



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Descarga del cuidador principal y prevención del deterioro cognitivo a través de un programa multicomponente basado en la terapia de reminiscencia y aromaterapia.

Primary caregiver discharge and prevention of cognitive impairment through a multicomponent program based on reminiscence therapy and aromatherapy.

Autor/es

María Pilar Morales Tena

Director/es

Isabel Gómez Soria

Facultad de Ciencias de la Salud
Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2021/2022

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	3
1.2. JUSTIFICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.....	4
1.3. PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO	6
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1. PROCEDENCIA DE LA PARTICIPANTE.....	6
3.2. HISTORIA CLÍNICA.....	6
3.3. MARCO DE TRABAJO Y MODELOS.....	7
3.5. EVALUACIÓN	8
3.5.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSIÓN	12
6. LIMITACIONES	13
7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	13
8. CONCLUSIÓN	13
9. AGRADECIMIENTOS	14
10. BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	20
ANEXO I: INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	20
ANEXO II: SESIONES DE LA INTERVENCIÓN.....	24
ANEXO III: EVALUACIONES	31

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida ha conllevado un incremento de enfermedades crónicas, acentuando la dependencia de un gran número de personas. Muchos familiares han visto la necesidad de cuidar de su familiar debido al incremento económico de las instituciones geriátricas y de la ralentización de ayudas, adquiriendo así el rol de cuidador informal. Dicho rol puede dar lugar a la sobrecarga del cuidador debido a que se produce un cambio repentino en la rutina de la persona cuidadora.

Este trabajo pretende valorar la eficacia de un programa multicomponente basado en reminiscencia y aromaterapia para reducir la sintomatología emocional ligada a la sobrecarga del cuidador y prevenir el posible deterioro cognitivo en una mujer de 72 años y cuidadora principal. La intervención consistirá en la realización de cuatro sesiones combinadas con una duración de una hora cada una. Antes de la realización del programa, se realizará una evaluación inicial e inmediatamente al terminar la intervención se realizará una segunda evaluación. En la evaluación administramos los siguientes cuestionarios: escala de Zarit, el Mini Examen cognoscitivo, el Inventario de Beck, el listado de intereses y una encuesta de satisfacción.

Los resultados son favorables al finalizar la intervención. Se observa una mejoría en la sobrecarga del cuidador con una puntuación de 39 puntos y en la sintomatología depresiva con 8 puntos. El nivel cognitivo se mantiene con la máxima puntuación.

Como conclusión, ambas técnicas tienen un impacto positivo desde terapia ocupacional pero con la necesidad de encontrar más evidencia en personas cuidadoras.

Palabras clave: sobrecarga del cuidador, terapia ocupacional, terapia de reminiscencia, aromaterapia, cuidador informal, intervención.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años, causando el desarrollo y el aumento de un gran número de enfermedades crónicas. El crecimiento de estas enfermedades, no solo repercute a las personas que las padecen, sino también, al entorno más cercano del individuo, viviendo muy de cerca todo el avance y progreso de la enfermedad crónica que presenta su familiar, adquiriendo el rol de cuidadores informales (CI)⁽¹⁾.

Este rol, se caracteriza por ser el portador fundamental de los cuidados principales y esenciales que necesita su familiar en la mayor parte del tiempo, con el fin de atender a sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin tener una retribución económica por ello ni una cualificación formal. Es importante señalar, que la prestación de cuidados repetida en un largo periodo de tiempo, puede repercutir en la salud del cuidador, tanto físicamente como psicológicamente, provocando más impacto en esta última ⁽¹⁻³⁾.

Por ello, pueden aparecer formas de estrés que pueden acentuar el desarrollo del deterioro cognitivo, agotamiento o signos de depresión y ansiedad. Todo esto, puede influir de manera negativa en diferentes aspectos y ocupaciones de la vida del CI, como la disminución y alejamiento de su entorno social, pérdida de motivación y de oportunidades ^(1,2).

El ámbito social es uno de los más afectados en la vida de los CI dejando de un lado la participación social, el ocio y el intercambio de interacciones que permiten la comunicación y la socialización. La prolongación en el tiempo de la ausencia de estas ocupaciones, lleva a la marginación del plano social y familiar pudiendo afectar a la salud de estos sujetos ⁽⁴⁾.

Internacionalmente, según el informe de cuidadores familiares primarios en Taiwán, la duración de la prestación de cuidados aumenta con la edad de los cuidadores causando cierta correlación con el nivel de estrés ⁽⁵⁾.

A causa del envejecimiento de la población, el descenso de la natalidad y los cambios de la estructura familiar, existe un perfil claro de CI de personas dependientes. Es muy frecuente los cuidadores mayores que cuidan a sus cónyuges o a sus padres. Principalmente suelen ser, mujeres entre 40 y 73 años, con estudios primarios o secundarios y dedicando un promedio de entre seis años

y medio a ocho años. Además, la sobrecarga y la dependencia de la persona, van muy ligadas ya que cuanto más dependiente es una persona funcionalmente, más sobrecarga existe por parte del CI. Todo ello también depende del empleo que el cuidador tenga, si cuenta con el apoyo de otros CI, la edad, la complejidad de las necesidades de su familiar y la evolución de la enfermedad crónica ^(1,5).

El porcentaje estimado de CI tanto en Portugal como en España, es del 13%⁽⁶⁾.

1.2. JUSTIFICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Una de las enfermedades que más se está diagnosticando en los últimos años, es la demencia. El encarecimiento de los sistemas institucionales de la salud, provoca que los familiares de las personas con demencia mantengan el mayor tiempo posible a su familiar en el domicilio. Sin embargo, para que el familiar tenga una calidad de vida adecuada en su hogar, los cuidadores familiares necesitan apoyo para mejorar o mantener la autonomía de las personas en las AVD y lograr entender el comportamiento de la enfermedad y cómo afecta a su familiar ⁽⁷⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" ⁽⁸⁾.

Por ello, las intervenciones no farmacológicas, tienen una labor muy importante tanto para las personas con demencia como para los cuidadores familiares de las mismas. Diversos estudios y las Guías de Práctica Clínica para la demencia en Australia, afirman que la terapia ocupacional (TO) tiene una gran relevancia para las personas. La TO es una disciplina que se centra en optimizar y fortalecer el conjunto entre la persona, la ocupación y el entorno en el que viven con el fin de mejorar la correlación entre los roles, las actividades y sus relaciones sociales ⁽⁷⁾.

Desde esta profesión, se pretende dar apoyo a las personas cuidadoras de personas dependientes, reduciendo el nivel de carga al que están sometidas promoviendo un cuidado más efectivo, así como prestar asesoramiento e información, crear y fomentar estrategias de afrontamiento, proporcionar pautas de cómo manejar al familiar y dar consejos de autocuidado con el fin de mejorar su calidad de vida y reducir el malestar psicológico ⁽⁹⁾.

En un meta-análisis realizado por Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, et al. se ha visto que la TO es beneficiosa para reducir la depresión en los cuidadores,

el estrés al que están sometidos, la sobrecarga del cuidador y mejorar su calidad de vida. ⁽⁷⁾.

Actualmente, se llevan a cabo diferentes estrategias desde TO como la reminiscencia. La terapia de reminiscencia se basa en recuperar recuerdos que son de gran importancia para la persona a través de estímulos multisensoriales como fotografías, canciones, olores, texturas...). Su objetivo es que las personas mayores recuerden su pasado y adopten una actitud de autoaceptación, fortalezcan su identidad, tengan una mejor salud mental y mejoren su calidad de vida ^(10,11).

Existen diferentes tipos de terapia de reminiscencia como la reminiscencia integrativa que está enfocada para la autoaceptación de la persona y aliviar los signos depresivos en el adulto mayor. Por otro lado, la reminiscencia instrumental se basa en tratar alguna dificultad en el pasado para ver cómo se afrontó entonces y poder hacer frente a situaciones actuales. Este tipo de reminiscencia aumenta la autoestima de la persona. Otro tipo es la reminiscencia narrativa que pretende dar importancia a vivencias pasadas de la vida de la persona a través de la narración ⁽¹²⁾.

De tal modo, la terapia de reminiscencia puede ser beneficiosa para los CI a la hora de minorar el estrés, la tensión, el nivel de carga y promover la salud y el ánimo ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, la terapia de estimulación sensorial que abarca técnicas como la aromaterapia o la musicoterapia pueden rebajar síntomas o trastornos conductuales como la agitación, la depresión, la apatía...entre otros ⁽¹³⁾.

La aromaterapia se basa en el uso terapéutico de flores, plantas y arbustos aromáticos mediante el empleo de aceites esenciales, pudiendo influir en los aspectos físicos, anímicos y psicosociales de la persona. Hoy en día, la población está expuesta a ciertos factores desencadenantes de estrés, por ello, cada planta tiene unas propiedades específicas que van a afectar de una determinada manera^(14,15).

Algunos aceites esenciales fomentan la relajación, disminuyen el estrés y los signos depresivos como la lavanda, la bergamota, el jazmín, el naranjo amargo, etc. ^(16,17).

1.3. PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO

Con la realización de este TFG basado en un estudio de caso clínico, se pretende ver cómo puede repercutir el rol de CI en una persona que presta los cuidados a su padre quien padece de demencia tipo Alzheimer y a su madre quien no tiene diagnosticada una patología concreta.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Intentar reducir el nivel de estrés y depresión asociado a la carga del cuidador.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir el posible deterioro cognitivo reforzando diferentes funciones cognitivas.
- Potenciar las habilidades de interacción y comunicación.
- Inculcar cambios en su rutina diaria.

3. METODOLOGÍA

3.1. PROCEDENCIA DE LA PARTICIPANTE

A comienzos de diciembre, se mandaron varios correos electrónicos a diferentes centros proporcionándoles información sobre el trabajo y solicitando la posibilidad de poder conseguir usuarios/as para la realización del TFG. Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones con los centros interesados, uno de ellos el Centro de Día y Residencia Las fuentes, lugar donde se obtuvo a la participante definitiva, gracias a E.C., TO del centro. Este mandó un comunicado con la información del trabajo a cuidadores de los residentes del centro, quienes podían apuntarse de manera voluntaria.

3.2. HISTORIA CLÍNICA

A.H. es una mujer de 62 años nacida en Lécera, un pueblo de la Comunidad Autónoma de Aragón. Fue allí donde pasó su infancia y adolescencia junto a sus padres y donde conoció a su pareja actual. Actualmente vive en Zaragoza, en el barrio de Las Fuentes, junto a su marido y a una escasa distancia del domicilio de sus padres, quienes viven solos. Ella es la cuidadora principal de ambos, aunque hay ratos en los que hay una cuidadora contratada.

En la entrevista inicial, A.H. comenta que su padre padece de Alzheimer y su madre no tiene un diagnóstico médico claro, pero ella describe la relación con su madre

como problemática, ya que tienen fuertes discusiones con respecto a su padre y a su comportamiento. Comenta tener inseguridades sobre el cuidado a su madre ya que actualmente, gracias a la medicación propuesta por los médicos, está más tranquila y A.H. también, pero expresa sentimientos de preocupación al ver que su madre está más dormida a consecuencia del tratamiento médico. La relación con su padre, en cambio, la especifica como tranquila ya que se deja hacer todos los cuidados necesarios para su bienestar.

Su padre acude al Centro de Día de Las Fuentes, en cambio su madre no acude a ningún centro institucionalizado, sino que permanece en su domicilio.

Durante el primer contacto, ella comenta sentirse muy saturada por la relación con su madre y que, por ello, ha habido un gran cambio en su rutina diaria, ya que actualmente, dedica la mayoría del día a cuidar de sus padres, dejando de realizar muchas de las cosas que antes hacía y perdiendo el interés y el ánimo por diferentes aspectos.

Como rutina actual, por la mañana acude a casa de sus padres y regresa a su casa a última hora de la tarde sin contar con la hora de la comida. Para A.H. es muy importante tener tiempo para ella misma y desconectar acerca del continuo conflicto con su madre.

3.3. MARCO DE TRABAJO Y MODELOS

En base a la evaluación inicial, se detectan claras necesidades como la mejora de su autoestima y la reestructuración de su rutina diaria ya que interfiere en sus ocupaciones, bienestar, satisfacción personal y relaciones interpersonales. Por ello, se selecciona el siguiente modelo como el más adecuado para intervenir con la persona usuaria:

Modelo de Ocupación Humana (MOHO): El MOHO resalta la importancia de que las personas están conformadas por tres componentes importantes: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño. Este modelo intenta explicar cómo las personas, gracias a la motivación, son capaces de seleccionar ocupaciones significativas según sus intereses y deseos que les permite mejorar su calidad de vida. Esto se consigue al interiorizar una serie de conductas impulsadas por hábitos y roles dependiendo de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve la persona. Para ello, la persona debe tener una cierta capacidad a nivel físico y mental a lo que se le denomina capacidad de desempeño ⁽¹⁸⁾.

En este caso, se pasa el listado de intereses para conocer cuáles son sus preferencias y enfocar las sesiones centradas en la volición de la persona. Por otro lado, se utiliza la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI-II para obtener el perfil ocupacional de la participante.

3.4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La intervención consta de cuatro sesiones basadas en un tratamiento multicomponente centrado en la aromaterapia y la terapia de reminiscencia. Todas se llevan a cabo en su domicilio y tienen una duración aproximada de una hora. La estimación de tiempo total del estudio, incluyendo la evaluación y reevaluación, es de mes y medio.

En el ANEXO II, se explican las cuatro sesiones detenidamente:

3.5. EVALUACIÓN

Al comienzo del estudio, se hizo una visita al domicilio de los posibles participantes para explicarles en qué consistía el trabajo. En dicha visita se le proporcionó una hoja que recogía la información del estudio y el consentimiento informado que posteriormente se recibe firmado para poder ejecutar la intervención. ANEXO I

Más adelante, se seleccionó a la persona que iba a formar parte del estudio y se acudió a su domicilio para llevar a cabo la entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional OPHI-II para conocer su perfil ocupacional. También se realiza una primera evaluación al pasar el listado de intereses, el Inventario de Beck, la escala de la carga del cuidador de Zarit y el MEC con el fin de obtener datos sobre sus intereses, indagar sobre su bienestar psicológico, su carga de cuidado y conocer sus capacidades cognitivas, respectivamente. Además, en base a las necesidades observadas en la evaluación inicial, se establecieron los objetivos que se querían conseguir con las sesiones que se iban a diseñar y ejecutar.

Por otro lado, se le dio una caja con el significado de que, después de cada sesión, ella tenía que introducir en el interior de esta, algo que le haya aportado personalmente. En este mismo momento, se establecieron los dos días de la semana en los que se iban a llevar a cabo las sesiones en base a los intereses de la participante (martes y jueves).

Al finalizar las cuatro sesiones de intervención, se realizó una reevaluación para comprobar si existían cambios con respecto a la carga de cuidado, el nivel cognitivo

y los niveles de depresión. Para ello, se volvieron a pasar las mismas escalas excepto la entrevista OPHI-II y el listado de intereses. A cambio, se le administró una encuesta de satisfacción con preguntas básicas para conocer su agrado y efectividad acerca de las sesiones realizadas.

3.5.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para llevar a cabo el proceso de evaluación, se han pasado diferentes valoraciones para conocer si existe sobrecarga del cuidador (Test de Zarit) y depresión ligada a ella (Inventario de Beck). Además, se comprobaron sus capacidades cognitivas mediante el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo y se le administró el listado de intereses. Para conocer más datos sobre la participante, se realizó la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI-II.

- Listado de intereses: El listado de intereses elaborado por Matsutsuyu en 1960, recoge los intereses propios de la persona para tenerlos en cuenta a la hora de plantear y llevar a cabo la intervención. Este listado es rellenado por la persona y da información si existe alguna circunstancia, si hay volición para realizar una actividad, pero actualmente no la hace. ^(19,20).
- Mini Examen Cognoscitivo (MEC): El M.E.C. es un test sencillo de administrar que tiene como utilidad detectar déficits intelectuales y alteraciones concretas de las funciones cognoscitivas que podrían significar posibles patologías médicas. Este instrumento de valoración valora las siguientes áreas cognitivas: orientación, fijación, cálculo y concentración, memoria reciente, lenguaje y construcción. La puntuación máxima que se puede obtener es de 35 puntos (sin deterioro cognitivo), pero tiene la posibilidad de apuntar el nivel educativo de la persona y eliminar ítems si, por las características de la misma, no podría completar alguno de los apartados. Dicho test tiene una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%. La versión de 35 puntos tiene el punto de corte en 24 para aquellas personas mayores de 65 años ^(21,22).
- Inventario de Beck: El Inventario de Beck (BDI) es un instrumento de valoración que tiene como fin detectar los signos de la sintomatología depresiva que puede presentar la persona. Dicha escala, se compone de 21 ítems para conocer el grado de depresión en las dos últimas semanas contando el día que se rellena la valoración. A cada ítem le sigue una frase con cuatro opciones que

están orientadas para valorar la intensidad de la depresión y cada uno de ellos puede tener una puntuación máxima de 3 puntos y mínima de 0. En el supuesto de que la persona tenga dudas sobre que opción del ítem le identifica con más exactitud, elegirá la de mayor valor. La puntuación total varía de 0 a 63 puntos, donde 63 es la puntuación máxima considerándose el mayor grado de depresión posible ^(23,24).

Con respecto al punto de corte de 10, el BDI-IA diferencia entre la población con y sin trastorno depresivo con una sensibilidad de 92% y una especificidad del 59% ⁽²⁴⁾.

- Escala de carga del cuidador de Zarit: Es una escala de autoevaluación que determina la carga de los cuidadores principales según cómo se sienten al cuidar a otra persona. Este instrumento de valoración consta de 22 ítems con cinco posibles respuestas que oscilan desde: nunca hasta casi siempre. La puntuación total se encontrará en tres posibles apartados de puntuación según la intensidad de la sobrecarga del cuidador. Si se obtiene menos de 47 puntos no existe sobrecarga, entre 47 y 55 puntos habría sobrecarga leve y más de 55 puntos indicaría la presencia de sobrecarga intensa. Esta escala tiene una sensibilidad de 98,5% y una especificidad del 93,9% ^(25,26).
- Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional OPHI-II: Su punto fuerte es la identidad y la competencia ocupacional de una persona. En la segunda versión, se añade en las preguntas de los diferentes apartados, aspectos emocionales y cognitivos a la hora de desempeñar las ocupaciones ⁽²⁷⁾.

4. RESULTADOS

En la valoración inicial las puntuaciones en los diferentes cuestionarios fueron las siguientes:

En el MEC obtuvo una puntuación total de 35 puntos que tal y como refiere Lobo, es la puntuación máxima que se puede llegar a alcanzar en dicho test y está asociada a la ausencia de deterioro cognitivo ⁽²¹⁾.

En cuanto a la puntuación obtenida del Inventario de Depresión (BDI-2) creado por Aaron T. Beck, sacó 21 puntos sobre 63, lo que refiere que tenía asociada

signos de depresión moderada. Su puntuación mayor es de 2 puntos en los ítems de fracaso, desvalorización y sexo ⁽²³⁾.

Por otro lado, la puntuación obtenida en el Test de sobre carga del cuidador de Zarit fue extremadamente alta, ya que consiguió 72 puntos de 88, estando asociada a una sobrecarga intensa. Esto se debe a que la participante puntúa 12 de las 22 preguntas con 4 puntos (casi siempre) y 5 con 3 puntos (bastantes veces), lo que significa que percibe cada una de las preguntas como recurrente en su día a día ⁽²⁶⁾.

En la valoración post-intervención la puntuación del MEC se mantiene y se observó una mejora importante en el resultado del Inventario de Depresión de Beck ya que su puntuación fue de 8 sobre 63 puntos debido a que ninguno de los 21 grupos de afirmaciones es puntuado ni con 2 ni 3 puntos, sino que, a la mayoría de los ítems, se les asignó un valor de 0 y 1 refiriéndose a la negación de sentir cada uno de los sentimientos evaluados.

En el test de sobre la carga el cuidador disminuye considerablemente la puntuación a 39 puntos de 88. Este baremo está asociado a la ausencia de sobrecarga. Esta diferencia de puntos se debe a que la participante puntúa únicamente 2 de las 22 preguntas con la puntuación máxima (4 puntos) y aparece marcada la casilla de puntuación de nunca (0 puntos) y rara vez (1 punto) en 10 preguntas.

La puntuación del MEC se mantiene con la puntuación máxima. A continuación, se muestra una tabla para comparar los resultados de ambos periodos de evaluación:

Tabla 1. Resultados de las escalas de valoración pre y post intervención.

Escalas de valoración	Evaluación pre-intervención	Evaluación post-intervención
Mini Examen Cognoscitivo de LOBO (MEC)	35/35: sin deterioro cognitivo ⁽²¹⁾	35/35: sin deterioro cognitivo ⁽²¹⁾
Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	21/63: depresión moderada ⁽²³⁾	8/63: sin depresión ⁽²³⁾
Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)	72/88: sobrecarga intensa ⁽²⁶⁾	39/88: ausencia de sobrecarga ⁽²⁶⁾

En el ANEXO III se adjuntan las evaluaciones pasadas antes y después de la intervención.

5. DISCUSIÓN

El objetivo del programa de intervención ha sido comprobar la eficacia de la terapia de reminiscencia y aromaterapia en los síntomas depresivos y de estrés de una persona cuidadora. Así como evitar el posible deterioro cognitivo ligado a ello, fomentar la interacción social de la usuaria y reestructurar su rutina diaria. Después de su aplicación hemos visto un descenso claro tanto en la carga del cuidador como en los síntomas emocionales derivados del rol de CI. Mientras que el nivel cognitivo se mantiene con la mayor puntuación posible.

Por otro lado, aunque las habilidades de comunicación y de interacción no hayan sido evaluadas de manera cuantitativa, se vio durante todas las sesiones, una necesidad de expresar sus sentimientos, sentirse escuchada y evadirse de su día a día. En cuanto a la existencia de cambios en su rutina priorizada por el cuidado a sus padres, se comprueba al evaluar nuevamente a la usuaria dos meses después de la última valoración con una sesión para comprobar si se han introducido nuevos hábitos en la rutina diaria.

No se ha encontrado en la literatura ningún programa exclusivo de terapia ocupacional basado en la terapia de reminiscencia y de aromaterapia por inhalación conjuntamente en CI. Otro estudio basado en un programa de aromaterapia a través de masajes e inhalación tanto en personas cuidadoras como en sus respectivos familiares con demencia, observaron mejoras en la agitación, síntomas neuropsiquiátricos y la sobrecarga y la angustia del cuidador ya que la puntuación de las escalas fue bastante menor tras las cuatro semanas de intervención. ⁽²⁸⁾

Otros estudios basados únicamente en programas de aromaterapia por inhalación de diferentes aceites esenciales como eucalipto o lavanda en personas con deterioro cognitivo y demencia de centros de día y residencias de ancianos mayores de 65 años, demostraron que existen resultados positivos al reducir la frecuencia de agitación en esta población en periodo de tiempo similar a la del caso a estudiar en este trabajo ^(29,30).

Aunque en alguna revisión bibliográfica centrada en programas de aromaterapia no se ha visto que haya existido una mejoría ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, revisiones bibliográficas basadas en la eficacia de la terapia de reminiscencia, muestran una mayor aceptación de uno mismo, la promoción de nuevas relaciones y un mayor sentimiento de confort hacia los demás. Además, Jara Madrigal M, constata en su artículo: "La estimulación cognitiva en personas adultas mayores", que la terapia de reminiscencia es una forma de prevenir el deterioro cognitivo y nombra a Laborda M quien resalta que una de las funciones de la terapia de reminiscencia es mejorar y permitir la expresión de momentos pasados para fomentar la identidad personal ^(31,32).

Otros estudios basados en esta técnica no farmacológica, han querido incluir las nuevas tecnologías como la realidad virtual, una nueva forma de intervenir con personas mayores diagnosticadas de demencia teniendo un impacto positivo en los cuidadores principales de sus familiares ⁽³³⁾.

6. LIMITACIONES

En este estudio de caso, aparece una limitación clara de tiempo, al no poder realizar más sesiones durante la intervención debido a que es un trabajo fin de grado.

7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Se considera de gran interés la creación de programas basados en aromaterapia y reminiscencia en terapia ocupacional en personas mayores cuidadoras para poder evaluar su eficacia a través de estudios de alta calidad como son los ensayos controlados aleatorizados. Así como la necesidad de implantar reevaluaciones periódicas de al menos una vez al mes para comprobar la eficacia y el mantenimiento de los beneficios del tratamiento no farmacológico. Aun así, la TO en cuidadores sigue siendo muy desconocida y se necesita investigar e intervenir más exhaustivamente ⁽⁷⁾.

8. CONCLUSIÓN

En este trabajo se comprueba como la técnica de reminiscencia y aromaterapia tiene efectos positivos en una persona mayor cuidadora debido a la reducción de signos negativos asociados a un cuidado continuo y exigente de personas dependientes, así como en la prevención de un posible deterioro cognitivo ligado a ello.

9. AGRADECIMIENTOS

A A.H. por su predisposición para realizar todas las actividades propuestas, por su transparencia y esfuerzo al compatibilizar su rutina con las sesiones. Por otro lado, agradecer a E.C. por su comprensión y por facilitarme la búsqueda de personas cuidadoras que estuvieran dispuestas a participar en el estudio. Por último, agradecer a Isabel Gómez por tutorizarme durante todos estos meses y a mi familia.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Del Ángel-García JE, León-Hernández RC, Méndez-Santos G, Peñarrieta-De Córdoba I, Flores-Barrios F. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. MedUNAB [Internet]. 2020; [citado 1 Feb 2022]; 23(2): 233-241. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3878/3282>
2. Silva Fhon JR, Gonzales Janampa JT, Mas Huaman T, Marques S, Aparecida Partezani Rodrigues RA. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería [Internet]. 2016 [Citado 1 Feb 2022];34(3):251-258. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a05.pdf>
3. Lara López A, Sánchez Rey C, González González J, Díaz Maldonado L, Corregidor Sánchez AI. Sobrecarga del cuidador en el ámbito rural, una intervención en Otero. TOG [Internet]. 2018 [Citado 7 feb 2022]; 15(28): 211-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num28/pdfs/original3.pdf>
4. Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan. 2014 [Citado 2 May 2022]; 14(3):417-429. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2967/pdf>
5. Chou WH, Ko YL, Huang XY. Design of occupational therapy interventions for middle-aged and elderly family caregivers. Healthcare [Internet]. 2021 [Citado 7 Feb 2022] ;9(275): 275. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/275>
6. Tur-Sinai A, Teti A, Rommel A, Hlebec V, Lamura G. How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020 [Citado 7 Feb 2022]; 19;17(24):9531. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17249531>
7. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019 [Citado 7 Feb 2022]; (1): 9-11. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e026308.abstract>

8. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens: Revista Universitaria de Investigación [Internet]. 2008 [Citado 6 Feb 2022];(9):93–107. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.2781925ART&lang=es&site=eds-live&scope=site>
9. Terapia ocupacional mejora la funcionalidad de los pacientes con demencia y reduce la sobrecarga del cuidador. FMC [Internet]. 2007 [Citado 6 Feb 2022]; 14(5):289. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1134207207716407>
10. Hall L, Skelton DA. Occupational Therapy for Caregivers of People with Dementia: A Review of the United Kingdom Literature. British Journal of Occupational Therapy [Internet]. 2012 [citado 6 Feb];75(6):281–288. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4276/030802212X13383757345184>
11. Gil IMdA, Costa PJdS, Cardoso DFB, Parola V, Bobrowicz-Campos E, de Almeida, Maria de, Lurdes Ferreira, et al. The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2018 [Citado 6 Feb 2022];4(19):147-157. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Santos-Costa/publication/329924122_The_effectiveness_of_reminiscence_in_cognition_depressive_symptoms_and_quality_of_life_in_elderly_people_in_the_community_a_systematic_review/links/5c23e635299bf12be39c1cd6/The-effectiveness-of-reminiscence-in-cognition-depressive-symptoms-and-quality-of-life-in-elderly-people-in-the-community-a-systematic-review.pdf
12. Fortuna Terrero FB. Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana : seguimiento de una intervención. 2016 [citado 6 Feb 2022]; Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsdnp&AN=edsdnp.117182TES&lang=es&site=eds-live&scope=site>
13. González Gimenez I, Cerdeña Macías I. Estimulación multisensorial en el Síndrome Crepuscular. TOG [Internet]. 2015 [citado 27 Feb 2022]; 12(21): [14p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision2.pdf>

14. Llorens Camp MJ. Las propiedades de los aceites esenciales. Barcelona: Editorial ASTRI, S.A.; 2001
15. Schutt K. Bienestar, curación y vitalidad a través de las plantas. Romanyà-Valls, Capellades: Ediciones Elfos S.L.; 1992
16. Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2020 [Citado 6 Feb 2022]; (8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003150.pub3/full>
17. Badoux D, Breda ML. Aceites esenciales quimiotipados. Editions Amyris; 2018.
18. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.
19. Matsutsuyu, J. The interest checklist. American Journal of Occupational Therapy. 1969; 23, 323-328. 31.
20. Kielhofner, G., & Neville, A. The modified interest checklist. Unpublished manuscript. Universidad de Chicago, Chicago, 1983.30.
21. Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J., & Seva Díaz, A. "El Mini-Examen Cognoscitivo" (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos) [The "Mini-Examen Cognoscitivo": A simple and practical test to detect intellectual dysfunctions in psychiatric patients]. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica. [Revista en Internet] 1980 [Citado 14 Feb 2022]; 14(5): 39–57. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/AntonioLobo/publication/284696329_El_minisexamen_cognoscitivo_Un_test_sencillo_y_prctico_para_detectar_alteraciones_intelectuales_en_pacientes_mdicos/links/565d84f008ae1ef92982aa51/El-mini-examen-cognoscitivo-Un-test-sencillo-y-prctico-para-detectar-alteraciones-intelectuales-en-pacientes-mdicos.pdf
22. Lorente Aznar T, Olivera Pueyo FJ, Benabarre Ciria S, Rodríguez Torrente M, Solans Aisa B, Giménez Baratech AC. Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria. Concordancia y validez de los test de cribado. Atención Primaria [Internet]. 2010 [Citado 27 Feb 2022];42(4):226–232. Disponible en: en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656709005265?token=CEBB236F497BEA40B2925D3A167AF83CC719D5B02978834CF08DABFCF8D71FF050402B40839EEF004D2454271E7CDF8E&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220227122009>

23. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, Validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. [Revista en internet] 1998 [Citado 14 Feb 2022]; 10(2):303-318. Disponible en: <http://www.psycothema.com/pdf/167.pdf>
24. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández-Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [Citado 27 Feb 2022];30(1):5-13. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
25. Montero Pardo X, Jurado Cárdenas S, Valencia Cruz A, Méndez Venegas J, Mora Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*. [Revista en Internet]. 2014 [Citado 14 Feb 2022]; 11(1): 71-85. Disponible en: [https://webs.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido/vol11\(1\)/articulo6.pdf](https://webs.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido/vol11(1)/articulo6.pdf)
26. Rodríguez ÁPA, Córdoba AMC, Poches DKP. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* [Internet]. 2016 30;8(2):87-99. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/327888/20784934>
27. Valdebenito Aravena A. Introducción: El Modelo de Ocupación Humana (MOHO). *Zenodo* [Internet] 2019 [Citado 14 Feb 2022]; (5): 11-20. Disponible en: <https://zenodo.org/record/2587051>
28. Turten Kaymaz, Ozdemir L. Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing* [Internet]. 2017 [citado 17 Abr 2022];38(3):231-237. Disponible en: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/117011.pdf>

29. Goto S, Suzuki H, Nakagawa T, Shimizu K. The Effect of Eucalyptol on Nursing Home Residents. *Sci Rep* [Internet]. 2020 [citado 17 May 2022];10(1):3996. Disponible en: DOI: [10.1038/s41598-020-61045-8](https://doi.org/10.1038/s41598-020-61045-8)
30. Moorman Li R, Gilbert B, Orman A, Aldridge P, Leger-Krall S, Anderson C, Hincapie Castillo J. Evaluating the effects of diffused lavender in an adult day care center for patients with dementia in an effort to decrease behavioral issues: a pilot study. *J Drug Assess* [Internet]. 2017 [citado 17 May 2022]; 6(1):1-5. Disponible en: DOI: [10.1080/21556660.2016.1278545](https://doi.org/10.1080/21556660.2016.1278545)
31. Abu Khait A, Shellman J. Reminiscence in the Care of People with Mild Dementia: A Concept Analysis. *Nursing Forum* [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2022]; 55(2): 282-293. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nuf.12427?saml_referrer
32. Jara Madrigal M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula* [Internet]. 2008 [citado 17 Abr 2022]; 22: 4-14. Disponible en: <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>
33. Coelho T, Marques C, Moreira D, Soares M, Portugal P, Marques A, et al. Promoting Reminiscences with Virtual Reality Headsets: A Pilot Study with People with Dementia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 May 2022]; 17(24):9301. Disponible en: DOI: [10.3390/ijerph17249301](https://doi.org/10.3390/ijerph17249301)

ANEXOS

ANEXO I: INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Descarga del cuidador principal de una persona dependiente mediante un programa multicomponente basado en aromaterapia y reminiscencia.

INVESTIGADOR: M.^a Pilar Morales Tena, estudiante de terapia ocupacional de la Universidad de Zaragoza.

CORREO ELECTRÓNICO: pilimoralestena@gmail.com

Me dirijo a usted para informarle sobre el estudio de investigación para mi trabajo fin de grado. Se ruega que lea detenidamente esta hoja informativa para conocer toda la información del mismo y poder resolver todas las dudas que le puedan surgir.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se centra en el uso de la aromaterapia basándose en las propiedades de diferentes aceites esenciales que ayudan a buscar un momento de evasión de la carga del rol de cuidador. A la vez, se emplea la reminiscencia, técnica que se basa en el recuerdo de la persona.

El propósito de la investigación es conocer la eficacia que tienen ambas técnicas para reducir el estrés que puede generar ser el cuidador principal de una persona dependiente, además de la prevención del deterioro cognitivo de la persona cuidadora.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará ser partícipe del programa al realizar diferentes actividades de estimulación cognitiva centradas en la conexión de sucesos y recuerdos pasados, así como el uso de plantas aromáticas y aceites esenciales a través de los sentidos.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente un mes y medio. En este tiempo se realizarán seis u ocho sesiones de ambas técnicas reservando la primera sesión para realizar una evaluación inicial pasando diferentes escalas con el objetivo de valorar la sobrecarga del cuidador, el desempeño en las actividades

básicas e instrumentales de la vida diaria. En ellas se incluyen el aseo, la alimentación, el cuidado de los otros, el manejo de gestiones financieras... En la última sesión se pasarán las mismas escalas para ver si existe una evolución positiva a nivel cognoscitivo y si existe una reducción del estrés. El resto de las sesiones, serán dedicadas a la intervención en reminiscencia y aromaterapia que no tendrán una duración aproximada de una hora cada una.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La reminiscencia y la aromaterapia son dos técnicas no farmacológicas, por lo que el empleo de ambas es inocuo para la salud de la persona, es decir no existe riesgo de que pueda ocurrir algún efecto adverso en la utilización de las mismas. En todo caso, si la investigación no cumple con el objetivo principal, no darían resultado a favor de la persona.

Los beneficios esperados de esta investigación son favorecer la estimulación cognitiva y ralentizar el deterioro cognitivo, así como descargar el peso que tiene el cuidado de una persona dependiente.

DERECHOS

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con M^a Pilar Morales Tena al 644 34 17 33 o mandando un correo electrónico a esta dirección: pilimoralestena@gmail.com

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con M^a Pilar Morales Tena

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados clínicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha

Firma del participante

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.
Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador o persona designada: M^a Pilar Morales Tena, supervisora:
Isabel Gómez Soria.

Fecha

Firma

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado.

Fecha de la revocación.....

Firma:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., Con
DNI.....,

En calidad de paciente objeto del trabajo de fin de grado de
..... con DNI
.....,

concedo permiso para la realización del mismo.

Así mismo,....., autor del trabajo, se
compromete a que en toda la extensión del mismo se garantice la confidencialidad
del paciente ocultando tanto su rostro en fotografías, como sus datos filiales, de
tal manera que si el trabajo es publicado en algún medio de divulgación científica
o en la base de datos propia de la universidad nadie podrá identificar al paciente
que ha sido objeto de este estudio.

En Zaragoza a..... de..... de.....

Firma del Paciente:

ANEXO II: SESIONES DE LA INTERVENCIÓN

SESIÓN 1: LÉCERA

OBJETIVOS:

- Trabajar la memoria episódica.
- Reducir los síntomas depresivos utilizando la reminiscencia integrativa.
- Promover la relajación y desconexión de su rutina diaria.

DESARROLLO:

Al comienzo de la sesión se preparó el humidificador con el aceite esencial de lavanda para que comenzara a expulsar vapor y así aromatizar el ambiente. A continuación, se le dio un folio con tres imágenes de su pueblo y se le pidió que reconociera qué lugar es para comentar aspectos como:

- qué recuerdos bonitos le traían.
- cuál es el vínculo que le une.
- Qué olor o sabor le recuerda a su pueblo.
- Si tenía alguna anécdota o algún aprendizaje en el pueblo que haya podido influir en su forma de ser.
- Las relaciones sociales que mantiene hoy en día con Lécera.

SESIÓN 2: HISTORIA:

OBJETIVOS

- Trabajar la memoria a largo plazo mediante la terapia de reminiscencia narrativa.
- Estimular la atención focalizada, sostenida y selectiva.
- Fomentar la memoria a corto plazo, la gnosia de formas y colores y la codificación.
- Promover la relajación y desconexión de su rutina diaria.

DESARROLLO

Al comenzar, se llena un bol de agua y se introduce una bola de baño de jazmín para que, al disolverse desprendiera olor. Posteriormente, se le mostró seis tarjetas en las que cada una tenía un ejercicio de estimulación cognitiva que la persona debía de realizar para poderle dar la vuelta. Después, la persona tenía que reconocer que momento histórico representaba la imagen que aparecía detrás de cada una de ellas para comentar posteriormente cómo lo vivió y narrar situaciones de la Historia que veía de importancia.



¿Qué significa para ti la Historia y la política?



Amarillo Rojo Morado Verde
 Naranja Negro Rosa Marrón
 Azul Rojo Gris Amarillo



Caligo
 ABCDEFGHIJKLM NOPQRSTUVWXYZ 0123456789
 1234567890123456789 0123456789 0-123456789



SOPA DE LETRAS



educima.com

Atentado	Batalla
Ciencia	Conflicto
Historia	Justicia
Política	Suceso

SESIÓN 3: MÚSICA

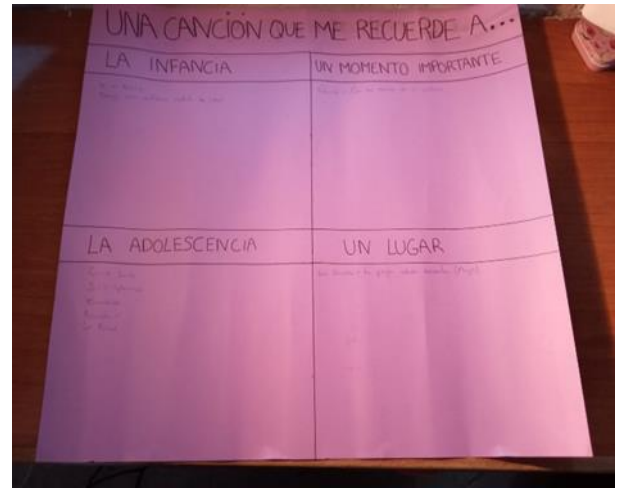
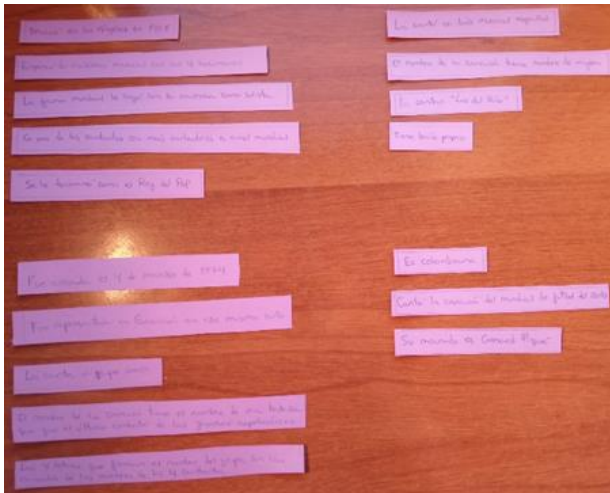
OBJETIVOS

- Trabajar la memoria a largo plazo mediante la terapia de reminiscencia narrativa.
- Promover la relajación y desconexión de su rutina diaria.
- Estimular la asociación, la codificación y la atención.

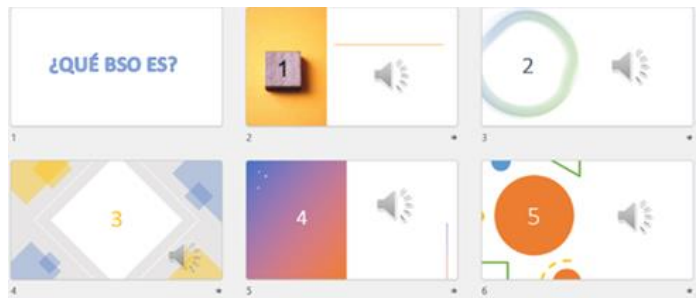
DESARROLLO

Al comienzo, se preparó el vaporizador con aceite esencial de bergamota para que desprendiera el aroma en forma de vapor de agua. A continuación, se le dio una hoja con el fin de reconocer qué canción podía representar cada conjunto de emojis. Posteriormente, se le fue diciendo una serie de pistas de mayor a menor dificultad para adivinar de qué cantante o de qué canción se trataba. Después se le mostró un PowerPoint con cinco bandas sonoras de películas que tenía que averiguar. Éstas estaban modificadas, es decir, algunas tenían la cadencia más rápida y otras más lenta que la original. Una vez que sabía de qué BSO se trataba, se comentaba con ella qué película era, quiénes eran los actores, si la había visto y si le gustaba.

Luego, se le dio una cartulina con cuatro apartados en los que tenía que poner una canción, cantante o grupo musical que le recordara a la infancia, a la adolescencia, a un momento importante de su vida y a un lugar. Esta actividad se dejó para la próxima sesión porque no se le ocurrió en el momento.



1. 🧑 📖 🐧 🐧 🐧
2. 🧑 ❤️
3. 🧑 🐯
4. 🧑 🚗 🌞
5. 🧑 🧘 🌞 🏠
6. 🧑 🏠 🗑️ 🗑️ 📺
7. 🧑 📺
8. 🏠 🧑 🏠
9. 🧑 🍷 🍷
10. 🧑 🧑 🧑 🧑 🧑 🏆 🏆 🌍
11. 🧑 🍷 🍷 🍷 🍷 🍷
12. 🧑 🛠️ 🏠
13. 🧑 🧑 🌸



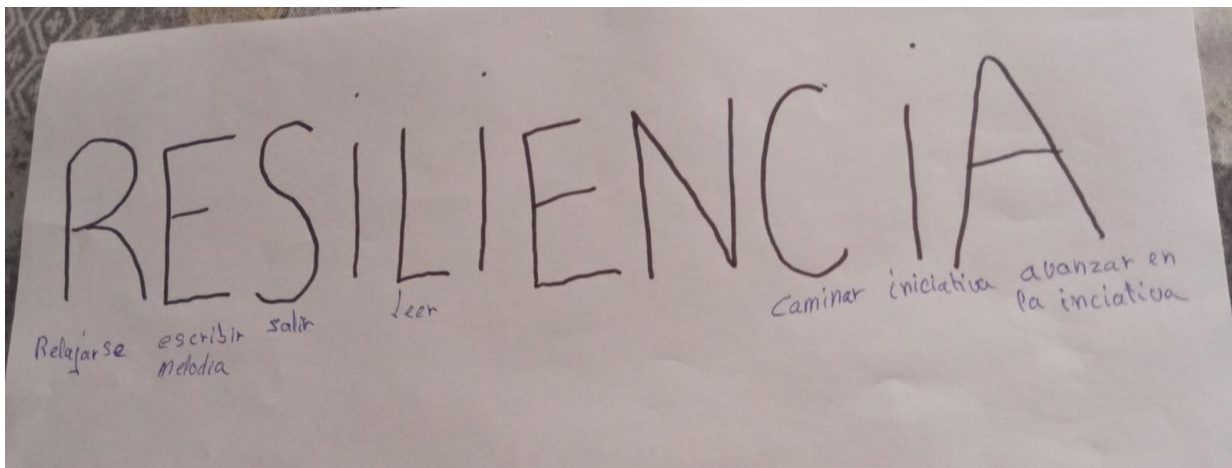
SESIÓN 4: RESILIENCIA

OBJETIVOS:

- Mejorar la autoestima mediante la terapia de reminiscencia integrativa.
- Promover la relajación y desconexión de su rutina diaria.
- Trabajar intereses personales que le motivan.
- Intentar promover hábitos en base a sus intereses.

DESARROLLO:

Al principio se preparó el vaporizador con el aceite esencial de naranja amargo. Después se continuó por la cartulina de la sesión anterior. Luego, se le pidió que pensara en un momento complicado del pasado. Podía ser real o ficticio con el fin de traer virtudes y fortalezas de la persona que conforman su personalidad que le hizo afrontar la situación de forma beneficiosa. Con ello se pretendió que fuera consciente de estos aspectos positivos de su personalidad para poder afrontar la situación actual de cuidado. A continuación, se escribió la palabra resiliencia en un folio y se le pidió que escribiera alguna actividad que pudiera introducir en su rutina que empezara con cada una de las letras de la palabra como por ejemplo respirar, escuchar música, salir a pasear... después se le dio la opción de pensar en otras opciones, aunque no empezaran por esas letras.



ANEXO III: EVALUACIONES

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit). PRE-INTERVENCIÓN (18/01/2022)

Puntuación

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					x
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				X	
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					x
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				X	
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?			x		
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					x
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					x
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					x
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					x
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?				X	
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					x
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?				X	
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					x
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					x
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?			x		
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					x
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?			x		
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					x
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			x		
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		x			
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					x

Total: 72 => Sobrecarga intensa

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit). POST-INTERVENCIÓN (04/02/2022)

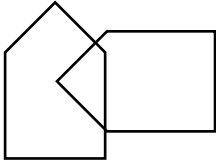
Puntuación

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

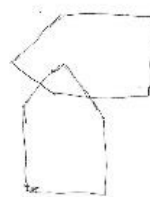
	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?		x			
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?				X	
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			x		
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					x
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?		X			
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?				X	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?			X		
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?				X	
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	X				
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?				X	
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		X			
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	X				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	X				
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?				X	

TOTAL: 39 => Ausencia de sobrecarga

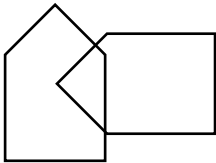
MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-35). PRE- INTERVENCIÓN

	MÁXIMA PUNTUACIÓN	PUNTOS
<p>ORIENTACIÓN Día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Lugar _____ Barrio _____ Ciudad _____ Provincia _____ País/Nación _____</p>	(5) (5)	(5)
<p>FIJACIÓN Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana.</p>	(3)	(3)
<p>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 monedas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? Repita estos números: 5-9-2 (hasta que se los aprenda. Ahora hacia atrás.</p>	(5) (3)	(5) (3)
<p>MEMORIA (RECIENTE) ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?</p>	(3)	(3)
<p>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj. Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros" Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿qué son un perro y un gato? Coja este papel con la mano derecha. Dóblelo y póngalo encima de la mesa" Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase Copie este dibujo</p>	(2) (1) (2) (3) (1) (1)	(2) (1) (2) (3) (1) (1)
	(1)	(1)
PUNTUACIÓN TOTAL	(35)	(35)

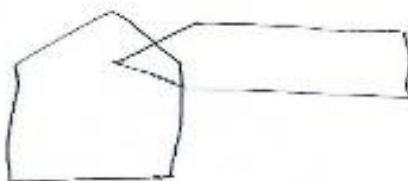
Me gusta la primavera



MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-35). POST- INTERVENCIÓN

	MÁXIMA PUNTUACIÓN	PUNTOS
ORIENTACIÓN Día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Lugar _____ Barrio _____ Ciudad _____ Provincia _____ País/Nación _____	(5) (5)	(5)
FIJACIÓN Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana.	(3)	(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 monedas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? Repita estos números: 5-9-2 (hasta que se los aprenda. Ahora hacia atrás.	(5) (3)	(5) (3)
MEMORIA (RECIENTE) ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	(3)	(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj. Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros" Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿qué son un perro y un gato? Coja este papel con la mano derecha. Dóblelo y póngalo encima de la mesa" Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase Copie este dibujo	(2) (1) (2) (3) (1) (1)	(2) (1) (2) (3) (1) (1)
	(1)	(1)
PUNTUACIÓN TOTAL	(35)	(35)

Me gustan los perros



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2). PRE-INTERVENCIÓN

1. Tristeza

0 No me siento triste

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste gran parte del tiempo

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía hacer.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

5. Sentimiento de culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería hacer

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimiento de castigo

0 No siento que este siendo castigado.

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1** Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2** Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1** Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b** Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1** Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b** Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me siento fatigado o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL: 21 PUNTOS: DEPRESIÓN MODERADA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2). POST-INTERVENCIÓN

1. Tristeza

0 No me siento triste

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste gran parte del tiempo

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía hacer.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

5. Sentimiento de culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería hacer

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimiento de castigo

0 No siento que este siendo castigado.

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0** No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0** No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Querría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0** No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0** No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1** Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 . Pérdida de interés

- 0** No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0** Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me siento fatigado o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Total: 8 => SIN DEPRESIÓN

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA OPHI-II

1. Roles ocupacionales y comportamiento ocupacional

- ¿Trabaja, estudia? ¿Está a cargo de niños, de la casa?
- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- ¿Cuál son los principales motivos por los que hace esto?
- Cuénteme algo que haya hecho recientemente sobre lo que es usted (padre, trabajador, estudiante) y de lo que se sienta orgulloso.
- En el pasado:
- ¿Ha trabajado, estudiado?
- ¿Por qué lo eligió?
- ¿Fue difícil?
- ¿Por qué renunció a esto?
- ¿Afectó su discapacidad a su trabajo?
- Pregunte por otros roles en el mismo sentido: Amigo, participante de organizaciones, cuidado de la casa, etc

2. Rutina diaria

- Describa un típico día de la semana
- ¿Hace lo mismo en fines de semana?
- ¿Está satisfecho con su rutina?
- ¿Qué es lo más importante de su rutina?
- Si tuviera un día bueno/malo ¿Cómo sería?
- Antes, ¿su rutina era diferente? ¿Le gustaba más o menos que la actual?
- ¿Qué es lo que le gustaría cambiar de su rutina?
- ¿Tenía o tiene algunos proyectos o hobbies que formaban parte de su rutina?

3. Eventos críticos de vida

- ¿Cuándo cambiaron las cosas realmente para usted?
- ¿Qué sucedió?
- ¿Cuál ha sido hasta ahora, la mejor y la peor época de su vida?

4. Ambientes ocupacionales

- Hábleme de su casa. ¿Es confortable? ¿Le gusta, es adecuado? ¿Y el barrio? ¿Puede moverse sin dificultad?
- ¿Le incita a hacer cosas interesantes? ¿Le aburre?
- ¿Con quién vive?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que vive? ¿Qué hace con ellos?
- ¿Tiene algún conflicto con alguna persona con la que vive?
- ¿Puede confiar en su familia?
- En relación a su lugar de trabajo/estudios, hacer preguntas en el mismo sentido.

- Diversión: ¿Cuáles son las cosas que hace para relajarse y divertirse?
- ¿Les gusta?
- ¿Son adecuadas?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que se divierte?

5. Selección de actividades/ocupaciones

- ¿Cómo llegó a desempeñar los roles que desempeña actualmente?
- ¿Cuáles son las cosas realmente importantes para usted?
- ¿Qué cosas puede hacer y por qué?
- ¿Qué cosas no puede hacer?
- ¿Puede dar un ejemplo?
- Recientemente ¿no ha podido hacer una cosa realmente valiosa para usted?
- ¿Ha podido elegir lo que realmente le importa?
- ¿Cuenta con tiempo para hacer las cosas que desea?
- ¿Cuenta con tiempo libre? ¿Disfruta?
- ¿Tiene metas/proyectos hacia el futuro? ¿Cuáles son?
- ¿Puede caminar hacia las metas que se pone?
- ¿Ha tenido impedimentos para alcanzar una meta?
- ¿Cómo decide hacer las cosas que realmente quiere?
- ¿Puede manejar y resolver los problemas que le surgen para superar los obstáculos y caminar hacia la meta?

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO

ACTIVIDAD	¿Cuál ha sido tu nivel de interés?						¿Participas actualmente en esta actividad?		¿Te gustaría realizarla en el futuro?	
	En los últimos 10 años			En el último año			Sí	No	Sí	No
	Much o	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada				
Practicar jardinería		x				x		x	x	
Coser		x				x	x		x	
Jugar a los Naipes			x			x		x		x
Hablar/Leer idiomas extranjeros			x			x		x		x
Participar en actividades religiosas			x			x		x		x
Escuchar la radio	x				x		x		x	
Caminar	x				x			x	x	
Reparar autos			x			x		x		x
Escribir		x				x		x	x	
Bailar		x			x			x	x	
Jugar al golf			x			x		x		x
Jugar/Ver el fútbol			x			x		x		x
Escuchar música popular		x			x			x	X	
Armar puzzles		x				x		x	X	
Celebrar días festivos	x				x			x	x	
Ver películas	x				x			x	X	
Escuchar música clásica		x				x		x	X	
Asistir a charlas		x			x			x	x	

Nadar			x			x		x		x
Jugar a los bolos			x			x		x		x
Ir de visita	x					x		x	x	
Arreglar ropa			x			x		x		x
Jugar a las damas/ajedrez			x			x		x		x
Hacer asado	x				x		x		x	
Leer	x					x		x	X	
Viajar	x				x			x	X	
Ir a fiestas			x			x		x		x
Practicar artes marciales			x			x		x		x
Limpiar la casa	x				x		x		X	
Jugar a juegos armables			x			x		x	X	
Ver la televisión		x			X		x		X	
Ir a conciertos		x				x		x	x	
Hacer cerámica			x			x		x		x
Cuidar mascotas	x				x			x		x
Acampar			x			x		x		x
Lavar/planchar	x				x		x		x	
Participar en política			x			x		x	x	
Jugar a juegos de mesa			x			x		x		x
Decorar interiores			x			x		x	X	
Pertenecer a un club			X			x		x	x	
Cantar	x					x		x	X	
Ser scout			x			x		x		x
Ver escaparates	x					x		x	X	
Ir a la peluquería	x				x		x		X	

Andar en bicicleta			x			x		x		x
Ver un deporte		x				x		x	X	
Observar aves			x			x		x	x	
Ir a carreras de autos			x			x		x		x
Arreglar la casa	x			x			x		X	
Hacer ejercicio		x				x		x	X	
Cazar			x			x		x		x
Trabajar en carpintería			x			x		x		x
Jugar pool			x			x		x		x
Conducir			x			x		x		x
Cuidar niños		x				x		x		x
Jugar tenis			x			x		x		x
Cocinar	x			x			x			x
Jugar baloncesto			x			x		x		x
Estudiar historia			x			x		x	x	
Coleccionar			x			x		x		x
Pescar			x			x		x		x
Estudiar ciencia			x			x		x		x
Realizar marroquinería			x			x		x		x
Ir de compras	x				x		x		x	
Sacar fotografías		x				x		x	x	
Pintar			x			x		x		x
Otros:										



GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

ENCUESTAD DE SASTISFACCIÓN SOBRE LAS SESIONES REALIZADAS PARA EL TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG)

Valore su grado de satisfacción durante las intervenciones en relación con las siguientes aspectos (marque una X en la casilla correspondiente).

<i>Nada satisfecho/a</i> 1	<i>Poco satisfecho/a</i> 2	<i>Satisfecho/a</i> 3	<i>Muy satisfecho/a</i> 4	<i>No aplicable</i> NA
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	----------------------------------	---------------------------

¿Cree que se le ha dado suficiente información acerca de las sesiones?

1 2 3 4* NA

¿Le ha gustado el contenido de las sesiones?

1 2 3 4 NA

¿Cree que le ha sido de utilidad el contenido de las sesiones?

1 2 3 4 NA

¿Se ha sentido cómodo/a en las sesiones?

1 2 3 4 NA

¿Le ha parecido correcto el trato durante toda la intervención?

1 2 3 4 NA