



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

### PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDIVIDUALIZED PROGRAM OF THERAPEUTIC INTERVENTION  
PROGRAM FOR INFORMAL CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS IN  
PRIMARY CARE

Autor/es

Susana Quirce Sánchez

Director/es

Estela Calatayud Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud

TERAPIA OCUPACIONAL CURSO 2021-2022

## **AGRADECIMIENTOS**

*Quiero agradecer a mi tutora, Estela, su implicación, su ayuda, su gran disponibilidad, su motivación, su cercanía y el saber transmitirme sus conocimientos durante este proceso.*

*Por supuesto a mi marido, Miguel Ángel, por estar ahí y por apoyarme, sin él no hubiese podido llevar a cabo este trabajo, ni por supuesto estos años de estudios.*

*A mis hijos, Adrián y Bruno, por aguantar todos mis “hoy no puedo”, tengo que...” durante todos estos meses.*

*Al personal del Centro de Salud de San José ayudado y facilitado los recursos necesarios.*

# ÍNDICE

---

<b>GLOSARIO .....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA .....	11
JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL .....	11
ELECCIÓN DE MODELOS/MARCOS CONCEPTUALES .....	12
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
OBJETIVO PRINCIPAL .....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>14</b>
POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE .....	15
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....	15
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>18</b>
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL.....	18
ACTUACIONES DEL PROGRAMA.....	21
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	27
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN .....	28
RESULTADOS DE REEVALUACIÓN .....	29
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>33</b>
CONCLUSIONES .....	35
LIMITACIONES ENCONTRADAS EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA .....	35
LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	35
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>44</b>

## GLOSARIO

---

<i>ABREVIATURA</i>	<i>SIGNIFICADO</i>
<i>TO</i>	Terapia Ocupacional
<i>ACV</i>	Accidente cerebrovascular
<i>AP</i>	Atención Primaria
<i>INE</i>	Instituto Nacional de Estadística
<i>AVDS</i>	Actividades de la Vida Diaria
<i>ABVD</i>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<i>AIVD</i>	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
<i>CS</i>	Centro de Salud
<i>SOCINTO</i>	Sociedad Científica Nacional de Terapia Ocupacional
<i>COPTOA</i>	Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón
<i>AOTA</i>	American Occupational Therapy Associaton
<i>MOHO</i>	Modelo de Ocupación Humana
<i>GADS</i>	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg
<i>MEC</i>	Mini- examen cognoscitivo
<i>SALUD</i>	Servicio aragonés de Salud

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<b>Nº</b>	<b>FIGURAS</b>	
1	Dificultades para realizar ABVDS por grupos de población	pg. 8
2	Dificultades para realizar AIVDS por grupos de población	pg. 9
3	Elementos del Modelo de Ocupación Humana	pg. 12
4	Resultados cuestionario de evaluación	pg. 28
5	Porcentaje resultados cuestionario evaluación	pg. 28
6	Resultados escala reducida de Zarit	pg.29
7	Porcentaje de resultados escala reducida de Zarit	pg. 30
8	Resultados escala GADS	pg. 30
9	Porcentaje resultados escala GADS	pg. 31
10	Comparativa de los Pies de Vida	pg. 31
11	Porcentaje de horas dedicadas a las rutinas diarias	pg.33
<b>Nº</b>	<b>TABLAS</b>	
1	Problemas asociados a la sobrecarga del cuidador	pg. 10
2	Subsistemas del Modelo de Ocupación Humana	pg. 13
3	Instrumentos de evaluación	pg. 15
4	Criterios de inclusión y exclusión de los participantes	pg. 16
5	Características de los cuidadores y pacientes	pg. 18
6	Cronograma	pg. 21
7	Metodología de las intervenciones realizadas	pg. 22

## RESUMEN

---

**Introducción:** El ictus constituye la primera causa de discapacidad adquirida en adultos, haciendo que las personas presenten limitaciones funcionales. La persona que asume el rol de cuidador puede sufrir sobrecarga, afectando a su desempeño.

**Objetivo:** Mejorar el desempeño de los cuidadores y de los pacientes afectados.

**Metodología:** Realizar un programa de intervención teniendo en cuenta modelos propios de Terapia ocupacional, como el Modelo de Ocupación Humana, utilizando como guía el Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association.

Se han utilizado evaluaciones como la Escala reducida de sobrecarga del cuidador Zarit, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, el Pie de Vida, el Listado de intereses modificado de Kielhofner y para valorar a los pacientes, el índice de Barthel y el Mini Examen cognoscitivo de Lobo.

La intervención se ha desarrollado con 7 sesiones semanales, realizando actividades de entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria y técnicas de prevención de sobrecarga, entre otras.

**Resultados:** Tras la intervención, los cuidadores han reducido los niveles de sobrecarga y la ansiedad en el 75% de los casos, también han conseguido variar sus rutinas diarias, mejorando el equilibrio ocupacional, aumentando las horas de ocio del 19% al 23%, el descanso del 37% al 39% y el tiempo que dedican a las AVD ha disminuido del 44 al 38%.

**Conclusiones:** Con el programa se ha reducido la carga psicológica de los cuidadores y ha aumentado su desempeño ocupacional.

**Palabras clave:** Ictus, sobrecarga cuidador, terapia ocupacional, cuidador informal, programa y atención primaria

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Stroke is the leading cause of acquired disability in adults, causing functional limitations in these people. The person who assumes the role of caregiver may suffer burnout, affecting his or her performance.

**Objective:** Improve the performance of caregivers and affected patients.

**Methodology:** To carry out an intervention program taking into account occupational therapy models, such as the Model of Human Occupation, using the American Occupational Therapy Association Framework as a guide.

In order to evaluate the patients were used the Zarit Reduced Caregiver Overload Scale, Goldberg's Anxiety and Depression Scale, the Pie of Life Form, Kielhofner's Modified List of Interests and the Barthel Index and Lobo's Mini Cognitive Examination were used to assess the patients.

The intervention has been developed with seven weekly sessions, performing training activities of basic activities of daily living and burnout prevention techniques, among others.

**Results:** After the intervention the caregivers have reduced levels of burden and anxiety in 75% of cases, they have also managed to vary their daily routines, improving occupational balance by increasing leisure hours from 19% to 23%, rest from 37% to 39% and the time spent on ADLS has decreased from 44% to 38%.

**Conclusions:** The program has reduced the psychological burden of caregivers and increased their occupational performance.

**Key words:** stroke, burden caregiver, occupational therapy, informal caregiver, program and primary care.

## INTRODUCCIÓN

---

El incremento de la esperanza de vida y los avances de la ciencia conllevan que la población mundial esté envejeciendo. La proporción de personas mayores de 65 años hace que el fenómeno del envejecimiento esté acelerado. En el mundo la población mayor de 65 años es del 16%, en Europa es del 20,3% y en España se sitúa alrededor del 30%, de ellas, un 25% aproximadamente superan los 80 años. Según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2050 el 30% de la población superará los 65 años. Aragón es la sexta comunidad autónoma más envejecida de España. Este envejecimiento va ligado a un aumento de las patologías derivadas de la edad, una de ellas es el ACV (1).

El ACV es una alteración vascular del sistema nervioso central en la cual se produce un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno produciendo una disfunción focal del tejido cerebral.

Se clasifica en dos grupos: isquémico y hemorrágico:

- ACV isquémico: Provocado por la oclusión de un vaso arterial, implicando daños permanentes por isquemia, puede ser que la oclusión sea transitoria y se resuelva, denominado ataque isquémico transitorio.
- ACV hemorrágico: Ruptura de un vaso sanguíneo, dando lugar a una acumulación hemática en el espacio subaracnoideo o el parénquima cerebral (2-3).

Los ACV provocan el 11 % de muertes de todo el mundo. En España es la segunda causa de muerte, la primera en mujeres, unas 110.000-120.000 al año sufren un ACV en nuestro país.

En la actualidad, más de 330.000 personas presentan limitaciones en su capacidad funcional tras haber sufrido un ACV, constituyendo la primera causa de discapacidad adquirida en los adultos. La incidencia aumenta considerablemente a partir de los 60-55 años. El número de personas que sufrirán un ACV irá en ascenso a medida que aumente la esperanza de vida (2).

Las secuelas están relacionadas con la movilidad, la visión, el habla, los trastornos del ánimo, las funciones cognitivas y las alteraciones de la personalidad (4).

En Aragón se generan 2042 nuevos casos de ACV cada año, el 55,3% hombres y el 44,7% mujeres, el 79,9% mayores de 65 años.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017 presentan más dificultades en las AVDS que en otras enfermedades crónicas.

Dichas secuelas interfieren con la realización de las actividades de la vida diaria (AVDS) y son mayores que las sufridas por otras enfermedades crónicas, tal y como se expresan en la figura 1 y 2. Esta repercusión en las AVDS influye directamente en el cuidador (5-6), recayendo en él la carga de todas estas tareas, siendo la persona encargada de que la exigencia en la realización de las AVD sea menor (7-8).

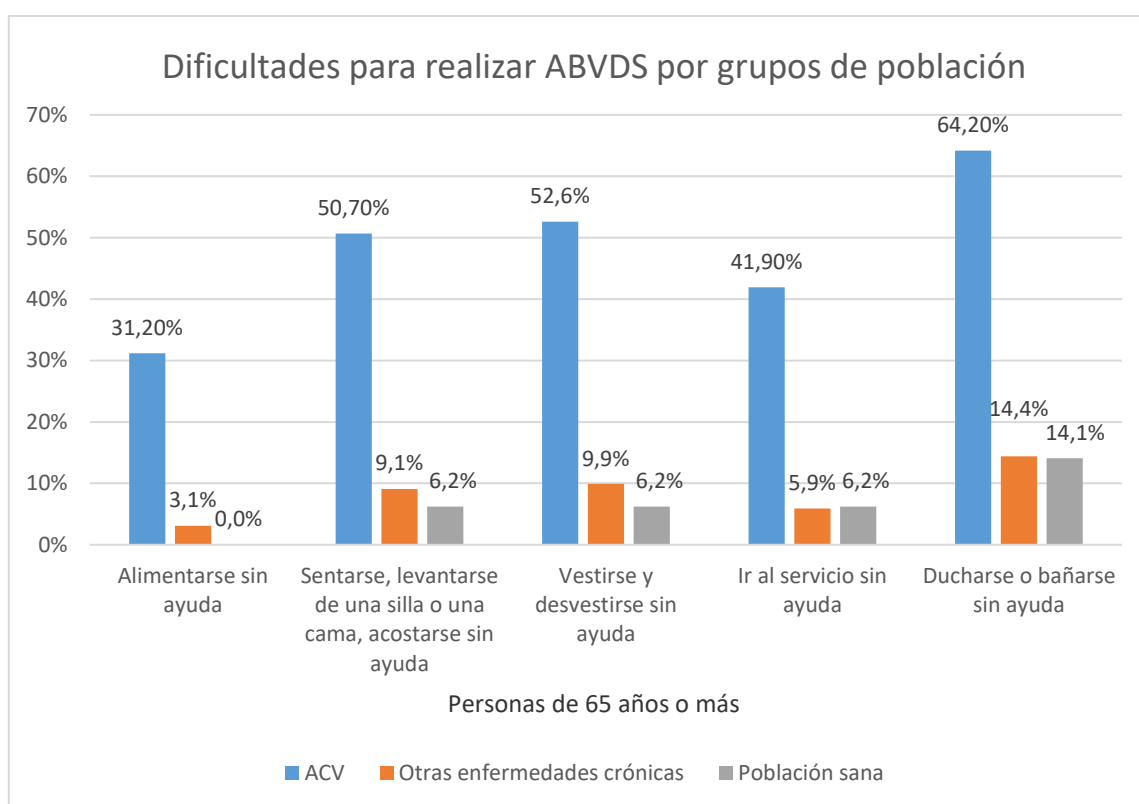


Figura 1: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta nacional de salud 2017 (9)

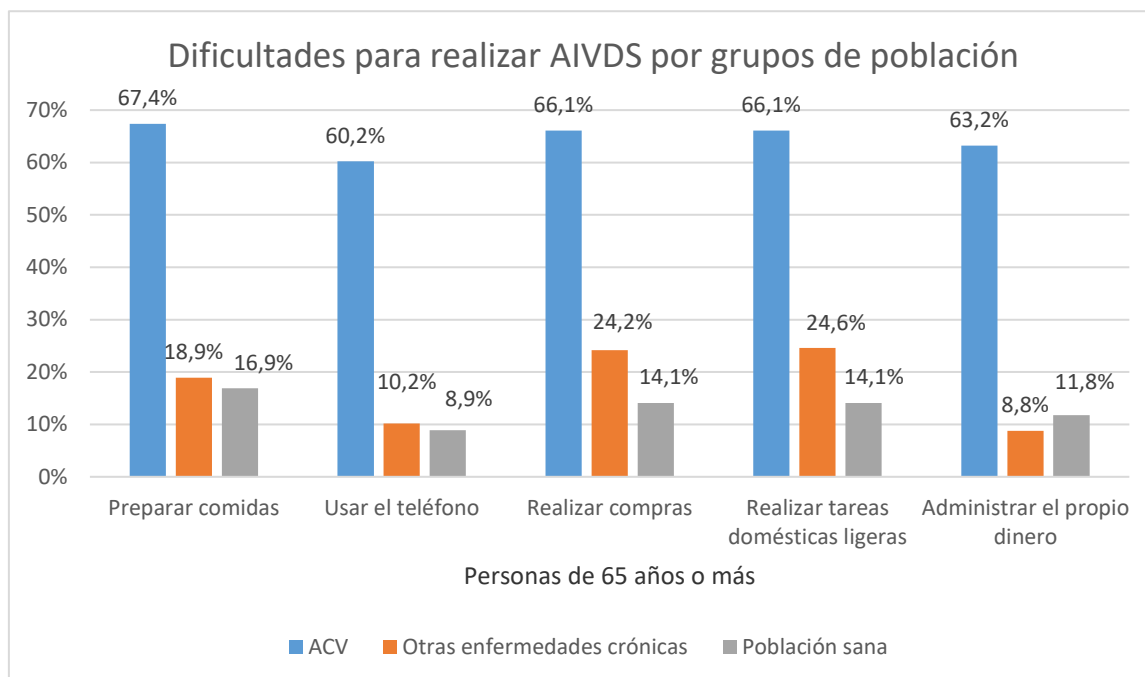


Figura 2: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta nacional de salud 2017 (9)

Existen dos tipos de cuidador:

- Cuidador formal: Realizado habitualmente por profesionales de forma retribuida.
- Cuidador informal: Presta cuidados a personas dependientes, no reciben ninguna retribución económica y carecen de capacitación específica, suelen ser parte de la familia, amigos u otras personas pertenecientes al círculo cercano (6). El 74,4% son mujeres. EL 45,7% tienen entre 50 y 66 años y un 28,8% entre 16 y 49 años, un 7,5% de las personas cuidadoras tiene más de 80 años. Más del 53% de los cuidadores son el cónyuge o pareja. Cuanto más elevada es la edad del cuidador, más disminuye su funcionalidad y capacidad para asumir adecuadamente las tareas que requiere el atender al familiar enfermo, pudiendo acarrear un sobreesfuerzo físico y mental (10).

La sobrecarga del cuidador es "un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental" (11).

Estar al cuidado de una persona dependiente puede causar agotamiento, incrementando el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales y experimentando restricciones por tener que renunciar a su tiempo de ocio, doméstico o laboral, asumiendo la responsabilidad de cuidar y realizar tareas de

manera continua, pudiendo influir en la aparición de enfermedades orgánicas, emocionales, sociales y psicológicas, descritas en la tabla 1 (12).

Sobrecarga del cuidador		
Problemas físicos	Problemas emocionales	Problemas sociales
Enfermedades orgánicas: cardiovasculares, endocrinas, osteoarticulares y cerebrovasculares Problemas de sueño	Tristeza Irritabilidad Apatía Ansiedad Depresión Sentimiento de culpabilidad	Restricciones en su tiempo de ocio Restricciones en la participación social

**Tabla 1: problemas asociados a la sobrecarga del cuidador**

Esto puede conllevar a la persona a desarrollar un desequilibrio ocupacional comprometiendo su desempeño y afectando a su calidad de vida.

Las diferentes intervenciones dirigidas hacia los cuidadores y los pacientes simultáneamente arrojan resultados positivos tanto las realizadas en ámbito hospitalario como en el domiciliario, algunos estudios consideran que la rehabilitación realizada en ambos contextos obtiene mejores resultados que únicamente la intrahospitalaria (13), un estudio realizado en Israel basado en una intervención a 90 pacientes y en sus cuidadores durante dos meses pone el foco en las AVD y muestra resultados positivos tras la intervención, pero no se describe la intervención de la Terapia Ocupacional (6). También hay programas y revisiones sobre la intervención conjunta que analizan otras áreas, como la revisión sistemática realizada en Zaragoza por neurólogas y enfermeras, que analiza las necesidades educativas percibidas por los cuidadores y los pacientes, incidiendo en la importancia de la formación que involucra a ambos. Desde los servicios públicos de salud de nuestro país también existen programas previos, mayoritariamente desde el ámbito hospitalario (14-16), de aquí la importancia de dar continuidad a estos programas desde Atención Primaria (AP).

La AP se define como "La AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente,

actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social". (17).

Fuera de los servicios sanitarios los servicios sociales también cuentan con recursos y programas de atención al cuidador, como el servicio de apoyo a personas cuidadoras del Gobierno de Aragón (18).

### **Justificación del programa:**

Los centros de salud (CS) son los recursos de AP más cercanos que tienen a disposición los usuarios tras la salida de la unidad de hospitalización. Cuentan con un equipo multidisciplinar, que sin embargo, en Aragón y en la mayoría de Comunidades autónomas no cuentan con la figura del Terapeuta Ocupacional, restando la oportunidad de obtener beneficios tanto en atención individual como en atención grupal y comunitaria (19-20).

### **Justificación de la intervención desde la Terapia Ocupacional**

La Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO), junto con otros colegios y asociaciones del resto de España, incluido el Colegio de Terapeutas de Aragón (COPTOA) han elaborado un documento técnico denominado "*Terapia Ocupacional en Atención Primaria (AP): dotando de funcionalidad a la vida de las personas*" que contiene los fundamentos y las aplicaciones prácticas de la terapia ocupacional en el ámbito de la AP, mostrando evidencia científica sobre la efectividad y la eficacia en la AP que demuestra haber mejorado la calidad de vida de las personas, su autonomía, la prevención o el retraso de la institucionalización y el ahorro económico a los servicios sanitarios de otros países donde ya está implantado (21). El rol del Terapeuta Ocupacional respecto a la intervención con los cuidadores consiste, entre otros, en proveer de conocimientos sobre las consecuencias de la enfermedad sobre la capacidad del desempeño, dotar y entrenar en el uso de las herramientas para su afrontamiento y para utilizar con efectividad el fomento de la independencia en el desempeño de las AVD en paciente y cuidador (22).

Este **programa de intervención** se centra en una atención individualizada en el domicilio del paciente, valorando sus necesidades realizando una actuación personalizada de adaptación de su entorno, entrenamiento en AVDS, promoción

de la salud del cuidador y exploración de sus intereses, con el fin de prevenir o paliar la sobrecarga a la que está sometido.

Por esta razón, este trabajo tiene el propósito de elaborar un programa de intervención para mejorar la calidad de vida del cuidador principal de pacientes que han sufrido un ACV, con el fin de recuperar y mejorar su desempeño y su equilibrio ocupacional, realizando a su vez actuaciones con el propio paciente para fomentar o mantener su autonomía.

Se ha utilizado como guía el **Marco de Trabajo** de la American Occupational Therapy Association (AOTA), herramienta propia de los terapeutas ocupacionales que define la guía práctica profesional de la TO, organizando la evaluación, la intervención y los resultados.

Las diferentes áreas de ocupación son necesarias para la persona, teniendo que distribuir el tiempo entre ellas para que haya un equilibrio para el mantenimiento de la salud y el bienestar (23).

### Elección de modelos/marcos conceptuales

Para elaborar este programa, hemos utilizado el **Modelo de Ocupación Humana (MOHO)**, que ofrece una visión holística del funcionamiento de la persona, considerando a los seres humanos como sistemas dinámicos, que cambian con el tiempo, se organizan a sí mismos e interrelacionan con el ambiente aportando significado, satisfacción y apoyo al bienestar físico y emocional del usuario.

Conceptualiza a los seres humanos formados por tres elementos: volición, habituación y capacidad de desempeño, que se relacionan y son interdependientes (figura 3), las personas cuidadoras y las personas a las que cuidan, suelen verse afectados estos tres componentes (24).



Figura 3: elementos de MOHO

La ocupación se desarrolla en el ambiente físico y social del cliente.

Estos elementos están compuestos por tres subsistemas, descritos en la siguiente tabla:

<b>Subsistema volitivo</b>	Pensamientos y sentimientos que capacitan a la persona para anticipar, elegir, experimentar e interpretar su comportamiento ocupacional, incluyendo la causalidad personal, los valores y permite la elección y organización consciente de los intereses y gustos, siendo el <b>listado de intereses</b> la herramienta utilizada para evaluar a los sujetos del programa para conocer la atracción para elegir ciertas ocupaciones o actividades significativas.
<b>Subsistema de habituación</b>	Disposición internalizada en la que se muestran patrones constantes de comportamiento guiados por <b>hábitos y roles</b> , organizados por medio de la habituación de rutinas de los entornos temporales, físicos y sociales que forman la vida cotidiana, permitiendo que las personas desarrollen un desempeño eficiente, presentando equilibrio entre la satisfacción de las demandas internas y las externas.
<b>Subsistema de ejecución</b>	Distintas capacidades y <b>habilidades de procesamiento</b> , perceptivo-motoras y de interacción social, para el desempeño y la experiencia subjetiva de la persona (24).

**Tabla 2: subsistemas del MOHO**

También se ha utilizado para la intervención el **Modelo cinesiológico – biomecánico**, seleccionando las actividades más apropiadas para la disminución de la sobrecarga muscular y/o articular, el **Modelo psicomotriz**, trabajando aspectos como la relajación, utilizando el movimiento como eje principal del trabajo y el **Modelo cognitivo**, que trabaja funciones mentales elementales como memoria, lenguaje, atención y percepción (25).

La evidencia refiere que las intervenciones que mejor repercuten en los pacientes tras el ACV y en sus cuidadores son aquellas individualizadas, que involucran a ambos, y las orientadas específicamente a instruir a los cuidadores familiares sobre el cuidado, ya que mejoran la calidad de vida de ambos (14).

Este Trabajo pretende elaborar un programa de intervención individualizado, dirigido a los cuidadores informales y los pacientes que han sufrido un ACV abordado desde el ámbito de la AP, mediante el diseño y aplicación de un conjunto de actividades orientadas a instruir a los cuidadores familiares sobre su cuidado (28).

## OBJETIVOS

---

### **Objetivo principal:**

- Evaluar el nivel de sobrecarga y el desempeño ocupacional de cuidadores informales de personas que han sufrido un ACV. Evaluar además el nivel cognitivo y funcional del paciente.
- Intervenir sobre el cuidador principal/paciente para mejorar la calidad de vida de ambos con una intervención terapéutica domiciliaria y evaluar los efectos de la misma.

### **Objetivos específicos:**

- Evaluar el nivel de sobrecarga al que están expuestos los cuidadores de las personas que han sufrido un ACV según la escala de Zarit abreviada.
- Evaluar el nivel de equilibrio ocupacional y proporcionar técnicas para mejorarlo.
- Entrenar al cuidador en técnicas de solución de problemas.
- Proponer modificaciones ambientales simples para mejorar la autonomía del paciente y del cuidador.
- Proporcionar técnicas de autocuidado al cuidador.
- Entrenamiento en las AVD para el paciente que ha sufrido un ACV.
- Evaluar el grado de eficacia del programa de intervención para disminuir la sobrecarga del cuidador y mejorar su desempeño ocupacional.

## METODOLOGÍA

---

La intervención de este trabajo, pretende justificar la importancia de contar en AP con terapeutas ocupacionales en el ámbito del cuidado al cuidador, mediante un programa de intervención realizado en el domicilio de pacientes pertenecientes al CS de San José Norte y Centro, situado en el barrio de San José de la capital aragonesa, perteneciente al Sector 2 del SALUD y que presta atención a 33.858 personas, de las cuales el 28,9% tienen más de 65 años y cuenta con una población con tendencia ascendente al envejecimiento (22,6% mayores de 65 años en 2003 y 28,9% en 2018), según datos del INE.

### **Población a la que se dirige**

Las personas a las que se ha dirigido el programa son los cuidadores informales y las personas que han sufrido un ACV receptoras de dichos cuidados, ya que la variación de secuelas que produce compromete la capacidad funcional del individuo, siendo susceptibles de intervención de TO.

Los criterios de selección se desarrollan en la siguiente tabla:

#### **Criterios de inclusión:**

- Ejercer el rol de cuidador informal principal de la persona.
- Ser familiar de la persona a la que se brinda el cuidado
- Residir en el barrio de San José, en las áreas delimitadas del Centro de Salud y tener el médico adscrito al CS

#### **Criterios de exclusión:**

- Ser cuidador formal
- Contar con la ayuda de otro cuidador
- Pedir ser retirado del programa
- Motivos de salud

**Tabla 3: criterios de selección**

En primer lugar se realizó la captación de las personas participantes a través de la consultas del trabajador social, de medicina y de enfermería.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión se seleccionaron un total de 5 cuidadores informales y sus respectivos familiares afectados por el ACV.

Inicialmente el cuidador firmó el **consentimiento informado** para la participación en el programa (ANEXO I), se realizó una **entrevista al cuidador** con preguntas abiertas (ANEXO II), favoreciendo el establecimiento la relación terapéutica. Posteriormente se administraron los instrumentos de evaluación seleccionados.

### **Instrumentos de evaluación (ANEXO III):**

Los instrumentos utilizados para la evaluación del cuidador han sido: la escala reducida de sobrecarga de Zarit, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS), el Pie de Vida, y el listado de intereses modificado de Kielhofner y para la evaluación del paciente el mini examen cognoscitivo de Lobo y el índice de Barthel, detalladas en la tabla 4.

Al finalizar las intervenciones se les repartió un cuestionario de satisfacción para conocer la opinión del programa (ANEXO IV)

<p><b>Escala reducida de sobrecarga del cuidador de Zarit</b></p>	<p>Según el estudio realizado por Regueiro Martínez (26) que evalúa qué escala reducida de Zarit proporciona mejores resultados para determinar la sobrecarga del paciente dependiente en AP, determina que la más adecuada es la versión de la Escala de Zarit reducida de cuidados paliativos, que tiene 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo, lo que nos permite captar a todos los cuidadores con sobrecarga únicamente con <b>7 preguntas</b>.</p> <p>Consta de 7 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5.</p> <p>Cada ítem adopta 1-5 puntos, sumando entre 7 y 35 puntos. "Sin sobrecarga" menor igual a 16 puntos, "sobrecarga intensa", mayor o igual a 17 puntos.</p>
<p><b>Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)</b></p>	<p>Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de <b>ansiedad</b> y otra de <b>depresión</b>. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión.</p> <p>En población geriátrica se emplea una única puntuación.</p> <p>Esta escala tiene una adecuada sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) (27).</p>
<p><b>Pie de vida "The Pie of life form", Sutter de 1986</b></p>	<p>Adaptación del Instrumento de evaluación utilizada en el Modelo de ocupación Humana de Gary Kielhofner. Consiste en un gráfico que incluye una circunferencia dividida en una serie de líneas que indican periodos de tiempo de una hora y que tendrán que completar con las actividades que realizan durante ese periodo. Mide el <b>equilibrio ocupacional, hábitos y organización de rutina diaria</b>, también indica el nivel de satisfacción en las diferentes actividades (29).</p>

**Mini Examen  
cognoscitivo de  
Lobo (1974)  
(MEC)**

Versión adaptada y validada en España del MMSE (MiniMental State Examination) de Folstein. Útil para detectar la alteración de las **funciones cognitivas**. Las áreas de evaluación son: orientación temporal, espacial, memoria de fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción. La puntuación de la escala para indicar la presencia de deterioro cognitivo dependerá de la edad de la persona: Adultos no geriátricos: 29 puntos y mayores de 65 años: 24 puntos. Se obtienen diferentes puntuaciones:

30-35 normal  
24-29 borderline  
19-23 leve  
14-18 moderado  
<14 severo

Tiene una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%, que en pacientes geriátricos asciende. Es un instrumento de uso habitual en las consultas de AP (30).

**Índice de Barthel**

Analiza el grado de **independencia en las ABVD**, teniendo en cuenta: comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslado cama/sillón, deambulación y subir y bajar escaleras. La puntuación oscila entre 0-100 puntos, clasificándose de la siguiente manera:

< 20 dependencia total  
20-35 dependencia grave  
40-55 dependencia moderada  
≥ 60 dependencia leve  
100 independiente

Loewen y Anderson se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con

	respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 (31).
<b>Listado de intereses modificado de Kielhofner</b>	<p>Es una adaptación del listado de intereses propuesto por Matsutsuyu en 1960. Es una versión más reducida.</p> <p>Ayuda a conocer los <b>intereses, aficiones y gustos pasados y presentes</b> de cada uno de los usuarios y sirve para orientar las actividades. Además, permite conocer cuáles son las actividades que les gustaría desarrollar en el <b>futuro</b>.</p> <p>Los ítems a valorar por cada punto tienen una valoración del nivel de interés: "mucho", "poco", "ninguno" (32).</p>

**Tabla 4: Instrumentos de evaluación**

## DESARROLLO

Tras la selección de los participantes, la administración de la entrevista y los instrumentos de evaluación seleccionados, se procedió a identificar las necesidades y problemas y a elaborar el contenido de las sesiones según los objetivos propuestos.

### Resultados de la evaluación inicial

Las características de los cinco cuidadores seleccionados y los resultados de las evaluaciones realizadas se muestran en la tabla 5:

<b>Características de los cuidadores y de los pacientes seleccionados</b>	
<b>Cuidador 1</b>	<b>Paciente 1</b>
<p>Mujer 76 años, artrosis, diabetes tipo 2. Estudios primarios, ama de casa.</p> <p><b>Problemática más importante para la mujer:</b> la desinhibición que presenta el paciente con otras personas y tendencia a compras compulsivas, lo cual hace que lo tenga que acompañar a todos los sitios.</p>	<p>Varón 81 años (cónyuge) ACV 2011, desinhibición, impulsividad. Prostatectomía, hipertensión y glaucoma.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escala abreviada de Zarit:</b> 26 intensa</li> <li>- <b>GADS:</b> 9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Índice de Barthel:</b> 100 independiente</li> <li>- <b>MEC:</b> 33 normal</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Intereses:</b> actividades religiosas, caminar, arreglar ropa, cocinar, ver películas, celebrar días festivos, ganchillo</li> <li>- <b>Pie de vida:</b> recreación 3, vida diaria 11, descanso 10</li> </ul>	
<b>Sesiones realizadas:</b> 1, 2, 4, 5 y 6 (detalladas en la tabla 6)	
<b>Cuidador 2</b>	<b>Paciente 2</b>
<p>Mujer 56 años cansancio físico, dolores musculares y articulares, ansiedad.</p> <p><b>Problemática más importante para la mujer:</b> Viven de alquiler en piso poco adaptado. En paro con recursos limitados. Sobrecarga física</p>	<p>Varón 58 años (cónyuge): 3 ACV, múltiples secuelas físicas, cognitivas y alteración de conducta. Portador silla de ruedas. Acude a centro de día.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escala abreviada de Zarit:</b> 29 intensa</li> <li>- <b>GADS:</b> ansiedad: 8, depresión: 3</li> <li>- <b>Intereses:</b> plantas, pasear, ver películas, cerámica, ir a la peluquería, viajar y trabajar</li> <li>- <b>Pie de vida:</b> recreación 6, vida diaria 7, descanso 11</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Índice de Barthel:</b> 20, dependencia grave</li> <li>- <b>MEC:</b> no valorable</li> </ul>
<b>Sesiones realizadas:</b> 1, 2, 3, 4 y 6 (detalladas en la tabla 6)	
<b>Cuidador 3</b>	<b>Paciente 3</b>
<p>Mujer 66 años, migrañas.</p> <p><b>Problemática más importante para la mujer:</b> Falta tiempo libre y problemas de comunicación con el paciente.</p>	<p>Varón 76 años (cónyuge): ACV 2016, afasia, dificultades deglución, pérdida de fuerza pierna izquierda, espasticidad miembro superior izquierdo y limitación de movilidad de mano izquierda.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escala abreviada de Zarit:</b> 18 intensa</li> <li>- <b>GADS:</b> 1</li> <li>- <b>Intereses:</b> caminar, hacer puzles, leer, ver televisión.</li> <li>- <b>Pie de vida:</b> recreación 9, vida diaria 9, descanso 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Índice de Barthel:</b> 45, dependencia moderada</li> <li>- <b>MEC:</b> no valorable</li> </ul>

<b>Sesiones realizadas:</b> 1, 2, 3, 4, 5 y 6 (detalladas en la tabla 6)	
<b>Cuidador 4</b>	<b>Paciente 4</b>
<p>Mujer 66 años, cardiopatía, cefaleas, depresión.</p> <p>Síntomas neuropsiquiátricos dirigidos hacia ella.</p> <p><b>Problemática más importante para la mujer:</b> falta de descanso y ausencia de tiempo libre, problemas de recursos económicos. Rehúsa la ayuda a domicilio.</p>	<p>Varón 72 años (cónyuge) ACV en 2014 y 2016, demencia vascular, pérdida de fuerza en pierna derecha, alteraciones cognitivas, de sueño y de conducta. A la espera de centro de día o centro residencial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escala abreviada de Zarit:</b> 33 intensa</li> <li>- <b>GADS:</b> 14</li> <li>- <b>Intereses:</b> caminar, dibujar, huerto, gimnasia, thai- chi, tarot.</li> <li>- <b>Pie de vida:</b> recreación 3, vida diaria 13, descanso 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Índice de Barthel:</b> 55, dependencia moderada</li> <li>- <b>MEC:</b> 15</li> </ul>
<b>Sesiones realizadas:</b> 1, 2, 3, 4, 5 y 6 (detalladas en la tabla 6)	
<b>Cuidador 5</b>	<b>Paciente 5</b>
<p>Mujer 68 años, diabetes tipo 2, sobrepeso, artrosis.</p> <p><b>Problemática más importante para la mujer:</b> falta de tiempo para ella</p>	<p>Varón 70 años (cónyuge) ACV 2010, diabetes tipo 1 insulín dependiente, cardiopatía, amputación de pierna derecha transfemoral, utiliza silla de ruedas eléctrica.</p> <p>Fallecido antes de la finalización del programa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escala abreviada de Zarit:</b> 31 intensa</li> <li>- <b>GADS:</b> 6</li> <li>- <b>Intereses:</b> leer, hacer puzles, hacer pulseras, collares manualidades en general, ver tv</li> <li>- <b>Pie de vida:</b> recreación 7, vida diaria 10, descanso 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Índice de Barthel:</b> 45, dependencia moderada</li> <li>- <b>MEC:</b> 34 normal</li> </ul>
<b>Sesiones realizadas:</b> 1, 2, (detalladas en la tabla 6)	

**Tabla 5: características de los cuidadores y pacientes**

### Actuaciones del programa:

Son escasos los programas llevados a cabo por terapeutas ocupacionales desde el ámbito de la AP (33-35). Con nuestra intervención pretendemos dar visibilidad a la figura del TO en este ámbito.

Una vez seleccionado el grupo se implementaron las fases del programa según el cronograma descrito en la tabla 5.

Se realizaron 7 sesiones, la sesión 1 y 2 en una misma semana y las restantes se desarrollaron una vez a la semana. Al ser un programa individualizado a domicilio no todas las participantes necesitaron el mismo número de sesiones, tal y como se muestra en la tabla 6.

Sesiones	Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril
<b>1</b>	Entrevista del cuidador principal				
<b>2</b>	Evaluación del cuidador principal en el domicilio				
<b>3</b>	Identificación de necesidades y problemas				
<b>4</b>	Entrenamiento en ABVD en el paciente				
<b>5</b>	Autocuidado del cuidador				
<b>6</b>	Entrenamiento cognitivo				
<b>7</b>	Mantenerse activo y relajarse				

**Tabla 6**

A continuación se describen en la tabla 7 las evaluaciones y actividades realizadas cronológicamente a lo largo de las 7 sesiones, así como la duración de las mismas:

- Sesión 1: Entrevista del cuidador principal
- Sesión 2: Evaluación del cuidador principal en el domicilio
- Sesión 3: Identificación de necesidades y problemas
- Sesión 4: Entrenamiento en ABVD en el paciente
- Sesión 5: Autocuidado del cuidador
- Sesión 6: Entrenamiento cognitivo y reminiscencia
- Sesión 7: Mantenerse activo y relajarse

SESIÓN 1
<p><b><i>Entrevista del cuidador principal</i></b></p> <p>Presentación del programa, recopilación de información y evaluación del cuidador.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Presentación del programa:</b> Explicar al cuidador qué es la TO, las actuaciones que se pueden realizar y los beneficios que puede obtener.</li> <li>- Explicación del programa, firma del consentimiento y realización de la <b>entrevista</b>.</li> <li>- Entrega de un <b>folleto informativo</b> con un teléfono de contacto para resolver dudas y cuestiones surgidas (ANEXO V).</li> <li>- Solicitud de <b>información</b> sobre el estado general de salud del cuidador y análisis los conocimientos que tiene sobre el ACV y su repercusión en el desempeño.</li> <li>- <b>Evaluación</b> mediante la escala reducida de Zarit y la escala GADS.</li> <li>- Solicitud de <b>información</b> sobre la persona que recibe los cuidados</li> </ul>
<b><i>Duración</i></b>
2 sesiones de 1,30 horas aproximadamente.
SESIÓN 2
<p><b><i>Evaluación del cuidador principal en su domicilio</i></b></p> <p>Realización del resto de evaluaciones y observación del desempeño del cuidador y del paciente en actividades cotidianas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Observación del desempeño</b> de la persona que ha sufrido el ACV. Administración de las <b>evaluaciones</b> MEC y Barthel si no han sido realizadas recientemente.</li> <li>- Administración al cuidador las <b>evaluaciones</b> Pie de Vida y el listado de intereses.</li> <li>- Observación de las <b>barreras</b> domiciliarias, identificación de las ABVDS que son más susceptibles de intervención por orden de importancia para programar recomendaciones de adaptaciones o recomendaciones productos de apoyo (PA).</li> <li>- Información de los <b>recursos</b> existentes en Zaragoza para la persona cuidadora: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cuidarte para Familiares de Dependientes IASS. Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras.</li> <li>· Programa el Respiro, papelea, ayuntamiento de Zaragoza</li> <li>· Programas de respiro familiar</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>· Servicio de Apoyo a las Personas Cuidadoras, Los Servicios Sociales Generales de Aragón</li> <li>· Estancia temporal en Centro Residencial. Este servicio se encuentra recogido dentro de los servicios generales del Servicio Asistencial de Ayuda a Domicilio (SAAD).</li> <li>· Estancias de respiro familiar de Plena Inclusión</li> <li>· El Programa de Apoyo al Cuidador Familiar de la Fundación Federico Ozanam, a través del cual ofrecen apoyo emocional y capacitación a los familiares.</li> <li>· Servicio de ayuda a domicilio del ayuntamiento de Zaragoza (36)</li> </ul>
<b><i>Duración</i></b>
2 horas
<b>SESIÓN 3</b>
<p><b><i>Identificación de necesidades y problemas</i></b></p> <p>Análisis de datos obtenidos, determinación de necesidades y problemas y planificación del resto de sesiones en base a unos objetivos fijados personalizados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detallar los <b>objetivos</b> en orden de prioridad, en consenso con el usuario.</li> <li>- Mostrar las propuestas de <b>recomendaciones, modificaciones en el domicilio y el manejo de adaptaciones y/o productos de apoyo</b> que pueden ser beneficiosos para la mejora del desempeño de ambos.</li> <li>- Educación en <b>prevención de caídas</b> y recomendaciones sobre <b>movilización</b> del paciente y técnicas para mejorar las <b>ABVDS</b>.</li> </ul>
<p><b>Prevención de caídas</b></p> <p>Eliminar o minimizar obstáculos, como alfombras o papeleras, mejorar iluminación, minimización de riesgos, como por ejemplo muebles mal colocados u objetos, mantenimiento del orden, utilización de sensores de iluminación, simplificación de espacios.</p>
<p><b>Técnicas de movilización de pacientes</b></p> <p>Indicaciones generales sobre la movilización del paciente, de la forma más ergonómica y con el mayor ahorro energético posible, adaptando el movimiento de paciente dentro de sus características, empleando su propio cuerpo, utilizando patrones de movimientos adaptados aprovechando características anatómicas y de gravedad.</p>
<b><i>Duración</i></b>
1 hora

## SESIÓN 4

### *Entrenamiento en ABVDS del paciente*

Entrenamiento del paciente para lograr la máxima autonomía posible y así disminuir la carga de su cuidador.

### **Baño/ducha, higiene del baño, higiene personal y aseo**

Entrenamiento de la **autonomía** del paciente mediante **PA** o **adaptaciones** para favorecer la capacidad de realizar sin ayuda todas las acciones posibles, dejando los productos y utensilios que utilice a su alcance. Si la acción la realiza con una mano únicamente, pegando los objetos a una superficie fija, para favorecer el agarre sin ayuda, por ejemplo.

Mantenimiento de la zona de baño ordenada y utilización si precisa PA tales como tablas de transferencia o asientos de ducha, barras de sujeción, etc. Si el paciente necesita ser bañado en la cama, se le adiestra en que realice todas las acciones que pueda sin ayuda. Para la realización de la higiene del cabello se sugiere la utilización de lava-cabezas hinchable.

Realización de ficha cognitiva para trabajar el reconocimiento de los útiles de aseo y arreglo personal. (ANEXO VI)

### **Vestido**

Actividades de reconocimiento de prendas de vestir mediante la realización de fichas (ANEXO VI)

Se aconseja la utilización de ropa cómoda de fácil colocación y adaptaciones para disminuir esfuerzos y favorecer autonomía, como el uso de velcros, cordones de goma, abrocha botones, calzadores, etc.

Se recomienda la simplificación y orden del armario, por ejemplo retirando la ropa de fuera de temporada y la colocación de cartulinas identificativas en armarios y cajones para que el paciente reconozca en el lugar en el que se encuentran.

### **Alimentación**

Entrenamiento para fomentar la independencia del paciente, evitando la **sobreprotección** y proporcionando el tiempo necesario para que su realización. Realizar la tarea en posicionamiento correcto, con ambos brazos colocados sobre la mesa,

utilizando cojines de posicionamiento si precisa, con el tronco recto alineado con la cabeza y si es posible con los pies apoyados en el suelo.

**PA o adaptaciones** y como engrosamiento de mangos de cubiertos, utilización de manteles antideslizantes, cuencos hondos para evitar el derrame de alimentos, cuchillo y tenedor unido, etc.

Entrenamiento en la utilización de la **mano funcional** para acercar los alimentos a la boca.

## SESIÓN 5

### *Autocuidado del cuidador*

Técnicas de conservación de energía y realización de gimnasia de manos para prevenir la sobrecarga física y el esfuerzo

### **Técnicas de conservación de energía**

Utilización de menor gasto energético para el desarrollo de las AVDS, por ejemplo:

- Utilización de carro de la compra en lugar de llevar el peso en las miembros superiores
- Programación de las tareas más difíciles para el momento del día en el que se encuentre con más energía.
- Uso de tecnologías para actividades de mayor gasto energético, por ejemplo la realización de la compra por internet.
- Asistencia a comercios que llevan la compra al domicilio.
- Solicitud de ayuda para tareas pesadas.
- Realización de tareas con más gasto energético como planchar, etc. en sedestación.

### **Gimnasia de manos**

Mantener la movilidad articular, la flexoextensión y la funcionalidad de las muñecas.

- Realización de tabla de gimnasia de manos (ANEXO VII), grabando una sesión en video para favorecer la automatización (enlace en anexo).
- Realización de actividades de motricidad fina según los intereses de las cuidadoras, como ganchillo, pintura, etc.
- Favorecer la eliminación de gestos nocivos, mediante higiene postural de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y muñecas.
- Proposición de utilización de PA o adaptaciones que eviten la carga articular de las manos para abrir botes, tetra briks, etc.

<b><i>Duración</i></b>
1 hora
<b>SESIÓN 6</b>
<p><b><i>Entrenamiento cognitivo y reminiscencia</i></b></p> <p>Realización de fichas cognitivas para mantener activa la mente y prevenir el deterioro cognitivo.</p>
<p><b><i>Entrenamiento cognitivo</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realización de fichas cognitivas para mantener activa la mente y prevenir el deterioro cognitivo. Tanto el cuidador como el paciente realizan fichas de dos niveles de complejidad, en las cuales se trabajan diferentes áreas cognitivas como cálculo, atención, lenguaje y memoria. (ANEXO VIII).</li> <li>· Recomendación del uso de tareas significativas según los intereses del cuidador, como el fomento de la lectura, los pasatiempos...</li> <li>· Propuesta de utilización los recursos disponibles en el barrio, como la biblioteca y el centro cultural del barrio.</li> </ul> <p><b><i>Reminiscencia</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Elaboración de un álbum de fotos familiar, selección de las fotos más significativas, digitalización con ayuda de las nuevas tecnologías, utilización de etiquetas identificativas con nombres, lugares y fechas. Impresión o formato digital para recordar los momentos vividos, trabajando la orientación temporal y espacial, el lenguaje, la atención, la percepción visual, la prosopagnosia.</li> </ul> <p><b><i>Resolución de problemas</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pautas específicas para la cuidadora 1.</li> <li>· Solicitud de una tarjeta bancaria con saldo limitado.</li> <li>· Dar consejo a ambos que al acceder a un nuevo servicio, expliquen brevemente el problema que presenta el paciente, para evitar situaciones incómodas por los comentarios que realiza. Pueden solicitar en el CS que añadan una "alerta de texto" a su historia para que todos los trabajadores se sensibilicen con el tema, ya que posiblemente sea atendido por profesionales diferentes.</li> </ul>
<b><i>Duración</i></b>
2 horas

SESIÓN 7
<b><i>Mantenerse activo y relajarse</i></b>
<p><b>Mantenerse activo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tabla de gimnasia</i>: Mantenimiento de la forma física, movilidad articular y tono muscular, evitando el sedentarismo. (ANEXO VII). Se graba una sesión en video para favorecer la automatización (enlace en anexo).</li> <li>- <i>Paseos regulares</i>: Recomendación de caminar, para el mantenimiento de la forma física, disfrutando del paseo y concentrándose en las cosas que hay alrededor, favoreciendo contactos para realizarlo en grupo. Es recomendable el establecimiento de una periodicidad con el objetivo de la creación de un hábito saludable periódico.</li> </ul> <p><b>Relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en técnicas de relajación, proponiendo buscar el momento del día idóneo para realizarlas, utilizando recursos digitales disponibles.</li> </ul>
<b><i>Duración</i></b>
1 hora

**Tabla 7: Metodología de las intervenciones realizadas**

### **Recursos humanos y materiales**

Para llevar a cabo el programa se ha utilizado material informático como Tablet y móvil, cargadores y datos de internet. Mobiliario como mesas y sillas, diverso material casero como ganchillos, lanas, canicas, plastilina, etc.

Como recursos humanos han colaborado en las derivaciones la trabajadora social, médicos y enfermeras del CS.

## **RESULTADOS**

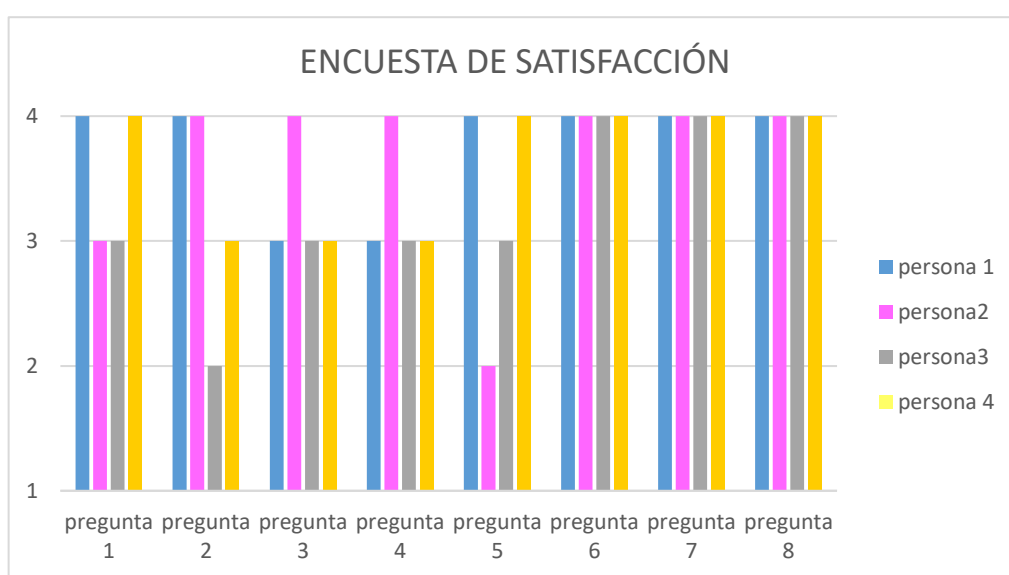
En este apartado queremos hacer un análisis de los resultados más significativos. Para ello dividiremos los resultados en: cuestionario de evaluación, resultados de reevaluación.

## Cuestionario de evaluación

Tras la finalización, se realizó un cuestionario de satisfacción a los participantes con 8 preguntas tipo Likert con 4 opciones de respuesta para reflejar la opinión de los participantes sobre las intervenciones realizadas.

**Encuesta de satisfacción** de los participantes (Figuras 4 y 5):

- “muy satisfecho”: el 67% de las respuestas
- “satisfecho”: el 28% de respuestas 2% de las respuestas han sido de
- “poco satisfecho”: el 2% de las respuestas
- “nada satisfecho”: 0 respuestas



1 nada satisfecho 2 poco satisfecho 3 satisfecho 4 muy satisfecho

Figura 4: Resultados cuestionarios

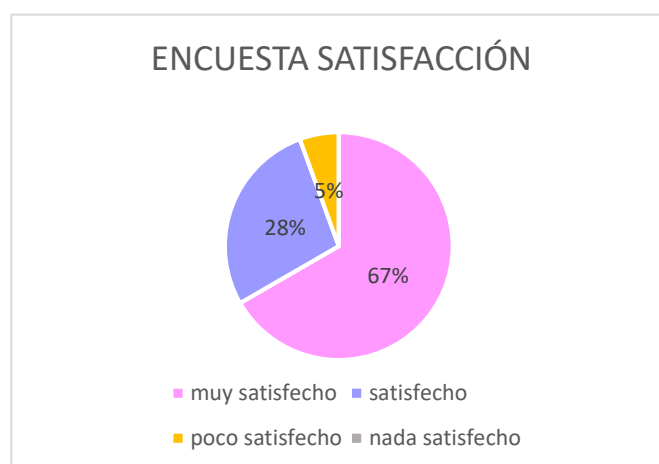


Figura 5: Porcentaje resultados cuestionario evaluación

## Resultados de reevaluación

Realización de nuevo la escala reducida de Zarit, la escala GADS y el Pie de Vida, tras la finalización del programa para evaluar han conseguido mejorar su calidad de vida.

No es posible valorar a todos los participantes debido a que el paciente 5 falleció antes de finalizar el programa.

**Escala reducida de Zarit** al inicio y la finalización del programa (figura 6):

- Cuidador 1: Reducción de 2 puntos
- Cuidador 2: Reducción de 2 puntos
- Cuidador 3: Se mantiene
- Cuidador 4: Reducción de 2 puntos

Todos los participantes siguen presentando sobrecarga intensa.

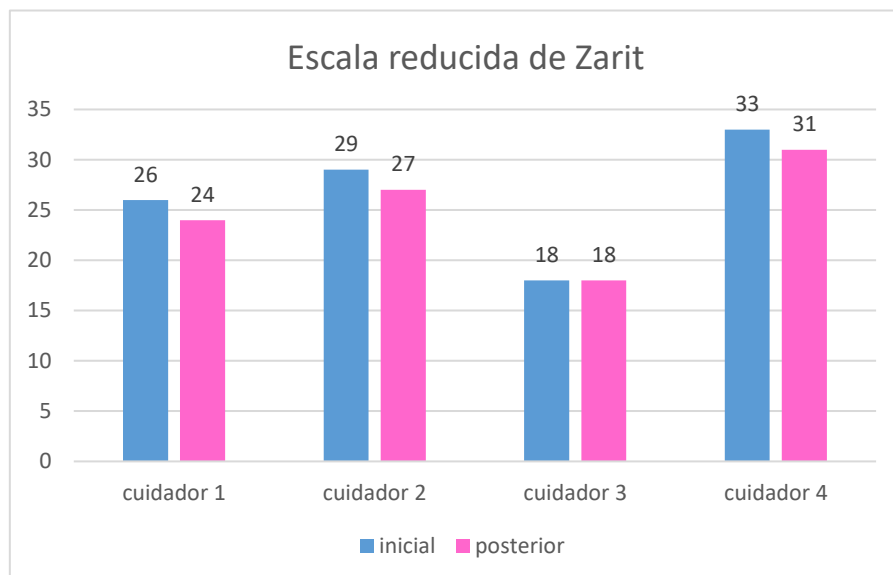


Figura 6: Resultados escala reducida de Zarit

Porcentaje de personas según los niveles de sobrecarga (figura 7)

- Han disminuido la sobrecarga: El 75% de los participantes
- Mantienen el nivel de sobrecarga: El 25% de los participantes
- Han empeorado la sobrecarga: El 0% de los participantes

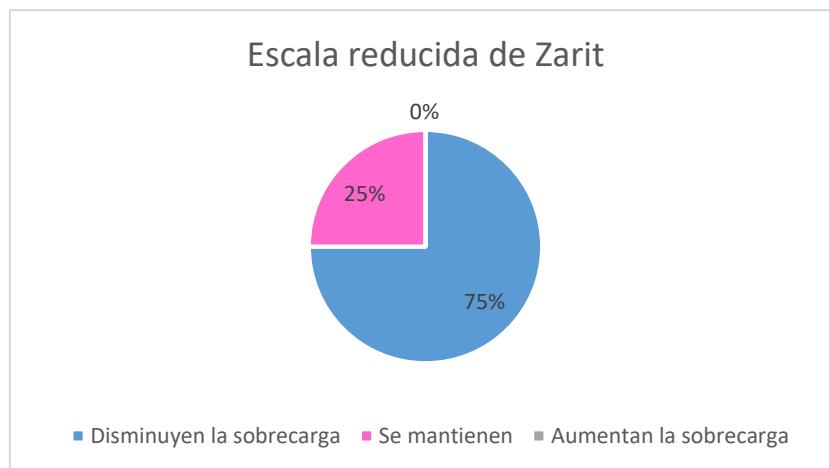


Figura 7: porcentaje resultados escala reducida de Zarit

Escala **GADS** al inicio y tras la finalización (figura 8):

- Cuidador 1: Mantiene la misma puntuación
- Cuidador 2: Ha reducido 3 puntos
- Cuidador 3: Ha reducido 1 punto
- Cuidador 4: Ha reducido 2 puntos

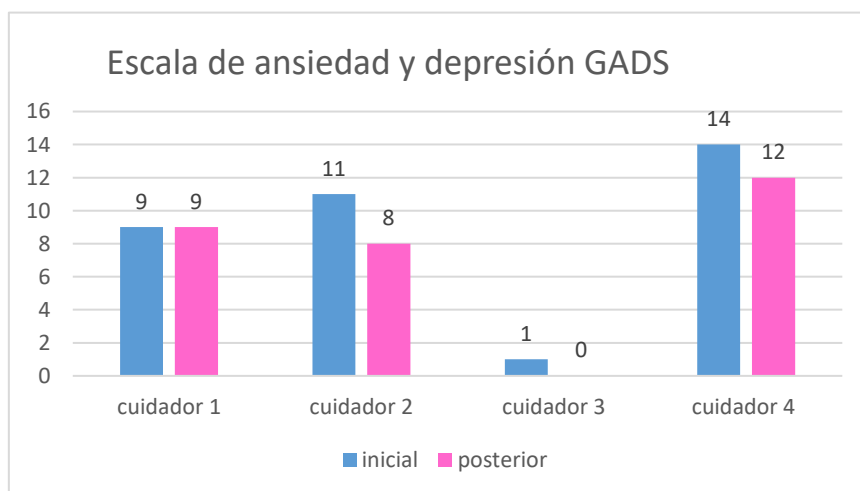


Figura 8: Resultados escala GADS

Porcentaje de personas según la variación de puntuación en GADS (figura 9):

- Han disminuido la puntuación: El 75% de los participantes
- Mantienen la puntuación: El 25% de los participantes
- Han empeorado la puntuación: El 0% de los participantes

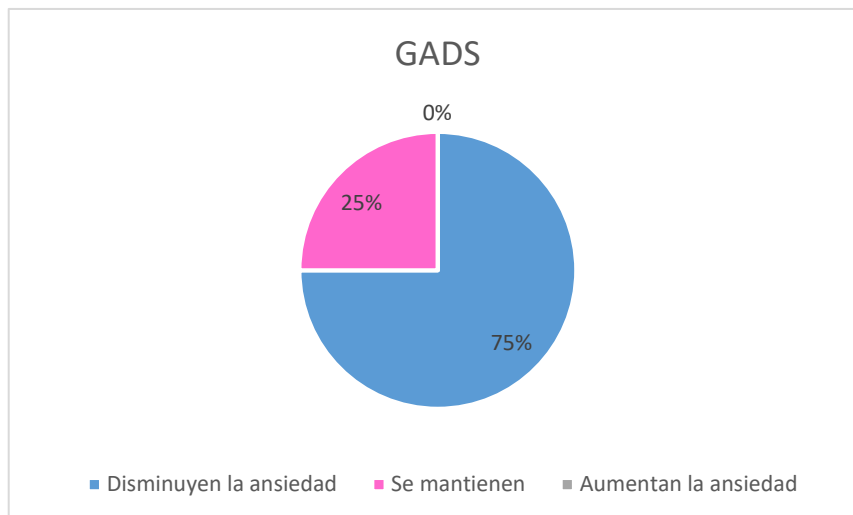
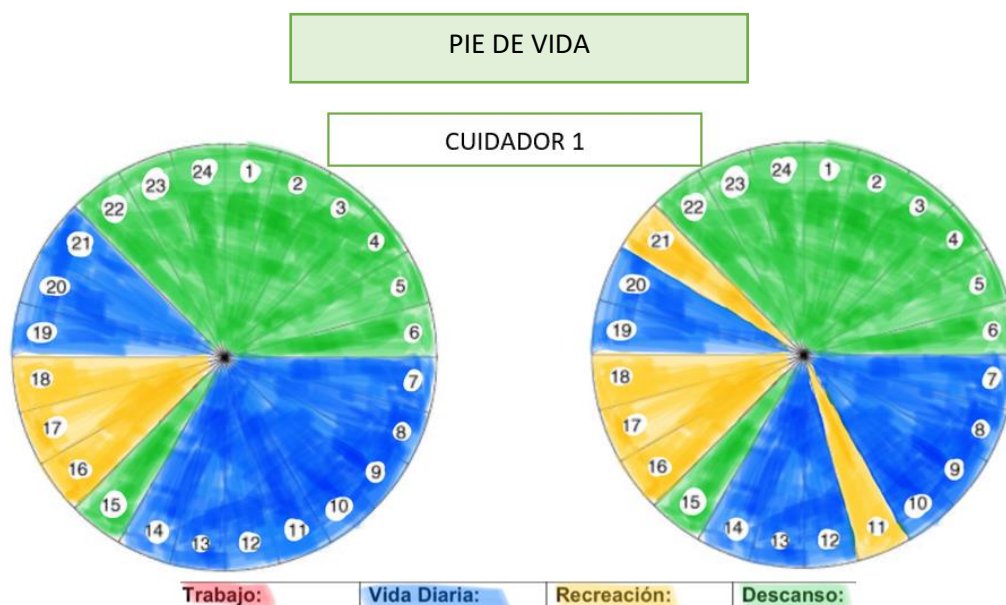


Figura 9: porcentaje Resultados escala GADS

**Pie de Vida:** La distribución de las rutinas diarias se produce en 3 áreas, AVDS, descanso y ocio (figuras 10 y 11).

La mayor parte del día lo empleaban en la realización de AVDS, al finalizar el programa, se ha conseguido que las cuidadoras realicen alguna actividad de descanso u ocio entre ellas.

- Ocio: El tiempo ha aumentado del 19% al 23%,
- Descanso: El tiempo ha aumentado del 37% al 39%
- AVD: El tiempo ha disminuido del 44 al 38%.



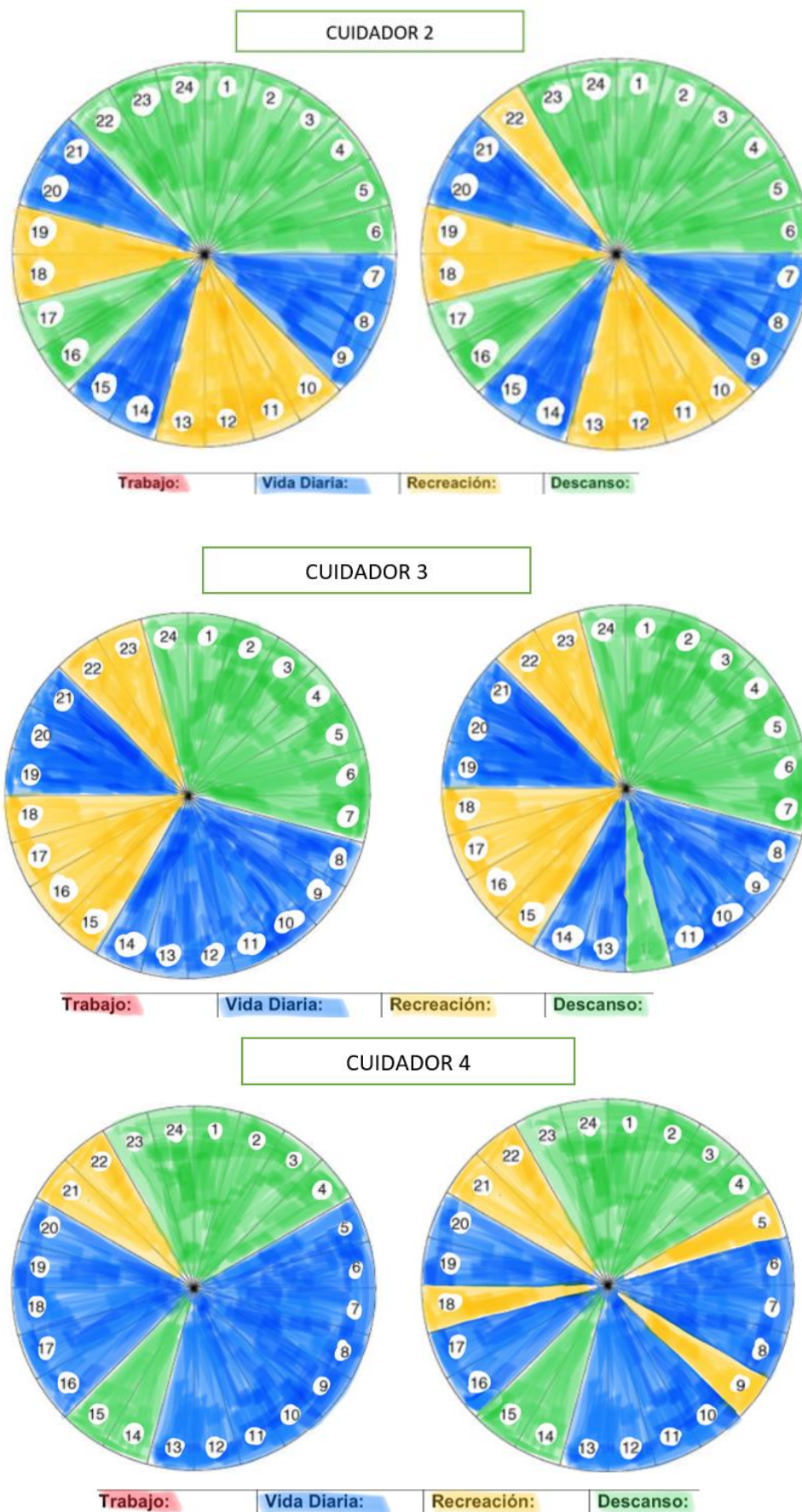


Figura 10: Comparativa de los Pies de Vida

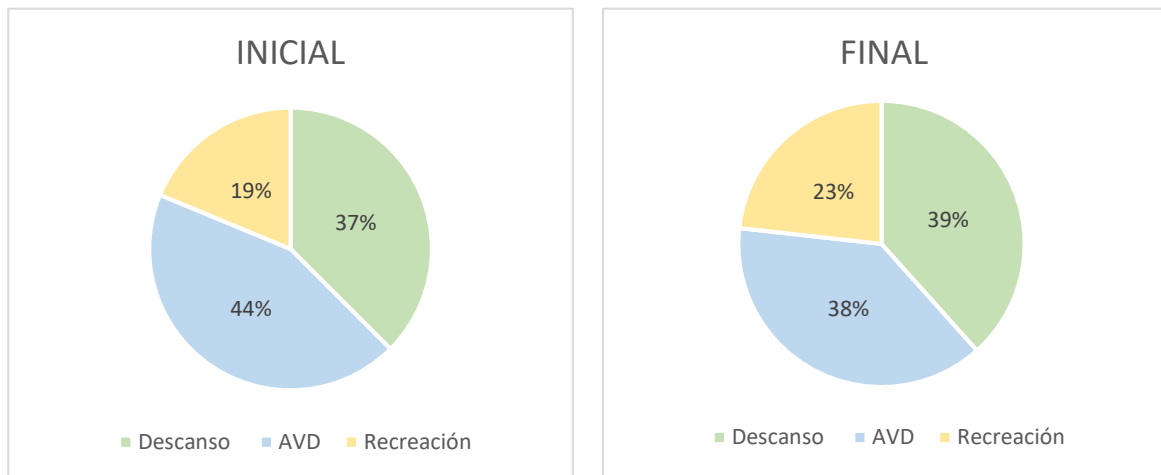


Figura 11: Porcentaje de horas dedicadas a las rutinas diarias

## DISCUSIÓN

Este programa interviene en dos vertientes, cuidador y paciente, abordado desde la AP, que, dada la cercanía domiciliaria de los pacientes al CS, lo cual favorece la accesibilidad del profesional y la optimización del tiempo.

Tras la comparación de las evaluaciones previas y posteriores, se ha logrado disminuir el índice de sobrecarga en 2 puntos en 3 de los 4 cuidadores, todos los cuidadores siguen presentando sobrecarga intensa debido en parte a que la escala reducida no presenta ningún ítem de sobrecarga ligera, sin embargo existe un estudio que determina que esta escala es la que mejor se comporta en AP (12).

Debido a la escasez de estudios de dicha escala, ha sido necesario comparar los resultados con los de otros programas de intervención domiciliaria, que utilizaron la escala de Zarit y determinaban que el índice de sobrecarga disminuía significativamente (37-40), otros estudios no determinaban cambios significativos tras la intervención (41).

Respecto a los resultados obtenidos mediante la escala GADS, se han encontrado programas de atención domiciliaria cuya reducción es muy significativa respecto al grupo control tras 6 meses de intervención (42-43), lo cual indica que a mayor duración del programa, mejoran los resultados.

El instrumento utilizado para valorar la distribución de las rutinas diarias es el Pie de Vida de Sutter, un instrumento claro e interesante ya que permite la visualización gráfica de las ocupaciones diarias y sus modificaciones, favoreciendo

la interacción cuidador-terapeuta. Existe muy poca bibliografía al respecto. Al igual que en el único estudio hallado, ninguna de las personas a las que se le ha administrado la evaluación participaba en el área de trabajo o voluntariado (29). Se han encontrado variaciones en la manera de interpretarlo, hay personas que al hecho de ver la televisión lo han considerado descanso y otras lo han considerado ocio, siendo un instrumento dinámico y versátil. La mayor parte del día, lo distribuían en realizar AVD, tras la finalización del programa, se ha conseguido modificar las rutinas para incluir en ellas actividades de descanso u ocio, aumentando las horas dedicadas a ellos.

Son escasos los programas llevados a cabo por TO desde el ámbito de la AP. Riu Subirana (33) realizó ,desde una clínica de memoria y hospital de día geriátrico, un ensayo clínico publicado en Formación médica continuada en AP, realizado por terapeutas ocupacionales en intervención domiciliaria a 135 pacientes con demencia y sus cuidadores, en una intervención de 5 semanas con intervención de TO, el grupo intervención mejoró en la escala GADS un 37% frente al 2% del grupo control en la intervención con los pacientes y 75% frente al 9% en los cuidadores. Otros programas desarrollados por TO en AP, también han obtenido resultados satisfactorios (34-35).

Comparando nuestro programa con un ensayo controlado aleatorio que interviene en paciente y cuidador, realizado por enfermeros/as intrahospitalariamente y en el domicilio, con mayor número de usuarios, los resultados muestran mejoría en la capacidad de realización de las AVDS y reducción de la carga del cuidador, sin embargo no nombra la intervención de TO y la escala de valoración de sobrecarga del cuidador tampoco es la misma (6).

Si comparamos este programa con el programa de intervención domiciliaria realizada por TO en 23 personas que habían sufrido un ACV, los pacientes experimentaron una mejora estadística significativa con respecto a las habilidades cognitivas y su independencia funcional evaluada por el Índice de Barthel, sin embargo, este programa no interviene en el cuidador (44).

El programa hospitalario realizado por terapeutas ocupacionales en la unidad de Ictus del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, realizó un programa dirigido a los cuidadores con mejoría de los resultados de la escala PQ (Physician Questionnaire) en una pequeña muestra (16). Sería interesante complementarlo con un programa

de intervención domiciliaria como el nuestro, aunque sería necesario la utilización de las mismas herramientas de evaluación.

Tras comparar los programas existentes desde TO, sería importante establecer un protocolo de coordinación efectiva entre atención especializada y atención primaria dentro del sistema público de salud, para que los pacientes y los cuidadores, tras las intervenciones hospitalarias, puedan seguir beneficiándose de las intervenciones domiciliarias desde sus CS, con herramientas de evaluación comunes para una correcta interpretación de los resultados.

## **Conclusiones**

Como se ha observado en este y otros programas, la atención domiciliaria tras la intervención hospitalaria, tanto en el paciente que ha sufrido el ACV como en su cuidador, es beneficiosa para ambos, es necesario dotar del recurso de la Terapia Ocupacional a la AP, ya que es el ámbito más cercano al que acuden las personas tras la hospitalización.

## **Limitaciones encontradas en el desarrollo del programa:**

Durante el mismo, me he encontrado con el fallecimiento de un paciente, con lo cual la muestra ha sido muy escasa. La imposibilidad de realizar sesiones grupales debido a la situación del Covid-19, posiblemente haya arrojado unos resultados menos satisfactorios que si se hubiesen realizado, ya que no se ha podido completar con el establecimiento de relaciones sociales y la retroalimentación entre los miembros del grupo, así como la imposibilidad de utilizar el soporte audiovisual adecuado.

La escala reducida de Zarit solo presenta dos tramos de resultados, sin sobrecarga y sobrecarga intensa, pese a estar validada como un instrumento adecuado en AP, no contempla el ítem de sobrecarga ligera, con lo cual los resultados son menos sensibles a las variaciones.

La duración del programa debería constar de más sesiones, los programas de mayor duración obtienen mejores resultados, tras la finalización, debería hacerse un seguimiento para valorar la efectividad a largo plazo.

## **Líneas futuras de investigación**

Es necesario establecer líneas de investigación futura encaminada a validar herramientas de evaluación más amplias y específicas para la evaluación de

sobrecarga los cuidadores, ya que son muchas las escalas que se pueden utilizar y esto hace que exista dificultad a la hora de establecer objetivos más concretos. Con este programa hemos pretendido recalcar la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en atención primaria, siendo un recurso cercano y multidisciplinar, al que las personas acuden con frecuencia y los canales de comunicación son fáciles y cercanos.

Tras valorar los resultados, podría plantearse la idea de repetir el programa, aumentando su duración, aumentando el número de participantes e incluyendo diferentes patologías para llegar a más población.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ramos Cordero P., Pinto Fontanillo J.A. Las personas mayores y su salud: situación actual. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 [citado 2022 Mayo 18]; 31(3):107-116. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s0213-12852015000300001>
2. García Alfonso C, Martínez Reyes AE, García V, Ricaurte Fajardo A, Torres I, Coral Casas J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. UnivMédica [Internet] 2019 [citado 2022 enero 26]; 60(3):1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.actu>
3. Pinedo S, Miranda M, Suárez A, Ortiz M G, Quirós M, Herrero A M. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. Rehabilitación [Internet] 2010 [citado 2022 enero 26]; 44(4): 345-350. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2010.05.004>
4. Sociedad Española de Neurología (SEN). Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus. [citado 2022 enero 26]. Disponible en: <https://www.sen.es/profesionales/guias-y-protocolos>
5. Factográfico de Salud: Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales Infomed. Portal de la Red de Salud de Cuba. [Internet] 2018 [citado 2022 enero 26]; Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/cimeq/2018/01/11/factografico-de-salud-accidente-cerebrovascular-estadisticas-mundiales/>
6. Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. Aging Clin Exp Res. 2020 Jul; 32(7):1343-1352. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01321-4>
7. Bestue Cardiel M, Marta Moreno J, Martínez Borobio G, Alberti Gonzalez O, Aragües Bravo JC, Et al. Plan de actuación al ictus en Aragón, actualización 2019-2022. Gobierno de Aragón: Dirección General de Asistencia Sanitaria. [Internet] 2018; [citado 2022 enero 26]; Disponible

- en: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa\\_Ictus\\_actu\\_alizacion2019.pdf/f164a068-544a-0248-af0d-ca2a2f7c5624](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Ictus_actu_alizacion2019.pdf/f164a068-544a-0248-af0d-ca2a2f7c5624)
8. Sanjurjo Castela G. Actividades de la vida diaria en la enfermedad de Alzheimer. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo2.shtml>
  9. Atlas del ictus Aragón 2019. Sociedad española de neurología. [Internet]. Disponible en: [https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes\\_comunidad/Informe\\_ICTUS\\_Aragon.pdf](https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe_ICTUS_Aragon.pdf)
  10. Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc Enferm. 2012;18(2):23-30
  11. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona De La Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam. [internet] 2009 [citado 2022 enero 26]; 2(7):332-334. Disponible en: [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds\\_sci&AN=edssci.S1699.695X2009000200004&lang=es&site=eds-live&scope=site](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds_sci&AN=edssci.S1699.695X2009000200004&lang=es&site=eds-live&scope=site)
  12. Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian O, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos. [Internet] 2013 [citado 2022 enero 26]; 24 (3):120-123. Disponible en: [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds\\_dnp&AN=edsdnp.8309857ART&lang=es&site=eds-live&scope=site](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds_dnp&AN=edsdnp.8309857ART&lang=es&site=eds-live&scope=site)
  13. Ortega González A, Morales Sánchez C, Martínez Lasarte C, Pérez Eito R, Coloma Calvo T. Repercusión de las intervenciones educativas en los pacientes neurológicos tras el ICTUS y/o en sus cuidadores : Una revisión narrativa de la evidencia. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 19]; 2 (12):287. Disponible en: [https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds\\_dnp&AN=edsdnp.8277639ART&lang=es&site=eds-live&scope=site](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eds_dnp&AN=edsdnp.8277639ART&lang=es&site=eds-live&scope=site)
  14. Paz Ranz S. Escuela de familias y pacientes en una unidad de ictus : School for families and patients within a stroke unit. Revista asturiana de Terapia

- Ocupacional [Internet]. 2018 [citado 2022 Mayo 21] ;(13):26–31. Disponible en:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.6562815ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
15. Berges Borque L, Andrés Martínez AI, Martínez Santamaría E, Gil Pardos B, Marzal Rubio A, Blázquez Rubio M. Programa hospitalario dirigido a cuidadores de pacientes con ictus y dependencia total que van a ser trasladados al domicilio. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 21]; 2(11): 451. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.8210611ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
  16. Gobierno de España [Internet]. Recuperado a partir de: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
  17. Cartera de Servicios comunes de atención primaria. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
  18. Algar Lombardo I. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?: Occupational therapy in primary care: is it possible? Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG [Internet]. 2012 [citado 2022 marzo 13]; (16):8–30. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.4221031ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
  19. Cuevas Lara C. Recensión: contribuciones de la terapia ocupacional a los servicios de atención primaria de salud. Critical review: contributions of occupational therapy services to primary health care. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG [Internet]. 2016 [citado 2022 marzo 14]; (23):23. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.5536335ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
  20. Sociedad Científica de Terapia Ocupacional, SOCINTO. Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas. Madrid:

- 6 de junio de 2019. [Documento técnico]. Disponible en: <https://www.socinto.org/terapia-ocupacional-en-atencion-primaria-documento-tecnico-de-socinto/>
21. Ávila A, Duran M, Peralbo M, Torres G, Saavedra M, Viana IM. Efectividad de programas de terapia ocupacional en personas con daño cerebral adquirido en el ámbito domiciliario y ambulatorio: una revisión sistemática. *Occup Ther Int*. [internet] 2015 [citado 2022 enero 26]; 22:(1-9). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2016.11.001>
  22. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet]. 2010 – [2022]; [85p.] Disponible en: [www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf) Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
  23. Kielhofner G. Dimensiones del quehacer. En: Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: terapia ocupacional: teoría y aplicación. 4ª Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2011. p.101-109
  24. Nabergoi, Mariela, et al. Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2019 [citado 2022 marzo 14]; 5(2):12-24. Disponible en: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2018dic-art2.pdf>
  25. Regueiro Martínez AÁ, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Carmen Ferreiro Cruz M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2007 [citado 2022 marzo 14]; 39(4):185–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13100841>
  26. Molina Linde JM, Uribe Rodríguez AF, Figueroa Rodríguez J. Dolor, calidad de vida y estado anímico, relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2013 [citado 2022 marzo 15]; 11(1):43–53. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=lsdpd&AN=135619&lang=es&site=eds-live&scope=site>

27. Zawawi NSM, Aziz NA, Fisher R, Ahmad K, Walker MF. The Unmet Needs of Stroke Survivors and Stroke Caregivers: A Systematic Narrative Review. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020 Aug; 29 (8):104875. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104875>
28. Medina V. Elaboración de programas de intervención frente a detección de problemas. *MedWave* [Internet] 2004 [citado 2022 mayo 14]; 4(4). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2795>
29. Samaratti M. Las rutinas diarias de personas internadas en hogares con centro de día [Tesis en Internet]. [Argentina]: Universidad Abierta Iberoamericana; 2011 [citado 13 marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <https://studylib.es/doc/4761918/las-rutinas-diarias-de-personas-internadas-en-hogares>
30. Lorente Aznar T, Olivera Pueyo J, Benabarre Ciria S, Rodriguez Torrente M, Solans Aisa B. Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria. Concordancia y validez de los test de cribado. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* [Internet]. 2010 [citado 2022 marzo 15]; 42 (4): 226–32. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.aprim.2009.07.014>
31. Barrero. SCL, García, AS, Ojeda MA. Marthel Index (BI): An essential instrument for the functional evaluation and the rehabilitation. *Plasticidad y restauración neurológica* [Internet]. 2005 [citado 2022 marzo 15]; 4 (1-2): (81-85). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=55&IDARTICULO=5142&IDPUBLICACION=641>
32. Eunice Yarce Pinzón, Giovana Marcella Rosas Estrada, Yenny Vicky Paredes Arturo, Mildred Rosero Otero, Alexander Morales Erazo. Intereses ocupacionales de adultos mayores de 60 años de la ciudad San Juan de Pasto. *Revista UNIMAR* [Internet]. 2016 [citado 2022 marzo 15]; 33(1). Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdoj&AN=edsdoj.08837addf5504496886df5a632070c4b&lang=es&site=eds-live&scope=site>

33. Riu Subirana S. La terapia ocupacional mejora la funcionalidad de los pacientes con demencia y reduce la sobrecarga del cuidador. FMC Formación médica continuada en atención primaria [Internet]. 2007 [citado 2022 marzo 13]; 14(5):289. Disponible en: [https://doi:10.1016/S1134-2072\(07\)71640-7](https://doi:10.1016/S1134-2072(07)71640-7)
34. Lorente Cegarra MI, Llenas Martínez A, Homs Riba M, García Serrano MJ. Intervención domiciliar de la terapia ocupacional durante la pandemia COVID-19, en el Centro de Atención Primaria de Vilanova del Camí. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2021 [citado 2022 marzo 13]; 3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100090>
35. Gonzalez Gonzalez J, del Teso Rubio M del M, Waliño Paniagua CN, Criado-Alvarez JJ, Sánchez Holgado J. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. Reumatología Clínica [Internet]. 2015 [citado 2022 marzo 13]; 11(1):22–6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.5177544ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
36. Guía de programas de respiro familiar. 2021. [https://www.cuidopia.es/sites/default/files/guides/CUIDOPIA\\_guia\\_respiro\\_Aragon.pdf](https://www.cuidopia.es/sites/default/files/guides/CUIDOPIA_guia_respiro_Aragon.pdf)
37. Blog estrategia comunitaria Aragón. Gobierno de Aragón [Internet]. (España); 2016 [citado 10 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/agendas-comunitarias-equipos-atencion-primaria/>
38. Calatayud Sanz ME. Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria : ensayo clínico aleatorizado = Analysis of the effect of a program of cognitive stimulation in elderly people with normal aging in primary care: Randomized clinical trial. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria [Internet]. 2020 [citado 2022 marzo 13]; 52 (1):38–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
39. Rosson S, Fuenlabrada C, hormazábal C, Villena C, Brieva F. Enfermedad de parkinson y demencia, calidad y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en atención Primaria. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2013

- [citado 2022 mayo 13]; 17(1):48-50. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2013.26639>
40. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care--the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado 2022 mayo 13]; 24(4): 347-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.2126>
41. Martín-Martín LM, Valenza-Demet G, Ariza-Vega P, Valenza C, Castellote-Caballero Y, Jiménez-Moleón JJ. Effectiveness of an occupational therapy intervention in reducing emotional distress in informal caregivers of hip fracture patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* [internet] 2014; [citado 16 Mayo 2022]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=s3h&AN=97190959&lang=es&site=eds-live&scope=site>
42. Martín Martín LM. Programa de terapia ocupacional para la mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente durante su ingreso hospitalario. 2014 Jan 1 [cited 2022 May 16]; Disponible en : <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.58551TES&lang=es&site=eds-live&scope=site>
43. Alvarez E, Gallegos S, Romero E, Moraga C, López M, Estalleda C, Viviani V, Ortega D, Venegas D, Perez I, Vargas K, Illanes S. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secuestrados de un accidente cerebro vascular. Estudio piloto. *Rev. Chil. Ter. Ocup.* [Internet]. 30 de diciembre de 2011 [citado 16 de mayo de 2022]; 11(2): 18 - 33. Disponible en: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17776>
44. Ávila A , Viana IM, Durán M, Peralbo M, Torres G, Saavedra M. Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke. *Occupational Therapy International* [Internet]. 2014 [citado 2022 marzo 13]; 22(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/oti.1377>
- Imagen folleto: [https://www.freepik.es/vector-gratis/energia-curativa-manos-diseno-dibujado-mano\\_9923905.htm#query=terapia%20ocupacional&position=6&from\\_view=search](https://www.freepik.es/vector-gratis/energia-curativa-manos-diseno-dibujado-mano_9923905.htm#query=terapia%20ocupacional&position=6&from_view=search)

## ANEXOS

---

<b>ANEXO I</b>	Consentimiento informado
<b>ANEXO II</b>	Entrevista
<b>ANEXO III</b>	Instrumentos de evaluación
<b>ANEXO IV</b>	Cuestionario autoevaluación
<b>ANEXO V</b>	Folleto informativo
<b>ANEXO VI</b>	Fichas aseo y vestido
<b>ANEXO VII</b>	Tablas gimnasia
<b>ANEXO VIII</b>	Fichas cognitivas
<b>ANEXO IX</b>	Consentimiento Centro de Salud

## ANEXO I

### **Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducido por Susana Quirce Sánchez, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es elaborar un programa de intervención destinado a cuidadores informales de personas que han sufrido un ictus.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participar como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a las entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es \_\_\_\_\_

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Susana Quirce Sánchez al teléfono ~~830776776~~

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a \_\_\_\_\_ al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

## ANEXO II

Entrevista:

1. Datos de filiación:
  - a. Nombre:
  - b. Edad:
  - c. Sexo:
  - d. Parentesco:
2. ¿Durante cuánto tiempo lleva cuidando de....?
3. ¿Cuánta ayuda necesita?
4. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de...?
5. ¿Cuáles son sus conocimientos del ictus y de sus consecuencias?
6. Antes de dedicarse al cuidado de ..... ¿a qué se dedicaba? ¿trabajaba?
7. En su tiempo de ocio, ¿qué actividades realizaba?
8. ¿Qué tal se encuentra de salud?
9. Su salud, ¿se ha visto resentida? ¿tiene algún problema de salud?
10. ¿Con qué tipo de dificultades se encuentra en su vida diaria?
11. ¿Tiene algún tipo de apoyo externo o interno? ¿Cuál?
12. ¿Conoce los recursos de apoyo disponibles en Zaragoza?
13. ¿Dispone de tiempo de ocio con otras personas?
14. ¿Ha visto reducido su círculo de relaciones sociales?
15. La persona que recibe sus cuidados, ¿muestra alteraciones de conducta?
16. ¿Ha realizado alguna modificación en el hogar que le facilite las tareas?
17. ¿Echa de menos realizar alguna actividad o hobby?
18. ¿Piensa que sus ingresos económicos son suficientes para sus gastos y para cuidar de ...?
19. ¿Utiliza algún dispositivo electrónico como móvil o Tablet? ¿sabe realizar videollamadas?
20. ¿Sabe manejarse con redes sociales, como Wathsap, youtube, Instagram, etc?

## ANEXO III

### ESCALA ABREVIADA DE ZARIT

1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo para usted mismo?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

2. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

4. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

7. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

Ausencia de sobrecarga: menor o igual a 16 puntos	
Sobrecarga intensa: mayor o igual a 17 puntos	

## Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

<b>Subescala de ansiedad</b>	<b>Si</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b> (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>Total ansiedad</b>		
<b>Subescala de depresión</b>	<b>Si</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b> (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>Total depresión</b>		

### INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer		
	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse		
	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse		
	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse		
	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

### INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse		
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

**Kielhofner, G., Neville, A. (1983)**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

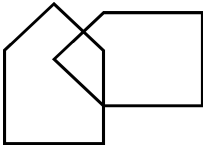
[illegible]

Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/ Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tennis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1981).  
Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT, 1983.

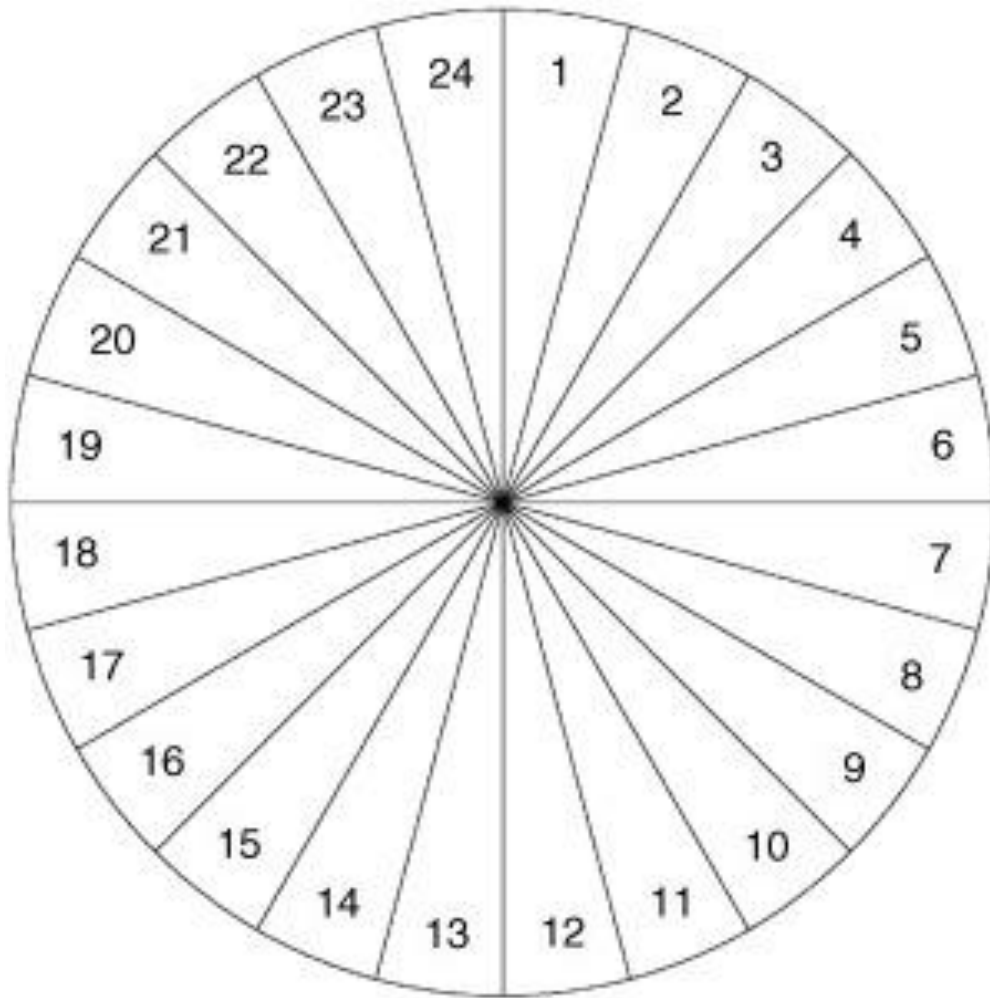
**Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)**

Lobo A, et al. Med Clin 1999; 112: 767-774. (Ver instrucciones de uso al reverso)

	Máxima puntuación	PUNTOS
<b>Orientación</b> Dígame el día ____ Fecha ____ Mes ____ Estación ____ Año ____ Dígame el Hospital (o el lugar) ____ Planta ____ Ciudad ____ Provincia ____ Nación ____ <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(5) (5)	( ) ( )
<b>Fijación (memoria inmediata)</b> Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana. (Repetirlas hasta que las aprenda) <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(3)	( )
<b>Concentración y cálculo</b> Si tiene 30 pesetas. y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? <i>Poner un punto por cada sustracción correcta.</i> Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás <i>Un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.</i>	(5) (3)	( ) ( )
<b>Memoria (reciente)</b> ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(3)	( )
<b>Lenguaje y construcción</b> Mostrar un bolígrafo “¿Qué es esto?”. Repetirlo con el reloj. <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i> Repita esta frase: “en un trigal había cinco perros” <i>Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.</i>  Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿Qué son un perro y un gato? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>  Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa” <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>  Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS  Escriba una frase   Copie este dibujo”	(2) (1)  (2)  (3)  (1)  (1)  (1)	( ) ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )
<b>Puntuación total (un punto cada respuesta correcta):</b>	(35)	( )
Nº preguntas que el paciente no ha podido contestar por su nivel de escolarización		
preguntas que el paciente no ha podido contestar por déficit visual		
<b>Puntuación Tota Corregida (*)</b>		

(\*) Para su cálculo excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). La puntuación total corregida se obtiene por regla de tres. Por ejemplo si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31) = 22,5$  (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

## Distribución de mi tiempo



<b>Trabajo:</b> Incluye actividades necesarias para ocuparse en empleo remunerado o actividades voluntarias, además de actividades educativas.	<b>Vida Diaria:</b> Orientadas hacia el cuidado de su propio cuerpo y orientadas a interactuar con el medio ambiente. Ej: bañarse, comer, cuidar mascotas, uso de dinero.	<b>Recreación:</b> Actividad espontanea u organizada que provee placer, entretenimiento, diversión o pasatiempo.	<b>Descanso:</b> Interrumpir, cambio o abandonar una actividad para recuperar las fuerzas, generalmente guardando reposo. Ej: hacer una pausa, reposar, dormir.

## ANEXO IV

### Encuesta de satisfacción

La siguiente encuesta pretende conocer cuál es su opinión sobre el desarrollo del programa en el que ha participado.

Indique el número de 0 a 4 (siendo 1 el más bajo y 4 el más alto).

1 El programa es útil y se corresponde con las expectativas que tenía del mismo:

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 La información proporcionada durante las sesiones es adecuada y se ajusta a mis necesidades:

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Voy a poder aplicar los conocimientos adquiridos:

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 La información aportada me puede ser útil a la hora de realizar las tareas de mi vida diaria:

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 La duración de las sesiones es adecuada:

<b>Nada satisfecho</b> 1	<b>Poco satisfecho</b> 2	<b>Satisfecho</b> 3	<b>Muy satisfecho</b> 4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 La terapeuta ocupacional está cualificada sobre el tema a tratar:

<b>Nada satisfecho</b> 1	<b>Poco satisfecho</b> 2	<b>Satisfecho</b> 3	<b>Muy satisfecho</b> 4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 La terapeuta ocupacional presenta una actitud de cercanía que favorece la comunicación:

<b>Nada satisfecho</b> 1	<b>Poco satisfecho</b> 2	<b>Satisfecho</b> 3	<b>Muy satisfecho</b> 4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 La terapeuta ocupacional es capaz de resolver las dudas surgidas a lo largo del programa:

<b>Nada satisfecho</b> 1	<b>Poco satisfecho</b> 2	<b>Satisfecho</b> 3	<b>Muy satisfecho</b> 4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otras sugerencias o aportaciones:

---



---

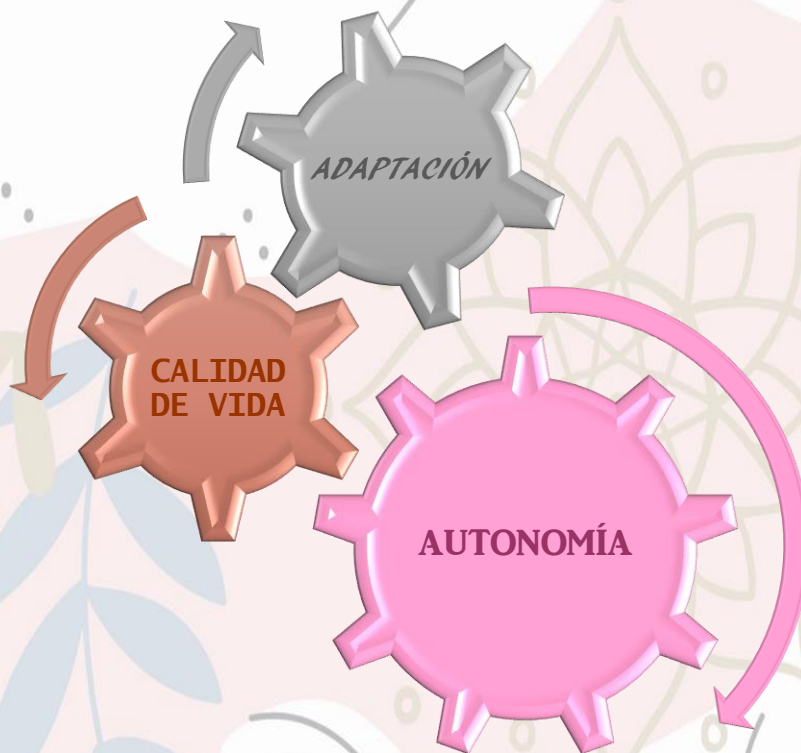


---

ANEXO V

# TERAPIA OCUPACIONAL

**CAPACITA A LAS PERSONAS PARA PARTICIPAR  
EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y  
MAYOR GRADO DE INDEPENDENCIA**



Los  
TERAPEUTAS  
ocupacionales  
**NO curamos.**  
Enseñamos a  
**vivir la vida**  
**CON** sus  
*dificultades*

¿ERES CUIDADOR DE  
UNA PERSONA QUE HA  
SUFRIDO UN ICTUS?

SUSANA QUIRCE SÁNCHEZ


ESTUDIANTE DE TERAPIA OCUPACIONAL

TELÉFONO: ----- CORREO: -----@gmail.com


ANEXO VI

ABRIGO	OREJAS
ZAPATOS	DEDOS
CALCETINES	MANOS
PIES	BRAGAS
CAMISA	PIERNAS
CABEZA	GUANTES
PANTALÓN	OJOS
RODILLAS	VESTIDO
BUFANDA	CEJAS


PARTES DEL CUERPO	ROPA




AFEITARSE  
DUCHARSE  
LAVARSE LOS DIENTES




DUCHARSE  
PEINARSE  
LAVARSE LA CARA




PEINARSE  
DUCHARSE  
LAVARSE LOS DIENTES



LAVARSE LAS MANOS  
AFEITARSE  
DUCHARSE



LAVARSE LA CARA  
PEINARSE  
DUCHARSE



DUCHARSE  
LAVARSE LOS DIENTES  
PEINARSE

¿QUÉ UTILIZAMOS PARA PEINARNOS?

¿CON QUÉ NOS LAVAMOS LOS DIENTES?

¿QUÉ NOS PONEMOS EN LOS PIES?




¿CON QUÉ CUBIERTO COMEMOS SOPA?




¿QUÉ ROPA NOS PONEMOS PARA DORMIR?




¿EN QUÉ LUGAR DE LA CASA PREPARAMOS LA COMIDA?

¿CON QUÉ SUJETAMOS LOS PANTALONES?

¿CÓMO SE LLAMA LA PRIMERA COMIDA DEL DÍA?







JERSEY

BUFANDA

CALCETINES

SOMBRERO

ZAPATOS

CAMISETA

ABRIGO

PARAGUAS

CINTURÓN

VESTIDO

PANTALÓN

GAFAS

PIJAMA

CORBATA

## ANEXO VII

### GIMNASIA DE MANOS

- Flexoextensión de los dedos con las palmas de las manos sobre la mesa.
- Realizar una ABD y ADD completa de las falanges.
- Con las palmas de las manos apoyadas en la mesa, realizar extensión de cada dedo uno a uno.
- Realizar una pinza término – terminal entre el primer dedo y el resto de los dedos.
- Se realizan rotaciones de pulgar, con la parte cubital de la mano apoyada en la mesa.
- Con las manos completamente apoyadas en la mesa, realizar una desviación cubital y una desviación radial de muñeca.
- Con los codos apoyados sobre la mesa realizar una F – E de muñeca.
- Realizar un movimiento de tamborileo con los dedos encima de la mesa.
- Rodar unas canicas o plastilina por la mesa con las MCF e IF en extensión, haciendo una bola, realizando flexoextensiones de codo y ABD y ADD de hombro.
- Coger las canicas entre los dedos, realizar una pronosupinación y dejarlas caer en un cuenco.
- Realizar flexoextensiones alternas de muñeca con las MCF y las IF flexionadas, escurriendo un trapo con suavidad.
- Enlace de video youtube:  
<https://youtu.be/xNTLihPYP2g>

### TABLA DE GIMNASIA

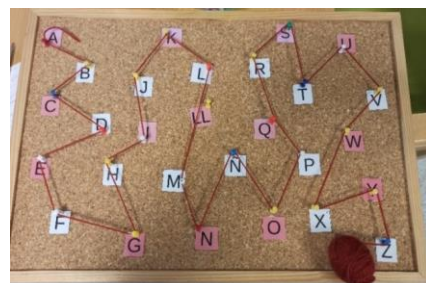
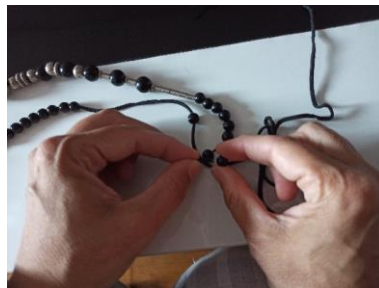
- Flexión y extensión de cuello (5 veces), si no hay impedimento médico.
- Rotación de cuello hacia la derecha y hacia la izquierda.
- Elevación y depresión escapular.
- Brazos en abducción de 90º paralelos al eje transversal, elevar un brazo por encima de la cabeza, realizando un movimiento de flexión lateral de cuello y con la mano contraria se toca la oreja contralateral con movimientos alternos.
- Brazos paralelos al eje transversal, realizar un movimiento de abducción de 180º y tocar la parte ventral de ambas manos por encima de la cabeza.
- Brazos paralelos al eje transversal, adducción y ligera rotación interna del hombro de ambas extremidades flexionando los codos y las muñecas, realizando un movimiento de “abrazo”.
- Brazos en F, realizar pronosupinaciones de antebrazo.
- Brazos en supinación, realizar flexoextensiones de codo.
- Rotación interna de hombro, y extensión de codo con la mano cerrada, simulando boxear, alternando los brazos derecho e izquierdo.
- Realizar un movimiento de flexión de hombro y extensión de codo con las caras ventrales de ambas manos juntas y los dedos en flexión.
- Brazos en F, realizar rotaciones de muñeca.
- Brazos en F, realizar flexoextensiones de muñeca.
- Realizar aperturas y cierres de las manos.
- Movilizar todos los dedos con ligeras flexiones como si tocásemos el piano.

- Con ambas manos, realizar pinza término terminal con el pulgar en oposición y el resto de dedos.
- Brazos en ligera ABD, rotación interna de hombro, manos situadas en la pelvis, realizar rotaciones de tronco a ambos lados.
- Se realiza una serie de ejercicios de los realizados anteriormente: abducción de brazos de 90°, posteriormente de 180°, tocando las palmas de las manos, vuelta a la posición de ABD de 90° y realizar una aducción colocando los brazos paralelos al cuerpo. Repetir este ejercicio 5 veces.

En sedestación:

- Masajear con movimientos circulares las extremidades inferiores desde proximal hacia distal 5 veces.
- Flexión de cadera a la altura del pecho con la rodilla flexionada. 10 veces con cada pierna.
- Extensión de rodilla paralela al muslo con la cadera en flexión de 90°. 10 veces con cada pierna.
- Agarrados con ambas manos a la silla, mantener las piernas en extensión paralelas al muslo y mantener la posición mientras se les dice el menú de hoy.
- Con las piernas en extensión, realizar cinco rotaciones externas e internas de tobillo.
- Con las piernas en extensión, realizar flexiones plantares y dorsales alternas.
- Terminar la actividad realizando inspiraciones y expiraciones profundas.
- Enlace video youtube: <https://youtu.be/21gCeFEwpA8>


## MOTRICIDAD FINA



## ANEXO VIII

[illegible]

Añada una letra para completar el nombre de las imágenes inferiores y escribe debajo la palabra



ZAR\_ECES



\_AETNEL



LOI\_NS



ALO\_N



OH\_CE

---

Ordene las siguientes palabras en cuatro grupos diferentes:

SARDINA

PALMERA

ARMARIO

ENCINA

PINO

BUITRE

MERLUZA

GARZA

ÁGUILA

MESA

PIRAÑA

SILLÓN

SALMÓN

SILLA

GAVIOTA

BUTACA

PECES	ÁRBOLES	AVES	MUEBLES
SARDINA			

2 5 9

2 2 7

+ 9 8 3

---

8 3 6

9 5 1

+ 7 2 8

---

7 1 3

1 7 3

+ 6 3 6

---

1 6 6

7 7 4

+ 1 3 4

---

Colorea siguiendo las instrucciones:

1. colorea de **rojo** el círculo que está encima del verde
2. Colorea de **verde** el círculo que está a la derecha del rosa
3. Colorea de **rojo** el círculo que está debajo del negro
4. Colorea de **azul** el círculo que está encima del negro
5. Colorea de **amarillo** el círculo que está a la derecha del naranja
6. Colorea de **azul** el círculo que está a la derecha del gris
7. Colorea de **verde** los círculos que están encima de los azules
8. Colorea de **amarillo** el círculo que está debajo del marrón

NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

UNA CON FLECHAS LOS NÚMEROS DE MENOR A MAYOR

38169  
42198  
53478  
38167  
42345  
45356  
52348  
61965  
61297  
52432

ENCUENTRE EL DADO QUE MÁS SE REPITE:

1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

SUME EL RESULTADO DE TODOS LOS DADOS:

Complete la operación siguiendo el sentido de las flechas.

Diagrama de operaciones:

1.  $18 \xrightarrow{+12} \square \xrightarrow{-15} \square \xrightarrow{\times 3} \square \xrightarrow{+5} \square$  (Flecha hacia abajo desde el último cuadro)

2.  $\square \xrightarrow{\div 10} \square \xrightarrow{+20} \square \xrightarrow{-16} \square \xrightarrow{\div 3} \square \xrightarrow{\times 10} \square$  (Flecha hacia abajo desde el último cuadro)

3.  $\square = \square - 2 \xrightarrow{\leftarrow} \square - 18$

Subraye la respuesta adecuada en cada frase.

Un armario puede ser..... Ropero Débil Gordo Espeso Salado

Una planta puede estar..... Lista Regada Dura Blanda Redonda

Los gatos ..... Vuelan Ruedan Ríen Maúllan Silban

Los libros tienen ..... Mecha Botones Lomo Sal Alegría

Una ventana puede estar..... Vacía Cansada Mejor Triste Abierta

Ordene estas palabras para formar oraciones

Tierra	La	gira	Sol.	del	alrededor
--------	----	------	------	-----	-----------






-----

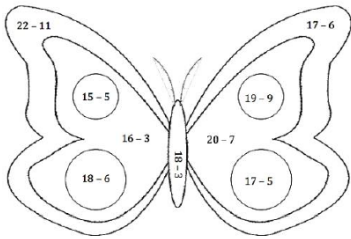
Sol	una	muy	El	estrella	grande	es
-----	-----	-----	----	----------	--------	----

-----

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

COLOREA SEGÚN EL RESULTADO

 =12    =13    =10    =11    =15



22 - 11      17 - 6

15 - 5      19 - 9

16 - 3      20 - 7

18 - 6      17 - 5

18 - 3

¿CUÁNTOS RESULTADOS 10 HAY? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS RESULTADOS 12 HAY? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS RESULTADOS 13 HAY? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS RESULTADOS 15 HAY? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS RESULTADOS 11 HAY? \_\_\_\_\_

ENCUENTRE LOS GRUPOS DE FIGURAS GEOMÉTRICAS EN EL CUADRO DE DEBAJO

Rodee todas las letras que se encuentran detrás de una L y delante de una B y escriba con ellas el nombre de una herramienta. \_\_\_\_\_

Ñ L E B H G F D L S B X C V B N  
L D B I U Y T L O B Q Z A L R B  
D W L I B R G B N L L B L J M K  
I O L L B N L O B F L K L A B  
X L R B N P O I U L T B O I U Y  
Z A S X C L N B V R G W L D B R

Con las siguientes instrucciones, descubre una palabra:

La letra inicial aparece solamente 1 vez  
La segunda letra aparece 3 veces  
La tercera letra aparece 3 veces  
La cuarta letra aparece 4 veces  
La quinta letra aparece 5 veces  
La última letra aparece 6 veces.

ORADURODORC DORAOUADOR

-----

Escriba 19 palabras que comiencen por M y acaben por L

MANDRIL -----  
-----  
-----  
-----

## ANEXO IX

Zaragoza, 22 de marzo de 2022

Autorizo a Susana Quirce Sánchez, estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad de Zaragoza, a realizar una serie de encuestas, evaluaciones e intervenciones dentro del entorno habitual de los usuarios del C.S. San José.

Dicha actividad se efectuará con motivo de la realización del Trabajo Fin de Grado, destinado a los cuidadores Informales de personas que han sufrido ictus, titulado *Programa de intervención terapéutica en cuidadores informales de pacientes con ictus en Atención Primaria*, dirigido por Estela Calatayud Sanz y que será realizado entre marzo y junio de 2022.

Para ello les será solicitado de manera previa a los colaboradores de manera anónima, voluntaria y sin ánimo de lucro la autorización para la ejecución de una encuesta y de varios test relacionados con el tema.

