

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**“PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA
OCUPACIONAL TRAS LA CIRUGÍA DE CÁNCER
DE RECTO”**

AUTOR: LÓPEZ BLESAS, ÁNGELA

Nº EXPEDIENTE: 949

TUTOR: PEDRO JOSE MOYA FORCEN

DEPARTAMENTO: PATOLOGÍA Y CIRUGÍA.

CURSO ACADÉMICO: 2017 /2018 MAYO



ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN.....	6
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS.....	9
MATERIAL Y MÉTODO.....	10
- DISEÑO	10
- POBLACIÓN DIANA.....	11
- ESCALAS DE EVALUACIÓN Y MODELO DE INTERVENCIÓN	12
DESARROLLO DEL PROTOCOLO	13
- INFORMACIÓN AL PACIENTE.....	13
- ENTREVISTA INICIAL Y ASPECTOS A TENER EN CUENTA.....	14
- RECOMENDACIONES	15
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS.....	27

RESUMEN

Introducción: En España, el cáncer de recto es uno de los más frecuentes y representa la segunda causa de muerte por neoplasia en nuestro país. Cuando hablamos de ésta enfermedad, es necesario incluir el término calidad de vida, ya que a pesar de los avances en medicina que han permitido alargar la vida, los tratamientos a los que se someten estos usuarios causan secuelas que pueden llegar a ser permanentes.

Objetivo: Elaborar un protocolo asistencial por parte de un terapeuta ocupacional para la intervención tras el diagnóstico de cáncer de recto y contribuir así a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y Método: Se ha llevado a cabo la creación del protocolo teniendo en cuenta todos los síntomas y situaciones que puede llegar a sufrir el paciente. La población objeto de intervención será con pacientes mayores de edad, diagnosticados de cáncer de recto que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente con valores bajos en la escala de calidad de vida.

Discusión: La implementación de acciones sistematizadas de terapia ocupacional es necesaria desde el diagnóstico de la enfermedad y durante todo el proceso siguiente, a fin de contribuir para una mejora aceptación de las alteraciones causadas por cáncer de recto.

Conclusión: Existen escasos estudios sobre la intervención de terapia ocupacional en pacientes oncológicos. A pesar de ello, los beneficios potenciales de este tipo de tratamientos y el impacto positivo en todas las áreas de ocupación, pueden disminuir los niveles de dependencia y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, cáncer de recto, calidad de vida, oncología.

ABSTRACT

Introduction: In Spain, rectal cancer is one of the most frequent cases of cancer, and represents the second cause of death from neoplasia in our country. When we talk about this disease, it is necessary to include the term “quality of life”, because despite the advances in medicine that have allowed to prolong human life, the treatments to which these users are subjected, can cause sequelae that may become permanent.

Objective: To elaborate assistance protocol by an occupational therapist used for the intervention after the diagnosis of rectal cancer and contribute to improve the quality of life.

Materials and Methodology: The creation of the present protocol has been carried out taking into account all the symptoms and situations that the patient may suffer. The population subject to this intervention will be patients of legal age, diagnosed with rectal cancer who will have to undergo surgery, coexisting in turn, a poor quality of life.

Discussion: The implementation of systematic actions of occupational therapy are necessary from the diagnosis of the disease, and all throughout the following process, in order to contribute in the improvement of the acceptance on the alterations that rectal cancer will cause on the patient.

Conclusion: There have been few researches on the intervention of occupational therapy in cancer patients. In spite of this, I affirm that the benefits of this type of treatments and the positive impact in all areas of occupation, decrease dependency levels and improve the quality of life.

Key words: Occupational Therapy, rectal cancer, quality of life, oncology

INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud en la actualidad y afecta a la calidad de vida de las personas que lo sufren ya que a lo largo de la enfermedad se producen cambios en el desempeño de roles, relaciones sociales y hábitos, debiendo de adaptarse a la nueva situación que supone toda la sintomatología que lleva consigo un cáncer y su tratamiento. Además es una de las principales causas de mortalidad y de morbilidad, por lo que es una prioridad en las políticas de salud.

El cáncer ha sido la segunda causa de muerte en España en las últimas décadas, solamente superado por las enfermedades del aparato circulatorio. Entre los tumores más frecuentes se encuentran el cáncer de pulmón, próstata, mama y colorrectal, estos mismos cánceres son las principales causas de mortalidad por cáncer. A pesar de esto en España no hay un registro oficial de casos de cáncer. Sólo existe un recuento realizado por la red Española de Registros de Cáncer (Redecan), así como datos de mortalidad por cáncer de toda España proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. Según estos cálculos, en 2014 se diagnosticaron 145.813 casos nuevos de cáncer en hombres y 95.471 en mujeres. En total 241.284 casos de cáncer, siendo el cáncer más frecuente el de colon y recto, con 39.553 nuevos casos.

Actualmente a pesar de los datos comentados anteriormente, nos encontramos ante una situación de cambio en la esperanza de vida de las personas que padecen enfermedades cancerígenas, debido al amplio abordaje de tratamientos desde diferentes profesionales, gracias a una intervención precoz de la enfermedad, a las metodologías cada vez más eficaces de diagnóstico y tratamiento. Uno de los cánceres más frecuentes tanto en hombres como en mujeres es el colorrectal, con una incidencia relativa del 11,7% en el hombre y del 12,8 en la mujer. Por otra parte, el 25% de los tumores del

intestino grueso se desarrollan en la porción distal o rectal, siendo la edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico de 68 años. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el concepto de calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo completo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. ⁽²⁾ La calidad de vida es un concepto que ha cobrado cada vez mayor importancia. Cuando hablamos de salud, resulta necesario incluir este tema, debido a que los avances en medicina han permitido alargar la esperanza de vida considerablemente, lo cual ha repercutido en las expectativas de los pacientes en cuanto a su nivel de actividad, autonomía y estado de salud. Ya no se considera la salud como aislada de otros aspectos de la vida humana, ya no es sólo la falta de enfermedad, sino es más complejo y multimodal, donde cobra importancia la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, que a la vez va a depender de los propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal ⁽³⁾. De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. Más recientemente el constructo «calidad de vida» se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo. ⁽⁴⁾

En el transcurso de la enfermedad se producen cambios en el aspecto físico a consecuencia de los tratamientos recibidos, como son radioterapia, quimioterapia y la cirugía. Dependiendo de la localización y el tipo de tumor, se llevarán a cabo diferentes

tratamientos quirúrgicos, pudiendo realizarse un estoma de forma temporal o permanente, lo que lleva implícito una agresión tanto física como psicológica. Estos cambios afectan directamente a la imagen corporal e incluso a la percepción del funcionamiento del propio cuerpo. En el caso de neoplasia rectal, tras la realización de una colostomía se cambia el funcionamiento normal del cuerpo y el aspecto físico. A diferencia del ano, el estoma no tiene válvula o músculo de cierre, esto significa que el paciente no puede controlar el paso de la materia fecal, y ésta será expulsada hacia el exterior sin poder ser controlada generando por tanto mucha angustia y ansiedad en el enfermo. Todo esto supone un impacto en la identidad de la persona y a la vez en la calidad de vida global y en caso de anastomosis, el hábito intestinal normal se puede afectar, coexistiendo episodios de estreñimiento e incontinencia, que influyen, igualmente de forma negativa en estos pacientes.⁽⁵⁾

Asimismo, el aumento de los recursos diagnóstico-terapéuticos disponibles para esta neoplasia ha incrementado la complejidad de su manejo, haciéndose aconsejable la atención integral de los pacientes en el seno de unidades multidisciplinarias especializadas que integren a profesionales de la salud de diversos ámbitos. El objetivo es crear estructuras asistenciales que, rompiendo los límites establecidos tradicionalmente, organicen su actividad pensando en el paciente como sujeto al que han de adaptarse todos los procesos. Se trata de estructuras multidisciplinarias que incluyen profesionales de áreas diversas con un objetivo común centrado en el paciente.

(6)

HIPÓTESIS

La Terapia Ocupacional constituye un complemento terapéutico que puede ser muy útil en el ámbito oncológico. Aunque en la actualidad no se contemple esta profesión dentro de la intervención planteada para este tipo de usuarios, consideramos que la creación de un protocolo de Terapia Ocupacional en pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer de recto podría ser una buena herramienta encaminada a facilitar el bienestar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaboración de un protocolo asistencial por parte de un terapeuta ocupacional en pacientes con cáncer de recto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Introducción de nuevas alternativas terapéuticas dentro del equipo multidisciplinar en el ámbito del cáncer.
- Mejorar y facilitar la tarea de los terapeutas ocupacionales a la hora de intervenir con pacientes que sufren cáncer de recto, aportando estrategias de intervención tanto al enfermo como a sus familiares.
- Reforzar la toma de decisiones por parte de los pacientes haciéndoles partícipes en el proceso de intervención en cáncer de recto.
- Verificar el proceso de atención a los usuarios, mejorando la eficiencia de los profesionales y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODO

- *DISEÑO*

Este proyecto, se llevará a cabo mediante la creación de un protocolo de intervención de terapia ocupacional en pacientes intervenidos por cáncer de recto. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes documentos y páginas web, con el propósito de poder evidenciar y analizar las diferentes investigaciones ya realizadas sobre el tema propuesto.

La revisión bibliográfica se realizó en artículos publicados en PubMed, Scielo, Microsoft Academic Search, google académico. Además, se consultaron revistas científicas como: American Occupational Therapy Association (AOTA) y The Oncologist.

Para ello, se utilizó como palabras clave “Occupational Therapy”, “quality of life” y “rectal cáncer” como descriptores en ciencias de la salud (DeSC) y los operadores booleanos “AND” y “OR” para ampliar la búsqueda de artículos publicados.

Una vez realizada y consultada la revisión bibliográfica, se analizaron todos los síntomas y etapas que atraviesan los pacientes con cáncer de recto durante y tras su intervención quirúrgica, consideradas importantes a tener en cuenta para la intervención de terapia ocupacional y el desarrollo de los diferentes programas.

- *POBLACIÓN DIANA*

La población objeto de intervención está constituida por pacientes diagnosticados de cáncer de recto en cualquier estadio de la enfermedad, que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente. Para ello deben dar un resultado en la escala de evaluación de la

calidad de vida GENCAT negativo, siendo de intervención prioritaria de Terapia Ocupacional las personas en las que exista una disfunción ocupacional incidiendo de manera negativa su calidad de vida.

La edad de estos pacientes para recibir tratamiento debe ser igual o mayor a 18 años y se requiere de su consentimiento para dicho tratamiento. Se ha excluido a los menores de edad ya que cabe destacar que la intervención en el adulto es diferente que la intervención en el niño afectado de cáncer, los programas y objetivos serán los mismos pero las estrategias y actividades son diferentes.

De igual modo, podrán recibir ayuda siempre y cuando ellos quieran los familiares de dicho paciente que den resultado negativo en la escala de evaluación de sobre carga del cuidador ZARIT, esta escala nos servirá para ver de forma objetiva y evaluar la repercusión que tiene sobre los familiares del paciente dicha enfermedad. [Figura 1]

- ESCALAS DE EVALUACIÓN Y MODELO DE INTERVENCIÓN

Para ver la repercusión que tiene ésta patología de forma objetiva en la calidad de vida de los pacientes, se utilizará la escala de evaluación GENCAT ya que es un instrumento que fue pensado para medir si la atención y las necesidades de los pacientes están cubiertas de forma plena, teniendo en cuenta el contexto físico, social y cultural. Esta escala evalúa de forma objetiva y presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida.⁽⁷⁾

La escala de evaluación de sobre carga del cuidador ZARIT mide el grado en el que la enfermedad afecta al cuidador principal del paciente. La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar. Estos cambios ponen en peligro la

estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal que es el que soporta la mayor parte de sobrecarga física y emocional de los cuidados. Esta escala es un cuestionario que cuenta con 22 ítems con formato de pregunta, en el que el cuidador deberá de anotar una puntuación de 0-5 según su respuesta. Esto nos ayudará a ver de forma objetiva si estamos ante un cuidador que precise de nuestra intervención. ⁽⁸⁾

Del mismo modo, para justificar la práctica del terapeuta ocupacional en esta intervención se aplicará el modelo de Ocupación Humana (MOHO) propio de terapia ocupacional, éste modelo considera a los seres humanos como sistemas dinámicos que se organizan a sí mismos en un continuo movimiento y cambio ⁽⁹⁾. El modelo de Ocupación Humana clasifica al ser humano en una jerarquía compuesta de tres subsistemas: volición, habituación y capacidad de desempeño. La volición integra la voluntad, elección y motivación de la persona según sus valores e intereses, los pensamientos volitivos surgen a medida que la persona experimenta, interpreta, anticipa y elige las ocupaciones. La habituación viene dada por los patrones de comportamiento, es decir, por los hábitos, rutinas y roles que desempeña la persona, es una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento, ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de ritual. La capacidad de desempeño hace referencia a las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales, así como también habilidades de relacionarse y desenvolverse en la comunidad. ⁽¹⁰⁾

DESARROLLO DEL PROTOCOLO

- *INFORMACIÓN AL PACIENTE*

Antes de proceder a la realización del tratamiento de terapia ocupacional, se le informará al paciente sobre en qué consiste dicha intervención, es decir, se le comunicará que se realizarán diferentes programas donde se tratarán aspectos relacionados con la fase de la enfermedad, los cambios en el aspecto físico que tendrá que afrontar, se le proporcionarán técnicas y estrategias que le ayuden a enfrentarse a la quimioterapia/radioterapia y se intervendrán sobre todos los síntomas que experimente el paciente para resolver todas sus dudas e inquietudes. Así mismo también se le informará a la familia que pueden recibir ayuda para sobrellevar la situación de la mejor forma posible si fuese necesario. Le haremos entender el objetivo del tratamiento; mejorar la adaptación a los cambios sufridos, secundarios al tratamiento. Para facilitar que la información le llegue correctamente se le comunicará tanto de forma oral como por escrito, a través de una hoja informativa para pacientes y familiares. [Figura 2]

- *ENTREVISTA INICIAL Y ASPECTOS A TENER EN CUENTA*

Una vez que el paciente ha sido informado, ha expresado que acepta recibir tratamiento de terapia ocupacional y que cumple todos los requisitos para ello, se tendrá un primer contacto de relación terapéutica con el paciente y sus familiares. En este primer contacto se realizará una entrevista inicial y se seguirán las siguientes pautas:

- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles de los diferentes tratamientos y síntomas.

- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico de confianza, donde el paciente se sienta cómodo y seguro
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Escucha activa sobre los miedos y preocupaciones tanto del paciente como de los familiares.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención.
- Contemplar aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales del paciente para establecer, en base a ellos, un plan de intervención integral.

Seguidamente, se evaluarán/valorará aspectos a tener en cuenta según el paciente. A través de la información recogida, podrá realizarse un primer análisis de la demanda del paciente y/o su familia así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento y establecer los objetivos individuales a trabajar. ⁽¹¹⁾

Con toda la información ya recogida el Terapeuta Ocupacional podrá realizar un diagnóstico del desempeño ocupacional y calidad de vida del paciente que aportará al resto del equipo como complemento de la valoración interdisciplinar.

Para el desarrollo de los programas, hemos de tener en cuenta todas las situaciones con las que nos podemos encontrar en este tipo de pacientes, para poder actuar ante cualquier situación, ya que a pesar de ser la misma patología, cada persona la afronta y la sufre de forma diferente.

Por ello, a la hora de planificar la intervención debemos conocer todos los síntomas y circunstancias con las que nos podemos encontrar y tras la bibliografía consultada, los principales síntomas encontrados por los terapeutas ocupacionales a lo largo de su trabajo en el ámbito oncológico son los siguientes:

- MIEDO
- FATIGA
- NÁUSEAS/VÓMITOS
- EXTREÑIMIENTO/INCONTINENCIA
- DIFICULTAD RESPIRATORIA
- INSOMNIO
- ESCARAS
- CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL
- DISFUNCIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Todos estos síntomas a los que se debe enfrentar el paciente, producen una serie de secuelas tanto físicas, como psicológicas y sociales. Éstas serán las que como terapeutas ocupacionales debemos tratar para mejorar y normalizar todo lo posible la vida del enfermo y de sus familiares, facilitándole y proporcionándole una serie de recomendaciones y estrategias que le ayuden a sobrellevar los síntomas y la enfermedad de la mejor forma posible. ⁽¹²⁾

- ***RECOMENDACIONES***

Durante y después del tratamiento el paciente tiene que cuidarse además de seguir el tratamiento médico pertinente. Es fundamental cambiar los hábitos alimentarios, el nivel de actividad física y desarrollar nuevas rutinas de higiene así como eliminar otros hábitos no saludables como son el alcohol y el tabaco. Para garantizar una intervención eficaz se le proporcionará al paciente una serie de estrategias y recomendaciones:

PARA AFRONTAR CON MÁS FACILIDAD LA ASTENIA SE ACONSEJA:

- Planificar el día – Decide qué es lo más importante o que es lo que prefieres hacer y asegúrate de que dejas tiempo para descansar
- Hacer listas - Ello te ayudará llevar una lista de registros con las cosas que necesitas hacer y así priorizarlas.
- Limita tus actividades diarias - Tendrás que ser realista y saber hasta donde puedes llegar, no abarques muchas actividades en un mismo día.
- Acepta que te ayuden – No tengas miedo de pedir ayuda o vergüenza por que te la ofrezcan, permite que te ayuden y así podrás realizar más actividades en el día.
- Prepara comida extra cuando tengas más energía - Los días que te encuentres más activo haz comida demás y así tendrás provisiones para aquellos en los que no te sientas capaz de afrontar la tarea de cocinar.
- Habla con tu empresa – Si trabajas y puedes, realiza cambios razonables que te permitan seguir con tu trabajo, como son cambios de horario o un mayor apoyo.

PARA TENER UN MEJOR DESCANSO/SUEÑO SE RECOMIENDA:

- Rutina de hábitos – trata de acostarte y levantarte a la misma hora todos los días
- No duermas más de lo debido ni pases muchas horas en la cama.
- Toma periodos de siestas breves en un sillón cómodo mejor que en la cama.
- Procura que no haya ruido mientras duermes, así evitarás desvelarte.

ALIMENTACIÓN: COMO REDUCIR LAS NÁUSEAS Y DIARREA

- Lleva una dieta equilibrada que incluya hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y la fibra que necesites. Para ello es mejor que recurras a un especialista que te asesore.
- Evitar alimentos fritos o demasiado dulces, así como también los olores demasiado fuertes. Además deberás ingerir el alimento y beber agua despacio.
- Intenta comer entre horas para añadir energía extra y tener preparados aperitivos sanos para aprovechar las ocasiones en las que tengas hambre.
- Evita alimentos ricos en fibra, sin embargo hazlo en el caso de ir estreñado, toma aquellos ricos en potasio.
- Bebe mucha cantidad de líquidos como son zumos, agua, infusiones que se encuentren a temperatura ambiente y hazlo despacio.⁽¹³⁾

RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA MEMORIA ACTIVA

- Estimulación cognitiva: Mantén tu cerebro en forma, realizando ejercicios mentales, completando crucigramas y sudokus o leyendo periódicos o libros.
- Atención: prestar atención en aquello que se hace, repetir en voz alta y visualizar mentalmente detalles de la escena para que no se olviden ciertas actividades cotidianas.
- Relajación: la meditación es una poderosa herramienta para reforzar nuestra mente y ahuyentar las cosas negativas
- Evitar el aislamiento social: Socializar mejora la memoria, el estado de ánimo, relacionarse con los demás, ya sean amigos, familiares o conocidos hace que nos sintamos mejor con nosotros mismos.

- Hacer ejercicio: Nos mantiene activos, ayuda a que nuestra memoria este en forma. Hacer ejercicio de intensidad moderada es recomendable para combatir estados de ánimo depresivos.
- Tareas rutinarias: Es importante realizar las tareas en una misma hora, y descansar el tiempo suficiente de forma también rutinaria. ⁽¹⁴⁾

- ***PROGRAMAS PROPUESTOS DE INTERVENCIÓN***

Los pacientes con cáncer en tratamiento activo experimentan numerosos efectos adversos, por lo que se proponen los siguientes programas de intervención de terapia ocupacional para tratar de intervenir sobre los síntomas más comunes en éste colectivo y mejorar por tanto la situación respecto a su calidad de vida.

Estos programas podrán ser proporcionados antes y después de la intervención quirúrgica y dependiendo de los objetivos planteados con cada paciente y en la fase de la enfermedad en la que se encuentre serán grupales o individuales e irán dirigidos tanto al enfermo como al cuidador que así lo requiera.

OBJETIVOS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN

TABLA 1. SÉCUELAS PSICOLÓGICAS

OBJETIVO GENERAL			
Lograr la mayor estabilidad psicológica del paciente para que afronte la enfermedad de la mejor forma posible			
CONTENIDOS A TRABAJAR	TÉCNICA/ACTIVIDAD	A QUIEN VA DIRIGIDO	OBJETIVO ESPECÍFICO
ANSIEDAD INCERTIDUMBRE	TÉCNICA DE RELAJACIÓN	FAMILIARES Y ENFERMOS	DISMINUIR EL ESTADO DE ANSIEDAD QUE SUFREN AL CONOCER EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y ANTES DE RECIBIR EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE, TANTO FAMILIARES COMO ENFERMOS.
MIEDO DEPRESIÓN	CUIDADO DE CUIDADORES	FAMILIARES	ASESORAMIENTO SOBRE ESTRATEGIAS TANTO DE ERGONOMÍA COMO DE ADPTACIONES PARA FACILITAR LA LABOR DEL CUIDADOR PRINCIPAL
AUTOESTIMA SOBRECARGA	ACTIVIDADES LÚDICAS Y PROPOSITIVAS SEGÚN DEMANDA DEL PACIENTE	ENFERMOS	PROMOVER ACTIVIDADES ELEGIDAS POR EL ENFERMO Y ADAPTADAS PARA ÉL Y MEJORAR ASÍ SU AUTOESTIMA.
	AUTOCONTROL	ENFERMOS	DIRIGIR LA CONDUCTA DEL ENFERMO EN EL SENTIDO DESEADO PARA EVITAR ESTADOS DEPRIMIDOS.

TABLA 2. SECUELAS PSICOSOCIALES

OBJETIVO GENERAL			
Normalizar la situación del enfermo y fomentar la sociabilidad para incluirlo en la comunidad			
CONTENIDOS A TRABAJAR	TÉCNICA/ACTIVIDAD	A QUIÉN VA DIRIGIDO	OBJETIVO ESPECÍFICO
PÉRDIDA DE ROL MIEDO AL RECHAZO SOCIAL	ESCUCHA ACTIVA	ENFERMO/FAMILIA	PROVEER UNA VIDA MÁS FÁCIL AL ENFERMO Y LA FAMILIA DONDE SE SIENTA ÚTIL
ACEPTACIÓN DE LA NUEVA SITUACIÓN	VERBALIZACIÓN DE AUTOACEPTACIÓN	ENFERMO	IDENTIFICAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EFICAZ Y ESTABLECER EXPECTATIVAS DE VIDA Y OBJETIVOS REALISTAS
DETERIORO DE ADAPTACIÓN SOCIABILIZACIÓN	ACTIVIDADES GRUPALES QUE FOMENTEN RELACIONES INTERPERSONALES CON PACIENTES EN SU MISMA SITUACIÓN	ENFERMO	PROPORCIONAR ESTRATEGIAS DE EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y RETOMAR EL CONTACTO SOCIAL PERDIDO DEBIDO AL TIEMPO QUE PERMANECE EN EL HOSPITAL.
	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	ENFERMO/FAMILIARES	APOYAR EL USO DE MECANISMOS DE DEFENSA ADECUADOS.

TABLA 3. SECUELAS FÍSICAS

OBJETIVO GENERAL Que el paciente obtenga la mayor autonomía y funcionalidad posible			
CONTENIDOS A TRABAJAR	TÉCNICA/ACTIVIDAD	A QUIÉN VA DIRIGIDO	OBJETIVO ESPECÍFICO
IMAGEN CORPORAL	REHABILITACIÓN FUNCIONAL	ENFERMO	RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN PERDIDA O DISMINUIDA
FATIGA	POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	ENFERMO	AYUDAR AL PACIENTE A DETECTAR LOS CAMBIOS EN EL ASPECTO FÍSICO, RESALTANDO LOS POSITIVOS.
AUTONOMÍA	TÉCNICA DE CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA	ENFERMO	DISMINUIR LA FATIGA Y OPTIMIZAR LA ENERGÍA CON EL FIN DE QUE EL CANSANCIO INTERFIERA LO MENOS POSIBLE EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL
DISFUNCIÓN SEXUAL			
DETERIORO INTEGRIDAD CUTÁNEA	MOVILIZACIONES	ENFERMO Y FAMILIA	DISMINUIR LA INTEGRIDAD DE LA PIEL Y QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE COMODAMENTE.
	VIGILANCIA DE LA PIEL	ENFERMO Y FAMILIA	OBSERVAR EL ESTADO DEL ESTOMA Y LA PIEL CIRCUNDANTE PARA EVITAR MAYOR DETERIORO.

DISCUSIÓN

La experiencia en la terapéutica del cáncer de recto supone la inclusión de tratamientos como la cirugía del tracto digestivo, la aplicación de quimioterapia, radioterapia y necesidad de una ostomía en forma selectiva, lo que lleva implícito una agresión hacia el enfermo tanto física como psicológica dando como resultado una afectación de su integridad corporal, su autoimagen, su capacidad funcional y relacional y por tanto, en la calidad de vida global. En un paciente oncológico intervenido quirúrgicamente de cáncer de recto, se observa una serie de secuelas que afectan a diferentes aspectos de su vida. A nivel cognitivo, físico y psicológico provoca una disrupción en el desempeño ocupacional y déficit en estructuras y funciones corporales, viéndose afectado por tanto la pérdida de roles, rutinas y hábitos en el ámbito social. ⁽⁵⁾

También cabe destacar la vergüenza que sienten estos pacientes por estar colostomizados y el gran estigma social que existe a día de hoy por este hecho, aspecto importante a tener en cuenta para tratar de normalizar esta situación tanto en el paciente como en la sociedad y contribuir con ello a mejorar la calidad de vida de estas personas lo que constituye una pieza fundamental del llamado cuidado del enfermo. La determinación de este parámetro debe ser considerada como un factor trascendental dentro del análisis fármaco-terapéutico de intervención, principalmente en oncología con objeto de poder proporcionar una supervivencia con la mejor calidad de vida posible.

Por ello, he considerado conveniente la elaboración de un protocolo que trate estos aspectos y tengan en consideración que los síntomas son tan importantes como la enfermedad en sí y deben de ser tratados de igual modo para que la enfermedad repercuta lo mínimo en su día a día, por lo que considero de vital importancia que los

profesionales de salud conozcan esta profesión y la incluyan en el equipo interdisciplinar y no se restrinjan solamente a los cuidados de manipulación del estoma, o eliminación del tumor primario o metastásico, sino también, a tratar los factores que afectan a la persona a consecuencia de dicha patología, ya que estos profesionales tienen la educación, las habilidades y el conocimiento necesario para proporcionar intervenciones en el ámbito oncológico. ⁽¹²⁾

A pesar de que el cáncer es una de las patologías más importantes a tener en cuenta en España, sobre todo en los adultos jóvenes y en las personas mayores y que la terapia ocupacional es un servicio de apoyo integro con la misión de contribuir en la funcionalidad de los usuarios y por tanto lleven una vida más independiente mejorando su calidad de vida, desafortunadamente para las personas diagnosticadas de cáncer sigue siendo un campo desconocido a la hora de recibir intervención hospitalaria pese a que cubra gran parte de las necesidades básicas.

CONCLUSIÓN

Desgraciadamente la Terapia Ocupacional en el sistema sanitario Español no tiene mucha cabida con pacientes oncológicos y tampoco hay muchos estudios que lo evidencien al respecto, por lo que me ha motivado a realizar este protocolo de intervención para contribuir a la divulgación de la importancia que tiene esta profesión en este ámbito. En nuestro sistema sanitario, la terapia ocupacional puede aportar las estrategias de intervención alternativas necesarias dentro del equipo multidisciplinar para la intervención con este colectivo, considerando la creación de un protocolo de intervención básico para mejorar y facilitar la tarea de los terapeutas ocupacionales y

verificar el proceso de atención a los usuarios, mejorando la eficiencia de los profesionales y la toma oportuna de decisiones basado en la evidencia científica.

En este proyecto de intervención se refleja que es efectivo tanto para el paciente como para el sistema sanitario, ya que todas las fases de intervención van destinadas a proporcionar funcionalidad en la persona y mejorar su calidad de vida, disminuyendo por tanto los niveles de dependencia y consecuentemente dejando de necesitar de otros servicios o tratamientos cuando la enfermedad desaparece y las secuelas no son tratadas de la mejor forma posible, por lo que la persona puede llegar a tener un grado de dependencia o minusvalía más elevado.

Desde hace años hasta la actualidad ha aumentado la bibliografía sobre la terapia ocupacional en cáncer, lo que demuestra que existe gran interés en investigar en éste ámbito y ofrecer un tratamiento eficaz que contribuya a que el número de personas dependientes y con mala calidad de vida disminuya. Por lo que concluyo afirmando que la implementación de acciones sistematizadas de terapia ocupacional son necesarias desde el diagnóstico de la enfermedad y durante todo el proceso siguiente, prosiguiéndose en todas las etapas de la vida de la persona ostomizada, a fin de contribuir para una mejor aceptación de las alteraciones causadas por el cáncer de recto y una mejor calidad de vida junto con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Salas, D., y Peiró, R. Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2013; 15(2), 66-75.

[2] Cáncer. Organización Mundial de la Salud. [Recuperado el 03 de Enero de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-rectal-pdq>

[3] Valdivieso, M.F, Zárata, A.J. *Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto*. Departamento de cirugía, Facultad de medicina Universidad Finis terrae.

[4] Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, Alarcos. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 2010; 84(2), 169-184.

[5] Briceño, J. *Guía clínica del cáncer colorrectal del hospital Reina Sofía*. 2017; (pp. 3-4). Córdoba.

[6] Brandt, A. Pilegaard, M, S. Oestrgaard, L, G. Lindahl-Jacobsen, L. Sorensen, J. Johnsen, A, T. Cour, K. Effectiveness of the “cáncer Home-Life Intervention” on everyday activities and quality of life in people with advanced cáncer living at home: a randomised controlled trial and an economic evaluation. *BMC Palliative Care*. 2016; 15(10).

[7] Alonso, M. Á. V., Martínez, BA, Sánchez, LEG, y Schalock, RL. Escala de Calidad de Vida – GENCAT. 2009.

[8] Gil, MJL, Sánchez, RO, Gómez-Caro, S., Oropesa, AS, Morena, JC de la, y Moreno, FJA. El rol del Cuidador de personas depende y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2009; 2 (7), 332-339

[9] Molina, PD. Modelo de ocupación humana de Kielhofner. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*, 2001, ISBN 84-7903-631-1, Págs. 99-103, 99-103.

[10] Kielhofner, G. Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. Ed. Médica Panamericana.

[11] Arraras J., Martínez M., Manterola A., Láinez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico *Psicooncología*, 2004, pp. 87-98.

[12] The american Occupational Therapy Association. *Cáncer Care and Oncology*. Recuperado de: <https://www.aota.org/practice/rehabilitation-disability/emerging-niche/cancer.aspx>.

[13] Silvia, Ana Lúcia y Helena Eri Shimizu. “El significado de la nueva forma de vida de las personas con ostomía intestinal permanente”. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, vol. 14, no. 4, 2006, pp. 483-409.

[14] Brent, B. Elizabeth, G, H. Jennifer, N. Marian, A. Deborah, L. *American Journal of Occupational Therapy*, julio 2017, vol. 71, AJOT.



ANEXOS

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA EL CUIDADOR QUEMADO

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más	

	tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56

GENCAT. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

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

<input type="text"/>				
Nombre		Día	Mes	Año
<input type="text"/>	Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Apellidos				
<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Sexo				
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Edad cronológica	_____	_____	_____
Dirección				
<input type="text"/>				
Localidad/Provincia/CP				
<input type="text"/>				
Teléfono	Lengua hablada en casa			
Servicio	Colectivo			

Datos de la persona informante

<input type="text"/>			
Puesto de trabajo			
<input type="text"/>			
Agencia/Afiliación	Lengua hablada en casa		
Dirección			
<input type="text"/>			
Correo electrónico	Teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

GENCAT. ESCALA DE CALIADD DE VIDA

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 _____					

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>					

ESCALA GENCAT. CALIDAD DE VIDA

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 _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

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 28, 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.					

ESCALA GENCAT. CALIDAD DE VIDA

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 aseoada 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 _____

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.

ESCALA GENCAT. CALIDAD DE VIDA

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 lo 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 _____					

ESCALA GENCAT. CALIDAD DE VID

Número de identificación:

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación:

Haremo usado

A Baremo para la muestra general

B Baremo para personas mayores (a partir de 51 años)

C Baremo para personas con discapacidad intelectual

D Baremo para personas de otros colectivos (Personas con discapacidad, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT

1. Introducir las puntuaciones directas obtenidas de cada una de las dimensiones

2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles

3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensión de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Conciencia			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida

Indice la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida

Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	8	8	8	8	8	8	8	8	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	66-75	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<60	1

FIGURA 1. CRONOGRAMA

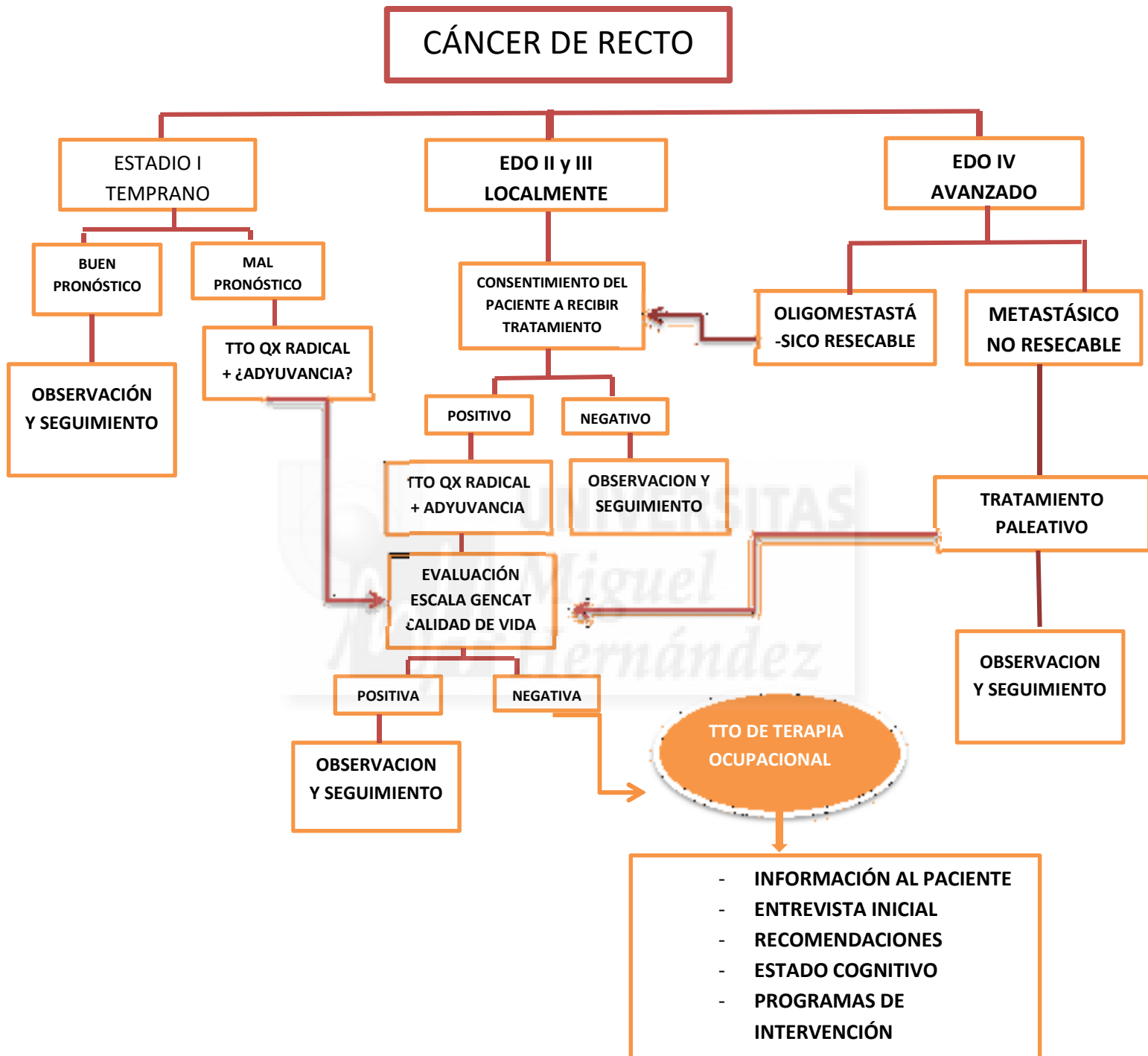


FIGURA 2. HOJA INFORMATIVA



¡RECUERDA!

EL OBJETIVO ES MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA