

Anexo 4. Protocolo de Evaluación Inicial.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL	
DATOS PERSONALES	
Nombre:	Apellidos:
Sexo:	Edad:
Estado Civil:	Hijos:
Situación laboral:	Nivel educativo:
Domicilio:	Teléfono:
HISTORIAL MÉDICO	
¿Sufre alguna enfermedad crónica?	¿Cuál?
¿Tiene alguna alergia?	¿Cuál?
¿Toma algún medicamento actualmente?	¿Cuál?
HÁBITOS DE VIDA	
¿Cómo describirías tus hábitos alimenticios?	
¿Realizas alguna actividad física?	¿Cuántos días a la semana?
¿Cuántas horas duermes cada noche?	
¿Sufres de insomnio o dificultades para conciliar el sueño?	
¿Consumes algún tipo de sustancia?	¿Cuál?
TERAPEUTA OCUPACIONAL	
Nombre:	
N.º de Colegiado:	
FECHA	
____-____-____	

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

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

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana, incluido el día de hoy, marcando con una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

ÍTEM	Nada En absoluto	Levemente, no me molestó mucho	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	Gravemente casi no podía soportarlo
1.Hormigueo o entumecimiento.				
2.Sensación de calor.				
3.Debilidad en las piernas.				
4.Incapacidad para relajarme.				
5.Miedo a que suceda lo peor.				
6.Mareos o vértigos.				
7.Palpitaciones o taquicardia.				
8.Sensación de inestabilidad.				
9.Sensación de estar aterrorizado.				
10.Nerviosismo.				
11.Sensación de ahogo.				
12.Temblor de manos.				
13.Temblor generalizado o estremecimiento.				
14.Miedo a perder el control.				
15.Dificultad para respirar.				
16.Miedo a morir.				
17.Estar asustado.				
18.Indigestión o molestias en el abdomen.				
19.Sensación de irme a desmayar.				
20.Rubor facial.				
21.Sudoración (no debida al calor).				

Escala World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL)

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.						
		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las últimas semanas.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5

21.	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

<p>La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.</p>						
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5
¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?						
¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?						
¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?						

Cuestionario de Equilibrio Ocupacional OBQ-E.

Vamos a evaluar la satisfacción que siente con la cantidad y con la variedad de ocupaciones, tareas, actividades, que realiza en su vida cotidiana y también con el tiempo que dedica a cada una de ellas.

Para ello le vamos a presentar afirmaciones sobre las cosas que hace habitualmente. Aunque en algunas se concretan los tipos de actividades, la mayoría hace referencia a las actividades cotidianas en términos generales. Es posible que algunas de esas preguntas le parezcan muy parecidas, pero no son idénticas y es importante que conteste a todas.

-Le pedimos que nos indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de esas afirmaciones. Por favor, lea cada frase y marque la casilla que mejor se ajuste a su situación actual.

1. Tengo equilibrio entre las cosas que hago para los demás y las que hago para mí mismo/a.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

2. Las actividades que hago en mi vida cotidiana tiene sentido para mí.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

3. Me aseguro de hacer las cosas que realmente quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

4. Mantengo el equilibrio entre las diferentes actividades de mi vida cotidiana (trabajo, estudio, tareas del hogar, ocio, descanso y sueño).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

5. Tengo suficiente variedad entre actividades que hago solo/a y que hago con los demás.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

6. Si pienso en una semana normal tengo suficientes cosas que hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

7. Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que debo hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

8. Mantengo el equilibrio entre las actividades físicas, sociales, intelectuales y de descanso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

9. Estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico a las distintas actividades en mi vida diaria.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

10. Si pienso en una semana normal estoy satisfecho/a con la cantidad de actividades a las que me dedico.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

11. Tengo suficiente variedad entre las cosas que debo hacer y las que quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

12. Tengo equilibrio entre las actividades que dan energía y las actividades que quitan energía.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

13. Estoy satisfecho/ con el tiempo que dedico al descanso, recuperación y el sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

Anexo 5. Protocolo de Evaluación Final.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FINAL	
DATOS PERSONALES	
Nombre:	Apellidos:
Sexo:	Edad:
Estado Civil:	Hijos:
Situación laboral:	Nivel educativo:
Domicilio:	Teléfono:
OBSERVACIONES:	
¿Ha experimentado algún cambio significativo desde el inicio del programa?	
¿Considera que ha alcanzado los objetivos establecidos?	
¿Hay alguna información que desee compartir tras tu participación en el programa?	

TERAPEUTA OCUPACIONAL
Nombre:
N.º de Colegiado:

FECHA
— — - - — —

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

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

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana, incluido el día de hoy, marcando con una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

ÍTEM	Nada En absoluto	Levemente, no me molestó mucho	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	Gravemente casi no podía soportarlo
1.Hormigueo o entumecimiento.				
2.Sensación de calor.				
3.Debilidad en las piernas.				
4.Incapacidad para relajarme.				
5.Miedo a que suceda lo peor.				
6.Mareos o vértigos.				
7.Palpitaciones o taquicardia.				
8.Sensación de inestabilidad.				
9.Sensación de estar aterrorizado.				
10.Nerviosismo.				
11.Sensación de ahogo.				
12.Temblor de manos.				
13.Temblor generalizado o estremecimiento.				
14.Miedo a perder el control.				
15.Dificultad para respirar.				
16.Miedo a morir.				
17.Estar asustado.				
18.Indigestión o molestias en el abdomen.				
19.Sensación de irme a desmayar.				
20.Rubor facial.				
21.Sudoración (no debida al calor).				

Escala World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL)

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5

21.	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

<p>La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.</p>						
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5
¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?						
¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?						
¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?						

Cuestionario de Equilibrio Ocupacional OBQ-E.

Vamos a evaluar la satisfacción que siente con la cantidad y con la variedad de ocupaciones, tareas, actividades, que realiza en su vida cotidiana y también con el tiempo que dedica a cada una de ellas.

Para ello le vamos a presentar afirmaciones sobre las cosas que hace habitualmente. Aunque en algunas se concretan los tipos de actividades, la mayoría hace referencia a las actividades cotidianas en términos generales. Es posible que algunas de esas preguntas le parezcan muy parecidas, pero no son idénticas y es importante que conteste a todas.

-Le pedimos que nos indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de esas afirmaciones. Por favor, lea cada frase y marque la casilla que mejor se ajuste a su situación actual.

1. Tengo equilibrio entre las cosas que hago para los demás y las que hago para mí mismo/a.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

2. Las actividades que hago en mi vida cotidiana tiene sentido para mí.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

3. Me aseguro de hacer las cosas que realmente quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

4. Mantengo el equilibrio entre las diferentes actividades de mi vida cotidiana (trabajo, estudio, tareas del hogar, ocio, descanso y sueño).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

5. Tengo suficiente variedad entre actividades que hago solo/a y que hago con los demás.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

6. Si pienso en una semana normal tengo suficientes cosas que hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

7. Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que debo hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

8. Mantengo el equilibrio entre las actividades físicas, sociales, intelectuales y de descanso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

9. Estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico a las distintas actividades en mi vida diaria.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

10. Si pienso en una semana normal estoy satisfecho/a con la cantidad de actividades a las que me dedico.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

11. Tengo suficiente variedad entre las cosas que debo hacer y las que quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

12. Tengo equilibrio entre las actividades que dan energía y las actividades que quitan energía.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

13. Estoy satisfecho/ con el tiempo que dedico al descanso, recuperación y el sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

Anexo 6. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	COSTE
RECURSOS HUMANOS	
Sueldo de la Terapeuta Ocupacional	25€/h
	Total 6125€
RECURSOS DE ESPACIO	
Alquiler de la sala	550€
	Total 550€
RECURSOS INVENTARIABLES	
Materiales de Oficina	
Ordenador	400€
Sillas*	0€
Mesas*	0€
Lámparas*	0€
	Total 400€
Materiales Terapéuticos	
Utensilios de cocina	40€
Horno portátil	70€
Masilla de secado al aire	75€
Pinturas	40€
Pinceles	25€
Instrumentos musicales variados	250€
	Total 500€
Materiales de relajación	
Esterillas	105€
Cojín de meditación	150€
Altavoces	30€
	Total 285€
Materiales de entrenamiento	
Gomas elásticas	15€
Pesas de 1,5 kg	55€
Sliders	35€
	Total 105€
RECURSOS FUNGIBLES	
Hojas	30€
Impresión de herramientas de evaluación	50€
Bolígrafos	12€
	Total 92€
IMPORTE TOTAL 8057€	

Anexo 7. Autorización COIR.



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 10/04/2024

Nombre del tutor/a	Ester Abad Navarro
Nombre del alumno/a	Natalia Tortosa Perucho
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Diseño de un programa de intervención de terapia ocupacional con técnicas de mindfulness en cuidadores de pacientes post ictus.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240409012037
Código de autorización COIR	TFG.GTO.EAN.NTP.240409
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Diseño de un programa de intervención de terapia ocupacional con técnicas de mindfulness en cuidadores de pacientes post ictus**, ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

