



## Lista de verificación de Disponibilidad para volver a trabajar

Esta lista de verificación es una forma de evaluar si reúnes los criterios para volver a trabajar.

### Instrucciones

En cada tema, marca una casilla (en las columnas 1, 2 o 3). Suma el total de cada columna. Con la ayuda de un profesional de la salud (como un terapeuta ocupacional, un psicólogo, un consejero o tu doctor), revisa tus respuestas y las recomendaciones que aparecen al final de la lista de verificación. Esto te servirá de guía en tu recuperación y cuando pienses en volver al trabajo.

| Tema  | Columna 1<br>Obstáculos importantes<br>para el trabajo  | Columna 2<br>Obstáculos moderados<br>para el trabajo  | Columna 3<br>Obstáculos menores<br>para el trabajo   |
|---|---|---|--|
| <b>Dolores de cabeza</b>                    | <input type="checkbox"/> Los dolores de cabeza limitan frecuentemente mis actividades.  | <input type="checkbox"/> Los dolores de cabeza a veces limitan mis actividades.   | <input type="checkbox"/> Los dolores de cabeza no limitan mis actividades.   |
| <b>Sueño</b>                                | <input type="checkbox"/> Duermo mal la mayoría de las noches.   | <input type="checkbox"/> Tengo algunas dificultades para dormir.  | <input type="checkbox"/> No tengo problemas para dormir.   |
| <b>Fatiga durante el día</b>                | <input type="checkbox"/> Necesito tomar siestas todos los días.   | <input type="checkbox"/> Necesito tomar siestas ocasionalmente.   | <input type="checkbox"/> No necesito tomar siestas.  |
| <b>Convulsiones</b>                         | <input type="checkbox"/> Mis convulsiones no están controladas.   | <input type="checkbox"/> Mis convulsiones están controladas, pero no tengo autorización médica para trabajar.   | <input type="checkbox"/> No tengo convulsiones (se incluyen también las que estén controladas con medicamentos).   |
| <b>Habilidades de pensamiento</b>           | <input type="checkbox"/> Tengo dificultades importantes con las habilidades de pensamiento, como la memoria, la concentración, la realización de varias tareas a la vez, etc. | <input type="checkbox"/> Tengo algunas dificultades con las habilidades de pensamiento.   | <input type="checkbox"/> Soy capaz de controlar de forma independiente mis habilidades de razonamiento, por ejemplo, mediante el uso de estrategias.                     |
| <b>Bienestar emocional</b>                  | <input type="checkbox"/> Mi estado de ánimo decae o siento ansiedad con facilidad. Para mí es un esfuerzo realizar tareas cotidianas o socializar.                            | <input type="checkbox"/> Mi estado de ánimo o mi ansiedad tienen algunos altibajos que me impiden hacer cosas algunos días.                           | <input type="checkbox"/> Mi estado de ánimo es estable. No tengo problemas de ansiedad ni un estado de ánimo depresivo.  |
| <b>Cuidado personal e higiene</b>           | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda y recordatorios para el cuidado personal, incluidos la higiene y el uso del baño.   | <input type="checkbox"/> Me toma más de una hora prepararme por la mañana o necesito algunos recordatorios para la higiene personal.                  | <input type="checkbox"/> Soy independiente en cuanto al cuidado personal y la higiene. No necesito recordatorios. Puedo prepararme en menos de una hora por las mañanas. |
| <b>Asistencia a citas</b>                   | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para asistir y llegar a tiempo a las citas.   | <input type="checkbox"/> Necesito algunos recordatorios para llegar a tiempo, pero puedo llegar por mi cuenta.  | <input type="checkbox"/> Puedo recordar mis citas y asistir a estas de manera independiente.   |
| <b>Gestión del tiempo y las actividades</b> | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para planificar y gestionar mis actividades. No hago ninguna actividad recreativa o hago muy pocas.                                   | <input type="checkbox"/> Necesito algunos recordatorios para ayudarme a planificar y gestionar mis actividades. Hago algunas actividades recreativas. | <input type="checkbox"/> Puedo planificar, organizar y realizar mis actividades de manera independiente. Hago algunas o varias actividades recreativas.                  |



## Lista de verificación de Disponibilidad para volver a trabajar *página 2*

| Tema   | Columna 1<br>Obstáculos importantes para el trabajo  | Columna 2<br>Obstáculos moderados para el trabajo  | Columna 3<br>Obstáculos menores para el trabajo  |
|--|--|--|--|
| <b>Movilidad (caminar, uso de silla de ruedas)</b> | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda o supervisión para moverme en interiores y exteriores.   | <input type="checkbox"/> Necesito un poco de ayuda y no puedo desplazarme por mi cuenta en el exterior.                          | <input type="checkbox"/> Puedo moverme en interiores y exteriores de manera completamente independiente.   |
| <b>Transporte</b>                                  | <input type="checkbox"/> Necesito que otras personas me ayuden con el transporte.  | <input type="checkbox"/> Necesito un poco de ayuda y algunos recordatorios, por ejemplo, para planificar el transporte.          | <input type="checkbox"/> Puedo planificar y utilizar el transporte de manera independiente para todas mis actividades.                               |
| <b>Administración de las finanzas</b>              | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para elaborar presupuestos, realizar operaciones bancarias y pagar cuentas.  | <input type="checkbox"/> Necesito un poco de ayuda o algunos recordatorios para administrar mi dinero.                           | <input type="checkbox"/> Puedo administrar mi dinero de forma independiente, incluidos las operaciones bancarias y el pago de cuentas.               |
| <b>Administración de medicamentos</b>              | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda o recordatorios para tomar mis medicamentos.   | <input type="checkbox"/> Necesito algunos recordatorios para tomar mis medicamentos.   | <input type="checkbox"/> Puedo tomar mis medicamentos de forma independiente.  |
| <b>Uso de estrategias</b>                          | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para utilizar estrategias, como notas, calendarios, ayuda para mantener el ritmo y comunicarme o controlar la ansiedad y la frustración. | <input type="checkbox"/> Comencé a utilizar estrategias, pero no las uso a diario o necesito algunos recordatorios para hacerlo. | <input type="checkbox"/> Soy eficaz e independiente en cuanto al uso de estrategias, sin la necesidad de recordatorios ni ayuda de otras personas.   |
| <b>Planificación y toma de decisiones</b>          | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda con la planificación y la toma de decisiones.  | <input type="checkbox"/> A veces necesito ayuda con la planificación y la toma de decisiones.                                    | <input type="checkbox"/> No tengo dificultades con la planificación y la toma de decisiones, y los demás no están preocupados por mí en ese aspecto. |
| <b>Tratamientos de rehabilitación</b>              | <input type="checkbox"/> Mis actividades de rehabilitación o tratamientos me toman dos o más días a la semana.   | <input type="checkbox"/> Aún participo en algunas actividades de rehabilitación, pero solo una vez por semana o menos.           | <input type="checkbox"/> Ya completé todas mis actividades y tratamientos formales de rehabilitación.  |
| <b>Habilidades y estudios actualizados</b>         | <input type="checkbox"/> No trabajo hace mucho tiempo. Mi formación, habilidades y estudios podrían estar desactualizados.   | <input type="checkbox"/> No trabajo hace un tiempo. Parte de mi formación, habilidades y estudios podrían estar desactualizados. | <input type="checkbox"/> Trabajé por última vez hace menos de seis meses. Mi formación, habilidades y estudios están al día.                         |

Totales

Columna 1 \_\_\_\_\_

Columna 2 \_\_\_\_\_

Columna 3 \_\_\_\_\_



## Lista de verificación de Disponibilidad para volver a trabajar *página 3*

### Recomendaciones

Revisa la lista de verificación que completaste y estas recomendaciones con un profesional de la salud.

#### Si marcaste las columnas 1 o 2, considera la siguiente información:

- Es posible que no sea el momento para un trabajo remunerado.
- Sigue concentrando tu energía en actividades y tratamientos de rehabilitación.
- Si tienes problemas relacionados con el dolor de cabeza, sueño, fatiga, convulsiones o bienestar emocional, habla con tu profesional de la salud.
- Sigue practicando una buena higiene personal.
- Busca formas de aumentar tu resistencia, como un programa para hacer ejercicios con regularidad.
- Aprende estrategias útiles para controlar tus problemas de fatiga, memoria, ansiedad, frustración, comunicación, etc. Un terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud pueden ayudarte. Recuerda que se necesita mucha práctica y constancia para utilizar las estrategias con éxito.
- Busca participar en actividades programadas con regularidad y mantén un horario semanal (recreación, actividades sociales, ejercicio, etc.).

#### Considera hacer algunas de estas actividades:

- Clases de acondicionamiento físico (consulta las opciones con tu profesional de la salud)
- Grupos de apoyo de ataque o derrame cerebral
- Clases (como de arte, fotografía, música, informática)
- Conferencias públicas (en bibliotecas o universidades)
- Considera la posibilidad de hacer algún trabajo voluntario. Esto te ayudará a volver a tener un horario regular, establecer contacto con otras personas y completar tu currículum.

#### Si marcaste la mayoría o todas las casillas de la columna 3, considera la siguiente información:

- Es posible que sí sea buen momento para un trabajo remunerado. Comunícate con un asesor de readaptación profesional para conocer tus opciones y recursos disponibles.
- Consulta con tu doctor u otro profesional de la salud antes de planificar tu regreso al trabajo.