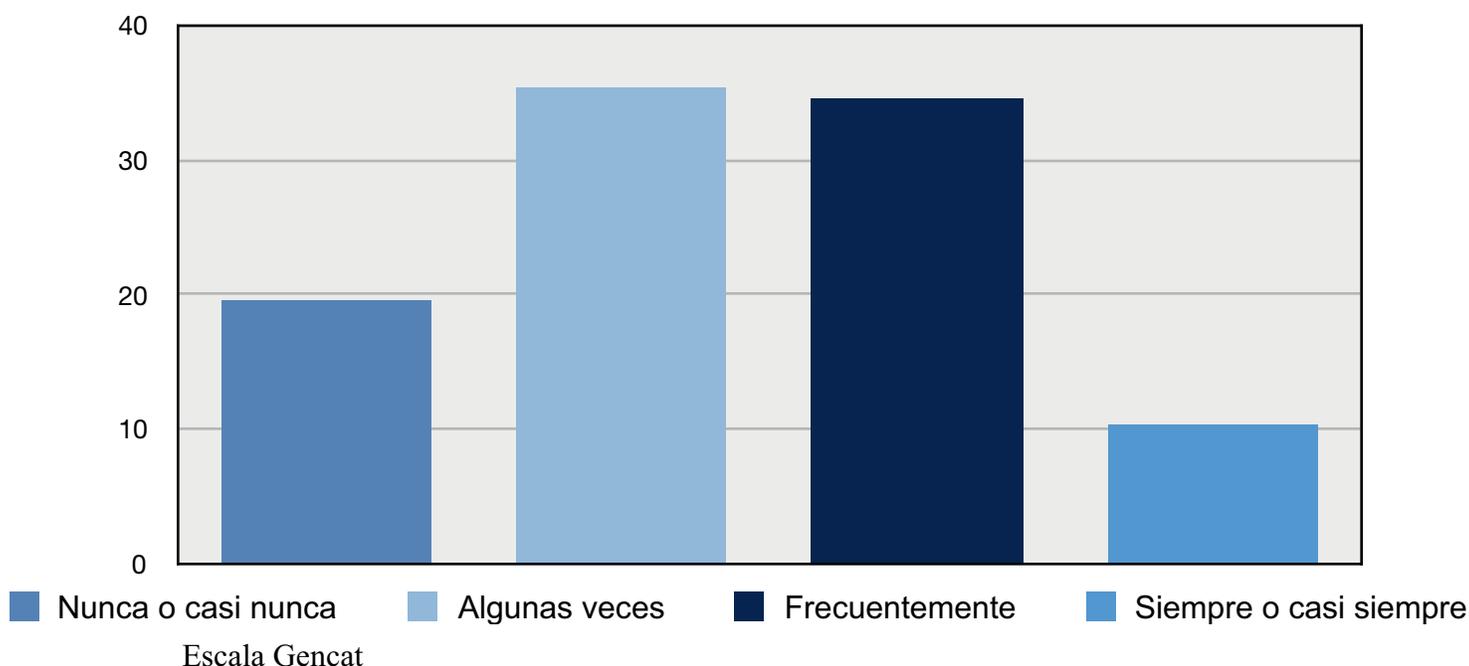
En la Dimensión **Inclusión Social**: El 35.6% refirió algunas veces carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad, el 34.5% frecuentemente, el 19.5% nunca y el 10.3% siempre o casi siempre.

(Tabla 58, Grafica 58)

Tabla 58
Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	10.3
Frecuentemente	30	34.5
Algunas veces	31	35.6
Nunca	17	19.5
Total	87	100.0

Gráfica 58
Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad

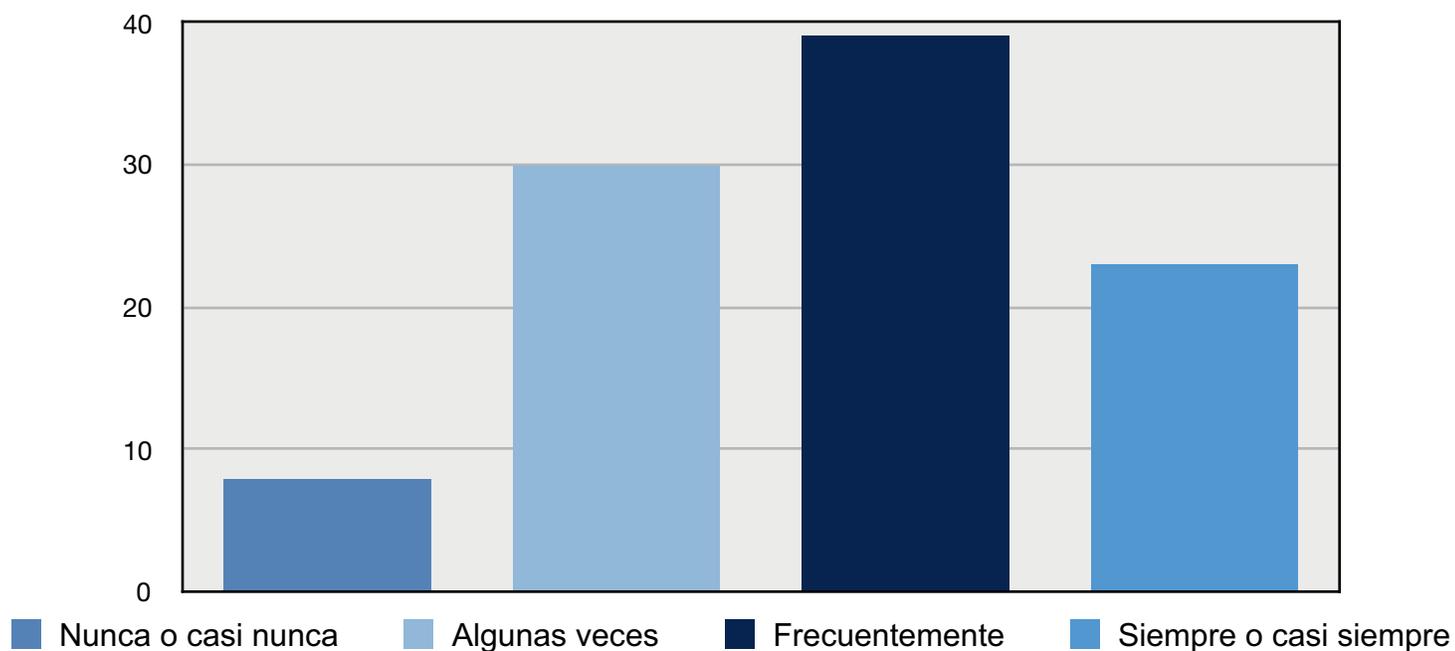


En la Dimensión **Inclusión Social**: El 39.1% refirió frecuentemente sus amigos le apoyan cuando lo necesita, el 29.9% Algunas veces, el 23.0% siempre o casi siempre y el 8.0% nunca o casi nunca. (Tabla 59, Grafica 59)

Tabla 59
Sus amigos le apoyan cuando lo necesita

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	7	8.0
Algunas veces	26	29.9
Frecuentemente	34	39.1
Siempre o casi siempre	20	23.0
Total	87	100.0

Gráfica 59
Sus amigos le apoyan cuando lo necesita



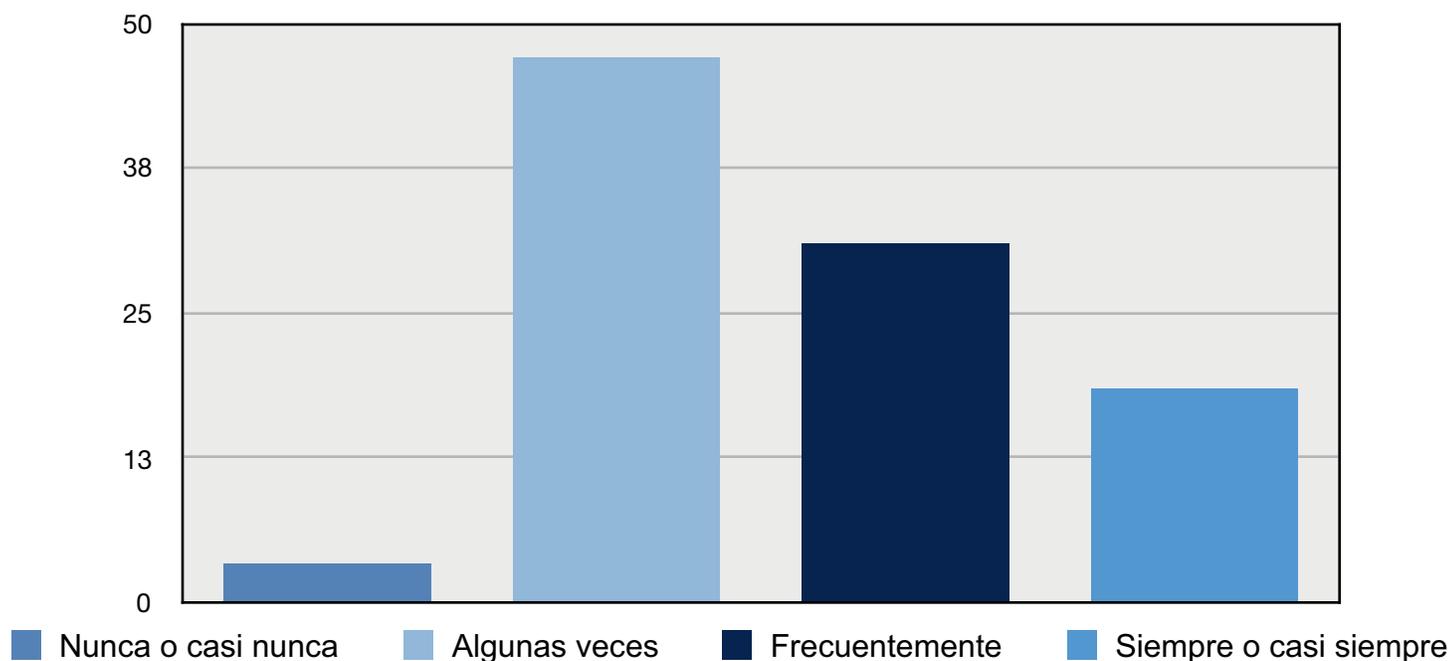
Escala Gencat

En la Dimensión **Inclusión Social** : El 47.1% refirió algunas veces el servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades de su comunidad, 31.0% frecuentemente, el 18.4% siempre o casi siempre y el 3.4% nunca o casi nunca. (Tabla 60, Grafica 60)

Tabla 60
El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades de su comunidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	3	3.4
Algunas veces	41	47.1
Frecuentemente	27	31.0
Siempre o casi siempre	16	18.4
Total	87	100.0

Gráfica 60
El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades de su comunidad



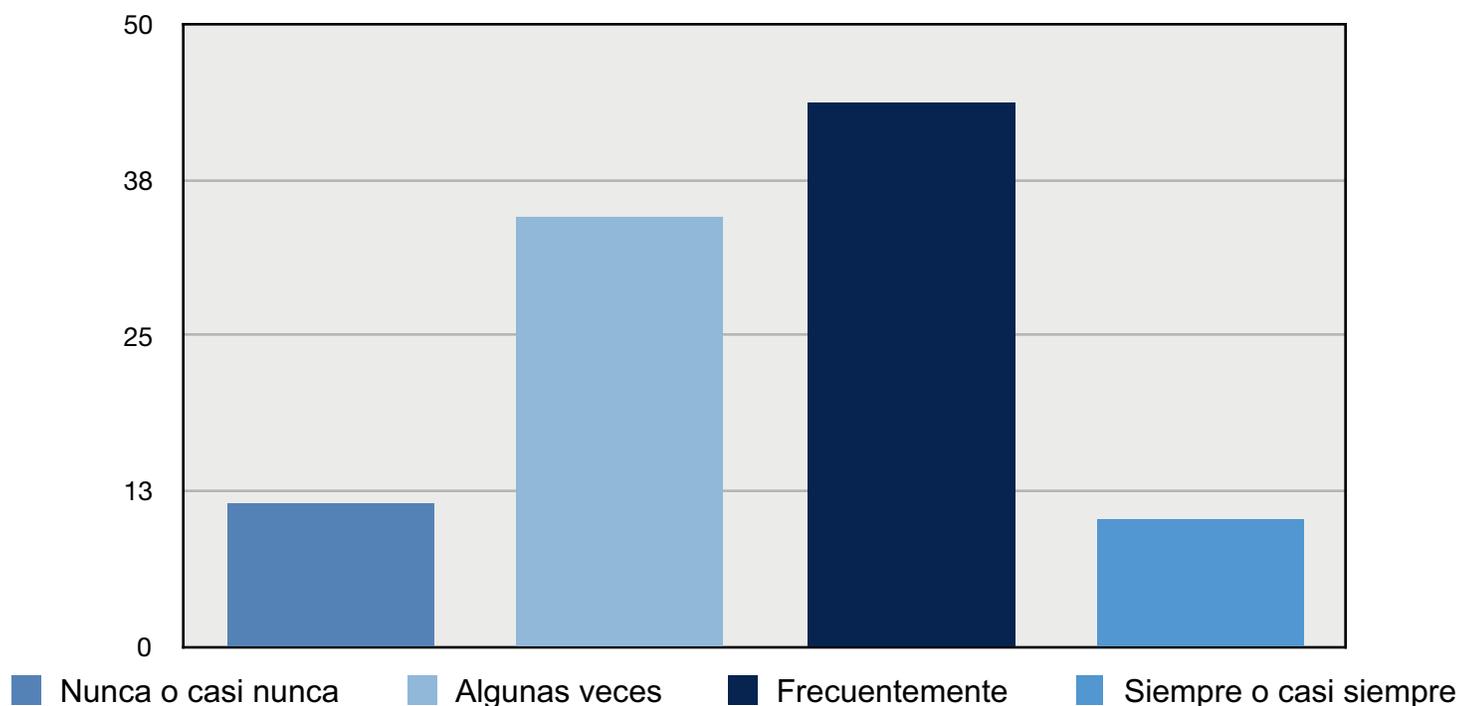
Escala Gencat

En la Dimensión **Inclusión Social**: El 43.7% refirió frecuentemente sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio, el 34.5% algunas veces , el 11.5% nunca y el 10.3% siempre o casi siempre.(Tabla 61,Grafica 61)

Tabla 61
Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	10.3
Frecuentemente	38	43.7
Algunas veces	30	34.5
Nunca	10	11.5
Total	87	100.0

Gráfica 61
Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio



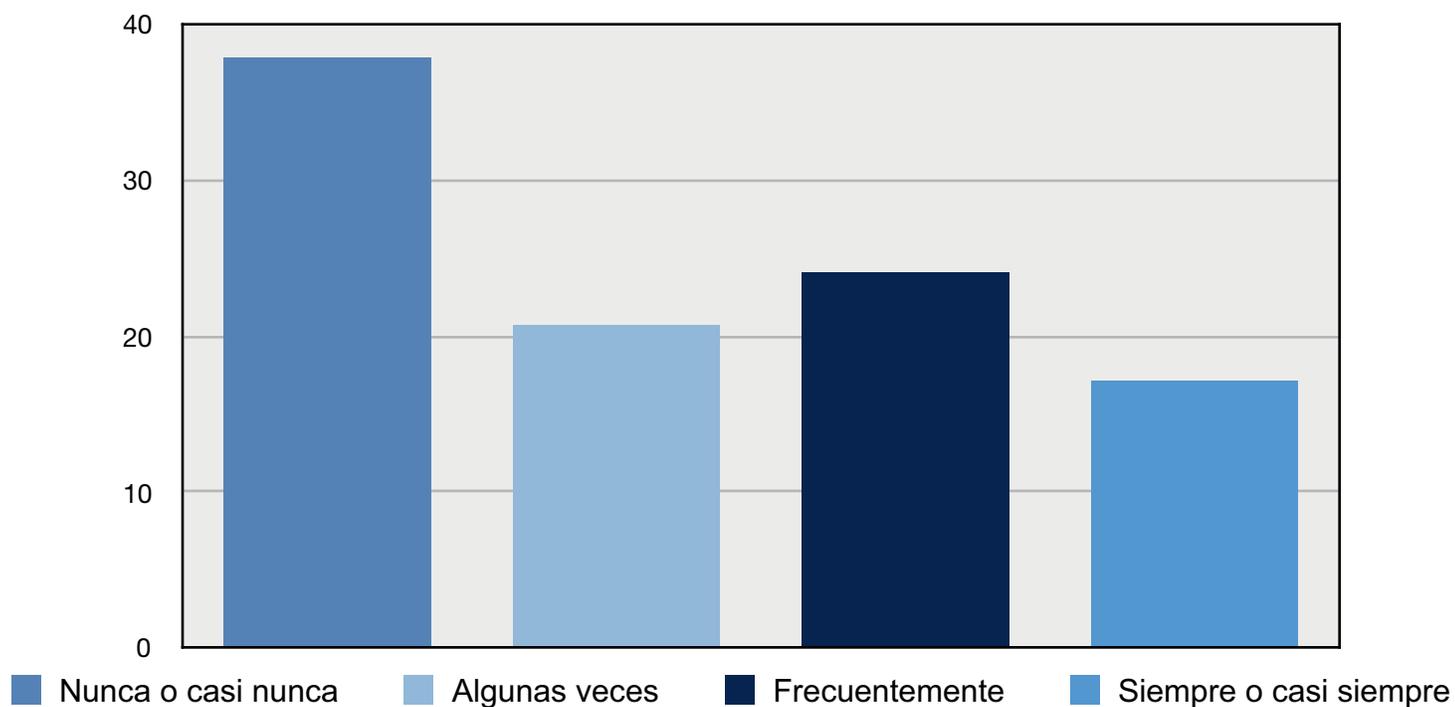
Escala Gencat

En la Dimensión **Inclusión Social**: El 37.9% refirió nunca es rechazado o discriminado por los demás, el 24.1% frecuentemente, el 20.7% algunas veces y el 17.2% siempre o casi siempre. (Tabla 62, Grafica 62)

Tabla 62
Es rechazado o discriminado por los demás.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	15	17.2
Frecuentemente	21	24.1
Algunas veces	18	20.7
Nunca	33	37.9
Total	87	100.0

Grafica 62
Es rechazado o discriminado por los demás.



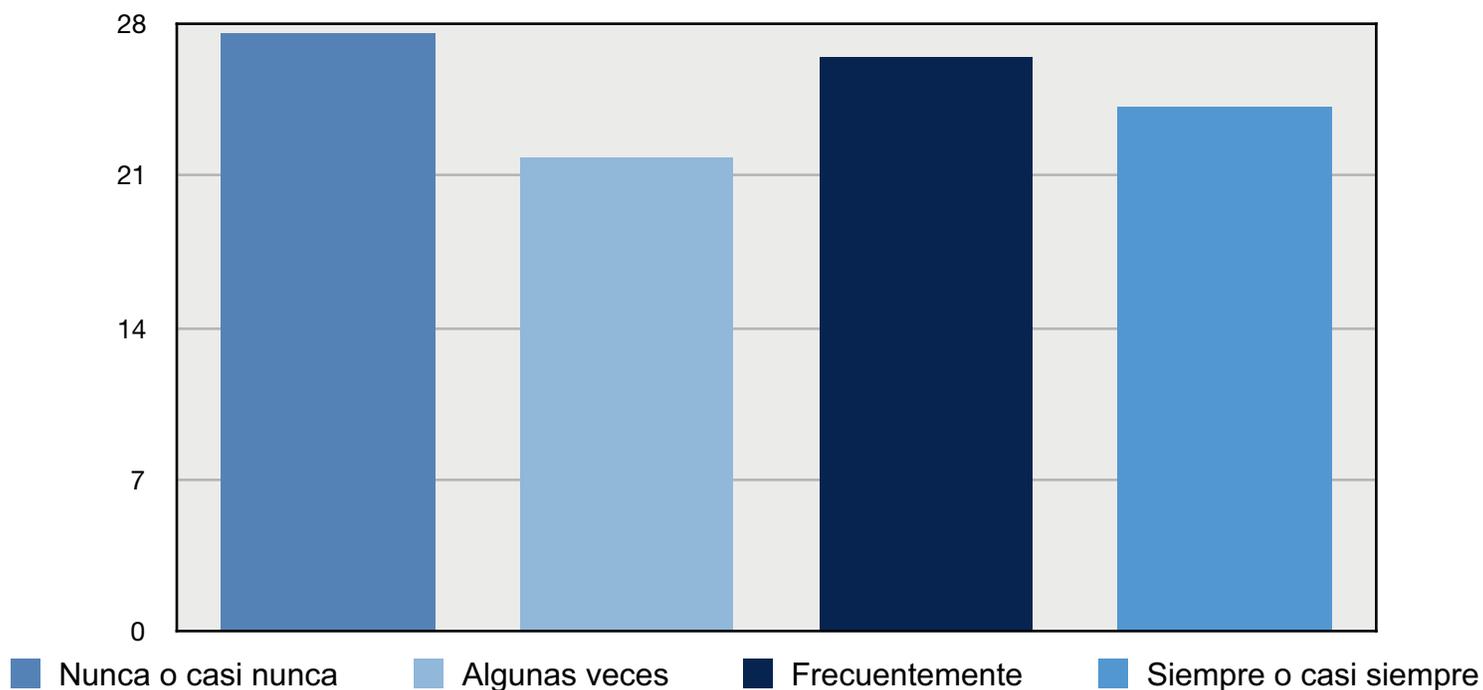
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 27.6% refirió nunca su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta) el 26.4% frecuentemente, el 24.1% siempre o casi siempre y el 21.8% algunas veces.

(Tabla 63, Grafica 63)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	21	24.1
Frecuentemente	23	26.4
Algunas veces	19	21.8
Nunca	24	27.6
Total	87	100.0

Gráfica 63
Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta)

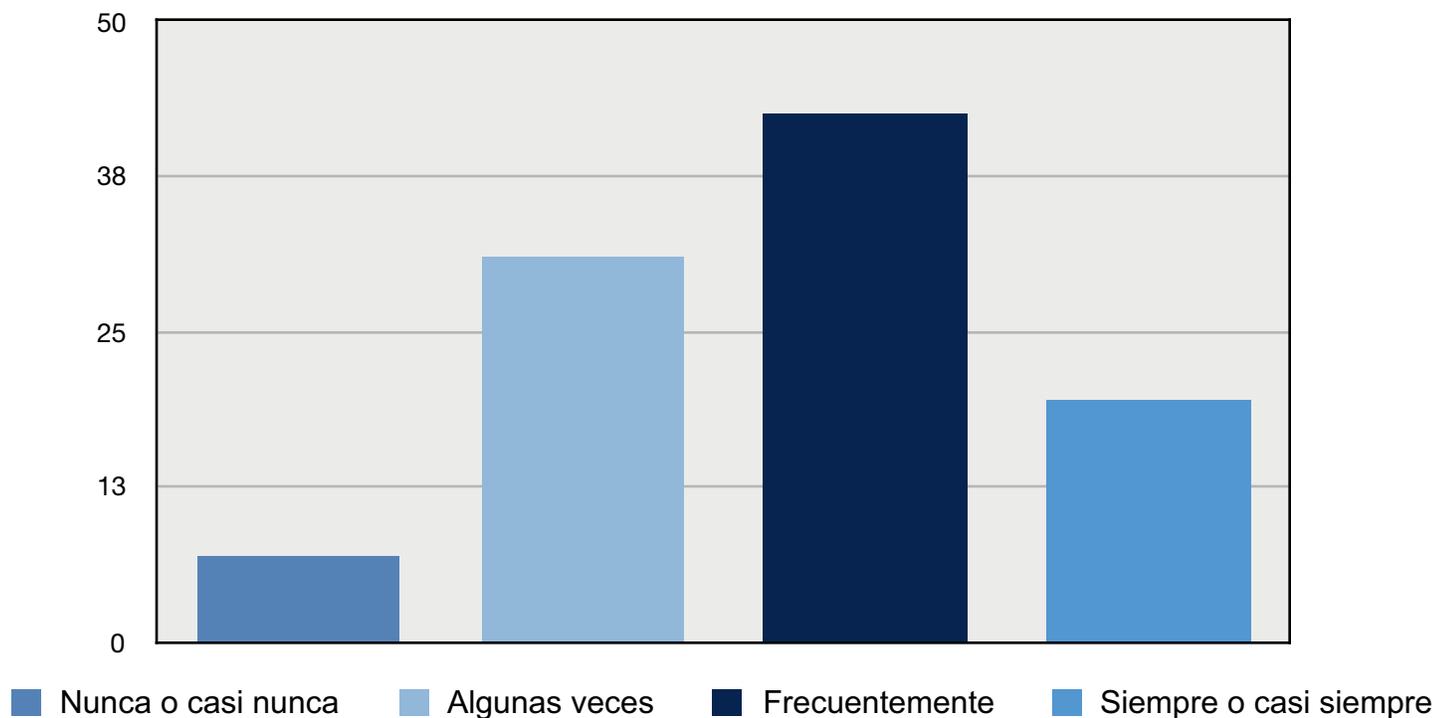


En la Dimensión **Derechos**: El 42.5% refirió frecuentemente en su entorno es tratado con respeto, el 31.0% algunas veces, el 19.5% siempre o casi siempre y el 6.9% nunca o casi nunca. (Tabla 64, Grafica 64)

Tabla 64
En su entorno es tratado con respeto

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	6	6.9
Algunas veces	27	31.0
Frecuentemente	37	42.5
Siempre o casi siempre	17	19.5
Total	87	100.0

Gráfica 64
En su entorno es tratado con respeto



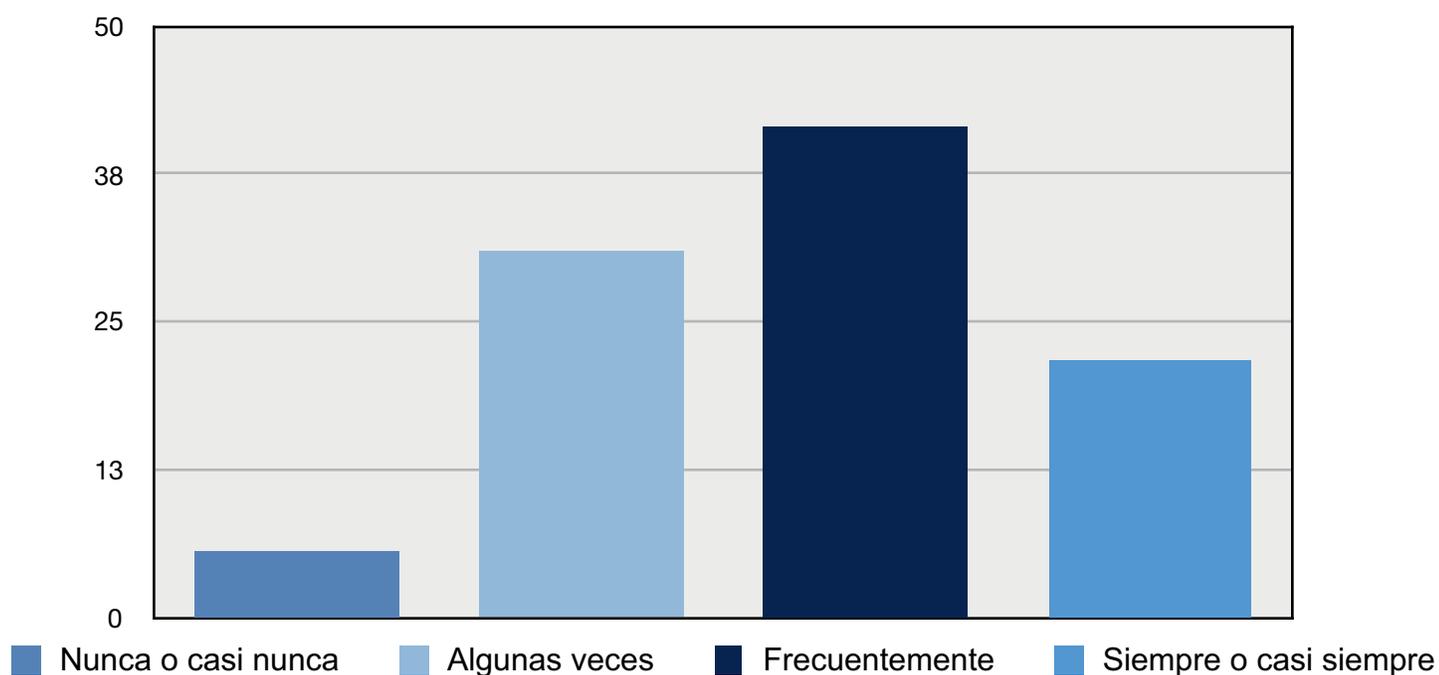
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 41.4% refirió frecuentemente dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano, el 31.0% algunas veces, el 21.8% siempre o casi siempre y el 5.7% nunca o casi nunca. (Tabla 65, Grafica 65)

Tabla 65
Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	5	5.7
Algunas veces	27	31.0
Frecuentemente	36	41.4
Siempre o casi siempre	19	21.8
Total	87	100.0

Gráfica 65
Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano



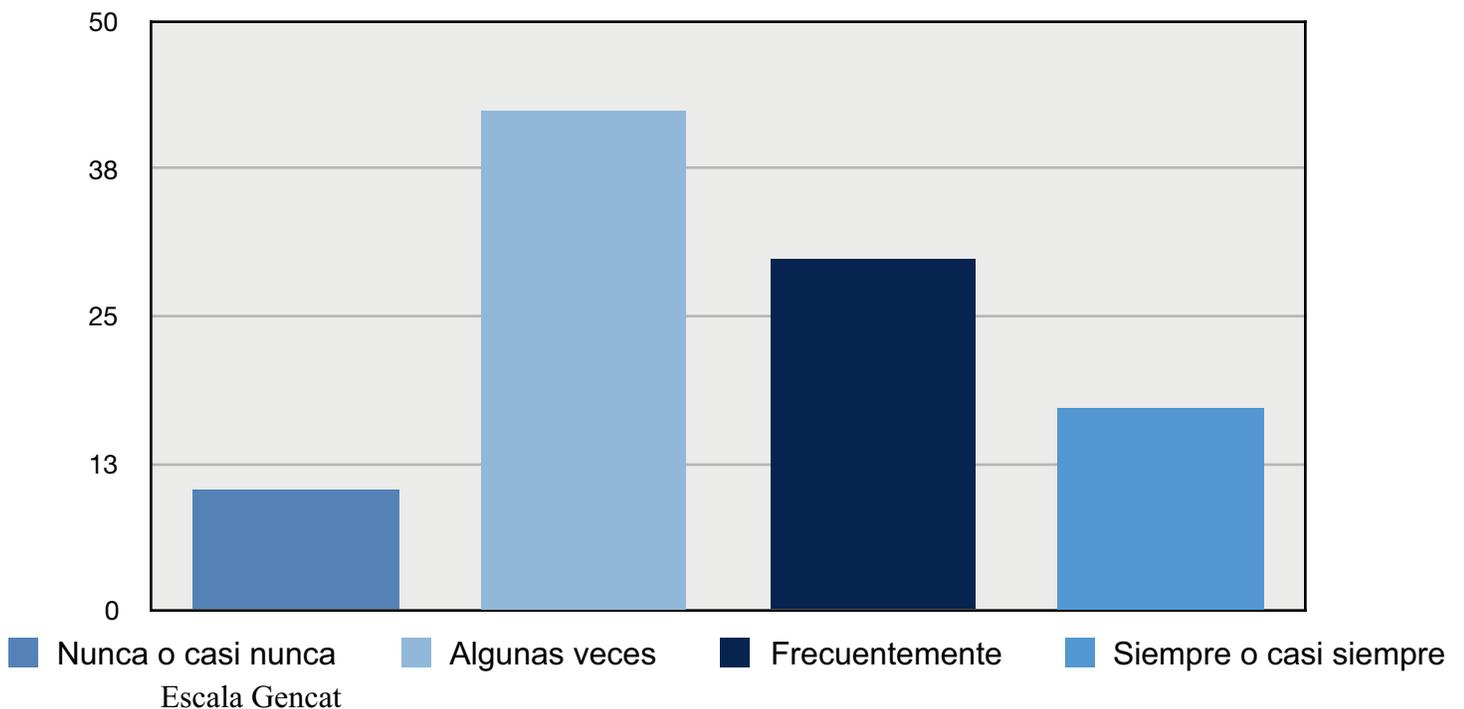
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 42.5% refirió algunas veces muestra dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados, el 29.9% frecuentemente, el 17.2% siempre o casi siempre y el 10.3% nunca. (Tabla 66, Grafica 66)

Tabla 66
Muestra dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	15	17.2
Frecuentemente	26	29.9
Algunas veces	37	42.5
Nunca	9	10.3
Total	87	100.0

Gráfica 66
Muestra dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados

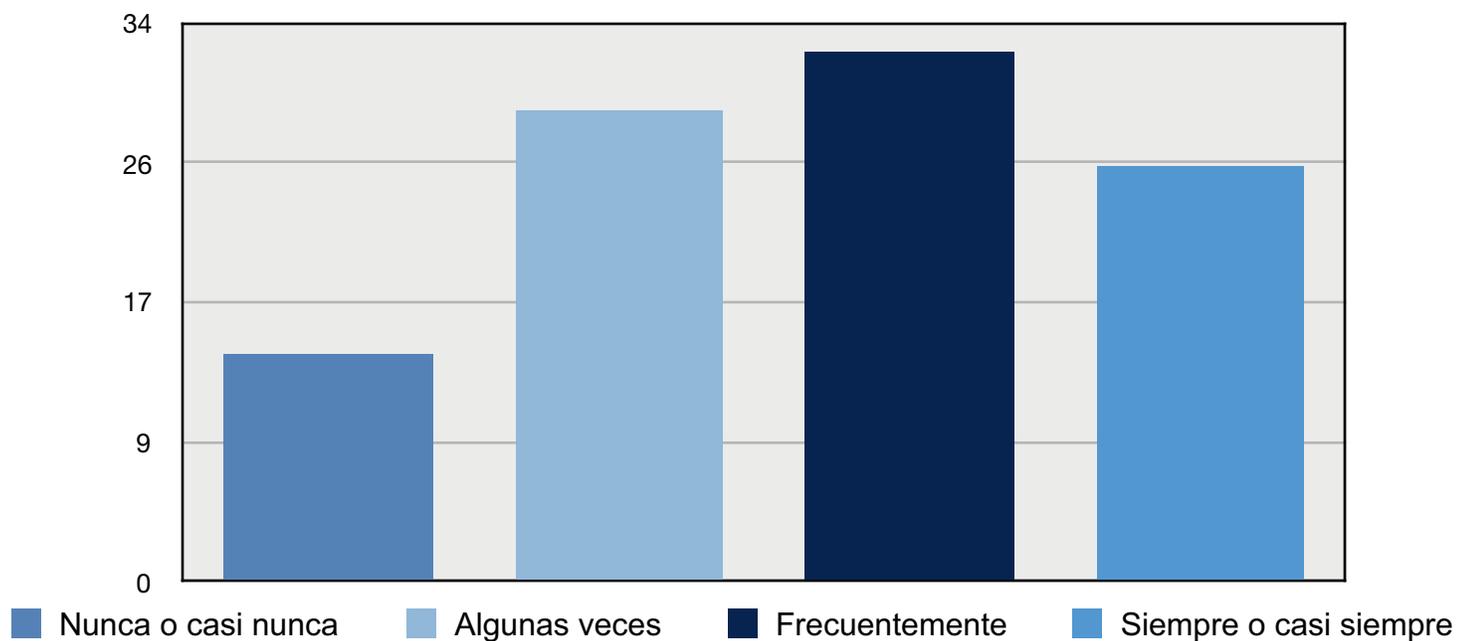


En la Dimensión **Derechos**: El 32.2% refirió frecuentemente en el servicio al que acude se respeta su intimidad, el 28.7% algunas veces, el 25.3% siempre o casi siempre y el 13.8% nunca o casi nunca. (Tabla 67, Grafica 67)

Tabla 67
En el servicio al que acude se respeta su intimidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	12	13.8
Algunas veces	25	28.7
Frecuentemente	28	32.2
Siempre o casi siempre	22	25.3
Total	87	100.0

Gráfica 67
En el servicio al que acude se respeta su intimidad



Escala Gencat

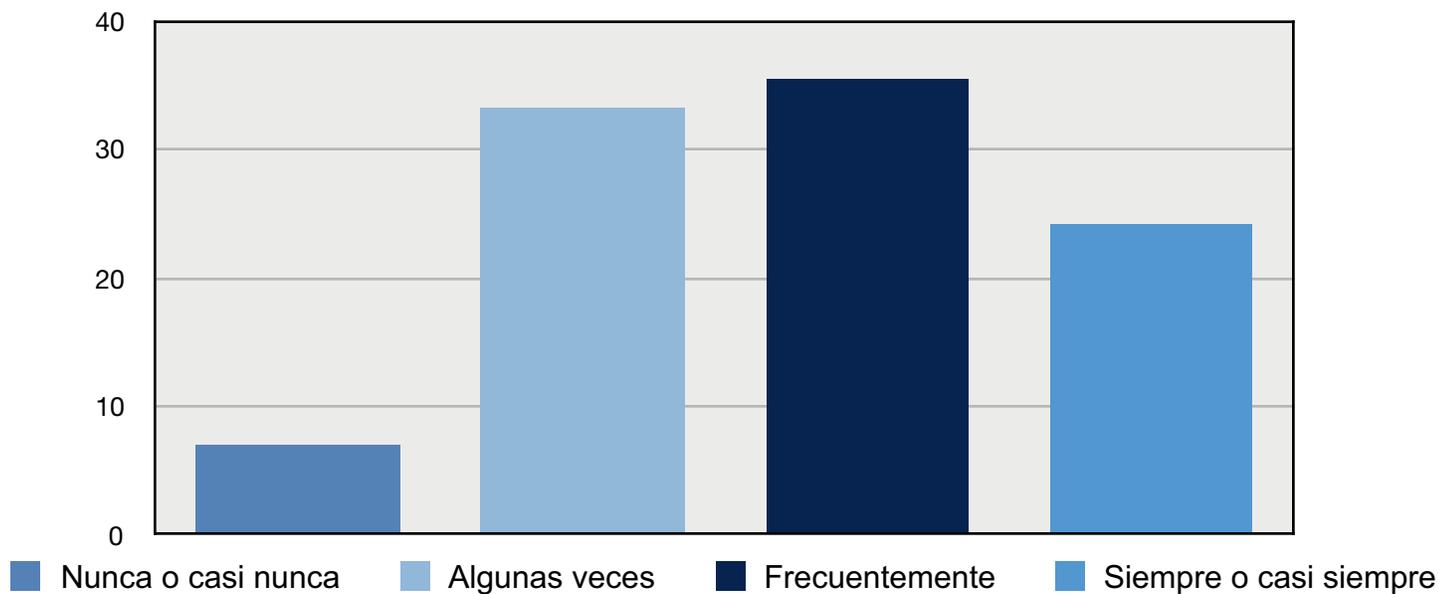
En la Dimensión **Derechos**: El 35.6% refirió frecuentemente en el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad, el 33.3% algunas veces, el 24.1% siempre o casi siempre y el 6.9% nunca o casi nunca.

(Tabla 68, Grafica 68)

Tabla 68
En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	6	6.9
Algunas veces	29	33.3
Frecuentemente	31	35.6
Siempre o casi siempre	21	24.1
Total	87	100.0

Gráfica 68
En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad



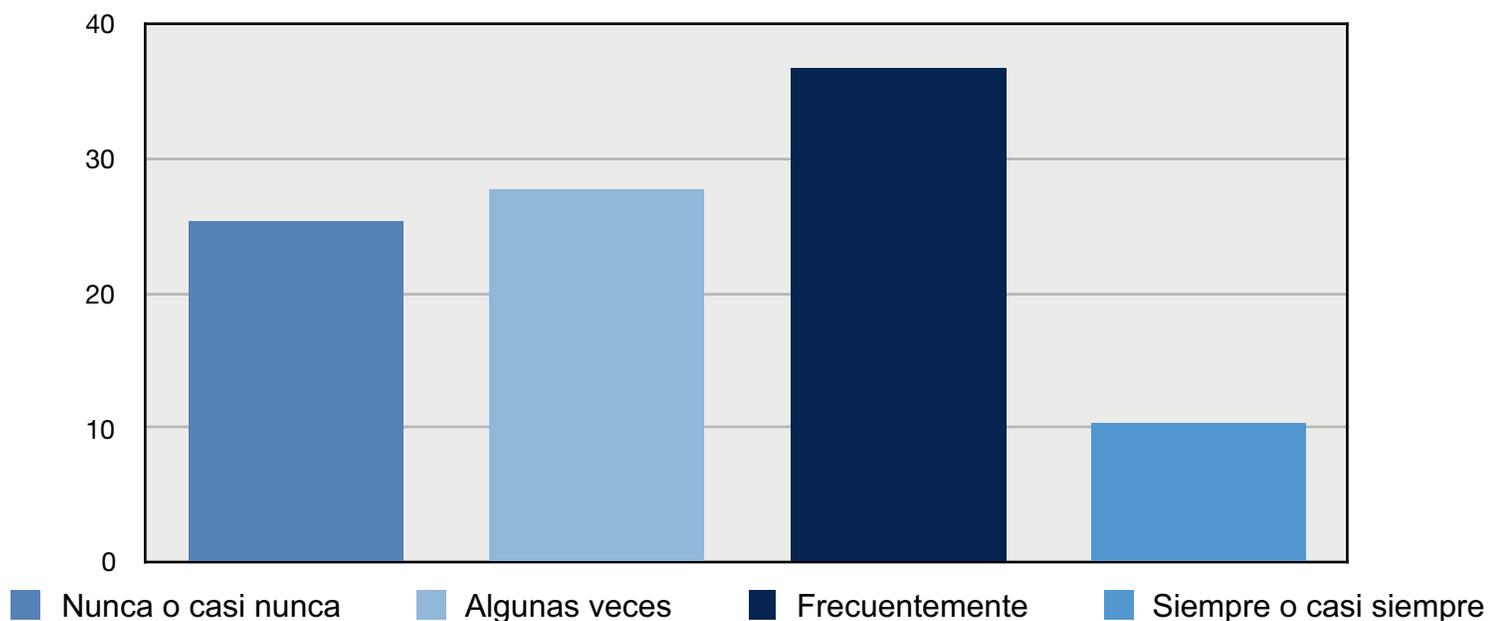
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 36.8% refirió frecuentemente tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos, respeto a sus creencias y valores), el 27.6% algunas veces, el 25.3% nunca y el 10.3% siempre o casi siempre.
(Tabla 69, Grafica 69)

Tabla 69
Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	10.3
Frecuentemente	32	36.8
Algunas veces	24	27.6
Nunca	22	25.3
Total	87	100.0

Gráfica 69
Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores)



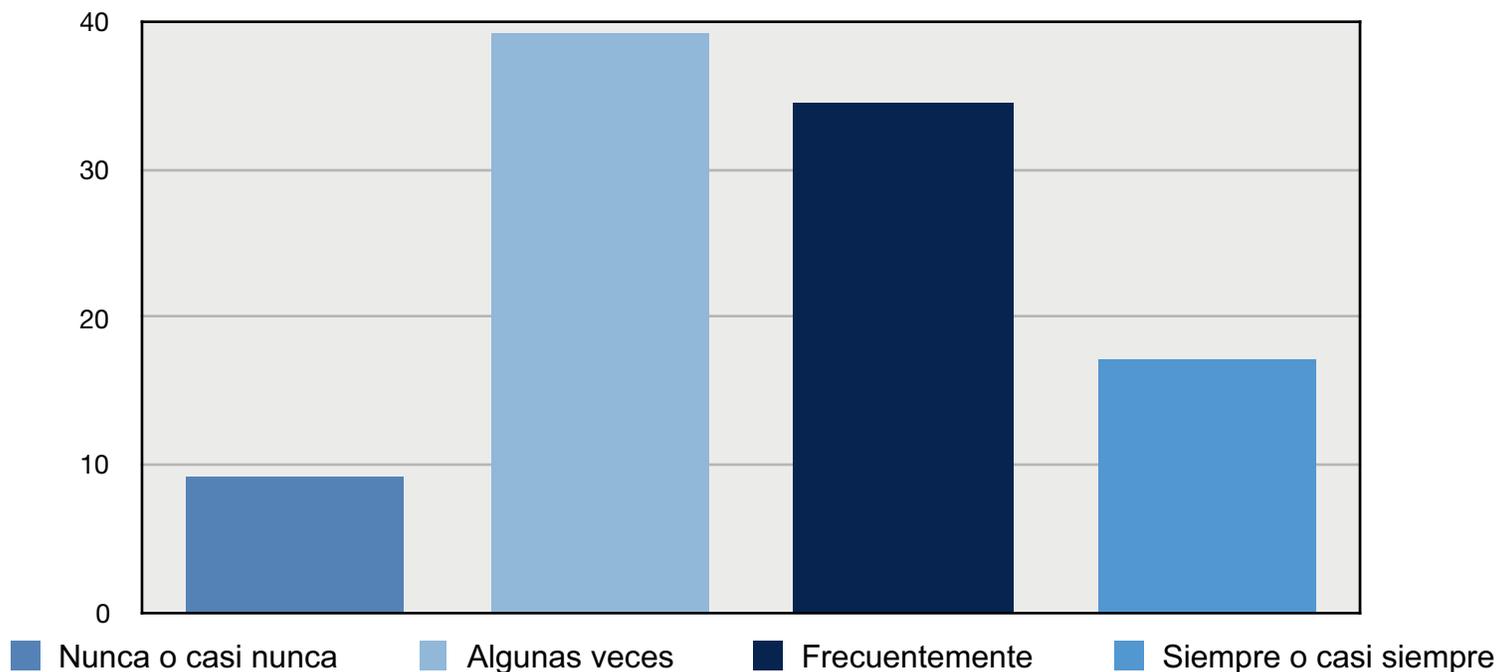
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 39.1% refirió algunas veces en el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario) el 34.5% frecuentemente, el 17.2% siempre o casi siempre y el 9.2% nunca o casi nunca. (Tabla 70, Grafica 70)

Tabla 70
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	8	9.2
Algunas veces	34	39.1
Frecuentemente	30	34.5
Siempre o casi siempre	15	17.2
Total	87	100.0

Gráfica 70
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario)



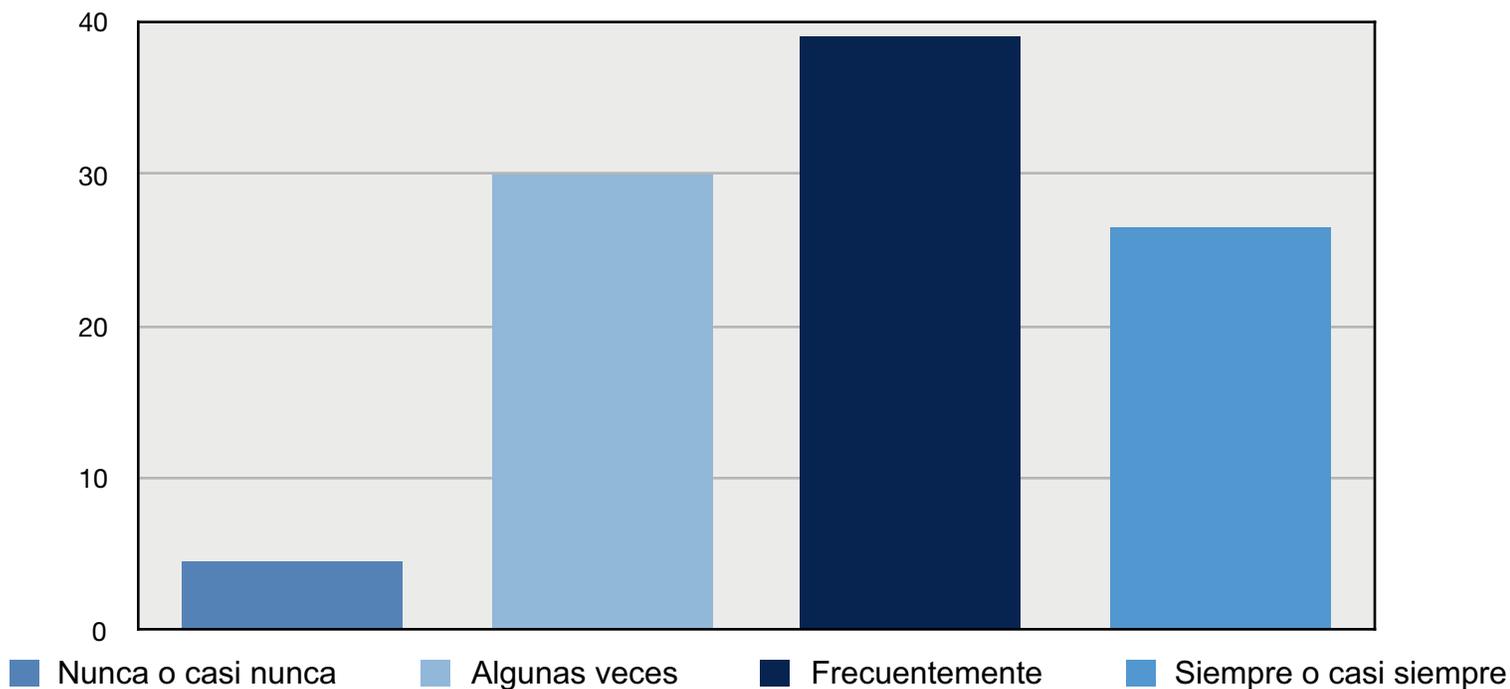
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 39.1% refirió frecuentemente el servicio respeta la privacidad de la información, el 29.9% algunas veces, el 26.4% siempre o casi siempre y el 4.6% nunca o casi nunca. (Tabla 71, Grafica 71)

Tabla 71
El servicio respeta la privacidad de la información.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	4	4.6
Algunas veces	26	29.9
Frecuentemente	34	39.1
Siempre o casi siempre	23	26.4
Total	87	100.0

Gráfica 71
El servicio respeta la privacidad de la información.



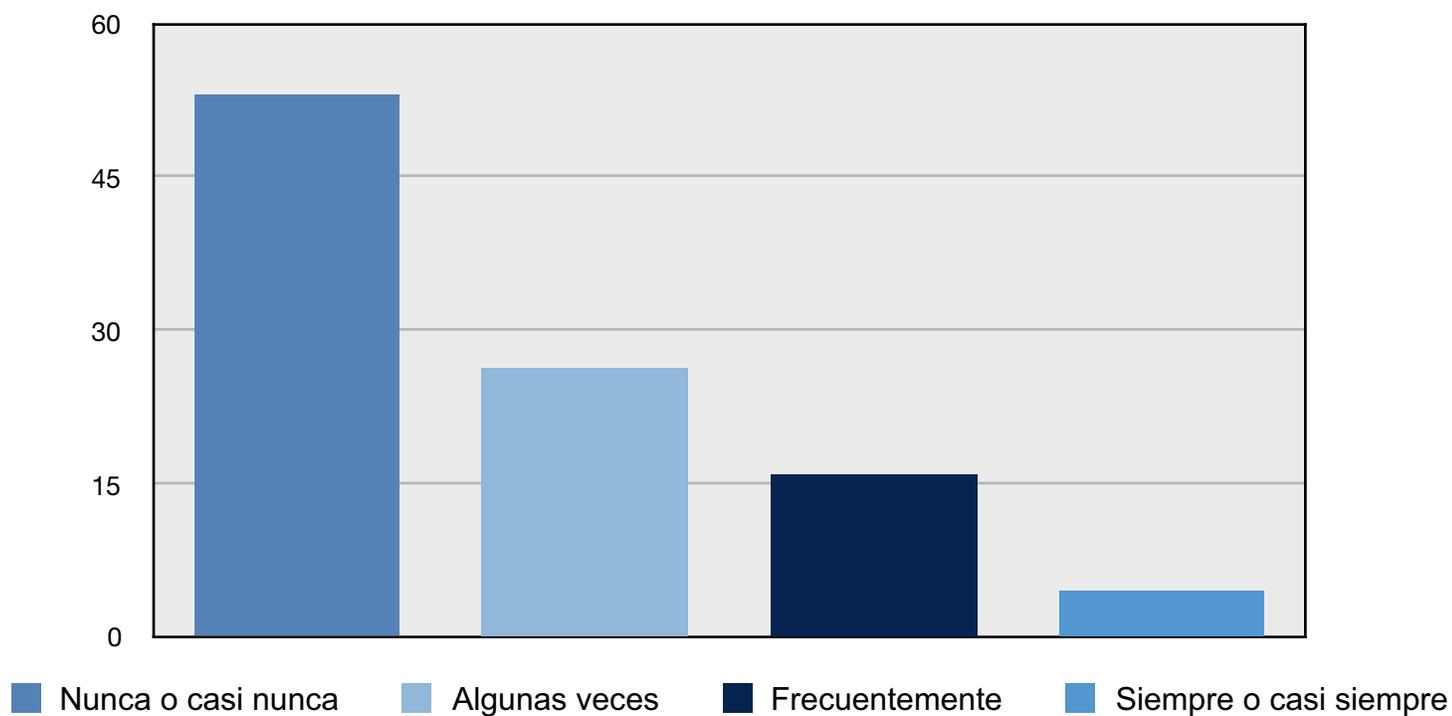
Escala Gencat

En la Dimensión **Derechos**: El 52.9% refirió nunca sufre situaciones de explotación, violencia o abusos, el 26.4% algunas veces, el 16.1% frecuentemente y el 4.6% siempre o casi siempre (Tabla 72.Gráfica 72)

Tabla 72
Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre o casi siempre	4	4.6
Frecuentemente	14	16.1
Algunas veces	23	26.4
Nunca	46	52.9
Total	87	100.0

Gráfica 72
Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.

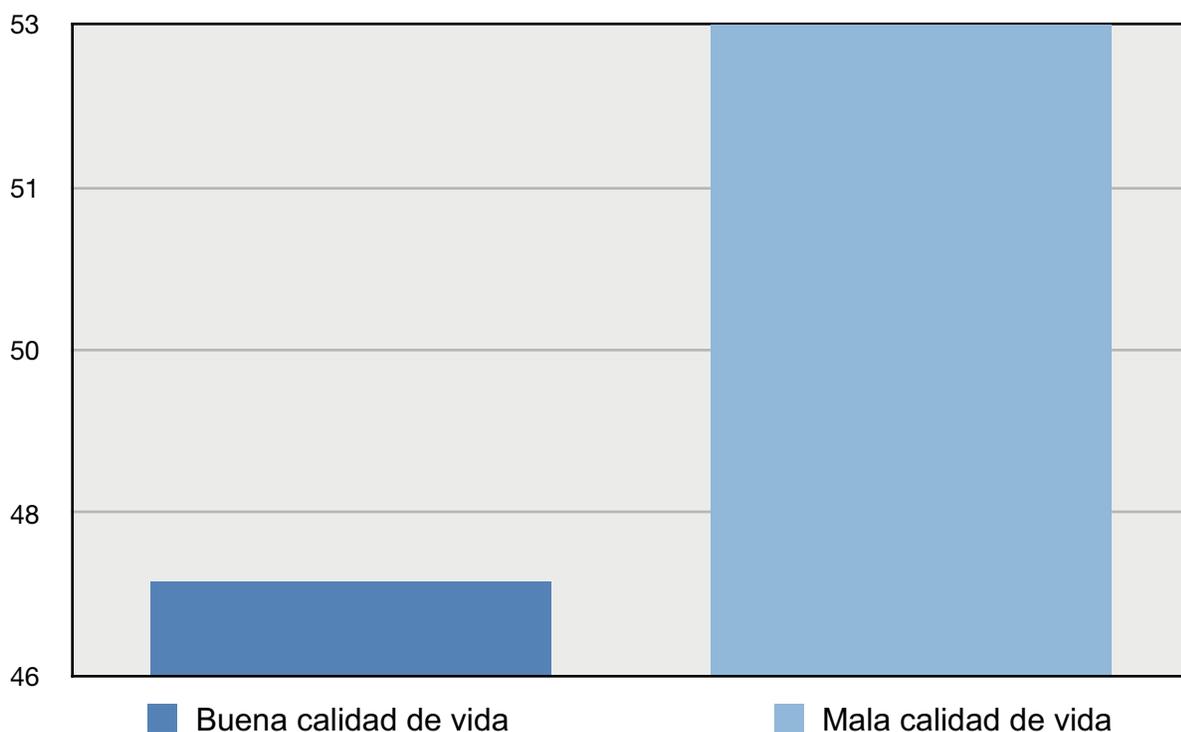


Escala Gencat

En Relación al **Índice De Calidad de Vida** : El 47.1% percibió que tiene buena calidad de vida y el 52.9% percibió mala calidad de vida (Tabla 73, Grafica 73)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Buena calidad de vida (68 a 100)	41	47.1
Mala calidad de vida (1-67)	46	52.9
Total	87	100.0

Grafica 73
Calidad de vida de acuerdo al ICV



Escala Gencat

4. DISCUSION

La calidad de vida se ha convertido en un tema de estudio sobre todo en población vulnerable como los adultos , por lo que nos motivamos a realizar este estudio En la aplicación del instrumento GENCAT a la población sujeta de estudio de la UMF 238 del IMSS ubicada en la población de Sultepec Estado de México, cuyo objetivo fue evaluar la percepción de calidad de vida en pacientes con dolor osteoarticular a pesar del tratamiento que reciben y el tipo de dolor recurrente, donde encontramos que el 52.9% percibió que tiene mala calidad de vida, mientras que el 47.1% percibió buena calidad de vida el cual fue más bajo de lo esperado. Resultados similares han sido obtenidos por Sánchez y colaboradores (2019) en su tesis calidad de vida del adulto en relación a su estado de salud en una comunidad rural de México quienes mencionan un 44.5% para mala calidad de vida , en el presente estudio se trabajó con 63.2% de mujeres , con un promedio de edad de 64,53 años encontrando una gran relación con lo que menciona Peña y colaboradores (2009) explicándose esta similitud por la proporción de mujeres en la población de 60 años y más en México. Los pacientes contaron con cuidador en un 26% mientras que el 73.6% no conto con cuidador. Reflejando un alto índice de mala calidad de vida en estos donde una posible explicación para esto es lo reportado por Robles y Vázquez , en (2008) refieren que las expectativas de los adultos mayores es ser cuidados por sus hijos durante su vejez dichos autores en su estudio sobre aspectos culturales de la vejez, realizada en Chiapas, Guanajuato, Veracruz y Jalisco encontraron que el cuidado de los hijos en el hogar es la mejor opción cuando se envejece y la más deseable desde la perspectiva de los adultos mayores en donde la valoración del cuidador asentado en la familia continua siendo una fuerte preferencia entre estos adultos y contribuyendo así a su calidad de vida .En cuanto a las dimensiones. Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Derechos, Inclusión social .Se encontró con bajo porcentaje, y dentro de lo más importante es que esta escala le permite al observador identificar en cual dimensión esta deficiente su calidad de vida por lo cual se pueden diseñar programas de apoyo a los pacientes y la familia ya en previas investigación por Larson y colaboradores (1978) encontraron bajos porcentajes en las dimensiones como Económicos, Médicos, rechazo familiar, y soledad, reforzando esto por León y colaboradores (2016).Esto indica el gran desequilibrio que generan estos factores en el estándar de calidad de vida de los adultos .

5. CONCLUSION

La percepción de calidad de vida es un sentimiento muy subjetivo y que va a variar en cada paciente de acuerdo a su susceptibilidad y es tan variable como es la personalidad de cada uno de los seres vivos. Existen factores sociales que influyen en la calidad de vida de los adultos, Donde el factor económico juega un papel muy influyente ya que al no contar con la suficiente solvencia económica ocasiona una gran privatización de necesidades básicas. Otro factor es el bienestar Físico en donde no cuentan con actividades de acondicionamiento del cuerpo, además sin tener buenos hábitos de alimentación, agregándoseles problemas de sueño, otro factor encontrado es que no acuden, y no cuentan con lugares donde se puedan reunir y participar en actividades en conjunto con otros miembros de su comunidad. Otro indicador de calidad de vida es ejercer libremente sus derechos ya que no son considerados en igualdad, sin ser respetados por su forma de pensar y de ser siendo vulnerada su intimidad.

Otro punto importante en este estudio fue correlacionar la calidad de vida específica de las 8 dimensiones en donde se puede hacer individualmente y contar con una retroalimentación para los médicos familiares y médicos de primer contacto en cuanto a aspectos de sus pacientes Todos estos datos en este estudio nos dan un panorama general de las condiciones que pueden afectar en su calidad de vida sin olvidar que el núcleo familiar esta integrado por el máximo bienestar de los integrantes.

6. SUGERENCIAS

- 1) Crear asociaciones que vean los aspectos de integración social, actividades culturales, actividades recreativas, actividades físicas.
- 2) Crear programas de conferencias por especialistas en materia de aspectos psicológicos ya que esta parte es mínimamente considerada en la calidad de vida
- 3) proponer a edades tempranas programas de educación para la salud, para poder disfrutar al máximo de calidad de vida de una adultez
- 4) Emplear estos instrumentos en otras patologías crónico degenerativas
- 5) Evaluar la percepción de calidad de vida posterior a conferencias, y talleres con enfoque de calidad de vida
- 6) Generar campos de oportunidad Para otros estudios para tener un panorama más amplio ya que abarca más ampliamente las dimensiones de calidad de vida en comparación con otros instrumentos de calidad de vida
- 7) Que el Medico familiar continúe con el seguimiento y comportamiento de las familias, en sus consultorios o comunidades rurales. Ya que esto brinda la oportunidad de conocer su entorno social
- 8) Tener un compromiso del área médica en la integración familiar de los pacientes para poder tener un impacto. En su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Poley GA, Ortega BJA, Pedregal GM, Martín AM, Hermosilla CC, Mora MF. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. SEMERGEN, Med-Fam 2011; 37(9):462-7
2. Castañeda PSL Calidad de vida del adulto mayor. Tesis
3. Lavalle MC. Osteoartritis. Disponible en: www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Consultada 20/Ene/2017. Consultado 15/Abril/2017.
4. López-Armada MJ, Carames B, Cillero- Pastor B, Blanco GFJ Fisiopatología de la Artrosis cual es la actualidad. Rev.EspReumatol 2004; 31(6): 379-95.
5. Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Torres L M. Guía de Manejo Clínico de la Artrosis de Cadera y Rodilla. Rev.Soc.Espdolor 2005; 12(5):289-302.
6. Terapéutica en Reumatología (III). Enfermedades osteoarticulares:1Conectivopatías. Disponible en: <http://www.mapfre.es/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol2-n1-art6-Terapeutica.pdf>.
7. Fernández LA, Fernández FM, Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev.EspSalud Pub 2010; 84(2): 169-184.
8. Velarde-JE, Ávila-FC. Evaluación de la calidad de vida. Rev. Salud Pub México 2002; 44:349-36.
9. Susana SF, Alberto g. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de especialidades medico quirúrgicas 2009; 14(4): 161-72
10. Carmen RV, García. Calidad de vida y salud en la tercera Edad. Revista electrónica de psicología Iztacala 2005; 8(3)
11. Elizabeth VJ, Ávila Figueroa. Evaluación de calidad de vida. Revista de salud pública de México 2002; 44(4) 132-54
12. Carolina SZ, María O; La noción de calidad de vida y su medición, Revista de salud pública ; 2013:4; 36-46
13. López S, MC, Sánchez. Calidad y dolor en atención primaria, Revista sociedad española Dolor 2007: 1(9):19-25
14. OPC tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en el primer nivel de atención
15. B.Joucase, V.Mansalve. Estrategia de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia; Revista de la sociedad española del dolor 2004; 11: 353-359
16. Mercedes AG,AlfonsoC.Factores asociados a mal estado de salud percibida o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años: Revista española de salud pública : 2002 ;76,(6)

17. Anna GA, Jaime p; aproximación a los pesos de calidad de vida de los años de vida ajustados por calidad mediante el estado de salud autopercebido; Fundación instituto de investigación en servicios de salud ;2006 vol. 20(6) 457-464
18. Adriana MA, Antonio LC; Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual; Revista científica de américa latina y el caribe, España ´Portugal :2007 vol. 3 (1) ;37-54
19. Habermas, Jurgen; El futuro de la naturaleza humana; 2012 Barcelona: 46
20. Escala GENCAT. Disponible en:
<http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes enfermedad osteoarticular con dolor recurrente a pesar del apego al tratamiento de la unidad de medicina familiar 238 Sultepec
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar calidad de vida en pacientes enfermedad osteoarticular con dolor recurrente a pesar del apego al tratamiento de la unidad de medicina familiar 238 Sultepec
Procedimientos:	OBSERVACIONAL
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MEJORAR TRATAMIENTO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LAS NECESARIAS
Participación o retiro:	Entiendo que conservo mi derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere necesario
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA ES OBSERVACIONAL
Beneficios al término del estudio:	REVALORAR MANEJO DE DOLOR EN PAC CON OSTEOARTICULAR
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ
Colaboradores:	ANGEL BERNAL GUTIERREZ, SILVIA LANGRAVE
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE GRANNT

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 NOMBRE INVESTIGADOR: RODOLFO ERASMO NICOLAS ORTIZ

ACTIVIDAD	Marzo- Abril	Mayo- junio	Julio- agosto	Septiem- bre octubre	no- viem- bre di- ciem- bre
FASE DE DISEÑO DE INVESTIGACION					
Planteamiento del problema					
Marco teórico					
Justificación					
Formulación de objetivos					
Material y métodos					
Autorización del protocolo por el comité local de investigación					
Desarrollo del trabajo de campo					
Captura de información					
Análisis de resultados					
Redacción de tesis					

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación:

Nombre

Apellidos

Sexo

Varón Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono

Lengua hablada en casa

Servicio

Colectivo

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

BIENESTAR EMOCIONAL

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL		_____			

Anexo 1

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.
ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.
ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.
ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

INCLUSIÓN SOCIAL

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					