

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado. Diseño de un programa de intervención para personas cuidadoras informales de pacientes hospitalizados por DCA en el Hospital Vithas Consuelo (Valencia).

AUTOR: Montilla, Salom, Shamira

TUTOR: López Moreno, María Lucía

Departamento y Área: Departamento de Patología y Cirugía. Área de Radiología y Medicina Física

Curso académico 2025 - 2026

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
ABSTRACT	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA EL PROGRAMA	8
5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	11
7. ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	14
8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	25
9. PRESUPUESTO	27
10. CONCLUSIÓN	28
11. BIBLIOGRAFÍA	30
12. ANEXOS	31



1. RESUMEN

El presente trabajo desarrolla un programa de intervención desde la Terapia Ocupacional dirigido a cuidadoras principales de personas hospitalizadas por Daño Cerebral Adquirido (DCA) en el Hospital Vithas Consuelo de Valencia. El DCA constituye una de las principales causas de discapacidad en Europa y tiene un impacto significativo no solo en la persona afectada, sino también en su entorno más cercano. Las cuidadoras, habitualmente mujeres, asumen una carga física, emocional y ocupacional que repercute de forma directa en su salud y bienestar.

El programa propuesto surge ante la necesidad de abordar la sobrecarga y el desequilibrio ocupacional derivados del rol de cuidadora, ofreciendo un espacio grupal de acompañamiento y reconexión con ocupaciones significativas. Se fundamenta en un enfoque cualitativo, participativo y centrado en la persona.

La intervención se estructura en ocho sesiones grupales de una hora de duración, desarrolladas semanalmente durante dos meses. Los objetivos principales son mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de las cuidadoras, promover estrategias de autocuidado, facilitar la gestión del estrés y fortalecer las redes de apoyo social. La evaluación se realiza mediante una metodología mixta.

Este programa pretende visibilizar el papel fundamental de las cuidadoras en el proceso de neurorrehabilitación, reconociendo la importancia de su bienestar en la recuperación del paciente. Asimismo, refuerza el valor de la Terapia Ocupacional en la atención integral a las familias afectadas por DCA, promoviendo intervenciones sostenibles y centradas en quienes cuidan.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Daño Cerebral Adquirido, Sobrecarga Cuidadoras, Equilibrio Ocupacional, Calidad de vida

ABSTRACT

This paper presents an occupational therapy–based intervention program aimed at primary caregivers of patients hospitalized with Acquired Brain Injury (ABI) at the Vithas Consuelo Hospital in Valencia. ABI is one of the leading causes of disability in Europe and has a profound impact not only on the affected individual but also on their immediate caregivers. These caregivers, predominantly women, often experience significant physical, emotional, and occupational strain that negatively affects their health and quality of life.

The proposed program addresses caregiver overload and occupational imbalance by providing a group-based space for emotional support and reconnection with meaningful occupations. It follows a qualitative, person-centered.

The intervention consists of eight weekly group sessions, each lasting one hour over a two-month period. Its main objectives are to enhance caregivers' quality of life and overall well-being, promote self-care strategies, facilitate stress management, and strengthen social support networks. Evaluation employs a mixed-methods.

This program aims to highlight the essential role of caregivers in the neurorehabilitation process and to emphasize the importance of their well-being in patient recovery. Moreover, it reinforces the relevance of Occupational Therapy in providing holistic, sustainable, and person-centered care for families affected by ABI.

Keywords: Occupational Therapy, Acquired Brain Injury, Sobrecarga Caregivers, Occupational Balance, Quality of Life

2. INTRODUCCIÓN

Para comprender la problemática a la que se enfrentan las cuidadoras principales de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV), es necesario contextualizar los términos clave vinculados al proceso de hospitalización y al periodo posterior a este.

El daño cerebral adquirido (DCA) se define como una lesión repentina en el cerebro que se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. Estas secuelas provocan anomalías en la percepción y en la comunicación, así como alteraciones físicas, cognitivas y emocionales. (1) La principal causa de DCA es, en un 78% de los casos, el ictus; seguida de los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones. El 44% de las personas que sobreviven a un ictus desarrollan discapacidad grave por el daño resultante. (1) El ictus es la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad en Europa. Entre un 20 y un 35% de los pacientes fallecen durante el primer mes tras el ictus, y aproximadamente un tercio de los sobrevivientes pierde su autonomía. (2)

El impacto en salud del DCA se manifiesta no sólo en los pacientes sino también en la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud de sus cuidadores. El cuidado de una persona dependiente supone un esfuerzo que a menudo es comparable a una jornada laboral. (4) Dado que las necesidades de los pacientes no cesan a lo largo del tiempo, la cuidadora acumula una sobrecarga de trabajo que afecta negativamente a su calidad de vida. En el modelo habitual de respuesta a las situaciones de discapacidad en España se observa una combinación de ayuda formal e informal. (3) En este marco, es fundamental distinguir entre los diferentes tipos de cuidado que recibe el paciente, el concepto de cuidado informal ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo de manera no remunerada que se presta por parte de familiares u otros allegados. (3) La sociedad la incluye habitualmente en el ámbito

de las tareas domésticas, por lo que acaba siendo una actividad infravalorada. (5) En la mayoría de las ocasiones una única persona, principalmente mujeres, quienes asumen la mayor parte del trabajo ya que la sustitución de la cuidadora principal por otros familiares tan sólo se produce en un 20% de los casos. Llamamos cuidadora principal a la persona que asume la mayor parte de la responsabilidad en la atención al paciente con discapacidad.(4) El cuidado formal, por otra parte, se define como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada. Se ha estimado que hasta el 88% del cuidado de la salud en España se realiza no remuneradamente. (6)

Existen también marcadas diferencias de género en la prestación de cuidados: los hombres tienen mayor probabilidad de recibir cuidado informal, mientras que las mujeres, que viven más años y con mayor carga de enfermedades crónicas, suelen ser quienes lo proporcionan. (7) Este fenómeno se sustenta en construcciones culturales que asignan a la mujer el rol de cuidadora natural, especialmente en casos como ictus, donde la mayor incidencia en varones refuerza esta dinámica (8). Además del impacto físico y emocional, las cuidadoras principales de personas con DCA suelen experimentar un importante desequilibrio ocupacional. Las demandas constantes del cuidado restringen su participación en otras ocupaciones significativas como el empleo, las actividades de ocio, la vida social o el autocuidado. Esta pérdida de roles y la falta de tiempo para sí mismas generan sentimientos de aislamiento, sobrecarga y una reducción de la percepción de control sobre sus vidas. Desde la Terapia Ocupacional, el desequilibrio ocupacional se reconoce como un factor de riesgo para la salud mental, que puede derivar en ansiedad, depresión y una menor calidad de vida (9,10).

Atender esta problemática implica no solo proporcionar herramientas para el manejo del paciente, sino también estrategias que promuevan el bienestar de la cuidadora en su vida diaria.

En este contexto el rol de cuidadora se convierte en una pieza clave para garantizar el cuidado y la rehabilitación del paciente pero también es una fuente de estrés crónico, ansiedad y depresión. Por ello resulta fundamental diseñar programas de intervención que atiendan no solo las necesidades del paciente, sino también las de las cuidadoras. El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un

programa de intervención desde el área de Terapia Ocupacional, orientado a apoyar a las cuidadoras principales de pacientes con DCA, abordando tanto aspectos emocionales como habilidades prácticas para el cuidado diario, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. A través de este trabajo se pretende contribuir al ámbito de la neurorrehabilitación y el reconocimiento del papel crucial que desempeñan las cuidadoras en el proceso de recuperación.



3. JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente programa de intervención se basa en la creciente evidencia de que el rol de cuidadora principal de personas con daño cerebral adquirido (DCA) se asocia con elevados niveles de sobrecarga física, emocional y psicosocial, y conduce a un marcado desequilibrio ocupacional, al limitar la participación en actividades significativas, la pérdida de roles y el tiempo para el autocuidado (11). Por ejemplo, Bivona et al. observaron que en cuidadoras de pacientes con lesión cerebral adquirida la carga psicológica, los cambios en el estilo de vida y la implicación en neurorehabilitación están estrechamente relacionados con el bienestar del cuidador. (12)

Asimismo, la dedicación exclusiva al cuidado suele obligar a reducir o abandonar la vida laboral remunerada, condicionando la economía familiar y profundizando la privación ocupacional, lo que repercute en la calidad de vida de las cuidadoras (13). Un estudio en España muestra que los cuidadores informales afrontan problemas de salud, trabajo y finanzas derivados de su rol.

Por todo ello, desde la Terapia Ocupacional se propone una intervención dirigida a restaurar el equilibrio ocupacional de las cuidadoras, mejorar su autopercepción y bienestar general, y favorecer su capacidad para participar tanto en ocupaciones significativas como en su desarrollo personal, profesional y social, durante el ingreso hospitalario del familiar y tras el alta.

Este programa de intervención va dirigido a las cuidadoras principales, mayores de 18 años, que actúan como cuidadoras principales no remuneradas de personas con DCA, con al menos tres meses de experiencia en el cuidado diario del paciente hospitalizado en el Hospital Vithas Consuelo de Valencia. Se excluyen cuidadoras profesionales o cuidadoras que no convivan con el paciente al menos durante la estancia en el hospital.

Durante mis estancias como Terapeuta Ocupacional en el Hospital Vithas Consuelo (València) pude comprobar que durante las sesiones con los pacientes, la mayoría de familiares y entre ellos las cuidadoras de estos, esperaban durante horas, tanto en la sala de espera como en las propias habitaciones. Estas largas esperas no solo implican una pérdida de tiempo, sino que también

acentuaban un profundo desequilibrio ocupacional. Las cuidadoras, habitualmente mujeres, interrumpen o abandonan sus propias rutinas, ocupaciones significativas y actividades laborales o de ocio para estar disponibles, sin un rol claro, en el entorno hospitalario. A esto se suma el desgaste emocional que conlleva la incertidumbre sobre el estado de salud del familiar, especialmente cuando se trata de un DCA, donde la evolución es incierta y los cambios pueden ser drásticos. Muchas relatan pasar horas no solo esperando, sino rumiando pensamientos negativos, preocupaciones constantes y un sentimiento de impotencia ante la situación. Ser cuidadora en este contexto no solo significa asistir físicamente, sino también sostener emocionalmente una situación de gran complejidad. La falta de espacios de respiro, de actividades que les devuelvan el sentido de agencia personal y de apoyo específico, contribuye a una vivencia marcada por el aislamiento, la sobrecarga y el olvido de sus propias necesidades. Es por ello que las sesiones que se van a plantear más adelante serán grupales, compartir espacios, contextos y experiencias puede ser enriquecedor y un lugar seguro para la mayoría de cuidadoras.

Según un estudio realizado por la revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública, el grupo de apoyo funciona como una red de apoyo social, proporciona información, reduce la incertidumbre, facilita el afrontamiento y la resiliencia, es un espacio donde se aprende a cuidar y a cuidarse a sí mismo (14). Una revisión sistemática de la Universidad de Murcia, concluye que después de seleccionar 12 artículos, todos ellos muestran que la participación en estos grupos puede mejorar el bienestar físico-psicológico, el estado de salud de los cuidadores y, al mismo tiempo, reforzar su sentimiento de apoyo social, aunque faltan estudios en nuestro medio, con un tamaño muestral superior y de mayor calidad (15).

4. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA EL PROGRAMA

El programa de intervención está dirigido a personas cuidadoras principales de pacientes hospitalizados por DCA en el Hospital Vithas Consuelo de Valencia. Se prioriza la participación de personas que asumen un rol activo y constante en los cuidados, y que puedan beneficiarse de un espacio grupal para el apoyo emocional y la reconexión con sus propias ocupaciones significativas.

Criterios de *inclusión* del programa a desarrollar:

- Ser la persona cuidadora principal de un paciente hospitalizado por DCA en el Hospital Vithas Consuelo (Valencia)
- Tener 18 años o más
- Estar presente de forma regular en el hospital acompañando al paciente
- Firma de consentimientos informados

Criterios de *exclusión* del programa a desarrollar:

- Presentar un trastorno de salud mental que interfiera con la dinámica grupal
- Estar participando en otro programa similar durante el mismo periodo
- Tener una disponibilidad horaria que impida la asistencia regular a las sesiones
- Tener alteraciones cognitivas que dificulten la comprensión y participación

Aunque el programa se dirige específicamente a las cuidadoras principales de personas hospitalizadas por DCA, los beneficios trascienden a este grupo. La población beneficiaria indirecta incluye a los propios pacientes con DCA, quienes dependen en gran medida del acompañamiento y la implicación emocional y física de sus cuidadoras.

Mejorar dicha salud física y emocional de las cuidadoras tiene un impacto multiplicador. Estudios demuestran que una menor sobrecarga y mayor bienestar emocional en cuidadoras se asocia con una mejor calidad del cuidado ofrecido (16). Una cuidadora con menos estrés, mayor apoyo psicosocial y

mejor salud mental tiene mayor capacidad para brindar un cuidado atento, paciente y seguro, lo que mejora también los resultados en la persona receptora del cuidado (17). Desde Terapia Ocupacional, este enfoque encuentra un fuerte respaldo en el Modelo de la Ocupación Humana (18), Kielhofner reconoce que las ocupaciones significativas, el entorno y el rol ocupacional influyen mutuamente. Una mujer que se siente acompañada, reconocida y con herramientas para afrontar su rol puede sostener el cuidado sin sacrificar su identidad ni su salud mental, lo cual es clave para la continuidad del cuidado en procesos prolongados como el DCA. Esto se traduce en múltiples beneficios indirectos para los pacientes, un acompañamiento más empático y humano, menor riesgo de tensiones o conflictos en el entorno de hospitalización y mejor estado emocional del paciente, gracias a un entorno de cuidado más estable y afectivo.

Por último, investigaciones en salud pública también destacan la importancia de los espacios grupales de apoyo emocional y formación como estrategias eficaces para prevenir el agotamiento de las cuidadoras (19,20). Esto justifica la propuesta de un programa que se centre en la creación de espacios seguros donde las cuidadoras puedan reconectar con sus propias ocupaciones, compartir experiencias y fortalecer su red de apoyo.

5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Por todo lo comentado anteriormente, los objetivos planteados para este programa de intervención para cuidadoras principales de pacientes con DCA hospitalizados son los siguientes:

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de las cuidadoras principales de personas hospitalizadas por DCA, favoreciendo su bienestar integral a través de la participación en actividades significativas y la creación de espacios de apoyo.

Objetivos específicos:

- Promover la expresión y comunicación de las experiencias emocionales de las cuidadoras en un entorno grupal, seguro y de apoyo mutuo.
- Adquirir las competencias necesarias para la gestión del estrés asociado al rol de cuidadora.
- Fomentar el fortalecimiento de redes informales de apoyo entre las cuidadoras.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Es importante señalar que el presente trabajo ha recibido la autorización para su defensa por parte de la Oficina de investigación pertinente a la Universidad Miguel Hernández de Elche. Su identificador de Investigación Responsable (COIR) correspondiente es: **TFG.GTO.MLLM.SMS.251117**.

En el contexto del Hospital Vithas Consuelo de Valencia, los profesionales estiman que la estancia media de los usuarios en la unidad de neurorrehabilitación se sitúa entre los 3 y 8 meses. No obstante, la duración es variable y depende de los hospitales de referencia, mutuas o aseguradoras, que son quienes pautan tanto el número de sesiones como el momento del alta. Una vez alcanzadas las sesiones estipuladas, la persona es reevaluada para decidir si procede ampliar o finalizar el tratamiento en el servicio de neurorrehabilitación de IRENEA, centro especializado en rehabilitación neurológica perteneciente al grupo Vithas.

Este marco temporal resulta clave para comprender la situación de las cuidadoras, ya que condiciona la intensidad y la duración del rol que desempeñan durante el ingreso hospitalario. Aunque la intervención propuesta se desarrollará dentro del hospital, su finalidad no se limita a ofrecer apoyo durante la estancia, sino que busca preparar a las cuidadoras para la etapa posterior al alta, favoreciendo la continuidad del autocuidado y la conexión con ocupaciones significativas en su entorno cotidiano.

Desde la Terapia Ocupacional se entiende la ocupación como un medio de salud y bienestar. Este programa, por tanto, tiene un enfoque preventivo: pretende favorecer la reconexión con ocupaciones significativas y dotar a las cuidadoras de estrategias ocupacionales (como la priorización, la planificación o la incorporación de actividades restauradoras) que les permitan afrontar el periodo de hospitalización sin perder de vista su bienestar y facilitar su reajuste ocupacional tras el alta del familiar.

Además del desequilibrio ocupacional, la pérdida de roles y la falta de tiempo, dejar de participar en

ocupaciones significativas tiene efectos adversos sobre la salud y la calidad de vida. Según la disciplina, los seres humanos somos intrínsecamente ocupacionales: necesitamos actividades con significado que estructuren el día a día, nutran nuestra identidad, refuercen la autoestima y fortalezcan la conexión con el entorno (21).

La literatura muestra que intervenir mediante ocupaciones significativas promueve el bienestar físico, emocional y psicosocial, incluso en contextos de estrés o cuidados prolongados (23). Por ejemplo, un estudio piloto con cuidadoras de sus parejas reveló que un programa breve centrado en registrar y reflexionar sobre ocupaciones placenteras o restauradoras aumentó significativamente la calidad de vida física y la satisfacción con actividades significativas (23). Asimismo, revisiones sistemáticas en entornos hospitalarios señalan que las intervenciones basadas en ocupaciones mejoran la participación, el desempeño funcional y la calidad de vida (24).

A través del grupo, se explorarán formas de integrar pequeñas acciones de autocuidado y participación significativa dentro de la rutina diaria de las cuidadoras. El formato grupal no solo responde a una cuestión práctica —como el número de participantes o el tiempo disponible—, sino que también favorece el apoyo mutuo. Compartir experiencias similares, escuchar otras voces y sentirse comprendidas contribuye a la validación emocional, la identificación y la creación de redes de apoyo.

El programa se fundamenta en diversos modelos y marcos de referencia propios de la Terapia Ocupacional. El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) permite comprender cómo los roles, hábitos y la motivación de las cuidadoras se ven alterados por el contexto hospitalario, orientando la intervención hacia la recuperación de ocupaciones significativas que refuercen su bienestar. De forma complementaria, el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y Compromiso (COMP-E) aporta un marco centrado en la interacción persona–entorno–ocupación, reforzando la necesidad de favorecer la participación en ocupaciones con sentido para mejorar la calidad de vida.

La intervención se enmarca en un enfoque centrado en la persona y participativo, en el que las cuidadoras principales son protagonistas activas del proceso, priorizando sus necesidades, valores y

experiencias. Como abordaje principal, se emplea la terapia ocupacional basada en la ocupación, que utiliza las actividades significativas tanto como medio como fin de la intervención. El formato grupal se plantea como estrategia clave para favorecer el apoyo mutuo, la validación emocional y la construcción de redes informales de soporte.

En cuanto a las técnicas específicas, se aplicarán dinámicas grupales de presentación y reflexión, registros de uso del tiempo, introducción de estrategias de autocuidado cotidiano y herramientas prácticas de gestión del estrés (respiración, relajación, mindfulness breve). Asimismo, se fomentará la creación de redes de apoyo entre cuidadoras, impulsando un espacio compartido que trascienda la intervención y refuerce la continuidad del acompañamiento mutuo.



7. ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

La intervención se desarrollará en formato grupal, dirigida a cuidadoras principales de pacientes hospitalizados por Daño Cerebral Adquirido (DCA) en el Hospital Vithas Consuelo de Valencia.

La duración total del programa será de dos meses, con un total de ocho sesiones grupales. Este período constituye un tiempo adecuado para promover cambios significativos en el bienestar de las cuidadoras, al mismo tiempo que resulta realista y alcanzable dentro de sus posibilidades de asistencia (*ANEXO 1. Cronograma del proyecto*). La frecuencia establecida será de una sesión por semana, puesto que este ritmo permite a las participantes reflexionar sobre los contenidos, aplicar en su vida diaria las estrategias propuestas y consolidar progresivamente los aprendizajes. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Este tiempo es suficiente para introducir la temática correspondiente, desarrollar dinámicas participativas y favorecer la expresión emocional, evitando al mismo tiempo la fatiga o la saturación que podría derivarse de intervenciones más prolongadas.

En relación con el horario, las sesiones se llevarán a cabo por la tarde, entre las 17:00 y las 18:00 horas. Esta decisión responde tanto a criterios de organización hospitalaria como a la experiencia adquirida durante mis prácticas profesionales en el Hospital Vithas Consuelo de Valencia. Durante dicho periodo, pude comprobar que esta franja horaria coincide con una menor carga de sesiones terapéuticas para los pacientes, lo que reduce el riesgo de interferencia con citas médicas o rehabilitadoras. Asimismo, se trata de un momento en el que las cuidadoras suelen disponer de mayor libertad, ya que no suelen estar implicadas en actividades asistenciales urgentes, lo que favorece su disponibilidad y participación.

En cuanto al número de participantes, se estima que los grupos estarán conformados entre seis y diez cuidadoras. El espacio destinado a las sesiones será una sala polivalente o de uso común dentro del hospital, que garantice intimidad, confidencialidad y comodidad. La metodología se basará en un enfoque participativo y centrado en la persona, combinando momentos de reflexión grupal, actividades prácticas basadas en la ocupación y dinámicas de expresión emocional.

Tabla 1: Cronograma de las sesiones

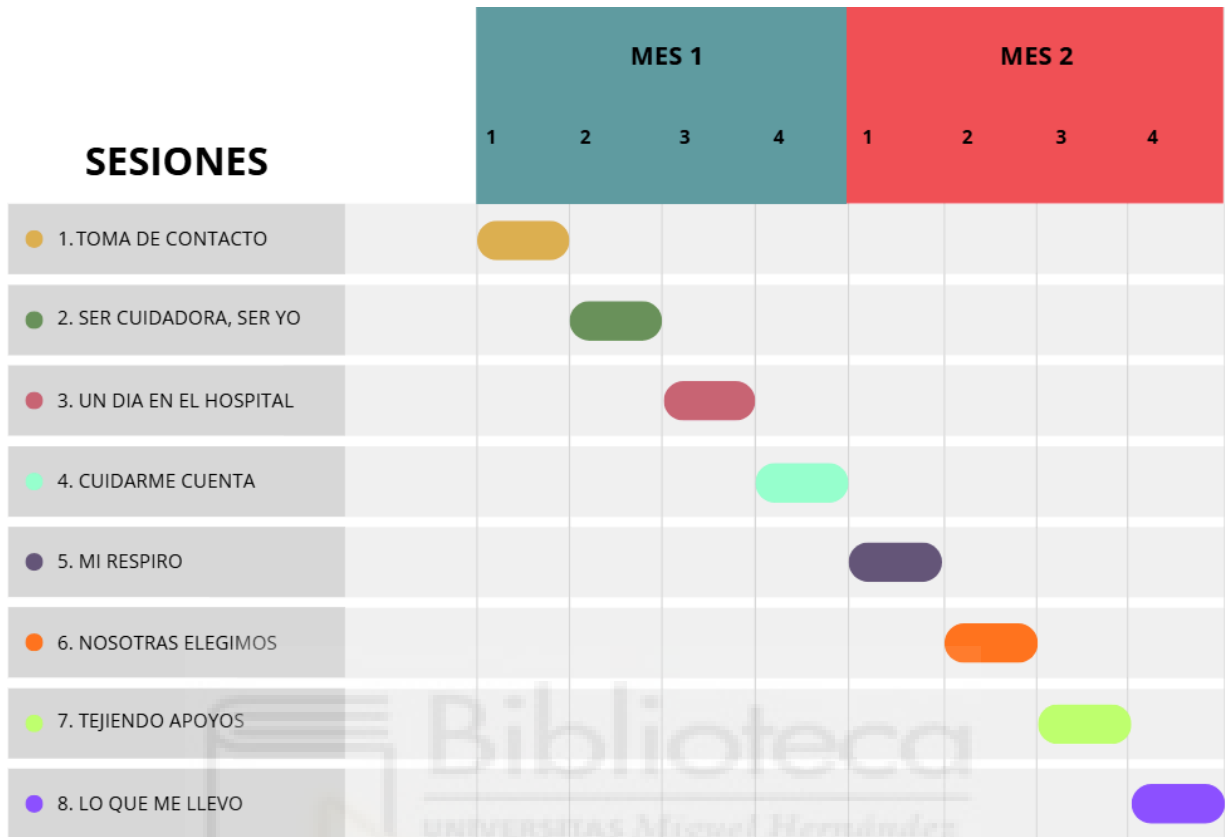


Tabla 2: Sesiones del programa

SESIÓN 1: TOMA DE CONTACTO
<p>Primera toma de contacto entre las participantes y la terapeuta ocupacional. Se busca generar un clima de confianza, favorecer la cohesión grupal y establecer las bases del funcionamiento del programa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámica inicial de presentación: cada participante se presenta brevemente (nombre, a quién cuida, algo personal que le guste) utilizando una pelota que se va pasando como turno de palabra. 2. Establecimiento de normas: en conjunto, el grupo define reglas básicas de respeto, confidencialidad, turnos de palabra y compromiso. El terapeuta las recoge en la pizarra. 3. Expectativas: cada participante escribe en una tarjeta qué espera del programa; se comparten en voz alta y se colocan en un mural común. 4. Antes de finalizar, administración de los instrumentos iniciales (Pre-Test y Escalas de Sobrecarga del Cuidador de Zarit versión reducida, ZBI-12 y COPM) 5. Cierre: breve reflexión sobre cómo se han sentido en este primer encuentro.
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la presentación y conocimiento mutuo entre las participantes. • Establecer normas de convivencia y expectativas del grupo. • Crear un espacio seguro de expresión emocional.
RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Terapeuta ocupacional. • Materiales: Pelota de presentación, pizarra, rotuladores, hojas y bolígrafos. • Espacio: Sala polivalente o de uso común del hospital que garantice intimidad y confidencialidad

SESIÓN 2: SER CUIDADORA, SER YO

Espacio de reflexión sobre el impacto que el rol de cuidadora tiene en la vida diaria, especialmente en las ocupaciones significativas que han quedado relegadas.

1. Introducción breve sobre el concepto de ocupaciones significativas y cómo se ven alteradas en el contexto hospitalario.
2. Dinámica individual: cada participante escribe en tarjetas ocupaciones que realizaba antes de ser cuidadora y que ahora ha dejado o reducido.
3. Puesta en común: en círculo, se comparten las tarjetas, se agrupan en la pizarra y se comentan las coincidencias.
4. Debate guiado: se fomenta la reflexión sobre las emociones que genera esa pérdida y sobre la importancia de mantener espacios propios.
5. Cierre: el grupo elige una ocupación que les gustaría retomar y se comparte como compromiso simbólico comprometiéndose a comentar en la siguiente sesión su llevada a cabo y como se ha sentido con ella.

OBJETIVOS

- Identificar ocupaciones desplazadas por asumir el rol de cuidadora.
- Favorecer la validación emocional compartida entre participantes.
- Seleccionar y comprometerse a retomar una ocupación significativa en la semana siguiente, compartiendo la experiencia con el grupo.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Tarjetas, bolígrafos, pizarra, rotuladores.
- Espacio: Sala polivalente o de uso común del hospital.

SESIÓN 3: UN DÍA EN EL HOSPITAL

Reflexión sobre cómo se utiliza el tiempo en el hospital y cómo esto influye en la sensación de espera, carga y sobrecarga emocional.

1. Introducción sobre el concepto de manejo del tiempo y su relación con la calidad de vida.
2. Dinámica individual: cada participante elabora un pequeño registro de un día típico en el hospital.
3. Puesta en común: se comparten ejemplos en grupo, identificando similitudes y diferencias.
4. Debate guiado: reflexión sobre qué momentos podrían aprovecharse para introducir pausas de autocuidado.
5. Cierre: propuesta de una pequeña acción para modificar su rutina diaria la semana siguiente.

OBJETIVOS

- Registrar el uso del tiempo durante la estancia hospitalaria.
- Reflexionar sobre posibles modificaciones que favorezcan el autocuidado.
- Promover la toma de conciencia sobre la distribución de actividades.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Hojas de registro del tiempo, bolígrafos, pizarra.
- Espacio: Sala polivalente del hospital.

SESIÓN 4: CUIDARME TAMBIÉN CUENTA

Exploración de diferentes formas de autocuidado que puedan incorporarse en la vida diaria de las cuidadoras dentro del contexto hospitalario.

1. Dinámica inicial: lluvia de ideas sobre qué entienden por autocuidado.
2. Presentación de ejemplos sencillos y realistas (alimentación saludable, descanso breve, escritura reflexiva, ejercicio ligero, pequeños momentos de ocio).
3. Trabajo individual: cada participante diseña un “plan personal de autocuidado” con al menos dos actividades a realizar durante la semana.
4. Puesta en común: quienes lo deseen comparten sus planes con el grupo.
5. Cierre: reflexión sobre los posibles beneficios de implementar estos cambios.

OBJETIVOS

- Identificar prácticas de autocuidado adaptadas a su contexto.
- Concienciar sobre la importancia de cuidar de sí mismas.
- Elaborar un plan personal de autocuidado.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Fichas con ejemplos de autocuidado, bolígrafos, papel.
- Espacio: Sala polivalente del hospital.

SESIÓN 5: MI RESPIRO

Entrenamiento en técnicas prácticas de regulación emocional aplicables en momentos de tensión o sobrecarga.

1. Explicación breve sobre el estrés y su relación con la salud física y emocional.
2. Práctica guiada de respiración diafragmática durante cinco minutos.
3. Práctica de relajación muscular progresiva (Jacobson) adaptada a 10 minutos.
4. Reflexión grupal sobre sensaciones experimentadas y posibles aplicaciones en su día a día.
5. Cierre: compromiso de aplicar al menos una técnica en la próxima semana.

OBJETIVOS

- Practicar técnicas básicas de respiración consciente.
- Experimentar un ejercicio breve de relajación aplicable en la vida cotidiana.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Esterillas o sillas cómodas, música relajante, fichas con instrucciones.
- Espacio: Sala tranquila y cómoda dentro del hospital.

SESIÓN 6: NOSOTRAS ELEGIMOS

Esta sesión se plantea como un espacio de elección y disfrute compartido, donde las cuidadoras principales podrán decidir, qué tipo de actividad desean realizar. En la sesión anterior, la terapeuta presentará varias opciones de talleres creativos y se invitará al grupo a elegir la que más les motive. El objetivo es ofrecer un momento de desconexión y favorecer el bienestar emocional a través de una ocupación significativa y placentera. La sesión se desarrolla en un ambiente relajado, con música, conversación y un pequeño desayuno compartido, promoviendo la cohesión grupal.

TALLER 1: Taller de arcilla

El grupo elaborará pequeñas piezas de arcilla blanca o polimérica (imanes, colgantes o llaveros). Cada participante personalizará sus creaciones, disfrutando del proceso manual y sensorial.

TALLER 2: Taller de pintura "Paint & Breakfast"

Inspirado en las experiencias *wine & painting*, cada participante pintará su propio lienzo o mientras conversa y disfruta de un desayuno en grupo.

OBJETIVOS

- Fomentar la autonomía y la capacidad de elección
- Facilitar un espacio de desconexión del rol de cuidadora mediante una ocupación
- Fortalecer el vínculo grupal

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Café, infusiones, zumos, comida, pasta blanca, moldes, pintura, pinceles, imanes o anillas, lienzos (Imprevistos)
- Espacio: Sala polivalente

SESIÓN 7: TEJIENDO APOYOS

Fomento de la identificación de apoyos y recursos, tanto formales como informales, y creación de lazos entre las participantes.

1. Introducción sobre el valor de las redes de apoyo en la reducción de la sobrecarga.
2. Dinámica: cada participante anota en post-its los apoyos que tiene (familiares, amistades, profesionales, instituciones).
3. Creación de un mural grupal que refleje la red de apoyos colectiva.
4. Debate guiado sobre estrategias para ampliar y reforzar dichas redes.
5. Cierre: propuesta voluntaria de crear un grupo de contacto entre las participantes.

OBJETIVOS

- Identificar redes de apoyo disponibles en su entorno.
- Fomentar la ayuda mutua y el acompañamiento entre cuidadoras.
- Promover la continuidad de vínculos más allá del programa.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Pizarra, post-its, bolígrafos, papel.
- Espacio: Sala polivalente del hospital.

SESIÓN 8: LO QUE ME LLEVO

Espacio de evaluación, despedida y consolidación de aprendizajes. Se favorece la proyección de estrategias hacia el futuro.

1. Dinámica inicial: cada participante comparte “qué me llevo del grupo” en una frase corta.
2. Complimentación de un breve cuestionario de evaluación del programa además del post-test y las escalas de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (versión reducida, ZBI-12) y COPM.
3. Debate grupal sobre aprendizajes adquiridos y cómo mantenerlos en el futuro.
4. Cierre simbólico: entrega de una tarjeta con un mensaje positivo o una frase inspiradora para cada participante.
5. Despedida y agradecimientos.

OBJETIVOS

- Valorar la experiencia del programa.
- Identificar aprendizajes personales y colectivos.
- Planificar la continuidad de cambios positivos más allá del hospital.

RECURSOS

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: Cuestionarios de evaluación, papel, bolígrafos, tarjetas de recuerdo con mensajes positivos.
- Espacio: Sala polivalente del hospital.

8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa se plantea desde una metodología mixta, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de valorar tanto los resultados obtenidos como el proceso grupal desarrollado. Este enfoque permite obtener una visión integral del impacto de la intervención sobre las cuidadoras principales, considerando tanto los cambios percibidos como las experiencias vividas a lo largo del programa.

Para valorar el impacto del programa en las cuidadoras, se aplicarán los siguientes instrumentos:

- Cuestionarios pre-test y post-test: Se administrarán al inicio y al finalizar el programa (Anexo 2). Estos cuestionarios permitirán recoger la percepción subjetiva de las participantes en relación con aspectos como el autocuidado, la gestión del estrés, el apoyo social y la reconexión con ocupaciones significativas. Se empleará una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 equivale a “nunca” y 5 a “siempre”, lo que permitirá comparar los resultados pre y post intervención.
- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI-12): Se utilizará la versión reducida de 12 ítems (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980; adaptación al español de Martín et al., 1996), una medida estandarizada que valora la sobrecarga física, emocional y social percibida por las cuidadoras. Las respuestas se puntúan en una escala Likert de 0 a 4, donde las puntuaciones más altas indican mayor sobrecarga.
- Cuestionario de Desempeño Ocupacional Canadiense (COPM): Utilizando el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP-E) como marco conceptual, el COPM permitirá que las cuidadoras identifiquen ocupaciones significativas que consideran problemáticas y valoren su desempeño y satisfacción en ellas. Las respuestas se registran en una escala Likert de 1 a 10, donde puntuaciones bajas indican dificultades o insatisfacción y puntuaciones altas reflejan un desempeño satisfactorio. Se aplicará al inicio y al final del programa para evaluar los cambios en desempeño y satisfacción ocupacional.

Las escalas se administrarán de forma individual y autoguiada en la primera y última sesión del programa, junto con los cuestionarios pre y post-test. La terapeuta explicará su propósito y permanecerá disponible para aclarar dudas sin intervenir en el contenido de las respuestas.

De manera complementaria, se realizará una observación sistemática cualitativa al finalizar cada sesión, con el fin de valorar el desarrollo del grupo, el grado de participación y la consecución progresiva de los objetivos específicos.

La terapeuta ocupacional registrará información sobre la implicación de las cuidadoras, la expresión emocional, la cohesión grupal y la dinámica participativa, utilizando una hoja de registro grupal (Anexo 4). Estos datos cualitativos permitirán contextualizar los resultados cuantitativos y comprender mejor los cambios observados a nivel emocional y ocupacional.

Basada en el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud, la escala WHOQOL-BREF se empleará como instrumento para evaluar la calidad de vida global de las cuidadoras. Esta herramienta permite valorar cuatro dimensiones fundamentales del bienestar —salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno— todas ellas directamente relacionadas con el impacto emocional y ocupacional del rol de cuidadora. Se administrará al final del programa de intervención con el objetivo de evaluar los cambios producidos en la calidad de vida de las participantes y determinar en qué medida se ha cumplido el objetivo general del proyecto:

La evaluación final del programa incluirá la percepción de las participantes sobre la utilidad, la metodología, la duración y el ambiente grupal. Para ello, en la última sesión se administrará un cuestionario de satisfacción (Anexo 5) con ítems tipo Likert y un apartado abierto para comentarios o sugerencias. Además, se llevará a cabo una dinámica de cierre grupal, donde cada cuidadora podrá compartir verbalmente su experiencia, los aprendizajes obtenidos y los cambios percibidos en su día a día.

9. PRESUPUESTO

El presente presupuesto tiene como finalidad estimar los recursos materiales y humanos necesarios para la implementación del *Programa de intervención grupal para cuidadoras de personas hospitalizadas por daño cerebral adquirido (DCA)* en el contexto hospitalario.

El presupuesto total estimado asciende a 4.527,89 €, los costes principales se asocian al tiempo de dedicación profesional y a los materiales fungibles necesarios para las actividades grupales y de evaluación. Dado que se trata de un programa piloto integrado en la práctica clínica habitual, no se requiere inversión adicional significativa, lo que refuerza su viabilidad y sostenibilidad.

Tabla 3 (Presupuesto del programa)

RECURSOS	CONCEPTO	PRECIO (€)
HUMANOS	Terapeuta ocupacional	4.200€ (2.100€ x 2 meses)
INVENTARIABLES	Tablet o portátil del hospital (ya disponible)	0€
	Proyector / Pantalla del aula	0€
	Pelota	4€
	Material audiovisual (música, vídeos de relajación...)	0€
FUNGIBLES	Folios	35€
	Post-its	8,90€
	Bolígrafos	10€
	Esterillas	99,9€ (9,99€ x 10)
	Rotuladores	15€
	Carpetas	10€
	Impresión de cuestionarios	20€
	Agua o infusiones para las sesiones	25€
ESPACIALES	Sala polivalente del hospital	0€
IMPREVISTOS	3%	100€
TOTAL		4.527,89€

10. CONCLUSIÓN

El presente programa de intervención grupal para cuidadoras de personas hospitalizadas por daño cerebral adquirido (DCA) surge de la necesidad de atender el impacto emocional, físico y ocupacional que conlleva el rol de cuidar en un contexto hospitalario. Desde la Terapia Ocupacional, se reconoce que las cuidadoras desempeñan un papel esencial en el proceso de recuperación del paciente, pero a menudo lo hacen a costa de su propio bienestar y equilibrio ocupacional.

A través de este programa se pretende ofrecer un espacio seguro de acompañamiento, expresión emocional y reconexión con ocupaciones significativas, donde las participantes puedan compartir experiencias, adquirir estrategias para la gestión del estrés y fortalecer sus redes de apoyo. La metodología grupal, participativa y centrada en la persona, permite que las cuidadoras se sientan escuchadas, reconocidas y valoradas, favoreciendo la cohesión, el aprendizaje mutuo y la construcción de vínculos que trascienden el propio espacio terapéutico.

Asimismo, la intervención contribuye a visibilizar la importancia de incluir a las cuidadoras en los procesos de rehabilitación, entendiendo que su bienestar influye directamente en la calidad del cuidado ofrecido y, por tanto, en la evolución del paciente. Promover su salud emocional y ocupacional no solo mejora su calidad de vida, sino que repercute de manera positiva en el entorno hospitalario y familiar.

En conclusión, este programa grupal dirigido a cuidadoras de personas hospitalizadas por daño cerebral adquirido ha mostrado el valor de crear espacios seguros para la expresión emocional y la reconexión con ocupaciones significativas. La intervención grupal, desde el enfoque de la Terapia Ocupacional, se presenta como una herramienta eficaz para acompañar el proceso de adaptación, fomentar el autocuidado y reducir la sobrecarga percibida.

De cara a futuras líneas de investigación, sería de interés realizar un seguimiento a los seis meses post-alta hospitalaria, con el fin de analizar si las estrategias aprendidas durante el programa se mantienen en el tiempo y si la sobrecarga percibida (medida con la Escala de Zarit) continúa siendo

baja. Además, se propone explorar la adaptación parcial del programa a un formato de teleintervención, que permita ofrecer apoyo y continuidad a las cuidadoras una vez que regresan al domicilio, minimizando las barreras de desplazamiento y fomentando el acceso equitativo a los recursos de acompañamiento.



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE). Daño cerebral [Internet]. 2023 [citado 28 may 2025]. Disponible en: <https://fedace.org/dano-cerebral>
2. García-García J, Rivero-Santana A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Serrano-Aguilar P. Revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores de personas con ictus. *Asist Sanit.* 2021;45(1):e0979. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v45n1/1137-6627-asisna-45-01-e0979.pdf>
3. López Cabeza de Vaca S, Ruiz J. Intervenciones de apoyo psicosocial a cuidadores informales de personas mayores: revisión narrativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(5):270–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11000862>
4. Fernández-Lansac V, Crespo M. Cuidadores formales e informales: carga y satisfacción. *Gac Sanit.* 2009;23(3):245–53. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005
5. Hernández Amador J, Hernández Lorenzo P. Apoyo psicosocial a cuidadores informales de personas con daño cerebral adquirido. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2021;40(3):e711. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000300711
6. Fernández-Lansac V, Crespo M. Cuidadores formales e informales: carga y satisfacción. *Gac Sanit.* 2009;23(3):245–53. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005

7. Ministerio de Sanidad. El cuidado informal en España. *Rev Sanid.* 2023;97:1–5. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL97/O_BREVES/RS97C_202307062.pdf
8. Jiménez L, Huertas JA. La feminización del cuidado: análisis sociológico de la atención informal. *Papers.* 2013;98(2):207–28.
9. Townsend E, Polatajko HJ. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation.* Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
10. García-Rodríguez I, Galiana-De las Heras C. Desequilibrio ocupacional y calidad de vida en cuidadores informales de personas con daño cerebral adquirido. *TOG (A Coruña).* 2018;15(27):1–18.
11. Bivona U, Villalobos D, De Luca M, Zilli F, Ferri G, Lucatello S, et al. Caregiver burden and coping in chronic disorders of consciousness. *Brain Inj.* 2021;35(2):224–31.
doi:10.1080/02699052.2020.1844891
12. Peña-Longobardo LM, Del Río-Lozano M, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, García-Calvente MdM. Health, work, and social problems in Spanish informal caregivers: Does gender matter? (The CUIDAR-SE Study). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7332. doi:10.3390/ijerph18147332
13. McDaid D, Park A-L. Understanding the economic value and impacts on informal carers of people living with mental health conditions. *Int J Environ Res Public Health.*

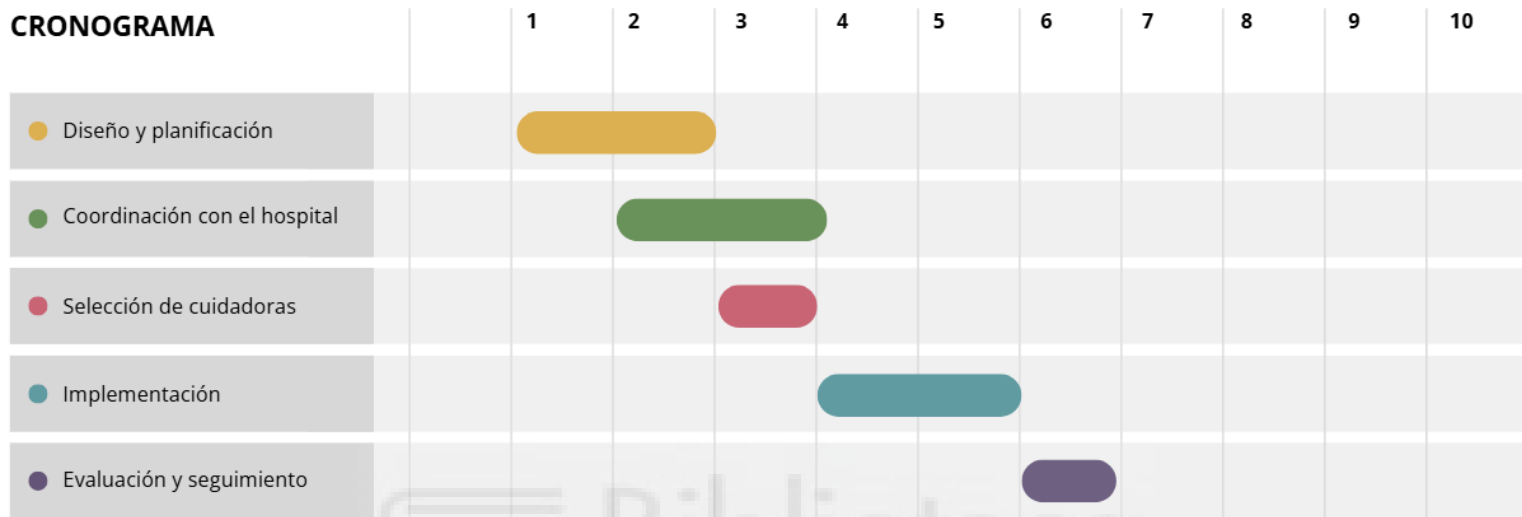
14. Rojas-Dávila N, Huamán-Guillén C, Alvites-Zegarra O. Beneficios de pertenecer a un grupo de apoyo para madres cuidadoras de niños con discapacidad múltiple. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2024;41(1):54–61. Disponible en:
<https://www.scielo.org/article/rpmesp/2024.v41n1/54-61/>
15. Miralles I, Espinosa J, Gutiérrez T. Eficacia de los grupos de ayuda mutua en cuidadores informales de personas mayores: revisión sistemática. *Enferm Glob*. 2020;19(2):248–75. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200018
16. Gil Lacruz AI, Gil Lacruz M. El apoyo informal y su relación con el sistema sanitario. *Gac Sanit*. 2008;22(5):471–7. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008
17. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250–67.
18. Wang M. Caregiving stress and mental health in family caregivers: the impact of formal and informal support. *Open J Soc Sci*. 2014;2:1–8. Disponible en:
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=147818>
19. Casado BL, Sacco P, White-Means SI. Informal caregivers: stress and use of support services. *J Gerontol Soc Work*. 2011;54(7):637–52.
20. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, Frías-Osuna A. The association of satisfaction and perceived burden with anxiety and depression in primary caregivers of dependent older

relatives. *Res Nurs Health*. 2018;41(6):526–34.

21. Pyatak EA, Davis S, Allen R, Sewell K, Festa C, Norstrand J, et al. Occupational therapy intervention in the intensive care unit: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2018;72(4):7204190030p1–13. doi:10.5014/ajot.2018.030361. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157006/>
22. Wolf TJ, Chuh A, Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther*. 2015;69(1):6901180060p1–11. doi:10.5014/ajot.2015.012195. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25553745/>
23. Hooper B, Wood W, Preston J. Increasing meaningful occupation for women who provide care for their spouse: a pilot study. *Br J Occup Ther*. 2019;82(3):142–9. doi:10.1177/0308022618820642. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810080/>
24. Whalley Hammell KR. Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity: a personal perspective. *Br J Occup Ther*. 2023;86(2):78–85. doi:10.1177/03080226221124693. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37524307/>

12. ANEXOS

- ANEXO 1. Cronograma del programa



- ANEXO 2. Pre-Test y Post-Test

Instrucciones:

Este cuestionario se completará al **inicio** y al **final** del programa. No existen respuestas correctas o incorrectas. Marque con una "X" la opción que mejor refleje su situación actual:

1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = A veces 4 = Frecuentemente 5 = Siempre

ÍTEMS	1	2	3	4	5
Dispongo de momentos para mí durante la semana.					
Me siento apoyada por otras personas en mi entorno.					
Conozco estrategias que me ayudan a reducir el estrés.					
Puedo expresar libremente mis emociones y preocupaciones.					
Participo en actividades que me resultan significativas o satisfactorias.					
Soy capaz de organizar mi tiempo de manera equilibrada entre el cuidado y mis necesidades					
Percibo una mejora en mi bienestar general.					
Me siento comprendida y acompañada por otras cuidadoras.					
He retomado o me planteo retomar alguna actividad personal que había dejado de hacer.					
Considero que dispongo de recursos para afrontar mejor mi rol de cuidadora.					



- ANEXO 3. Cuestionario COMP

Instrucciones:

Este cuestionario se completará al inicio y al final del programa. Anote las **tres actividades más importantes para usted** en su vida cotidiana y marque con una "X" la puntuación que refleje cómo valora actualmente su **desempeño** (cómo realiza la actividad) y su **satisfacción** (cómo se siente con respecto a ella).

1 = Muy insatisfecha / mucho problema 10 = Muy satisfecha / sin problema

ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA	DIMENSIÓN EVALUADA
1.	Desempeño Satisfacción
2.	Desempeño Satisfacción
3.	Desempeño Satisfacción

Observaciones del profesional:

.....

.....

.....

.....

- ANEXO 4. Registro grupal

Programa: Intervención grupal para cuidadoras de personas con DCA

Sesión nº: _____ **Fecha:** ___ / ___ / 2025

Duración: _____ min

ASPECTOS OBSERVADOS	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
Participación global	<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	
Clima emocional	<input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Cercano <input type="checkbox"/> Muy positivo	
Cohesión grupal	<input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> En desarrollo <input type="checkbox"/> Consolidada	
Implicación con la temática	<input type="checkbox"/> Limitado <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Elevado	
Expresión emocional	<input type="checkbox"/> Inhibida <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Espontánea	
Apoyo mutuo entre participantes	<input type="checkbox"/> No observadas <input type="checkbox"/> Ocasionales <input type="checkbox"/> Frecuentes	
Comentarios relacionados con el autocuidado	<input type="checkbox"/> No observados <input type="checkbox"/> Ocasionales <input type="checkbox"/> Relevantes	

- Observaciones de la terapeuta ocupacional:

- Propuestas o ajustes para la siguiente sesión:

● ANEXO 5. Cuestionario de satisfacción

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como objetivo recoger la valoración de las participantes sobre los diferentes aspectos del programa y su experiencia global, se completará al **final** del programa. No existen respuestas correctas o incorrectas. Marque con una "X" la opción que mejor refleje su situación actual:

1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5 = Muy de acuerdo

ÍTEMS	1	2	3	4	5
Los temas tratados en el programa me han resultado útiles y aplicables a mi vida diaria.					
He comprendido los contenidos y las explicaciones durante las sesiones.					
La duración del programa (dos meses) me ha parecido adecuada.					
La duración de cada sesión (1 hora) ha sido apropiada.					
El horario y la organización del programa se adaptaban a mis necesidades.					
Me he sentido cómoda y escuchada durante las sesiones.					
Considero que el grupo ha favorecido el apoyo y la comprensión mutua entre cuidadoras.					
He aprendido estrategias o recursos que puedo aplicar para mi autocuidado.					
He recuperado o reflexionado sobre ocupaciones significativas para mí.					
En general, estoy satisfecha con mi participación en este programa.					

Preguntas abiertas:

1. ¿Qué ha sido lo que más valoras del programa?

2. ¿Qué aspectos mejorarías o cambiarías?

3. ¿Qué te llevas de esta experiencia?

Fecha de cumplimentación: ____ / ____ / ____

