

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES Y MAESTRÍAS
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

“Programa de asesoramiento para familias de pacientes que tienen accidentes cerebrovasculares desde el modelo integrativo”

**Trabajo de grado académico de maestría, previo a la obtención del título de magíster en
psicoterapia integrativa**

AUTORA: Ps.Clin. Saskia Calahorrano Gómez

DIRECTORA: Dra. Silvy Mancheno Durán

Quito D,M, 2013

AGRADECIMIENTO

El fundamento verdadero de la felicidad es la educación.

Simón Bolívar

Agradezco profunda y sinceramente a mis maestras Silvia Mancheno y Maricruz Izquierdo, por la generosidad y nobleza al compartir sus conocimientos, a mis padres Carmen Gómez y Manuel Calahorrano por la confianza y apoyo incondicional, a mi abuelita Carmen Casco por el cariño y la ternura, a mis hermanos Tanya y Darío por el respaldo en las horas de mayor esfuerzo, a mi tía Bertha por la comprensión y a mis cuatro maravillosos sobrinos Damián, Dimitri, Javier y Michelle por alegar mi vida.

DEDICATORIA

La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar. Thomas Chalmers

Un sueño más que se hace realidad, con mucho cariño para las mejores maestras del mundo, para la familia maravillosa que tengo y para los buenos amigos que la vida pude hallar.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo Saskia Calahorrano Gómez, autora con cédula de identidad # 1711848331, libre y voluntariamente DECLARO que el trabajo que el trabajo de grado de Maestría titulado:

“Programa de asesoramiento para familias de pacientes que tienen accidentes cerebrovasculares desde el modelo integrativo”

Es original y no constituye plagio o copia alguna, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

Ps. Clin. Saskia Calahorrano Gómez

AUTORA

Cc.17118483-1

Quito, 24 de julio de 2013

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo Saskia Calahorrano Gómez en calidad de autora del trabajo de investigación sobre “Programa de asesoramiento para familias de pacientes que tienen accidentes cerebrovasculares desde el modelo integrativo” por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contiene esta obra con fines académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización seguirán a mi favor de conformidad con los artículos 5, 6, 8.19 y demás pertinentes a la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

Quito, 24 de julio de 2013

Atentamente,

Ps. Clin. Saskia Calahorrano Gómez.

AUTORA

C,c. 1711848331

RESUMEN DOCUMENTAL

El Programa de Asesoramiento Familiar desde el modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes Cerebrovasculares, constituye una guía básica con algunas pautas adecuadas de cómo manejarse cotidianamente con estos pacientes y está fundamentado en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad.

Las primeras sesiones están designadas al establecimiento del rapport en primer lugar, a la recolección de información para lo que se utiliza la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, con las adecuaciones inherentes a las características propias de pacientes y miembros de la familia, su problemática, las condiciones familiares de trabajo y las sociales; la evaluación de la personalidad de los familiares dispuestos a colaborar de manera activa en la aplicación del plan de asesoramiento, constituye información primordial para la ejecución del mismo, sin embargo no se desatiende la proporción de información en los aspectos más importantes para organizar el plan de asesoramiento familiar; otros aspectos no menos importantes van desarrollándose a lo largo del proceso de forma clara y precisa, considerando los niveles de instrucción e intelectuales de los familiares y pacientes ACV con el objetivo de que la mayor cantidad de información adecuada y oportuna prevenga acciones contraproducentes por parte de los familiares.

En el proceso de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo para pacientes con ACV se establecieron como pautas de acción seis etapas: Proporción de información, solución de conflictos, problemas frecuentes, organización familiar, acomodación y reestructuración familiar, finalmente como impartir directivas. Las etapas no están delimitadas rigurosamente en un tiempo específico, ya que cada una de ellas generalmente se superpone y entremezcla con otras por lo tanto todas están presentes a lo largo de la aplicación del plan.

De ahí que los programas de Asesoramiento Familiar para pacientes con ACV deben ser adaptados a las características particulares del sistema familiar en el cual se manifiestan.

DOCUMENTARY OVERVIEW

The Family Counseling Program from Integrative Model for Patients with Stroke, is a basic guide to some proper guidelines on dealing daily with these patients and it is based on the Model Focused Integrative Psychotherapy in Personality.

The first sessions are designed to the establishment of rapport first, to the collection of information to what is used Integrative Psychological Assessment Sheet, with the adjustments inherent in the characteristics of patients and family members, their problems, the family conditions and social work, the personality assessment of relatives willing to cooperate actively in implementing the assessment plan, is essential information for its execution, however not disregard the proportion of information in the most important aspects to organize family counseling plan, other equally important aspects are developing along the process clearly and precisely, considering the level of education and intellectual family and stroke patients in order that as many adequate and timely information prevents counterproductive actions by family members.

In the process of family counseling from the first sessions are designed to the establishment of rapport first, to the collection of information to what is used Integrative Psychological Assessment Sheet, with the adjustments inherent in the characteristics of patients and family members, their problems, the family conditions and social work, the personality assessment of relatives willing to cooperate actively in implementing the assessment plan, is essential information for its execution, however not disregard the proportion of information in the most important aspects to organize family counseling plan, other equally important aspects are developing along the process clearly and precisely, considering the level of education and intellectual family and stroke patients in order that as many adequate and timely information prevents counterproductive actions by family members.

In the process of family counseling from the Integrative Model for stroke patients were established as guidelines for action six stages: Proportion of information, conflict resolution, common problems, family organization, accommodation and family restructuring, finally as give directions. The stages are not strictly in a time bounded generally overlaps and intermingles with other so all are present throughout plan implementation.

TABLA DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD.....	iv
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	v
RESUMEN DOCUMENTAL	vi
DOCUMENTARY OVERVIEW	vii
INTRODUCCIÓN	13
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTAS:.....	15
OBJETIVO GENERAL:.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO I	18
1. El Integracionismo	18
1.2. Bases Filosóficas y Epistemológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.....	19
1.2.1 Bases Filosóficas.....	19
1.2.2 Bases Epistemológicas del Modelo Integrativo	20
1.3 Bases Teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	21
1.4. Estructura de la Personalidad en el Modelo Integrativo	30
1.5. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	37
1.5.1 Primera Etapa.....	37
1.5.2 Segunda etapa	37
1.5.3 Tercera Etapa	37
1.5.4. Cuarta etapa	38
1.5.5. Quinta etapa	38
CAPÍTULO II	40
ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y SUS SECUELAS	40
2.1 Concepto	40
Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.....	40

2.2 Trastornos vasculares más frecuentes ACVs	41
2.3 Sintomatología	42
2.4 Factores de riesgo	43
Edad y sexo	43
Hipertensión.....	44
Tabaco.....	44
Diabetes y resistencia a la insulina	44
Obesidad y sedentarismo	45
Homocisteína y deficiencias de vitamina B.....	45
Colesterol y otros lípidos	45
Abuso de drogas, alcohol y café	46
Factores genéticos y congénitos.....	46
Enfermedad cardíaca y sus tratamientos.....	46
Factores mentales y emocionales.....	47
Migraña y factores de riesgo asociados	47
Infecciones	48
Otros factores asociados.....	48
Factores que afectan la recurrencia.....	48
2.5 Consecuencias.....	49
La Familia	51
3.1 ¿Qué es la familia?.....	51
3.3 Redes Familiares.....	53
3.3.1 El Efecto de red.....	53
3.3.3 Preparativos para la mediación en red	57
3.4 ¿Qué funciones tiene la Familia?	58
3.4.1 Brindar afecto.....	58
3.4.2 Garantizar seguridad y protección	59
3.4.3 Servir de ejemplo	59
3.4.4 Estimular la identidad individual	60
3.4.5 Desarrollar la identidad psicosexual	60
3.4.6 Fomentar la capacidad de adaptación	60
3.4.7 La socialización	61
3.4.8 Ampliar el aprendizaje y la creatividad	61

3.4.9 Aliviar tensiones	61
3.5 Tipos de Comunicación	61
3.5.1 Forma de comunicación agresiva.....	61
3.5.2 Forma de comunicación pasiva.....	62
3.5.3 La conducta asertiva	62
3.6 Importancia de la comunicación en las relaciones intrafamiliares.....	62
3.7 Enfoque de Resiliencia	63
Programa de Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares	64
4.1 Proporción de información.....	64
4.2 Problemas Frecuentes	65
4.3 Solución de conflictos.....	67
4.4 Organización familiar	71
4.5 Acomodación y reestructuración familiar	72
4.5.1 Cómo organizar la vida cotidiana	75
4.6 Cómo impartir directivas	76
4.7 Aplicación del Plan de Asesoramiento en una familia promedio de 5 personas	78
4.7.1 Primera Sesión	78
4.7.2 Segunda Sesión	78
4.7.3 Tercera Sesión.....	79
4.7.4 Cuarta Sesión	79
4.7.5 Quinta Sesión	80
4.7.6 Sexta Sesión	80
4.7.7 Séptima Sesión.....	81
4.7.8 Octava Sesión.....	81
4.7.9 Novena Sesión	81
4.7.10 Décima Sesión	82
HIPÓTESIS	83
Definición de variable independiente	83
Definición de la variable dependiente 1.....	83
Definición de la variable dependiente 2.....	83
MARCO METODOLÓGICO.....	85
Diseño de la investigación	85

Población investigada	85
Aplicabilidad de métodos y técnicas.....	85
Instrumentos de medición	86
Validez y confiabilidad de los instrumentos	86
Recolección y procesamiento de datos	86
DATOS GLOBALES DE LOS PACIENTES	88
DATOS GLOBALES DE LOS FAMILIARES.....	96
INTERACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON EL PACIENTE	101
COMPARACIONES ENTRE EL ASESORAMIENTO FAMILIAR E INDIVIDUAL	104
COMPROBACION DE HIPÓTESIS	109
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	115
Conclusiones	115
Recomendaciones	117
C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	118
ANEXOS	120
A. Plan aprobado.....	120
B. INSTRUMENTOS	132

TABALA DE CUADROS

Tabla 1 Tipificación de la personalidad	23
Tabla 2 Diferencias entre personalidades.....	32
Tabla 3 Operalización de las variables	84
Tabla 4 Pacientes totales por género	88
Tabla 5 pacientes totales por edad.....	89
Tabla 6 Pacientes totales por Asesoramiento	90
Tabla 7 Pacientes totales por tipo de personalidad.....	91
Tabla 8 Pacientes total por estado general de salud	92
Tabla 9 Pacientes totales por sesiones realizadas.....	93
Tabla 10 Pacientes totales por cambio en el estado general de salud.....	94
Tabla 11 Familiares globales por género	96
Tabla 12 familiares totales por edad.....	97
Tabla 13 Familiares totales por tipo de personalidad.....	98
Tabla 14 Familiares por reacción psicológica luego del ACV.....	99
Tabla 15 Familiares totales por parentesco	100
Tabla 16 Interacción semanal de los familiares con los pacientes	101
Tabla 17 Interacción diaria de los familiares con el paciente	102
Tabla 18 Comparación del número de sesión asistidas por asesoramiento.....	104
Tabla 19 Comparación de las personalidades por tipo de asesoramiento	105

Tabla 20 Comparación de relaciones intrafamiliares por Asesoramiento.....	107
Tabla 21 Comparación del cambio de estado de salud por tipo de asesoramiento	108
Tabla 22 Resumen correlacional Plan de Asesoramiento Familiar.....	110
Tabla 23 tipo de personalidad vinculada con las relaciones intrafamiliares.....	112
Tabla 24 tipo de personalidad relacionada con el promedio de mejora.....	113

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Pacientes totales por género.....	88
Ilustración 2 Pacientes totales por edad	89
Ilustración 3 Pacientes por Asesoramiento	90
Ilustración 4 Pacientes totales por tipo de personalidad	91
Ilustración 5 Pacientes totales por estado general de salud.....	92
Ilustración 6 Pacientes totales por sesiones realizadas.....	94
Ilustración 7 Cambio en el estado general de salud	95
Ilustración 8 Familiares totales por género	96
Ilustración 9 Familiares totales por edad.....	97
Ilustración 10 familiares totales por tipo de personalidad.....	98
Ilustración 11 Familiares totales por reacción psicológica luego del ACV	99
Ilustración 12 Familiares totales por parentesco.....	100
Ilustración 13 interacción semanal de los familiares con el paciente.....	101
Ilustración 14 Interacción diaria de los familiares con el paciente	103
Ilustración 15 Sesiones asistidas por tipo de asesoramiento.....	104
Ilustración 16 Personalidad de pacientes por tipo de Asesoramiento	106
Ilustración 17 Comparación de las relaciones intrafamiliares por el Asesoramiento	107
Ilustración 18 Cambio en el estado general por tipo de Asesoramiento	109
Ilustración 19 Correlación entre el porcentaje de mejora y el número de sesiones	110
Ilustración 20 Correlación entre la mejora y la edad de los pacientes	111
Ilustración 21 Correlación de la mejora y el número de familiares	111
Ilustración 22 tipos de personalidad vinculados con las relaciones intrafamiliares.....	113
Ilustración 23 Personalidad de los pacientes vinculado al porcentaje de mejora.....	114

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE POSTGRADO

INTRODUCCIÓN

Son muchas las preguntas y dudas que tienen los familiares o amigos de un ser querido que ha sufrido un accidente cerebro vascular, por lo general cada familia conoce muy bien al paciente y toman decisiones correctas, sin embargo a veces es difícil manejar las situaciones en la vida diaria. El Programa de Asesoramiento Familiar desde el modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes Cerebrovasculares, constituye una guía básica con algunas pautas adecuadas de cómo manejarse cotidianamente con estos pacientes.

Otra de las grandes interrogantes que se presentan es ¿Qué sucede en el seno familiar cuándo los miembros deben enfrentar las consecuencias incapacitantes de los Accidentes Cerebro vasculares?

Las personas encargadas de acompañar a familiares con ACV, son víctimas de excesiva presión y pueden presentar estados de ansiedad, depresión, estrés o cansancio extremo; en este marco para optimizar la tarea de cuidar al paciente, debemos intervenir en su formación y entrenamiento; de este modo los resultados para ambos serán altamente satisfactorios.

Partiendo de que, lo integrativo "Concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados" (Balarezo 2003).

El Modelo Integrativo define como asesoramiento al proceso mediante el cual el asesor ayuda al individuo o a un grupo de individuos a resolver sus problemas intrapersonales, sus conflictos interpersonales o le facilita su desarrollo personal (Balarezo, 2010)

El propósito del asesoramiento en los casos de los pacientes con ACV es psicoeducar a los familiares en el acompañamiento al paciente, ya que existen algunas características socioculturales en nuestros pacientes como el ser afectivos, expresivos, con sentimientos de arraigo y dependencia familiar, que facilitan los procesos de adaptación al nuevo estilo de vida.

En virtud de que la base filosófica del Modelo Integrativo es el Humanismo por su naturaleza de ayuda y servicio, el Asesoramiento Familiar en Pacientes con ACV desde el Modelo Integrativo, también se ubica en un marco filosófico humanista.

El Plan de Asesoramiento Familiar para Pacientes con ACV está constituido por una serie que oscila entre cinco y diez sesiones aproximadamente; dependiendo del número de familiares que se integren al plan de asesoramiento. Las sesiones duran entre 60 y 90 minutos debido los procesos psicoeducativos junto a las interrogantes que manifiestan los pacientes y familiares acerca del proceso, por lo general, las reuniones se plantean al principio cada 8 días, luego cada quince y finalmente cada 30 días, con el afán de que los familiares pongan en práctica las tareas intersesión que se asignan a cada miembro de la familia, ya que es en los intervalos donde se observan mayores adelantos del equipo de apoyo familiar.

Las primeras sesiones están designadas al establecimiento del rapport en primer lugar, a la recolección de información para lo que se utiliza la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, con las adecuaciones inherentes a las características propias de pacientes y miembros de la familia, su problemática, las condiciones familiares de trabajo y las sociales; la evaluación de la personalidad de los familiares dispuestos a colaborar de manera activa en la aplicación del plan de asesoramiento, constituye información primordial para la ejecución del mismo, sin embargo no se desatiende la proporción de información en los aspectos más importantes para organizar el plan de asesoramiento familiar; otros aspectos no menos importantes van desarrollándose a lo largo del proceso de forma clara y precisa, considerando los niveles de instrucción e intelectuales de los familiares y pacientes ACV con el objetivo de que la mayor cantidad de información adecuada y oportuna prevenga acciones contraproducentes por parte de los familiares.

En el proceso de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo para pacientes con ACV se establecieron como pautas de acción seis etapas: Proporción de información, solución de conflictos, problemas frecuentes, organización familiar, acomodación y reestructuración familiar, finalmente como impartir directivas. Las etapas no están delimitadas rigurosamente en un tiempo específico, ya que cada una de ellas generalmente se superpone y entremezcla con otras por lo tanto todas están presentes a lo largo de la aplicación del plan.

De ahí que los programas de Asesoramiento Familiar para pacientes con ACV deben ser adaptados a las características particulares del sistema familiar en el cual se manifiestan.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las personas encargadas de acompañar y asistir a parientes, parejas o amigos que han sufrido accidentes cerebrovasculares son víctimas de gran presión, y pueden presentar estados de ansiedad, depresión, estrés o cansancio extremo. Como resultado de la particular situación de los pacientes y las condiciones en las que los cuidadores deben desenvolverse se producen incrementos en costos de cuidado médico a largo plazo, tiempo de rehabilitación y pérdida de productividad; dificultades que afectan de manera similar a pacientes y familiares. Los costos del tratamiento generalmente debilitan la economía familiar y significan rubros importantes para el presupuesto estatal. Tanto para evitar esto, como para hacer mucho más efectiva su tarea de cuidar al enfermo, debemos a través del asesoramiento técnico intervenir en su formación y entrenamiento, para que los resultados en ambos casos sean altamente satisfactorios.

Para optimizar los recursos en el tratamiento es necesario proporcionar información adecuada y oportuna a los familiares sobre el correcto manejo del paciente con accidentes cerebrovasculares con el objetivo de lograr un adecuado proceso de adaptación al nuevo estilo de vida.

PREGUNTAS:

1. ¿Es importante que los familiares conozcan sobre la patología que afecta a los pacientes con accidentes cerebrovasculares a su cargo?
2. ¿Cómo influyen los diversos tipos de personalidad en las relaciones intrafamiliares de los pacientes con Accidentes cerebro vascular (ACV) ?
3. ¿Qué estrategias psicoterapéuticas se podrían implementar para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y sus familiares más cercanos?

OBJETIVO GENERAL:

- ☐ Aplicar asesoramiento familiar desde el modelo integrativo, a pacientes con accidentes cerebrovasculares para viabilizar el tratamiento físico y psicológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ☐ Fortalecer las redes familiares de los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares para mejorar el apoyo familiar a los pacientes
- ☐ Determinar cómo influyen los diversos tipos de personalidad en las relaciones intrafamiliares de los pacientes con ACV.
- ☐ Definir estrategias psicoterapéuticas para fortalecer las redes familiares

JUSTIFICACIÓN

Los accidentes cerebro-vasculares (infarto cerebral y hemorragia cerebral) matan unos 5 millones de personas cada año. Es la 2da causa principal de muerte en el mundo y la causa principal de incapacidad en los Estados Unidos. Por los menos unos 15 millones tienen accidentes cerebro-vasculares no mortales por año y como consecuencia de esto, cerca de un tercio de ellos quedan inválidos. En Ecuador la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció que entre 1990 y 2001 las principales causas de muerte en la población general fueron las enfermedades cerebro-vasculares. (Tomado de la revista virtual Médicos Ecuador)

La causa de estos accidentes cerebro-vasculares, (ACV) se debe a una alteración en la función del “endotelio”, el cual es un tejido que tapiza el interior de los vasos sanguíneos y provee una interfase entre la circulación de la sangre y los tejidos circundantes. Cuando se presenta una situación patológica como la hipertensión, diabetes, dislipidemia, entre otras, estas producen una inflamación, iniciándose el fenómeno arteriosclerótico.

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico

Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.

Los que sobreviven pueden, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cual haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida.

Debido a la particular situación en la que se encuentran los pacientes con accidentes cerebrovasculares y los familiares responsables, se hace indispensable investigar que sucede en el entorno familiar, las estrategias más adecuadas para el manejo de dichos pacientes, y las modificaciones necesarias dentro de la organización familiar con el afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes, los familiares y la sociedad ecuatoriana en general.

En el primer momento es muy común que se presenten conductas sobreprotectoras y el afán de colaboración de la mayoría de los familiares; luego cuando el tratamiento asume un carácter continuo, las funciones del cuidador recaen generalmente en una persona, dando origen a los inconvenientes ya conocidos, como el síndrome del cuidador que afecta la salud física y psicológica del familiar a cargo, dificultado el proceso de adaptación de pacientes y cuidadores al nuevo estilo de vida, convirtiéndose la red de apoyo familiar en un elemento de vital importancia para el éxito del tratamiento.

El Asesoramiento desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad permitirá estructurar las tareas de acuerdo con la personalidad de los cuidadores para lograr la participación activa y eficiente de los familiares en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

CAPÍTULO I

Psicoterapia Integrativa Focalizada en la personalidad

1. El Integracionismo

En las últimas dos décadas el enfoque de las alteraciones que afectan a las distintas Ciencias de la Salud en lo que se refiere al tratamiento, diagnóstico y conocimiento fisiopatológico de las enfermedades ha cambiado radicalmente.

Una enfermedad puede tener su origen en el sistema neuropsíquico y manifestarse en el sistema inmunológico, endócrino, aparato circulatorio, la piel, el aparato digestivo etc. Estos hechos han llevado a un enfoque de la medicina multidisciplinario ya que de otro modo no se puede realizar un tratamiento integral del paciente. (Dubourdieu, 2008)

Proponer un modelo basado en la integración significó, en un primer momento, ser empujado hacia una zona marginal. Ventajosamente pocos años más tarde el paisaje de la salud mental comenzó a transformarse. La renovación de los modelos y de los enfoques terapéuticos instaló otro clima Aparece en el medio el concepto de integración entendida como dialéctica entre lo uno y lo múltiple, entre la semejanza y la diferencia. (Fernández-Álvarez, 2008)

El argentino Fernández Álvarez, considerado el pionero del movimiento de integración latinoamericana, en 1992 expone su teoría en “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia”. El chileno Roberto Opazo en 1992 publica “Fuerza de Cambio en psicoterapia: un modelo integrativo”, y en el 2001 “Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica”. A partir del año 2002 se desarrolla en el Ecuador el modelo integrativo focalizado en la personalidad con Lucio Balarezo

Dubourdieu en Uruguay, afirma en su obra Psicoterapia Integrativa PNIE Integración Mente - Cuerpo - Entorno en el 2008 que el modelo integrativo se fue construyendo a través de movimientos surgidos en distintos países a lo largo de la historia, en oposición al paradigma disociativo, mecanicista, unicausal y reduccionista que predominó durante largos años.

El nuevo paradigma integrativo se fue extendiendo en distintas disciplinas, en la física, la química, la antropología o la filosofía, la medicina y la psicología para mencionar solo algunas de ellas.

A lo largo de la práctica profesional en el área de salud, así como en la vida cotidiana, se puede observar cómo la expresión de la conflictiva psicológica se da conjuntamente con trastornos a nivel orgánico, así como las patologías con síntomas predominantemente

orgánicos cursan con alteraciones psíquicas y sociales afectando las relaciones interpersonales.

Estas concomitancias psicoorgánicas ya señaladas y analizadas por numerosos científicos e investigadores a lo largo de la historia y en distintos lugares nos llevan a comprender que el ser humano es una unidad en que todos los sistemas de su organismo mantienen una continua interrelación, así como un permanente intercambio con el entorno.

Fernández Álvarez (2001) afirma que la teoría integrativa elabora un marco teórico propio de lo que en la práctica ocurre permitiendo que en esta teoría hallen las demás un punto de inflexión.

Opazo (2004) también citado en la misma obra considera algunos elementos influyentes en la aparición del modelo integrativo:

- La urgente necesidad de lograr compromisos conjuntos de las diferentes corrientes para evitar la entropía que amenaza al trabajo psicoterapéutico Karasú, (1986)
- La práctica común entre psicoterapeutas de varias corrientes de un “eclecticismo espontáneo” , descrita con precisión por Fernández Álvarez (1996)
- La necesidad impostergable de demostrar “eficacia” con el ejercicio psicoterapéutico ante la sociedad que comienza a exigir resultados por tratamientos tan prolongados y costosos. (Constantine, 1984, Fernández Álvarez, 1996, Balarezo 2010)

1.2. Bases Filosóficas y Epistemológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

1.2.1 Bases Filosóficas

El Humanismo

Principios Básicos

Bugental (1964) en la obra de Balarezo Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad 2010 enumera los siguientes:

- El ser humano es más que la suma de sus componentes.
- La existencia se consume en el seno de las relaciones humanas
- El hombre vive más o menos asequible a su forma consciente, esa es la base para la comprensión de la experiencia humana.

- La persona vive orientada hacia una meta, objetivos y valores que son la base de su identidad y en general tiende a la tranquilidad y a la excitación.

Los aspectos centrales que fundamentan el humanismo son la libertad, la elección, la decisión, la responsabilidad, el estar con el mundo, las condiciones del presente y el medio.

El humanismo, en el contexto psicoterapéutico, parte de algunas premisas

- La confianza básica en el ser humano que es capaz de auto-dirigirse y auto-controlarse en la mayoría de circunstancias.
- La relación simétrica que se establece entre psicoterapeuta y paciente, recreando un ambiente de confianza, permisividad, empatía y comprensión para estimular la auto-dirección del paciente en la resolución de sus problemas. Sin embargo, el modelo de psicoterapia focalizado en la personalidad adecúa la conducción del proceso de acuerdo a las condiciones del paciente cuando el sujeto lo requiera.
- Al asumir una postura no directiva el psicoterapeuta utiliza con habilidad determinadas técnicas de comunicación.

1.2.2 Bases Epistemológicas del Modelo Integrativo

El constructivismo reconoce toda forma de saber desde la consideración de un sujeto activo, con historia, que interactúa con otros sujetos y con el mundo que lo rodea, y no como una copia mecánica y replicable de algo preexistente. Hay una retroalimentación permanente entre los hombres y sus construcciones. (López, 2007)

La libertad humana es fundamentalmente la capacidad para otorgar valor a cada cosa. Somos libres porque recordamos el pasado y nos proyectamos al futuro, y el ejercicio concreto de esa libertad se produce en el acto mediante el cual concedemos sentido a algo que naturalmente no lo tiene. De manera que finalmente podemos admitir que el constructivismo tiene a la base el reconocimiento de la libertad humana.

Constructivismo moderado

La flexibilidad que brinda el constructivismo moderado, permite observar y comprender al ser humano en su total dimensión.

El modelo de psicoterapia integrativa focalizado en la personalidad toma como base epistemológica el constructivismo moderado, validado en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran su

psiquismo. En la particular y singular percepción del mundo, elaborada sobre la base de significados mediante el lenguaje, se construye la realidad, la misma que está determinada y procesada dentro del contexto familiar y social en el que se desenvuelve el intercambio e interacción que va modificando su conducta y su actitud ante la vida a través del tiempo. Por lo tanto permite validar en un marco coherente, la utilización de una diversidad de herramientas terapéuticas provenientes de diversos enfoques, considerándolas como elementos complementarios, aplicables a cada caso en particular, acercándonos con mayor certeza hacia la obtención de logros y resultados más eficaces, siempre encaminados al bienestar humano”. (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focaizada en la Personalidad, 2010)

El Programa de asesoramiento familiar para pacientes con ACV, se respalda en el modelo integrativo ecuatoriano con el objetivo de atender todas las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes y sus familiares cercanos.

1.3 Bases Teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

En el modelo integrativo se asume la siguiente definición de personalidad “una estructura dinámicamente integrada de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” (Balarezo, Psicoterapia Integrativa, 2008)

La personalidad es una organización de componentes cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales, constituyéndose en un sistema complejo.

La Personalidad está sujeta a variaciones procesuales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.

- Reconocemos a la personalidad como el núcleo integrador de las funciones psíquicas tanto en su estructura como en su funcionamiento.
- Reconocemos las facilidades y obstáculos que nos brindan los componentes biológicos y la genética en el comportamiento normal y patológico así como en el ejercicio psicoterapéutico, pero validamos la influencia ambiental y sociocultural en estos componentes.
- Reconocemos la existencia de lo consciente y lo inconsciente desde una perspectiva biopsicosocial integradora para entender con mayor propiedad su dinamismo.
- Reconocemos el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y en la génesis de los trastornos.

Terapéuticamente trabajamos sobre el presente cuando adoptamos una posición sintomática pero acudimos al pasado para entender la estructura de la personalidad desde los momentos iniciales de su formación, hechos que en su resolución permiten una proyección al futuro.

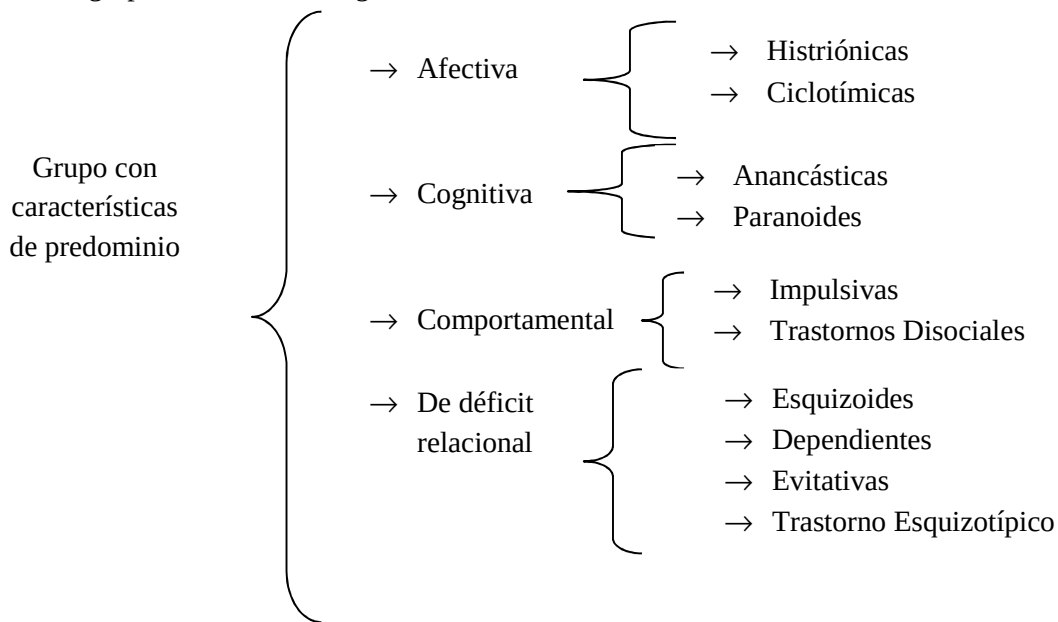
- Reconocemos el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad y adoptamos sus definiciones sobre todo en el caso de la consejería y asesoramiento.
- Reconocemos el valor de lo cognitivo en la estructuración de la personalidad ajustada y en la patológica y priorizamos la acción terapéutica en este componente durante el proceso.
- Reconocemos la importancia de la valoración sistémica y ecológica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad. (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010)

En el manejo de la personalidad, se lleva a la práctica el principio “Que la psicología es ciencia y arte. Ciencia por cuanto es necesario considerar, conceptos, principios y leyes de una disciplina biológica. Arte porque el psicólogo tiene oportunidad de demostrar su capacidad, aptitudes, iniciativa, conocimientos y formación profesional.

En el estudio de la personalidad no solo se debe perseguir un conocimiento exhaustivo de cada variable individual, sino también un conocimiento profundo del universo de mecanismos transaccionales a través de los cuales las personalidades individuales se transforman en referentes grupales durante el desarrollo.

Junto a la individualidad del sujeto en su actividad psíquica, existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda. Desde el Modelo Integrativo se toma como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Todas las personas poseen las cuatro áreas básicas de la personalidad y las diferencias individuales se marcarían por la expresión de los rasgos con una inclinación señalada hacia alguno de los componentes y déficits en otros.

Se agrupa entonces de la siguiente manera:



Se distingue una personalidad ajustada, con un estilo tipológico determinado que se desenvuelve en sus diferentes medios y personalmente sin generar, ni generarse experiencias de sufrimiento.

La personalidad se forma desde la concepción y en el transcurso de las etapas vitales, está sometida a la influencia de factores externos que refuerzan o modifican la estructura básica pero manteniendo un mismo patrón básico; la descripción de rasgos es factible desde la niñez. Para tipificar la personalidad observamos la prevalencia de los componentes básicos de la estructura con la percepción constructivista del modelo.

Tabla 1 Tipificación de la personalidad

PERSONALIDADES CON PREDOMINIO	PERSONALIDAD	RASGOS CARACTERÍSTICOS / TRATORNO
APECTIVO	Histriónica	• Búsqueda constante de apoyo y elogio • Incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de la atención • Vanidad en su apariencia y conducta • Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre

	Ciclotímica	sí mismo • Exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera pintoresca o dramática y tendencia a la teatralidad • Inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional. • Sugestionabilidad • Relaciones interpersonales superficiales • Manipulación a través de su verbalización • Oscilaciones de su estado de ánimo • Períodos de lentificación orgánica y psíquica • Períodos de aceleración funcional y psíquica • Contacto social fácil y agradable, alegre y franco que se alterna con periodos de retraimiento social • Hipersensibilidad • Colaboración solícita y preocupación por los demás • Generosidad espontánea • Bajo nivel de tolerancia
COGNITIVO	Paranoide	• Inferencias sobre engaños • Desconfianza ante nuevas amistades • Tendencia al rencor • Propensión a los celos • Reacción y contrataque ante la humillación y ofensa • Expansividad del yo

	Anancástica	• Recolección de documentos para su defensa • Características de liderazgo • Generosidad por poder • Susplicacia, tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes • Tendencias a la frialdad, el egocentrismo y la rigidez • Propensión a ser muy competentes • Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica • Rectitud y escrupulosidad • Preocupación por los detalles, orden y reglas, predominio del super yo • Empeño por el sometimiento de los demás a sus pensamientos y criterios • Apego al trabajo y a la productividad • Represión afectiva • Falta de generosidad • Incapacidad para desprenderse de objetos • Tendencia a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina les genera ansiedad
--	-------------	---

		agresividad y violencia • Despreocupación por la seguridad personal o ajena • Falta de remordimiento respecto a sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas • Falta de capacidad de empatía • Incapacidad para mantener relaciones personales • Tolerancia muy baja a la frustración • Fracaso por someterse a las normas sociales • Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro • Carencia de aprendizaje a través de la experiencia.
DE DÉFICIT RELACIONAL	Esquizoide	• Carencia de disfrute en las relaciones estrechas • Elección de actividades solitarias • Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales • Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás • Afectividad reprimida • Tendencia a la fantasía • Afectividad distante • Escasa amistad íntima con personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado • Pocas relaciones íntimas y confidentes

	Trastorno esquizotípico de la personalidad	depende • Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo debido a miedos exagerados a ser capaces de cuidar de sí mismo • Colaboración y disciplina • Ideas de referencia • Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, tales como superstición, clarividencia, telepatía o “sexto sentido”, en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas • Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales • Susplicacia o ideación paranoide • Afectividad inapropiada o restringida • Apariencia excéntrica o peculiar • Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado • Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo
--	--	---

1.4. Estructura de la Personalidad en el Modelo Integrativo

El individuo es una unidad psicosomática, lo que nos lleva a la ruptura de falsas dicotomías: enfermedades físicas y psíquicas, somáticas y psicosomáticas.

Todos sus sistemas se hallan interrelacionados, hay continuas intermodulaciones entre los sistemas nervioso, endócrino e inmunológico y además se halla inmerso y dependiente del contexto sociocultural y ambiental. (Dubourdieu, 2008)

Cada ser humano es una combinación única e irrepetible en que convergen:

Factores Genéticos

Los genes, son las unidades de la herencia transmitida de los padres a la descendencia.

Los genes permiten que los organismos respondan y usen lo que está a su alrededor en su medio ambiente. Al mismo tiempo, los entornos influyen en las acciones de los genes.

EAS Modelo Temperamento A partir de tres dimensiones: la emotividad, la actividad y la sociabilidad, el modelo de temperamento EAS se ha desarrollado. (personalitysynopsis, 2007).

Emocionalidad se refiere a las reacciones emocionales de un niño a los estímulos ambientales. En otras palabras, un niño que es muy emocional puede llorar con facilidad, ser más temeroso, entusiasmarse con rapidez, o exhibir otras respuestas emocionales fuertes. Un niño bajo en este temperamento puede parecer más fácil, relajado, y menos interesado en su entorno. Como adulto, alta emocionalidad puede estar relacionado con actividades artísticas, las relaciones, y la elección de carrera.

Actividad se refiere al nivel de energía de un niño. Los ricos en este tipo de carácter son vistos como activos, prefieren la actividad física y juegos, puede ser más inquieto. Como adultos, nuestro temperamento para la actividad juega un papel importante en nuestra elección de carrera, los pasatiempos y la socialización.

Sociabilidad se refiere a la comodidad de una persona y el nivel de interacción con los demás. Obviamente, aquellos ricos en este temperamento se prefieren las actividades de grupo, deportes de equipo. Los bajos niveles de interacción social en seres humanos los

llevan a preferir actividades solitarias y sufren de ansiedad con los extraños o situaciones nuevas. Como adultos, es fácil ver como nuestro nivel de sociabilidad puede influir en nuestras amistades, la elección de carreras y pasatiempos.

Inhibición Otra área de investigación biológica se ha centrado en la tendencia de un niño hacia el ser inhibido o desinhibido.

Mientras algunos rasgos tienden a cambiar, la inhibición parece mantenerse relativamente estable en el tiempo.

Un niño inhibido, uno que es desconfiado con los extraños, más pasivo en sus interacciones con los demás, y vacilante para explorar nuevas situaciones, tiende a convertirse en un adulto que tiene menos probabilidades de atraer a los demás, ser más pasivo en las relaciones, y prefieren actividades en solitario que las actividades de grupo. Aquellos clasificados como sin inhibiciones de manera similar muestran características similares a los adultos como lo hicieron cuando eran más jóvenes.

Influencias Neuropsicológicas

Robert Ader en la Universidad de Rochester (1974) citado en la obra Integración – Cuerpo- Mente- Entorno de Dubourdieu (2008) demostró la posibilidad de poder influir en el sistema inmune desde el sistema nervioso mediante abordajes psicológicos.

Se ha podido confirmar la existencia de receptores neuroquímicos en el sistema inmune para neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas. Otro tanto ocurre en los sistemas, nervioso y endócrino para mensajes provenientes de los otros sistemas, por lo que no podemos comprender el funcionamiento de un sistema sin considerar las influencias provenientes de los otros.

Los mediadores predominantes en el sistema de correspondencia tradicional, neurotransmisores, hormonas y neuropéptidos también están presentes en los otros sistemas.

La alteración de un mediador producirá modificaciones en elementos del propio sistema y de los otros sistemas y no habría una jerarquía de un sistema sobre otro. Lo que sí podemos hallar es un predominio sintomático en uno de ellos que indefectiblemente involucrará a los otros sistemas.

Se ha demostrado que los estados crónicos de tensión, tristeza, ansiedad, depresión, angustia y desesperanza, producen respuestas de estrés, con repercusiones inhibitorias en el sistema inmune por activación del sistema neurovegetativo y del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (eje HHA) y liberación de cortisol y catecolaminas en las glándulas suprarrenales, afectando también otros ejes como el tiroideo, el gonadal, el nivel de glucosa en sangre y otros funcionamientos del organismo.

Influencias biológicas en los estilos de Personalidad

Tomado de la obra Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad Balarezo 2010

Tabla 2 Diferencias entre personalidades

DIFERENCIA ENTRE LAS PERSONALIDADES AFECTIVAS SEGÚN LAS INFLUENCIAS BIOLÓGICAS	
HISTRIÓNICAS	CICLOTÍMICAS
Mantienen como constante la extraversión puesto que necesitan estimulación externa fuerte y permanente para que se active su Sistema Reticular Ascendente → Alegres → Arriesgadas → Impulsivas → Activas → Optimistas → Amistosass Funcionamiento mayor del lóbulo parietal, debido a que éste se encarga de percibir las sensaciones corporales externas e internas activadas mediante los órganos sensoriales.	Pueden presentar estas manifestaciones extravertidas cuando están en el polo alto pero también oscilan con periodos de introversión donde la estimulación externa tiene matices muy bajos y su respuesta es de poca intensidad por eso se tornan → Pasivas → Retraídas → Reservadas → Pesimistas → Temerosas → Ansiosas El funcionamiento parietal se evidenciaría únicamente al encontrarse con el ánimo positivo La heredabilidad de las características de personalidad es mayor, partiendo de la

	premisa que el trastorno bipolar, que tiene como base una personalidad ciclotímica, es heredable en un 80%
DIFERENCIA ENTRE LAS PERSONALIDADES COGNITIVAS SEGÚN LAS INFLUENCIAS BIOLÓGICAS	
ANACÁSTICAS	PARANOIDES
En los trastornos de personalidad Anancástica se observa niveles altos de Glutamato y 5 hidroxitriptofano (5-HTP) Que los hace: → Persistentes → Ansiosos → Inflexibles → Con tendencia a la obtención compulsiva de logros Menor nivel de actividad por lo que son → Poco activos → Conciliadores → Temerosos → Propensos a delegar sus obligaciones Sistema Nervioso débil Mayor tendencia a la inercia exitatoria	Se produce hiperactividad del sistema Dopaminérgico por alteración funcional en los subsistemas mesolímbico y mesocortical que los hace: → Expansivos → Desconfiados → Suspicious → Rencorosos → Ambiciosos Mayor nivel de actividad por lo que son más propensos a → Acción → Testarudez → Individualismo → Constancia → Emprendimiento → Alegría Sistema Nervioso fuerte
DIFERENCIA ENTRE LAS PERSONALIDADES COMPORTAMENTALES SEGÚN LAS INFLUENCIAS BIOLÓGICAS	
INESTABLES	DISOCIALES
Mayor nivel de neuroticismo Las alteraciones bioquímicas y hormonales se evidencian en la impulsividad nociva hacia si mismo Es posible que exista un fallo de coordinación entre redes cerebrales Fallo en la maduración y desarrollo del	Mayor nivel de psicoticismo La impulsividad se refleja generalmente en ataques a otras personas Es probable que presenten madurez cerebral retrasada La violencia física impulsiva y la agresión de los seres humanos disociales, se

sentido de la propia identidad La desregulación del sistema límbico y de algunos neurotransmisores en especial de los sistemas colinérgico y serotoninérgico Se aprecian mayores porcentajes de trastornos afectivos entre los familiares	relacionan con niveles muy bajos de serotonina, además de lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales que podrían ser responsables del deterioro de los estándares éticos y morales. Antecedentes familiares de trastorno disocial relacionado con trastornos por somatización y con alcoholismo familiar	
DIFERENCIA ENTRE LAS PERSONALIDADES CON DÉFICIT RELACIONAL SEGÚN LAS INFLUENCIAS BIOLÓGICAS		
EVITATIVAS	DEPENDIENTES	ESQUIZOIDES
Presentan una neurobiología larvada de fobia social Presentan sensibilidad de receptores serotoninérgicos	Presentan rasgos ansiosos genéticos Denotan hipersensibilidad a los receptores serotoninérgicos	Se evidencia correlación con trastornos esquizofrénicos Déficit en la actividad dopaminérgica frontal que sería el indicador biológico del rasgo cognitivo de la personalidad.

Factores socio - culturales y Perspectivas Psicológicas

Es mediante la interacción entre el medio y el individuo que se funda la personalidad de cada sujeto lográndose una estructura individual. Cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en función de la influencia de varios factores:

Ambiente físico

- Condiciones socio – económicas
- Influencias culturales
- Mecanismos de aprendizaje prevalentes en la sociedad y el individuo

Estos factores influyen tanto en los pacientes como en el terapeuta, creando diversas reacciones psicológicas, que se evidencian en la relación psicoterapéutica facilitando u obstaculizando el proceso psicoterapéutico.

Influencias Sociales Tempranas en los Estilos de Personalidad

Desde el Modelo Integrativo en las personalidades afectivas de tipo histriónica, es factible observar sobre-estimulación y diversidad de estimulación en etapas tempranas, utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario de alguno de sus padres o de ambos, dificultad en la resolución de los celos fraternos, condiciones físicas y psíquicas atractivas, carencia de figura parental. En las de tipo ciclotímico son apreciables algunas de las características señaladas, pero con un factor orgánico prevalente. Además puede existir un patrón depresivo en el que se aprecien situaciones de pérdida emocional temprana, dificultades en el entrenamiento de indefensión, aliento de actitudes sociales extremas.

En las personalidades cognitivas de tipo paranoide se presume sobrevaloración excesiva sobre sus capacidades y logros reales o ficticios, sometimiento a fuertes antagonismos, discrepancias y divergencias con las figuras parentales, grandes demandas acerca del cumplimiento exitoso de las tareas, manejos tempranos contradictorios o intransigentes, desaprobaciones de las figuras paternas, condiciones intelectuales o personales favorecidas. En el subtipo anancástico se considera un exceso de control parental con probables castigos, culpabilidad generada por deficiencias, privaciones y carencias, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de la responsabilidad.

En las personalidades comportamentales de tipo inestable se advierte notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en la relación competitiva con sus hermanos, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas. En el subtipo correspondiente al trastorno disocial de la personalidad se observan modelos parentales deficitarios que no generan normas, conciencia de valores subdesarrollados en su entorno, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social.

En las personalidades con déficit relacional de tipo esquizoide son apreciables, pobreza estimulativa en los estadios tempranos de vinculación sensorial, relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas. En el subtipo evitativo son frecuentes, el rechazo y desprecio familiares, tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres, rechazo y alienación de los pares y compañeros. En el subtipo dependiente es ostensible el excesivo apego parental y sobreprotección por alguna situación especial de orden físico o psíquico. En el trastorno esquizotípico de personalidad se aprecian, pobre estimulación temprana con expresiones afectivas, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

El Valor de Pasado

La respuesta a muchas de las conductas en el presente de los seres humanos se originan en las etapas vitales pasadas, es importante entender el pasado para mejorar el presente y evitar conductas inaceptables en el futuro.

En sistemas abiertos de complejas interacciones como lo es la realidad y todo lo que le acontece al ser humano, hablamos de multicausalidad. En la que distintos factores convergen dando lugar a la ocurrencia de un fenómeno. (Dubourdieu 2008).

La complejidad nos lleva a considerar la convergencia temporal: Pasado-Presente – Futuro.

Las experiencias pasadas inciden en el presente y condicionan el futuro. Las expectativas futuras afecta el presente y nuestra resignificación del pasado. Desde el presente condicionaremos nuestro contacto con el pasado y el futuro. Por otro lado Damasio, habla de “memorias del futuro”, pues las expectativas futuras nos generan correlatos psicofisiológicos, dejando huellas mnésicas o circuitos facilitadores de posteriores respuestas y tienen lugar así procesos de retroacción o de recursividad así como procesos equivalentes a los de las profecías autocumplidoras.

Lo Consciente y lo Inconsciente en el Modelo Integrativo

Desde lo integrativo se asume al inconsciente como una estructura de la mente en un nivel irracional y no conocido, complementario a la categoría consciente. En lo inconsciente se incluyen aquellos datos y experiencias provenientes de diferentes fuentes que no son accesibles a nuestra consciencia en una condición o momento determinado.

El inconsciente se rige por el proceso primario que se caracteriza por la ausencia de cronología, del concepto de contradicción, por su expresión en lenguaje simbólico, igualdad de valores para la realidad interna y externa y el predominio del principio del placer. Puede entenderse además con una concepción fisiológica, es decir como modos infraliminares de la actividad nerviosa superior que determinan influencias sobre la conducta. (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focaizada en la Personalidad, 2010)

Los contenidos racionales o conscientes están representados por todos aquellos elementos de los que tienen conciencia tanto terapeuta como paciente y que por lo tanto son controlados voluntariamente por ellos. Fisiológicamente serían la expresión de focos excitatorios supraliminares cuyo umbral permitiría un acceso fácil a la conciencia. Nos

referimos a los contenidos cognitivos de los relatos o vivencias, y sobre todo, a la expresión afectiva acompañante.

1.5. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Etapas del Proceso

1.5.1 Primera Etapa

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:

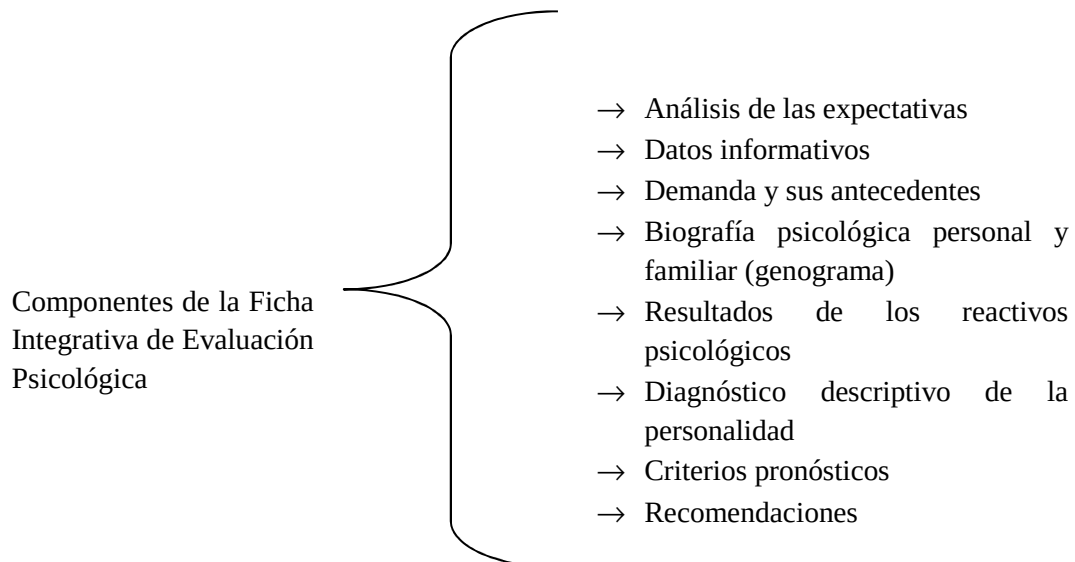
Mediante las estrategias de la primera entrevista juzgamos el grado de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda.

1.5.2 Segunda etapa

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno

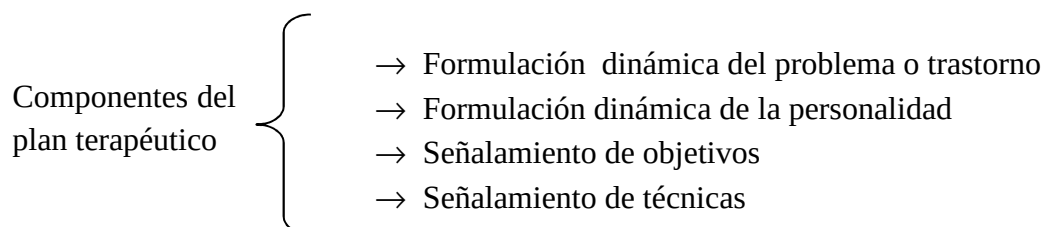
Como instrumento básico de recolección de información la FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPs), con adecuaciones inherentes a las características del paciente, su problemática, su patología, las condiciones familiares, de trabajo y las sociales.

Tomado de la obra Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad



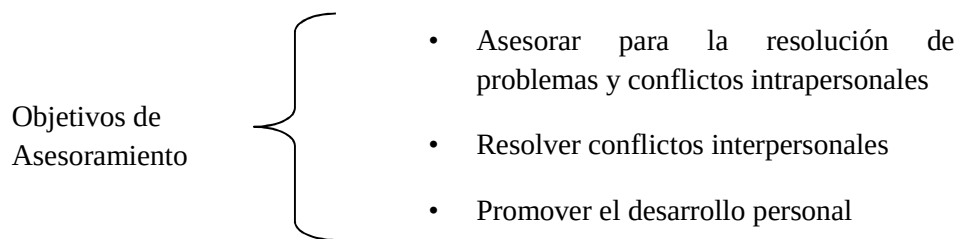
1.5.3 Tercera Etapa

Planificación del proceso



Los objetivos y técnicas del plan se discutirán con el demandante para acercarse a sus motivaciones y expectativas. Requiere del terapeuta un trabajo analítico-sintético profundo a fin de ajustar el proceso a las necesidades del paciente.

Los objetivos pueden direccionarse de la siguiente manera: objetivos de asesoramiento, objetivos sintomáticos y objetivos de la personalidad, cada objetivo requiere de técnicas específicas para los niveles en los que se pretenda actuar. El terapeuta clasificará conscientemente sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto.



SEÑALAMIENTO DE TÉCNICAS: En Asesoramiento se dirigen a la solución de problemas intrapersonales, la resolución de conflictos familiares o interpersonales o al desarrollo personal, si actuamos sobre el síntoma, los recursos técnicos empleados son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes que se orienten en este sentido. Cuando operamos sobre la personalidad utilizamos procedimientos cognitivos, interpretativos, de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual o cualquier otro recurso que promueva el insight.

1.5.4. Cuarta etapa

Ejecución y aplicación técnica

Las estrategias se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de nuestro habitante.

La estructura y dinamismo de la personalidad del demandante tiene un alto valor, tanto en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales.

Pueden darse rectificaciones, tanto en el planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas cuando el caso así lo requiera.

1.5.5. Quinta etapa

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

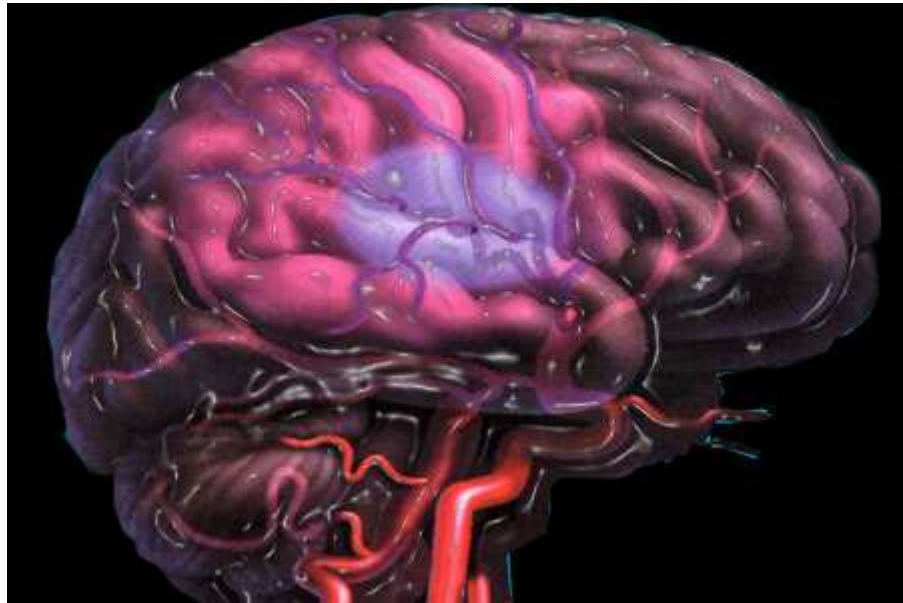
El terapeuta, subjetivamente en la mayoría de casos, evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales de aquél, quien a su vez, acoge también subjetivamente lo que considera superación de los problemas o disminución de sus síntomas.

El criterio de familiares y allegados es mayormente aceptado, aunque existe el riesgo que se evalúe el comportamiento del paciente los términos que son de su convivencia y no del interesado.

Los reactivos psicológicos constituyen una alternativa de evaluación con mejores beneficios por ser instrumentos categorizados y estandarizados. Su aplicación, previa al tratamiento, en el período de investigación y posterior a la terapia, marcará una movilización positiva en los puntajes correspondientes.

CAPÍTULO II

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y SUS SECUELAS



2.1 Concepto

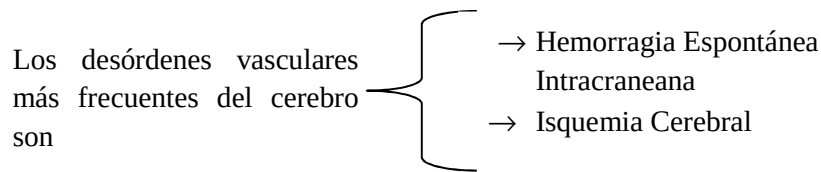
El cerebro consume un 30% del oxígeno total del cuerpo y ni aún en el estado del sueño disminuye significativamente este consumo. (Remache, 2005)

Esta actividad metabólica tan elevada se explica también por una intensa actividad de la glucosa que es la principal fuente energética de las neuronas. Metabólicamente el 85% de la glucosa captada por el cerebro, utiliza vía anaeróbica como medio para liberar energía

Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se le denomina "ataque cerebral" "derrame cerebral".

Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.

2.2 Trastornos vasculares más frecuentes ACVs



HEMORRAGIA ESPONTÁNEA INTRACRANEANA: Puede producirse dentro de la misma sustancia cerebral, siendo responsable del ataque cerebral o ictus y que suele acompañar a un aumento de la presión sanguínea. (Mancheno, 1998)

Se debe a la ruptura de pequeñas dilataciones patológicas de las arterias internas denominadas **ANEURISMAS DE CHARCOT-BOUCHARD**. Son más frecuentes en algunas como es el caso de las ramificaciones de la arteria Lénticulo-estriada. (Arteria de la hemorragia cerebral) que por irrigar las vías que controlan el lado opuesto, produce como síntoma principal la parálisis del lado contralateral o trastornos de las funciones mentales superiores cuando la hemorragia desconecta varias zonas corticales.

Otra hemorragia intracraneal es la **SUBARACNOIDEA** que en la mitad de los casos afecta el tejido cerebral produciendo efectos de irritación y presión.

ISQUEMIA CEREAL: Constituye la reducción del riego sanguíneo que produce la muerte de una parte de la sustancia cerebral o infarto cerebral. El bloqueo, que es mecánico, puede producirse de manera repentina como en el caso de un coágulo. Los síntomas que produce el infarto cerebral dependen de muchos factores como la rapidez de la oclusión, el tamaño y la localización del vaso implicado.

La estenosis arterial puede producir pérdida temporal de las funciones del cerebro, en especial si está acompañada de bajas pasajeras de la presión sanguínea, haciendo que regiones del cerebro queden privadas de un riego sanguíneo durante períodos cortos, aunque no sean lo suficientemente graves para producir la muerte masiva de las células. La isquemia cerebral recurre se debe al estrechamiento de la arteria carótida interna y al sistema de la arteria vertebrovasilar o de alguna de sus ramificaciones.

La sintomatología de los ACVs isquémicos obedece a la interrupción del riego sanguíneo en las regiones del tejido cerebral; cuando es por trombosis (sustancia que se desarrolla en el mismo sitio) y en las hemorragias las manifestaciones neuropsicológicas pueden demorarse más tiempo en su instalación, en cambio en los embolismo (sustancia que ha

sido transportada desde otro sitio por el torrente sanguíneo), la instalación de los déficit es súbita. La sintomatología presentada dependerá del sistema vascular afectado, así por ejemplo: Las isquemias de la arteria cerebral media del hemisferio izquierdo produce afasia, los ACVs de las arterias cerebrales anteriores producen trastornos comportamentales y las alteraciones de la memoria son más evidentes ante las afecciones de la arteria cerebral posterior. (Mancheno, 1998)

En los accidentes isquémicos transitorios (AIT) luego de la presentación de signos neurológicos focales, se produce una recuperación completa o casi completa dentro de las 24 horas siguientes. También es de señalarse que los ACVs se presentan por endurecimiento de las arterias (arterioesclerosis) o por reducción del flujo sanguíneo cerebral por inflamación de los vasos (vasculitis).

2.3 Sintomatología

Los síntomas del accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro sea afectada.

Los síntomas generalmente se presentan de manera súbita o pueden ocurrir a intervalos durante el primero o segundo día. Los síntomas por lo general son más graves apenas sucede el accidente cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente.

La Cefalea es la consecuencia de un trastorno funcional u orgánico de cualquiera de las estructuras, en esta región son capaces de producir dolor todos los tejidos pericraneales, las arterias extracraneales y las cerebrales de la base del encéfalo, las venas de la superficie cerebral y los grandes senos venosos en los que van a desembocar. En la hemorragia subaracnoidea, la cefalea se produce por ruptura y distensión de los vasos de la aracnoides o de la piamadre en las zonas sensibles al dolor. (Remache, 2005)

Los síntomas acompañantes de la cefalea por hemorragia son: vómito somnolencia y rigidez cervical.

Otros síntomas dependen de la gravedad del accidente cerebrovascular.

- Cambios en la audición.
- Cambios en el sentido del gusto.
- Cambios en la sensibilidad que afectan el tacto y la capacidad para sentir el dolor, la presión o temperaturas diferentes.

- Confusión o pérdida de memoria.
- Dificultad para deglutir.
- Dificultad para leer o escribir.
- Vértigo
- Falta de control de esfínteres.
- Pérdida del equilibrio.
- Pérdida de la coordinación.
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo.
- Cambios emocionales, de personalidad y estado de ánimo.
- Problemas con la vista, incluyendo disminución de la visión, visión doble o ceguera total.

2.4 Factores de riesgo



Edad y sexo

Las personas con un riesgo mayor de ACV son los adultos mayores, especialmente aquellas con presión arterial elevada, sedentarios, con sobrepeso, fumadores o diabéticos. En los grupos de mayor edad, los estudios son variados al respecto de los ACV según el sexo. Las mujeres pueden tener un riesgo mayor de ACV hemorrágico que los hombres.

Tampoco son inmunes las personas más jóvenes; un 28% de los pacientes tienen menos de 65 años. Los accidentes cerebrovasculares en personas más jóvenes afectan por igual a hombres y mujeres.

Hipertensión

Es el aumento persistente de la tensión arterial, de manera específica la tensión diastólica excede los 95mmHg y la sistólica los 160

Son efectos de la hipertensión los trastornos cardiacos, cerebrales y renales, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardiaca, cardiopatías coronarias, infarto del miocardio, accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y trombóticos.

Los síntomas más comunes son cefaleas, vértigo, fatiga, modificaciones de la visión, disnea, precordialgias. (Remache, 2005)

Tabaco

Las personas que fuman un paquete al día tienen casi un riesgo de 2 veces y media más de ACV que los que no fuman. Los factores específicos de riesgo mayor de ACV en fumadores incluyen lo siguiente:

- Fumadores actuales. El riesgo puede seguir siendo elevado durante 14 años después de dejar de fumar.
- Las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales

Diabetes y resistencia a la insulina

La diabetes es un factor de riesgo importante de la embolia isquémica, tal vez debida a los factores de riesgo acompañantes, como obesidad e hipertensión arterial. Los estudios han implicado también la resistencia a la insulina, que suele producirse en diabéticos insulín dependientes, como factor independiente en la aparición de la aterosclerosis y la embolia. Con este trastorno, los niveles de insulina son de normales a elevados, pero el cuerpo es incapaz de usar con normalidad la insulina para metabolizar el azúcar en sangre. El cuerpo compensa al elevar el nivel de insulina (hiperinsulinemia), que puede, a su vez, aumentar el riesgo de coágulos sanguíneos y reducir niveles HDL (forma beneficiosa de colesterol).

Obesidad y sedentarismo

La obesidad se asocia con la embolia, principalmente porque el sobrepeso refleja la presencia de otros factores de riesgo, incluyendo resistencia a la insulina y diabetes, hipertensión arterial y niveles de colesterol poco saludables. (Genosalud, 2010)

Homocisteína y deficiencias de vitamina B

Los niveles anormales en sangre del aminoácido homocisteína, que se producen con deficiencias de vitamina B6, B12, y ácido fólico, están fuertemente vinculados a un aumento del riesgo de enfermedad de las arterias coronarias y de un accidente cerebrovascular. Algunos expertos creen que la homocisteína es un factor de riesgo importante de embolia, seguido sólo por la hipertensión arterial. La homocisteína parece ser tóxica para las células que recubren las arterias y que contribuyen a la coagulación sanguínea.

Colesterol y otros lípidos

Los estudios indican que las HDL (lipoproteína de alta densidad, considerada colesterol saludable) tal vez ayude en la prevención de apoplejías isquémicas e incluso reduzca el riesgo de ACV causado por hemorragia. Por ejemplo, en un estudio del 2000, con los niveles de colesterol HDL más elevados tenían un 32% menos de riesgo de embolia que los hombres con los niveles de HDL más bajos.

En contraste con este lípido, la lipoproteína a y la apoE son lípidos (moléculas grasas) que parecen aumentar el riesgo de apoplejía. La lipoproteína a presenta una estructura similar a la de la LDL y transporta una proteína que puede obstaculizar la habilidad del cuerpo de disolver coágulos de sangre.

Son pocas las pruebas que señalan la presencia de niveles elevados de colesterol y LDL (el considerado colesterol perjudicial) como desencadenantes de ACV isquémicos; de hecho, un nivel bajo de colesterol puede constituir un factor de riesgo de apoplejía hemorrágica. Según un estudio realizado en 1999, existe una asociación entre la presencia de LDL y un riesgo elevado de demencia tras un accidente cerebrovascular.

Abuso de drogas, alcohol y café

El abuso desmesurado de alcohol, especialmente un historial reciente de alcoholismo, se asocia con un riesgo elevado de ACV isquémico y hemorrágico.

Algunos estudios sugieren que tomar tres o más tazas de café al día podría aumentar el riesgo de ACV en hombres mayores con hipertensión.

El abuso de drogas, especialmente en el caso de la cocaína y, cada vez más, de la metanfetamina (una anfetamina), constituye un factor importante de riesgo en la incidencia de casos de apoplejía entre los jóvenes. Los esteroides utilizados para la tonificación del cuerpo también aumentan el riesgo.

Factores genéticos y congénitos

Genética y hemorragia subaracnoidea. Los factores genéticos son especialmente importantes en el caso de hemorragia subaracnoidea, siendo la causa del 7% al 20% de los casos. Los aneurismas fisurados que presentan dichos pacientes suelen aparecer a una edad más temprana, ser menores, y presentar una probabilidad de recidiva más elevada que en el caso de pacientes sin dicha condición genética. Un estudio realizado con personas que habían sufrido hemorragias subaracnoideas detectó que los parientes más cercanos de los pacientes con apoplejía presentaban un riesgo elevado que oscilaba entre el 2% y el 5%. Algunos expertos recomiendan realizar pruebas de detección en personas con más de un familiar cercano que haya sufrido una embolia hemorrágica. (Genosalud, 2010)

Trastornos hereditarios que contribuyen al ACV. Algunos casos de fibrilación auricular pueden ser hereditarios. Las alteraciones genéticas también están asociadas con ACV producidos por hemorragia; entre éstas se incluyen la enfermedad poliquística renal, el síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, la neurofibromatosis tipo 1 y el síndrome de Marfan. Se recomienda realizar pruebas para la detección de posibles aneurismas en aquellas personas con más de un pariente cercano que haya sufrido un ACV hemorrágico.

Enfermedad cardíaca y sus tratamientos

A menudo tienen en común factores de riesgo, incluyendo una presión arterial alta y la diabetes.

El riesgo de ACV aumenta durante las intervenciones quirúrgicas que implican cirugía en las arterias coronarias, tales como operaciones de bypass aorto coronario, angioplastia y arteriectomía coronaria. Los fármacos antitrombóticos (substancias disolventes de coágulos) y otros anticoagulantes que se utilizan en el tratamiento de infartos de miocardio también aumentan ligeramente el riesgo de ACV hemorrágico.

Un infarto de miocardio por sí sólo ya aumenta el riesgo de ACV; el peligro es aún mayor durante los primeros días tras un ataque, aunque sigue sin ser demasiado elevado. Aquellos que presentan más riesgo son las personas mayores y las personas que sufren también insuficiencia cardiaca congestiva.

Factores mentales y emocionales

El estrés mental prolongado o frecuente causa un aumento exagerado de la presión arterial; con el tiempo, este efecto ha sido vinculado con un engrosamiento de las arterias carótidas. De hecho, una serie de estudios han descubierto una asociación entre el estrés mental prolongado y un estrechamiento progresivo de la carótida.

En las emociones como la angustia hay un aumento de lípidos por la activación de la vía cortico-hipotalamo-hipofisiaria, el depósito de grasa produce constricción de los vasos bloqueando el aporte de oxígeno, además aumenta la viscosidad sanguínea y disminuye la coagulación por acción simpática. La ansiedad es un factor para el apareamiento de obesidad, consumo de cigarrillos e hipertensión arterial. (Remache, 2005)

Migraña y factores de riesgo asociados

La cefalea vascular, migraña o jaqueca es un dolor muy intenso y puede ser desencadenado por cualquier estímulo físico, psíquico o biológico, y aún se asocia a la menstruación y menopausia. Clásicamente es unilateral, asentado en toda la mitad de la cabeza o sólo en un ojo o en la mitad de la frente, ocasionalmente puede alternar entre una lado y otro, puede tener sensación de latido y estar acompañado de náusea y vómito. Algunos alimentos como el chocolate y los quesos con tiramina pueden desencadenarlo, al igual que la actividad física, los movimientos de cabeza y el coito.

Los anticonceptivos orales se añaden al riesgo de ACV en mujeres jóvenes con migraña, pero sólo en que aquellas personas que sufren auras

Infecciones

Un estudio del 1998 descubrió que los pacientes hospitalizados por ACV eran tres veces más propensos que los pacientes que no habían sufrido una apoplejía de haber estado expuestos recientemente a las infecciones, normalmente infecciones leves en el aparato respiratorio.

La enfermedad periodontal ha sido asociada con un mayor riesgo de apoplejía y enfermedad cardíaca. Las bacterias que causan periodontitis pueden estimular factores que causan coagulación sanguínea y otras proteínas que contribuyen a un riesgo más elevado.

El virus varicela zóster (virus causante de la varicela y el herpes) ha sido asociado a la vasculitis cerebral, trastorno en que los vasos sanguíneos del cerebro se inflaman. Es una causa de ACV en niños. El virus se ha asociado también con algunos casos de ACV en adultos jóvenes.

Otros factores asociados

La suspensión del sueño, que puede contribuir al estrechamiento de la arteria carótida, parece aumentar el riesgo de ACV multiplicándolo por tres e incluso por seis.

El embarazo comporta un riesgo mínimo de apoplejía, principalmente se da en mujeres embarazadas con presión arterial alta o a aquellas a las que se les practica una cesárea. El riesgo parece ser mayor durante los períodos posteriores al parto, tal vez debido al cambio repentino de la circulación y del nivel de hormonas.

Casi un 40% de jóvenes con ACV y un 10% de todos los pacientes con apoplejía tienen componentes del sistema inmunitario conocidos como anticuerpos antifosfolípido que aumentan las probabilidades de coagulación sanguínea.

Las personas con anemia falciforme corren riesgo de ACV a una edad temprana.

Factores que afectan la recurrencia

El riesgo de recurrencia a los cinco años es de un 22%. Este riesgo de recurrencia de cualquier tipo de apoplejía es mayor en los primeros seis meses, así que deberían

adoptarse medidas preventivas lo antes posible. Algunos factores de riesgo específicos de recurrencia precoz son los siguientes:

- Hemorragia o embolia cerebral
- Diabetes.
- Alcoholismo
- Enfermedad valvular cardíaca
- Fibrilación auricular

2.5 Consecuencias

Físicas

El ataque cerebral puede resultar en las siguientes discapacidades:

Pérdida del habla, de la escritura, de la capacidad de vestirse, de bañarse, de comer.

Pérdida de la capacidad de continencia, de la capacidad de comprensión.

Pérdida del movimiento y otras. (FCa Accidentes Cerebrovasculares, 2010)

Algunas veces los enfermos contraen neumonía.

Si permanece mucho tiempo en cama, hay que vigilar la aparición de escaras. También puede haber amnesia temporal o parálisis

Psicológicas

El accidente cerebrovascular (ACV o Stroke) o ataque cerebral es la primera causa de discapacidad en el mundo. Lamentablemente, por lo general sólo se presta atención a las secuelas más conocidas, como la hemiplejía (parálisis de la mitad del cuerpo) y los problemas del habla. Sin embargo, hay otras consecuencias que a veces son menos evidentes, como la depresión y los trastornos conductuales, que se ignoran y no se diagnostican.

Hasta un 50% de las personas que sobreviven a su ataque cerebral sufren depresión durante los primeros años. A pesar de esto, en la mayoría de los casos se omite el diagnóstico, lo que repercute negativamente en el paciente.

Los trastornos neuroconductuales que se presentan más frecuentemente luego del ataque cerebral son trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, apatía, falta de motivación o desinterés, psicosis, cambios en la personalidad, desinhibición y/o la combinación de varios síntomas psiquiátricos y cognitivos de diversa gravedad.

También hay trastornos cognitivos luego del ataque cerebral como afasia, trastornos de memoria, planificación, toma de decisiones etc. Es clave el diagnóstico de los trastornos conductuales y cognitivos luego del ataque cerebral ya que un adecuado manejo y rehabilitación de los mismos impacta positivamente en la calidad de vida del paciente y de la familia. (Manes, 2010)

Capítulo III

La Familia

La familia es el lugar donde más protegidos nos sentimos. Tiene responsabilidad de brindar, a sus miembros, la oportunidad de desarrollar su personalidad y de enriquecerla; y la función de satisfacer las necesidades afectivas y físicas de sus componentes. Además debe estimular la adquisición de la identidad individual y psicosexual de sus miembros, y establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. (Gómez, 2005)

3.1 ¿Qué es la familia?

El concepto de familia varía de acuerdo con el enfoque de quién lo emite:

La Familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital, de la vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad. (Instituto Interamericano del niño, 2010)

El código de la familia cubano expresa, literalmente que “ La familia constituye una entidad en que están presentes íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que, en tanto célula elemental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y, en cuanto a centro de relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos sus parientes, satisfacen intereses humanos, afectivos y sociales de la persona”. (Gómez, 2005)

Para entender a la Familia en su total concepción es necesario acudir a la teoría general de los sistemas, ya que parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como “organización”, “totalidad”, “globalidad” e “interacción dinámica” (Balarezo 2010)

Sistema es todo organismo con un número de componentes en interacción mutua que presenta las siguientes características:

El sistema abierto intercambia energía, materia e información con su ambiente, tiene límites que separan un sistema de otro y se encargan de filtrar los elementos que salen y entran al sistema en sus operaciones, en el que existe un proceso de transformación de energía. Un sistema recibe retroalimentación y mantiene su homeostasis para crecer y desarrollarse mediante la diferenciación. La negentropía implica que sistemas desatendidos avanzan implacablemente hacia el desorden.

Todo sistema es parte de un subsistema. Existe relación jerárquica con suprasistemas o subsistemas. Los suprasistemas se desarrollan a partir de sus subsistemas y gradualmente ganan control sobre los subsistemas.

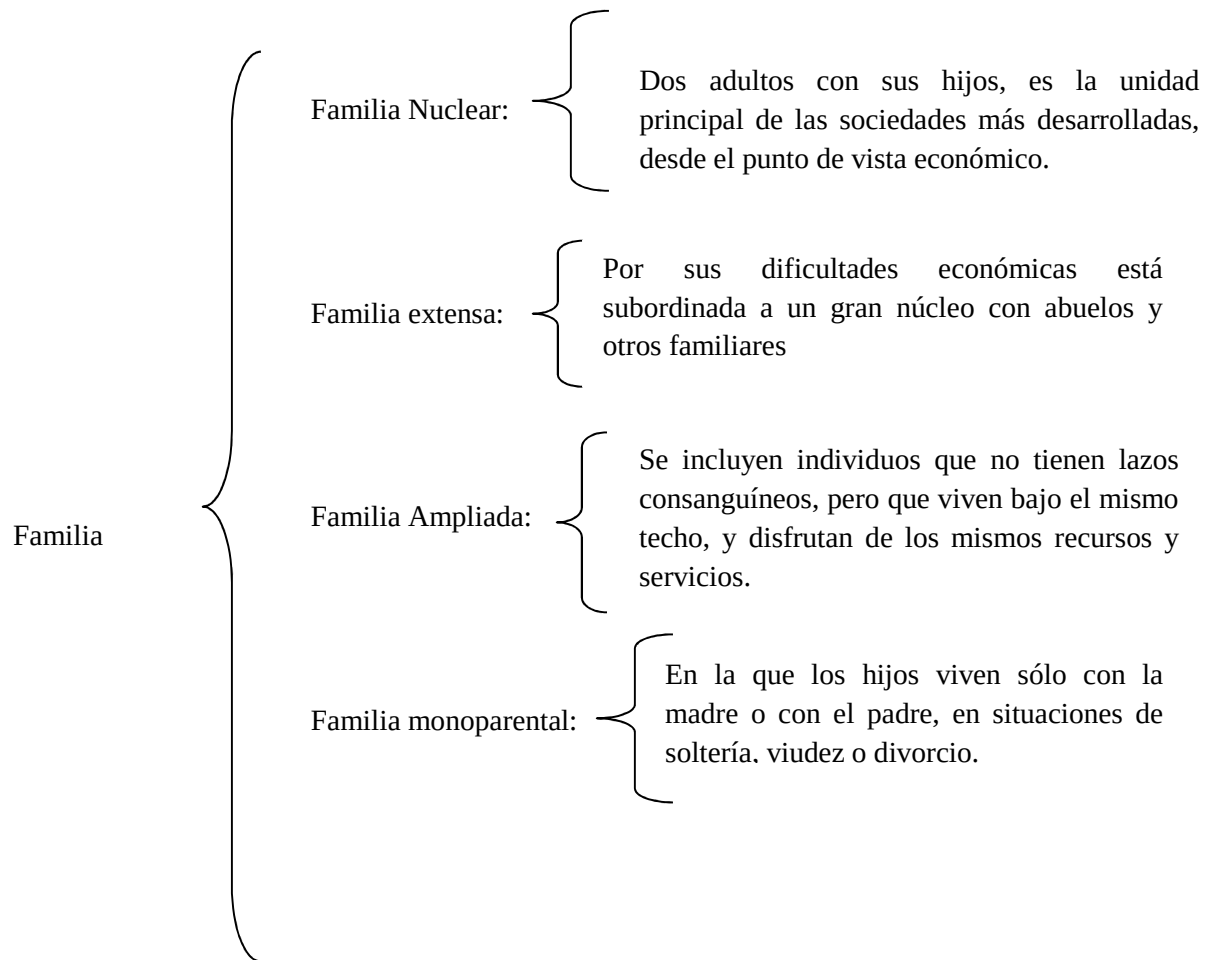
La escuela de Milán (Selvini- Palazzoli, Boscolo y Prata) Definen a la familia como un sistema cibernético autorregulador en el que todos sus elementos se encuentran inter conectados y el problema que se muestra en consulta cumple una determinada función lógica interna del sistema. (Balarezo 2010)

Según la escuela sistémica-constructivista. La enfermedad se produce en el sistema y no en el individuo. El sujeto es el portavoz de una patología en el sistema. La totalidad del sistema familiar se ve afectado. Los síntomas de disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia. El sistema familiar existe dentro de un suprasistema que es la comunidad. Una familia debe distinguir su autoidentidad. Los subsistemas no tienen autonomía. (Watzlawich, 2009)

Entonces la familia es el grupo social básico, creado por vínculos de parentesco o matrimonio, presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona protección, compañía, seguridad y socialización a sus miembros. (Gómez, 2005)

3.2 Tipos de Familia

La estructura y el papel de la familia varían según la sociedad.



La familia es producto del sistema social y reflejará su cultura.

Ninguna esta del establecimiento y desarrollo de las relaciones familiares puede tratarse sin tener en cuenta los conflictos de voluntades individuales; conflictos enriquecidos por los sentimientos y pasiones humanas de los miembros de la familia.

3.3 Redes Familiares

3.3.1 El Efecto de red

La red social es una estructura relativamente invisible pero al mismo tiempo muy real, en la que están insertos un individuo, núcleo familiar o grupo.

Cuando, en el curso del intento por resolver una crisis, en un grupo compuesto por un núcleo familiar, sus amigos, vecinos y parientes, en el que todos ellos han mantenido contacto continuo y variado entre sí, se reviven relaciones que habían perdido su fuerza, y se aflojan o cortan los lazos simbióticos. (Attneave, 2000)

Una red es el campo relacional total de una persona y tiene, por lo común, una representación espaciotemporal. Su grado de visibilidad es bajo, pero en cambio posee numerosas propiedades vinculadas con el intercambio de información.

La mediación terapéutica consiste por lo común en:

- Redefinir la conducta presentada inicialmente como síntomas de un paciente, describiéndola en términos de reacciones naturales y regulares frente a una estructura social inapropiada.
- Se expone esta situación ante los compañeros cotidianos del paciente y a unos pocos miembros cercanos de su red habitualmente su núcleo familiar o aquellos con quienes vive en contacto diario e íntimo. En ese momento se vuelve a definir la situación en términos de dos o tres problemas concretos potencialmente solubles.
- Se invita y alienta a este grupo íntimo para que congregue a su red social, de amigos, parientes, allegados con el equipo de mediadores.

La idea de la mediación en la red, intriga pero asimismo amedrenta, la resistencia ante cualquier forma de terapia o de mediación obedecen en buena parte a la falta de familiaridad con ella.

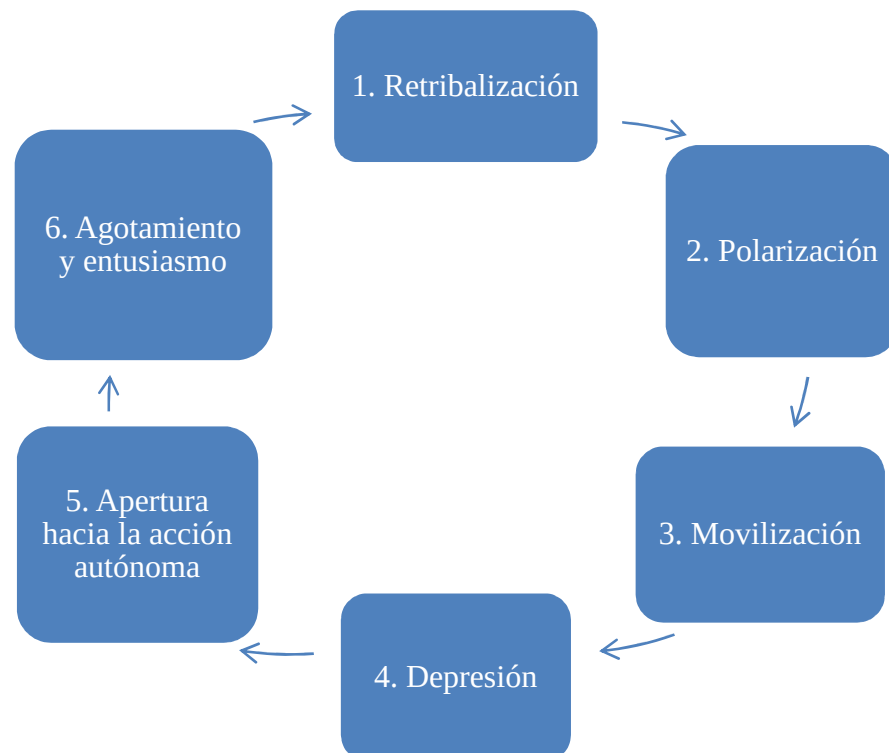
Los seres humanos se resisten al cambio, y aquellos que se hallan en una situación penosa por lo común adoptan una actitud más defensiva cuando tienen que elegir entre incorporar o no un nuevo elemento.

El presunto mediador en la red debe ampliar sus propios horizontes y comenzar a formular estrategias sobre una nueva base teórica. Esto es esencial para introducirse en el marco de una red.

3.3.2 Las fases del efecto de red

El ciclo no es un círculo simplemente; en verdad, la circularidad y la incapacidad para avanzar pueden constituir el proceso patológico, que a medida que surgen las tensiones individuales y entre las personas que se sienten atrapadas, estallan en crisis.

Será útil visualizar las seis fases del ciclo en su progresiva secuencia en espiral. (Attneave, 2000)



El conocimiento de las fases le brinda indicios acerca de si tiene que apurar el paso o dejar que las cosas sigan su propio impulso; el hecho de atascarse en una de las etapas iniciales impide que el efecto de red pueda desarrollarse plenamente.

Tal vez la red se sienta tan a gusto en la fase de retribalización que se niegue a avanzar hacia las de polarización y movilización, precursoras de la acción autónoma. Si la reunión de la red se traba en la primera fase en una euforia afectiva, los mediadores deben insistir en pasar a la polarización y movilización y prepararse para la depresión; deben esforzarse luego por vencer la resistencia y depresión hasta alcanzar la fase de apertura hacia la acción autónoma, con el fin de que pueda cumplirse la mediación. El entusiasmo con que finaliza cada sesión puede impartir el impulso necesario para seguir adelante.

En otras oportunidades, durante una de las sesiones intermedias de la serie, el mediador tal vez tenga que ocuparse de la depresión que antecede a la acción autónoma. Al mismo tiempo, debe antes de ello proporcionar, de manera ritual y acelerada, la posibilidad de que la red recorra en esa misma sesión las fases previas de retribalización, polarización y movilización. Sólo entonces podrá entregarse a la tarea más importante: elaborar la depresión y la resistencia para que la red esté en condiciones, en la reunión siguiente, de pasar a la próxima fase de la mediación.

Se pone el acento en la flexibilidad en el uso de las diversas estrategias, con el fin de hacer frente a posibles situaciones de emergencia en caso de que acontezcan, o a fuertes resistencias que tornen ineficaces ciertas tácticas. (Attneave, 2000)

La comprensión de la situación es el requisito previo de la libertad.

El conductor sabe muy bien que el enfrentamiento con una tarea difícil encontrará al principio resistencia, desesperanza e incluso desesperación. Sin embargo, en todo grupo hay siempre algún os activistas que comenzarán a esbozar soluciones prácticas al problema. Cuando un cierto número de activistas empiezan a intentar soluciones innovadoras y a procurar que los demás se sumen a ellos o los apoyen, la depresión es reemplazada por la aceptación resulta y por la tenaz persistencia en alcanzar la acción autónoma.

La apertura hacia la acción autónoma representa el cumplimiento de la tarea asignada, tanto por parte del equipo de mediación como de la red.

Las situaciones caóticas son un claro indicio de la necesidad de un rápido desplazamiento en la estrategia de mediación. Puede ocurrir que el conductor deba desechar los planes prefijados y crear, junto con el equipo, nuevas estrategias sobre la marcha que encaminan los esfuerzos con más realismo. Es usual que las primeras tentativas de movilización se canalicen por vías conocidas, a medida que se plantean soluciones obvias y simples, en este momento el grupo experimenta una sensación de impotencia emocional, y empieza a calibrar en su real magnitud el problema que llevó a la familia a pedir ayuda profesional. Algunos integrantes de la red, no exhaustos todavía por la lucha íntima que libraron con el problema, y en condiciones de verlo desde diversas perspectivas, pueden ofrecer ideas originales y renovadas fuentes de energía.

El efecto en red comienza a iniciarse y aumenta cuando la red comprende que los objetivos y tareas no serán realizados por el equipo de mediación externo, sino por la

propia red. Alcanza su punto culminante cuando los activistas voluntarios advierten que deben movilizarse de nuevas maneras y toar en cuenta factores has entonces pasados por alto. También se intensifica cuando se percatan de que el equipo de mediación deposita en ellos toda la responsabilidad por cualquier cambio ulterior.

La apertura hacia la acción autónoma es el rótulo con que se desina la ausencia relativa de resistencia y depresión, que va acompañada de una actividad mediante la cual se cumplen las metas de los miembros de la red o bien promueve dicha actividad.

3.3.3 Preparativos para la mediación en red

Los parámetros a tener en cuenta parecen ser dobles:

1. La tensión o estado de aflicción existente debe admitir la intervención a través de las relaciones otras personas.
2. Debe existir cierta matriz social, por caótica, patológica o indefinida que esta sea.

Las perspectivas de tener que ser internado en un hospital, de encontrar interminables dificultades en la vida o de que uno mismo o alguna persona querida sufra algún daño físico parecen mucho más terribles que el carácter público de la asamblea de red, sobre todo si se confía en que la mediación disipará los fantasmas en el futuro. En esta medida, el estado de crisis es un criterio que se ofrece por sí solo a nuestra decisión, si no existe dicho estado, ni el equipo de mediación ni el grupo focal podrán quizá movilizar la energía necesaria para el proceso durante el lapso que este exige.

Otros factores que deben tomarse en cuenta son la distancia que tendrán que recorrer los miembros de la red y el equipo, la disponibilidad de tiempo por parte del profesional y el número de participantes en la mediación.

El rol del conductor requiere un correcto sentido de la oportunidad, empatía hacia los hechos de realce emocional, sensibilidad necesaria para captar los estados de ánimo y corrientes subterráneas del grupo, y cierta presencia carismática, junto con la capacidad para centrar la atención, el conductor debe poseer seguridad en sí mismo y el conocimiento técnico sobre los seres humanos sometidos a situaciones de estrés.

El objetivo del profesional a lo largo del proceso de mediación en la red es diseminar la responsabilidad hacia los actores directos.

La meta suprema de toda mediación en una red consiste en estimular, reflejar y centralizar todas las potencialidades existentes en la red para que las personas resuelvan mutuamente sus problemas. (Attneave, 2000)

La secuencia de sucesos y estados de ánimo de las asambleas se refleja en las actividades de la red en el intervalo entre sesiones, como el trabajo fundamental de retribalización tiene lugar entre las sesiones, es entonces que se producen los avances más significativos, no solo en la familia o grupo focal, sino en toda la red. La energía y dinámica puestas en marcha por la mediación asistencial producen un efecto de aceleración acumulativo, a la par que el buen criterio profesional le permiten controlar dicha energía y dirigirla al desarrollo de procesos sociales útiles.

Es importante notar que una vez que se introduce el efecto de red y se lo canaliza en sus ciclos, la red está en condiciones de manejarlo por su cuenta. En última instancia la meta primordial es la de iniciar procesos curativos en la red.

Parte de la eficacia de la mediación radica en que abre en la red canales de comunicación tales que sus miembros puedan descargar en alguna medida sus conflictos particulares, y confiar en los demás. El temor a exponer secretos que ciertos subsistemas de la red mantuvieron en forma tenaz y con frecuencias autodestructiva; pese a sus buenas intenciones, suele ser una de las principales barreras para suministrar y recibir ayuda profesional.

Cuando se revelan los secretos en presencia de la red, el alivio consecuente libera al grupo para hacer su tarea. Ello no solo genera entusiasmo sino que brinda al sistema total la posibilidad de crear nuevas opciones sobre bases realistas. tal vez sea este proceso una de las fuentes principales de energía que llevan a superar la fase de depresión y resistencia para alcanzar la acción autónoma.

3.4 ¿Qué funciones tiene la Familia?

3.4.1 Brindar afecto

En la familia se dan las condiciones ideales para que el afecto se manifieste en toda su intensidad, ya que por el hecho de vivir juntos y tener que compartirlo todo se favorecen las relaciones interpersonales.

En la familia unida, afectivamente, los adultos pueden mostrar, sin reservas, sus sentimientos con la seguridad de que van a ser aceptados y comprendidos. Los adultos mayores van a sentir el afecto de los niños y de los adultos, con el respeto y consideración que tanto necesitan, para sobrellevar las dificultades propias de la senectud. Cuando las

necesidades afectivas de los miembros de la familia están satisfechas, es más fácil resolver cualquier problema al cual se enfrenten. (Gómez, 2005)

3.4.2 Garantizar seguridad y protección

Las condiciones de la vivienda condicionan el *modus operandi* de los familiares que en ella viven. La alimentación es algo tan vital, que no es necesario destacar su importancia. La higiene de las personas, de su ropa y vivienda permiten el bienestar necesario para que las funciones restantes se puedan cumplir. No se puede perder de vista que estas necesidades pueden ser satisfechas en gran medida de acuerdo con la solvencia económica de la familia. En ese sentido, el miembro que tiene el mayor peso económico va a caracterizar, de cierta manera, el funcionamiento familiar. Mientras los hijos son pequeños, asumen el papel de receptores y los padres de suministradores, pero según estos van creciendo progresivamente contribuyen a la satisfacción de las necesidades de la familia. En el próximo ciclo de la familia esto se iguala y tanto padres como hijos participan de forma pareja; inclusive, se da el caso de que en la fase última del ciclo familiar esta situación se invierte, y los hijos son los suministradores y los padres son los receptores.

3.4.3 Servir de ejemplo

En el hombre, la mayoría de las conductas y comportamientos sociales, como la buena educación, las tradiciones culturales y las costumbres de relación, o la moda, se basan en la imitación.

Es posible que, por la importancia que esto reviste en la formación de una personalidad adecuada, alguien piense que sólo los niños van a ser influenciados por este modo de interactuar. Los miembros adultos se benefician al convivir donde existen patrones de relación interpersonal positivos, ya que esto les permite no sólo la satisfacción y el disfrute de un ambiente armónico y tranquilo, sino que facilita el desarrollo de sus potencialidades, en sentido general. Estos patrones de conducta adecuados hacen que los miembros de la familia logren la plena integración a la sociedad.

3.4.4 Estimular la identidad individual

Cuando se habla de identidad individual, se trata de la capacidad el ser humano para reconocerse como ser individual, único y separado, de forma física y mental de los demás seres humanos.

Con la incorporación de conocimientos, expectativas, habilidades, relaciones afectivas, vínculos laborales y académicos, etc., se enriquece la identidad individual.

3.4.5 Desarrollar la identidad psicosexual

El papel masculino y femenino con todos sus atributos culturales, sociales, psíquicos y sexuales está representado en la familia de acuerdo con la cultura en la que se desenvuelve y así lo va a transmitir a sus miembros.

La familia no debe reprimir una manifestación de un niño que se considere del sexo opuesto, ya que esto puede reforzar esta conducta, pero tampoco debe estimularla considerándola graciosa, o sin importancia, a causa de la corta edad del niño.

La validación del sexo es sumamente importante. La validación es la cualidad de dar calidad de apreciado o estimado a algo o a alguien. Un niño desarrollará estimación hacia su papel sexual, si ambos padres validan ese papel. Tiene que identificarse con su propio sexo, sin embargo, esa misma identificación debe incluir la aceptación del otro sexo. (Gómez, 2005)

3.4.6 Fomentar la capacidad de adaptación

La familia tiene la capacidad de acomodarse a las situaciones cambiantes de modo tal que mantiene su continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La importancia de los sistemas de valores reside en su capacidad para distinguir lo correcto de lo incorrecto y en sus posibilidades de ofrecer medios de adaptación.

3.4.7 La socialización

Es la familia la máxima responsable de dar la formación adecuada a todos sus miembros para un desempeño feliz, en armonía creadora y modificadora, en un sentido positivo del resto de la sociedad. Al mismo tiempo, para que sea capaz de recibir de ella todo su influjo beneficioso, creador y modificar en una constante interacción.

3.4.8 Ampliar el aprendizaje y la creatividad

El ser humano tiene la necesidad innata de aprender, pero esta puede ser desestimada o incrementada por la familia. Tanto niños como adultos necesitan de una fuerte motivación para aprender y cuando esta falta el aprendizaje se hace lento y difícil. Estímulos de muy variado tipo se pueden realizar por parte de la familia, pero son fundamentales el reconocimiento y la aceptación de los esfuerzos por aprender.

Hay que apoyar y reconocer también los esfuerzos que haga el adulto por aprender, ya que el aprendizaje es una necesidad imperecedera.

3.4.9 Aliviar tensiones

Si el hogar de un hombre es su “castillo” y su familia es el único grupo en el que pueda ser el “rey”, pero en el que al mismo tiempo se le permite manifestar sus necesidades de dependencia, será el lugar ideal para relajarse. Lo mismo es válido para la mujer, especialmente, si trabaja fuera de la casa.

La familia brinda la oportunidad de recuperar la energía necesaria para enfrentar la vida en la comunidad, con su carga de esfuerzo diario. También permite a sus miembros comprometerse como grupo, en actividades recreativas que supongan alivio. (Gómez, 2005)

3.5 Tipos de Comunicación

3.5.1 Forma de comunicación agresiva

Implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es grosera, normalmente

impropia y siempre viola los derechos de la otra persona y puede manifestarse de forma directa o indirecta. (Zuluga, 2008)

3.5.2 Forma de comunicación pasiva

Implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, y por tanto permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos o expresando los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista con disculpas, y falta de confianza.

3.5.3 La conducta asertiva

Es la más adecuada y positiva de comunicarse, ayuda a la persona a expresarse libremente y conseguir frecuentemente los objetivos propuestos. La persona asertiva controla mejor su ambiente, a sí misma, se manifiesta franca y honestamente, sin sentimientos de ansiedad y culpabilidad. Es susceptible de ser aprendida e implica la manifestación directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin subordinar sus deseos frente a terceros. Aunque no garantiza el éxito en la consecución de los objetivos, eleva en un alto porcentaje respuestas satisfactorias y mejora notablemente el desenvolvimiento interpersonal (Zuluga, 2008)

3.6 Importancia de la comunicación en las relaciones intrafamiliares

La comunicación se basa en los sentimientos, información tanto objetiva como subjetiva que transmitimos, recibimos y comprendemos. Nos sirve para establecer contacto con las personas cercanas a nuestro entorno, con la familia, para expresar y comprender lo que pensamos y lo que escuchamos, para unirnos y vincularnos por el afecto.

Todos los miembros de la familia poseen necesidades y expectativas de los otros respecto a la satisfacción de dichas necesidades. Una de las dificultades habituales de las familias radica en pensar que "el otro es capaz de adivinar lo que yo necesito y debe ser capaz de adivinar qué hacer para ayudarme a satisfacer esta necesidad". Así mismo se espera que los otros adivinen los sentimientos y emociones.

Es fundamental que las familias sean capaces de aprender a lograr que sus miembros expresen sus necesidades, emociones y expectativas respecto a los otros, sin temor a la negación y descalificación por parte de los otros. Al explicitar dichos elementos se establecerán relaciones más claras y eficientes.

Es importante trabajar para que todos expresen sus emociones y necesidades a tiempo, evitando la acumulación de rabias y resolviendo los nudos de convivencia diaria.

En este proceso es conveniente trabajar para que cada uno se responsabilice por sus emociones y necesidades ("yo siento esta emoción", en vez de decir "ustedes me hacen sentir esto") evitando involucrar a los demás en las opciones que cada uno hace. Este tipo de aclaraciones permite crear un clima de confianza y aceptación que facilita la expresión de afectos y el logro de soluciones comunes. (Cruz, 2012)

Las buenas relaciones familiares se desarrollan y se fortalecen mediante UNA COMUNICACION ASERTIVA, esto es positiva, clara, directa, continua, enriquecedora. Una comunicación que no pretenda imponerse o convencer, que dé a conocer no solo ideas sino también emociones y estados de ánimo, que se desarrolle tanto en el escuchar como en el hablar, en fin una comunicación que represente una ventana abierta a los demás a través de la cual nos dejemos penetrar a la vez que permitamos a otros darse a conocer. (Pacheco, 2008)

3.7 Enfoque de Resiliencia

Resiliencia quiere decir: Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarla y ser transformado, positivamente, por ellas. (Gómez, 2005)

El Enfoque de resiliencia describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y, a veces las transforman en factor de superación de la situación difícil.

La resiliencia es el resultado de un equilibrio entre los factores de riesgo, los factores protectores y la personalidad del ser humano. Es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

Capítulo IV

Programa de Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares

La construcción del programa de asesoramiento familiar está orientada a describir una serie de pautas para el accionar de los familiares frente a un accidente cerebrovascular que les exige importantes modificaciones en la organización familiar ; las primeras sesiones están destinadas a la recolección de información, las sesiones de intermedio permiten a los familiares exponer su forma de afrontamiento, y le permiten al terapeuta recopilar elementos familiares resilientes importantes para el manejo adecuado del paciente, finalmente las sesiones de cierre, permiten a los familiares adaptarse, al nuevo estilo de vida y satisfacer las necesidades vitales del paciente sin que esto constituya un obstáculo para la realización personal de los familiares.

4.1 Proporción de información

Se utiliza como instrumento esencial, el abordaje explicativo sobre la etiología que revela a los familiares de los pacientes ACV, las causas y esencia del estado patológico, al igual que los mecanismos de formación de los síntomas que los agobian, involucrando estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como esclarecimiento e interpretación. (Balarezo, Psicoterapia, 2003)

La angustia anticipada, la incertidumbre ante futuras decisiones, los temores ocultos, el conflicto ante dos o más alternativas sobre la enfermedad o una intervención quirúrgica, junto a lo que se suma la probabilidad de recurrencia de los accidentes cerebrovasculares, el riesgo de enfrentarse a la muerte, constituyen factores mantenedores de los cuadros angustiosos tanto para los familiares más cercanos como para los pacientes ACV.

Se deben considerar factores como: los niveles de alarma de los procesos médicos, la reacción de los familiares, el nivel sociocultural de familiares y pacientes además de las características de personalidad de cada integrante de la red de apoyo familiar para la aplicación de la proporción de información así como en todas las etapas del programa de asesoramiento familiar.

La explicación debe referirse a factores etiopatogénicos, pronóstico, técnicas terapéuticas específicas, intervenciones quirúrgicas, conexión de los factores psíquicos e influencia de

la personalidad con los accidentes cerebrovasculares para cumplir el objetivo de disminuir los síntomas ansiosos en el sistema familiar.

El programa de asesoramiento familiar para pacientes ACV, se caracteriza por la nueva comprensión de las premisas, al integrar el sentido de experiencia a la propia personalidad a lo que se suma lo que se ha aprendido anteriormente y donde todos los miembros de la red han comenzado a participar del aprendizaje futuro.

4.2 Problemas Frecuentes

Durante el transcurso del proceso de recuperación luego de un accidente cerebrovascular surgirán problemas de distinto tipo. Es natural que los familiares no sepan qué hacer ante cada problema que se presenta.

Es muy importante mencionar que las circunstancias especiales por las que atraviesan las familias en determinados momentos constituyen factores decisivos en la forma de afrontamiento que mostrará la familia luego del accidente cerebrovascular, vinculas íntimamente a los sistemas de creencias que se manejan dentro de cada familia.

Los familiares de más edad tienden a culparse a sí mismos y a la vez a quejarse de la falta de participación de la generalidad de los más jóvenes. Los padres suelen debatirse por entender a sus vástagos y hacerlos participar en la vida común.

Los problemas frecuentes son la renuncia de los familiares de más edad a dejar el control en manos de otros, y la falta de conciencia por parte de la generación madura más joven de las opciones que aún quedan antes de caer en la muerte simbólica. (Attneave, 2000)

En esencia indica un falla en las relaciones entre el proceso y la estructura familiar, más que la falta de interés de los jóvenes o el delirio de poder de los adultos mayores. Por lo general los miembros más antiguos se sienten agotados por la tarea cumplida y precisan recibir ayuda en la misma medida en que los jóvenes quieren ofrecerla.

Una de las razones de esta ruptura reside en la tendencia de los adultos mayores a prestar mayor atención que los adultos jóvenes a los vínculos con las autoridades superiores. Como consecuencia de ello tienden a perpetuar reglas, reglamentaciones y rituales cada vez más complejos, los cuales se convierten luego en la racionalización y la excusa para no modificar la organización familiar.

Una constante preocupación, durante el envejecimiento, es la posibilidad de que una pareja encuentre a otra persona más joven y atractiva o que luego del balance de vida se resuelva que la relación no es sana y la unión termine antes de su momento natural por la muerte; La disolución del matrimonio es un suceso que puede desencadenar una crisis vinculada a un accidente cerebrovascular, en cuyo caso la familia enfrenta varios conflictos intrafamiliares relacionados con la falta de comunicación durante la crisis, resentimientos por errores pasados y sentimientos de culpa junto a al compromiso de atender a al ser querido.

La llegada del primer hijo supone una significativa ruptura con el pasado. Este transforma la pareja en un trío, lo cual no sólo implica una ampliación del grupo, sino una modificación de su estructura y sus funciones, y puede alterar significativamente las necesidades de satisfacción emocional. Las actividades, responsabilidades y satisfacciones que esto implica van a significar un evento de extraordinaria importancia en la vida. (Gómez, 2005) En este marco cuando el nacimiento del primer hijo de por sí supone una crisis, el accidente cerebrovascular paralelo en uno de los miembros de la pareja exacerbará la situación caótica del núcleo familiar.

Durante la emancipación de los hijos, se presenta otra crisis que debe ser superada por el sistema familiar, es cierto que el último objetivo de cada niño es crecer y tomar su plaza como miembro de pleno derecho, en la sociedad en la que su familia le ha colocado, lo cual supone, independencia física, emocional y económica, por lo cual el proceso de emancipación de cada joven exige un reequilibrio compensador por parte de la familia.

Las primeras separaciones como el destete, el círculo infantil, la escuela o los campamentos vacacionales, requieren un menor grado de reequilibrio. Del modo que se ejecute esta separación, se indica y predetermina la facilidad o dificultad que experimentará la familia cuando el hijo vaya a la universidad. Si el accidente cerebrovascular se presenta en esta etapa, es muy probable que se retrase la independización, la formación académica y la socialización, con las consecuentes reacciones psicológicas adversas.

El matrimonio de los hijos es un elemento integrante de la sociedad, que contribuye en gran medida a la supervivencia grupal, Sin embargo si uno de los familiares más cercanos de cualquiera de los miembros de la pareja sufre un accidente cerebrovascular este hecho puede comprometer seriamente el proceso de adaptación de la pareja. En vista de que por una parte, han de adaptarse a las peculiaridades de su cónyuge y por la

otra cada cuál, igual que su pareja, posee una personalidad que mediatiza los patrones de respuesta de ambos, expuestos en esta circunstancia particular a elementos físicos, psicológicos, disponibilidad de tiempo e incluso económicos con el objetivo de superar la crisis que cursa la familia de origen. Además como se trata de una entidad de dos personas el matrimonio presenta variadas y complejas demandas conductuales que cambian a lo largo de la vida a través del ciclo vital familiar

Es preciso mencionar dentro de los problemas frecuentes a los aranceles pues resultan prohibitivos y productores de grandes niveles de estrés para las familias pobres o de medianos ingresos que tienen gran necesidad del programa de asesoramiento familiar.

Otro de los mayores problemas que se presentan luego de un accidente cerebrovascular es el establecimiento del rol del cuidador.

El cuidador es la persona que se dedicará en mayor medida al paciente; ser el cuidador muchas veces no se elige, en la mayoría de los casos este rol lo asume un familiar muy directo del paciente. No siempre es voluntad del familiar asumir el rol de cuidador, es en este momento cuando se presentan dificultades en la interrelación con el paciente. Existen además otros problemas que se pueden presentar en los cuidadores aun cuando han asumido el lugar voluntariamente.

Siempre hay una persona encargada y sobre la que recae la mayor responsabilidad y a la que se denomina El Cuidador Principal, son muchas circunstancias las que influyen en esta determinación; el trabajo por ejemplo, el tiempo disponible, la cercanía física y lazos afectivos entre las más importantes.

Gran cantidad de estudios en el manejo de pacientes con patologías incapacitantes y de largo plazo demuestran que los inconvenientes que aquejan generalmente a los cuidadores y particularmente a los cuidadores principales son: depresión, ansiedad, falta de concentración, insomnio, cefaleas, malestares gástricos, síntomas que en conjunto han sido denominados por algunos autores como el “Síndrome de agotamiento del cuidador”

4.3 Solución de conflictos

En general, se dice que afrontar un problema y buscar soluciones lo primero que se debe hacer es aceptar que existe ese problema. El modo, el método y el tiempo de cómo hacerlo son absolutamente personales. Muchos se refugian en su fe religiosa o en sus

creencias, otros lo aceptan como una misión, una prueba o una cruz y hasta como un castigo; que forma parte de la filosofía de vida de cada ser humano.

La mayoría de las ocasiones el conflicto radica en la falta de preparación de los seres humanos para enfrentar los problemas. La forma como las personas se desenvuelven ante situaciones de crisis está influida por los hábitos consolidados a través de las experiencias anteriores. Por lo tanto en el programa de asesoramiento familiar para pacientes con ACV se toma como guía la técnica de Resolución de Problemas.

Es importante que los familiares no se sientan culpables si alguna vez no responden de la mejor manera posible, o se impacienten o le contesten mal al ser querido, sin embargo si notan que se enojan con frecuencia y eso les genera mucha angustia o la sensación de que no pueden manejar la situación deben buscar ayuda profesional.

La técnica resolución de problemas supone los siguientes pasos: (Balarezo, Psicoterapia, 2003)

Orientación General: Es el relato de los familiares y el paciente ACV, de las dificultades que se manifiestan en la situación cotidiana luego del accidente cerebrovascular.

1. Definición y Formulación del Problema: En este momento, tanto familiares y paciente, concretan en palabras el problema y los factores predisponentes y desencadenantes considerando la opinión de todos los familiares dispuestos a participar de forma activa en la aplicación del plan de asesoramiento.

Es necesario en esta etapa definir en consenso con los integrantes de red de apoyo familiar:

¿Cuál es el problema?

Para resolver la pregunta existen otras interrogantes que deben ser contestadas: ¿Cuál es el desencadenante? O ¿Cuándo aparece el problema? ¿En qué lugar aparece el problema? ¿Qué sucede antes de que aparezca? ¿Cómo se desarrolla? ¿Qué sucede después? (Mariela Gonzales Silva).

Durante las sesiones de asesoramiento, se usan ejemplos de la vida cotidiana de cada familia para realizar el ejercicio, luego esta parte de la tarea intersección para los

familiares, que durante la próxima sesión expliquen las situaciones que enfrentaron y como identificaron el problema.

2. Generación de Alternativas: Para el plan de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, se ha considerado la propuesta de Osborn, citada en la obra de Psicoterapia de Balarezo 2003

Que responde simultáneamente a dos interrogantes básicas en proceso:

¿Cómo puede resolverse el problema?

¿Cuáles son las estrategias para resolver el problema?

- a) Dar rienda suelta a la imaginación en la búsqueda de soluciones aunque parezcan inverosímiles
- b) Generar una gran cantidad de alternativas
- c) Establecer una crítica eliminatória a través de la cual se seleccionan los caminos más idóneos de solución.
- d) Combinar las diversas alternativas.
- e) Escoger la estrategia y las tácticas a emplearse, considerando a la primera como una forma general de solución del problema y las segundas como procesos más específicos de enfrentamiento.

En este punto se repite el entrenamiento, con un ejemplo durante la sesión asignando la tarea intersesión que será revisada siempre al inicio de la siguiente sesión con el objetivo de dar continuidad al plan y fomentar la responsabilidad de la red de apoyo.

3. Toma de Decisiones: En este punto es la red de apoyo familiar que se ha formado quien asumiendo con plena conciencia y responsabilidad la situación llega a la resolución de los problemas que se pueden presentar durante la recuperación, ya que el proceso por el que deben atravesar es generalmente de largo plazo. En este momento es sumamente importante considerar la personalidad de los integrantes de la red. “Existen construcciones que son similares en los individuos, hechos que se vinculan con la experiencia social y familiar, permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda” (Balarezo,

Psicoterapia Integrativa Focaizada en la Personalidad, 2010). Todas las personas poseen componentes básicos afectivos, cognitivos, interpersonales y comportamentales en la personalidad, las diferencias individuales se marcan por la expresión de los rasgos con mayor inclinación hacia alguno de los componentes.

Las decisiones electas constituyen la guía para la actuación de la red familiar y es necesario distribuir las actividades a realizarse de acuerdo con la disponibilidad de tiempo, la factibilidad, los intereses y afinidades de los familiares para evitar “El síndrome de agotamiento del cuidador” y por ende lograr el éxito de plan.

La solución de conflictos también atiende las diferentes etapas que enfrenta la familia en su ciclo vital. Existen varias maneras de enfocar las distintas etapas por las que pasa una familia, en el decursar del tiempo. La familia tiene que gestarse, debe crecer y tiene que desaparecer igual que cualquier sistema vivo, pero como la familia como institución no desaparece, el ciclo comienza de nuevo cuando ésta da origen a otras familias, cuando sus hijos se casan. (Gómez, 2005)

Otro concepto básico es que existen demandas emocionales que deben ser ejecutadas por la familia, en cada etapa de su ciclo vital, requiriendo un cambio en el status de los miembros, en las reglas del sistema y en el significado de los eventos.

El sistema familiar posee capacidad para mantener su equilibrio o para producir nuevas reglas, pero cuando esa capacidad no es suficiente o el conflicto es muy grave como es el caso de los accidentes cerebrovasculares, la familia puede encontrarse en una crisis.

La crisis constituye, a la vez un peligro de desequilibrio total o una oportunidad para mejorar, sin duda un accidente cerebrovascular provoca una crisis dentro del sistema familiar, independientemente de la etapa por la que esté atravesando la familia, sin embargo deben ser razonadas las circunstancias particulares que rodean a la dicha etapa para conseguir que la crisis se ha considerada como una oportunidad para mejorar.

La resolución final de la crisis depende de numeroso factores, incluyendo la gravedad de accidente cerebrovascular por un lado y por el otro los recursos personales de la familia como actitudes, experiencias, criterios, tradiciones, cohesión, adaptabilidad y fuerza, así como los recursos sociales.

Cuando existen redes familiares con recursos personales débiles, será uno de los objetivos del plan fortalecer los recursos de la red de manera que una vez superada la crisis esta red surja con características resilientes. En cambio cuando nos encontramos con redes familiares fuertes, el objetivo está en caminado al manejo adecuado de esos recursos.

4. Verificación de los resultados: Un éxito en la técnica conduce a la acción autónoma, por red de apoyo familiar, donde los familiares confían en la eficacia de sus decisiones, y ponen en marcha actividades de equipo que resuelven problemas cotidianos relacionados con la atención del paciente y también del cuidador.

Brindar a cada paciente y su familia la información necesaria para comprender y aceptar la enfermedad favorece que los familiares se comprometan con el proceso rehabilitador.

La psicoeducación, empleada como herramienta fundamental en plan de asesoramiento familiar en los casos de “Síndrome de agotamiento del cuidador” está en caminada a la reorganización familiar, en muchas ocasiones disminuye la tensión en la red familiar cuando se consideran las circunstancias individuales y de personalidad de cada miembro, llegando a establecer acuerdos y compromisos. El cuidador también necesita apoyo, atención y fortaleza. El cuidador también necesita, apoyo, atención y fortaleza.

En muchas ocasiones los cuidadores principales afectados por el “Síndrome del cuidador” alcanzan niveles extremadamente altos en sus síntomas que los incapacitan temporalmente en la tarea de cuidar al paciente, las propuestas sobre estilos de vida saludables, la intervención profesional oportuna e incorporar otras especialidades médicas, contribuyen a que el cuidador luego de su propia recuperación, se encuentre nuevamente en condiciones de atender al su ser querido.

4.4 Organización familiar

La familia es la institución social más antigua de la humanidad, donde todos nos formamos; es el lugar donde más protegidos nos sentimos; para los niños, es un ejemplo y un espacio ideal para el aprendizaje. Tiene la responsabilidad de brindar, a sus miembros la oportunidad de desarrollar su personalidad y de enriquecerla; y la función de satisfacer las necesidades afectivas y físicas de sus componentes. Además, debe estimular la adquisición de la identidad individual y psicosexual de sus miembros, y establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. (Gómez, 2005)

El sistema familiar se conforma por las características individuales de sus miembros, sus formas de interrelación, la capacidad de afrontamiento en situaciones de crisis, la conceptualización de patrones positivos y negativos que se conjugan con las normas de disciplina internas de la familia y las conductas socialmente aceptables en las que se desarrollan a lo que se suman las condiciones físicas particulares de cada integrante.

Existen construcciones de personalidad que son similares en los individuos, hechos que se vinculan con la experiencia social y familiar, permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda. Todas las personas poseen componentes básicos de la personalidad, las diferencias individuales se marcan por la expresión de los rasgos con inclinación hacia alguno de los componentes, que marcan sin duda la administración y funcionalidad del sistema familiar.

En condiciones habituales el sistema familiar maneja pautas y rutinas que regulan el accionar de los miembros estableciendo un relativo equilibrio.

La familia es un elemento activo, donde frente a la aparición de un accidente cerebrovascular, los motivos de sufrimiento y preocupación son tan extensos como profundos, por ejemplo las limitaciones funcionales o motrices de los pacientes ACV, las alteraciones en los hábitos de vida y en roles cotidianos además de las dificultades económicas y la necesidad de hacer cambios en las metas vitales, desequilibran el orden de funcionamiento establecido; el asesoramiento familiar se dirige en esta etapa a conseguir el restablecimiento de dicho equilibrio.

4.5 Acomodación y reestructuración familiar

Muchas veces la enfermedad de un ser querido pone en evidencia cualidades maravillosas de los seres humanos que en otras circunstancias no hubieran aparecido.

Considerar la enfermedad como un desafío o como un trabajo diario es una opción. En este punto el plan de asesoramiento familiar para pacientes con ACV, se encamina a que la red de apoyo reestructure la forma de organización familiar, pensando en las nuevas condiciones en las que se debe desenvolver el núcleo familiar con el objetivo de atender al paciente de la mejor manera posible sin descuidar los aspectos de realización personal de los demás integrantes del sistema familiar.

Se toman en cuenta las características de personalidad de los familiares para planificar el asesoramiento y superar con éxito las distintas etapas del proceso rehabilitatorio, sin dejar

de lado la personalidad del paciente, ya que la conducta de este incide directamente en el desarrollo del plan de asesoramiento familiar.

Luego del análisis de los tipos de personalidad de los familiares y los pacientes ACV se facilitó el proceso de elaboración del plan de asesoramiento familiar, cuando se sugirió por ejemplo que las personalidades con características de predominio afectivo: Histriónicas y Ciclotímicas se encargaran de actividades relacionadas fundamentalmente con la expresión de la emociones, en este caso emociones básicamente positivas para dar soporte emocional al paciente cuando lo requiera, a demás de actividades relacionadas con el acercamiento social cómodo, esto incluye actividades recreativas y de integración social con el paciente para aliviar tensiones.

En el caso de las personalidades con características de predominio cognitivo: Anáncasticas y Paranoides. los juicios, razonamientos y la lógica que prevalecen en su conducta y la expresión afectiva, los vuelve más eficientes en tareas relacionadas con las citas médicas, cumplimiento de horarios y rutinas, gracias a la actitud de control, suele ser más externa en los paranoides, contrariamente a las anancásticas que ejercen un control interno, utilizadas en la reestructuración como un factor mantenedor de disciplina en el proceso.

En el grupo de personalidades con características de predominio comportamental, se tomó en cuenta únicamente a las personalidades impulsivas ya que esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. En los impulsivos existe control sobre sus acciones en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol; lo que imposibilita a las personalidades disociales a sujetarse a los compromisos que requiere el plan de asesoramiento familiar, las personalidades impulsivas por lo general se actúan como apoyo para el cuidador principal por su condición de inestabilidad, sin embargo los aportes de este tipo de familiares fueron importantes en tareas de acompañamiento.

Grupo con características de déficit relacional, donde encontramos a los Esquizoides, Dependientes, Evitativas y Trastorno esquizotípico de la personalidad, de este grupo las personalidades dependientes toman un papel protagónico en las tareas de atención al paciente, ya que tanto esquizoides como evitativos y esquizotípicos, evaden todo contacto interpersonal. Los dependientes por su necesidad de aprobación constante se esmeran en cumplir las tareas eficientemente.

Es importante ubicar las edades de los pacientes con ACV y sus familiares más cercanos para planificar el Asesoramiento familiar ya que las secuelas manifiestas en las diferentes etapas vitales son distintas y las reacciones, condiciones físicas y psicológicas de los familiares también por lo que se requiere satisfacer necesidades tanto de los pacientes como de los cuidadores.

Cuando los pacientes ACV son menores de 18 años, las edades de los cuidadores principales oscilan entre los 25 y 50 años. En niños y adolescentes las secuelas psicológicas suelen ser más evidentes que las físicas. Entonces encontramos niños y adolescentes irritables, ansiosos, deprimidos mencionando las manifestaciones más comunes. Las respuestas familiares suelen estar ligadas a la sobreprotección y el exceso de control. Provocando problemas en la comunicación familiar. Por lo general debidos a la preocupación por la posible recurrencia del evento. La psicoeducación proporciona a los familiares las herramientas adecuadas para comunicarse con el paciente y actuar de forma oportuna, firme y adecuada a la vez, para que niños y adolescentes afectados por un accidente cerebrovascular logren vivir sus etapas del desarrollo vital de la manera menos traumática posible.

Cuando los pacientes se encuentran entre 20 y 30 años de edad, los cuidadores principales por lo general ya han cumplido 50 o más años de edad; en estos casos son los pacientes ACV quienes presentan preocupaciones por la muerte y el futuro, ansiedad frente a la probabilidad de recurrencia e impaciencia junto a la necesidad urgente de retomar sus proyectos de vida. Los cuidadores principales, como ya se mencionó anteriormente son familiares directos quienes apoyan de forma incondicional a los pacientes y se esmeran en la atención. Debido a la edad de los familiares se crean mayores conflictos cuando el paciente presenta un alto porcentaje de incapacidad, las dificultades físicas de los cuidadores con relación al paciente provocan estados tensionales superables con un programa de entrenamiento que tome en consideración los limitantes e inclusive se plantea el hecho de contratar ayuda externa.

Cuando los pacientes tienen más de 50 años de edad, los cuidadores oscilan entre los 20 y 50 años de edad. Las secuelas físicas y psicológicas de los ACV en este grupo particular de edad por lo general incapacitan a los pacientes en porcentajes muy elevados y la recuperación es mínima. En este grupo es muy común ver que las edades de los familiares se invierten con relación a los pacientes, pese a que la recuperación de las incapacidades en este rango es mínima el objetivo de asesoramiento está encaminada a

mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares el resto de tiempo que le quede al paciente por vivir.

La persona enferma sigue siendo un ser humano lleno de sentimientos, que aún puede dar amor, alegrarse, reírse y llorar. Se trata de redescubrirse, de volver a encontrarse con uno mismo y con el otro.

4.5.1 Cómo organizar la vida cotidiana

Realizar un cronograma de actividades diarias con el paciente, cumplir las rutinas es importante, ese cronograma debe ser visible para todos los miembros de la familia ya que favorecerá la organización de todos y evitará confusiones, se debe respetarlo para que las cosas se realicen de forma rutinaria y previsible.

Para el cronograma que cumpla con su finalidad debe poseer varios elementos fundamentales:

1. Nombre del paciente
2. Horario de medicación
3. Horarios de comidas
4. Horario de ejercicio en los casos posibles
5. Horarios de baño ya que en los pacientes con mayor grado de incapacidad física se requiere la colaboración de varias personas de confianza para el paciente
6. Horario de todas las otras actividades diarias que involucren al paciente; citas médicas, sesiones de rehabilitación y terapias complementarias. (Salvia, 2007)

Tener información útil fácilmente disponible es de suma importancia, algunas situaciones pueden producir mucho estrés, por ejemplo una caída, un golpe o una infección. Para facilitar las cosas en esos momentos es fundamental que toda la información y documentos necesarios estén disponibles y visibles siempre en el mismo lugar, siempre mismo lugar, lo ideal es que esté junto al teléfono o en un lugar accesible para todos los miembros de la red de apoyo.

La información y documentos necesarios en caso de emergencia suelen ser:

1. Nombre y teléfono de algún familiar participante en la red de apoyo.
2. Teléfono de urgencias médicas
3. Carnet de afiliación al seguro social y cédula de identidad del paciente.
4. dirección y número del teléfono de la casa.
5. Lista de medicación crónica.

Otro aspecto substancial es la elaboración de un plan para pedir auxilio, se debe pensar en la posibilidad de que el paciente sea quien debe pedir ayuda para uno de sus cuidadores; si se cuenta con teléfonos en cuales se programa la llamada del número de urgencias con solo apretar un dígito, será formidable la ayuda que nos brindará durante la emergencia. Si están solos en casa con el paciente es conveniente pedirle a un amigo o familiar que llame una vez por día para chequear que todo esté en orden. Esa persona debe llamar todos los días a la misma hora de tal manera que si no recibe respuesta asumirá que ha sucedido algo e irá en su ayuda, quien deberá tener un juego de llaves para que pueda entrar a la casa.

El síndrome del cuidador, se manifiesta generalmente en los cuidadores principales; por lo que se hace indispensable delegar la responsabilidad a otro miembro de la red de apoyo de manera rotativa con el afán de evitar que se presente el síndrome en el familiar más cercano, de igual manera las actividades a pesar de estar relacionadas con las preferencias e intereses de personalidad de los familiares están sujetas a modificaciones para evitar el desgaste natural que afecta a la red de apoyo familiar, todo cambio que se realice en plan será el resultado del consenso familiar con la guía profesional.

Una de las manifestaciones del éxito de plan de asesoramiento familiar fue la relación más amigable y la fluidez comunicacional que se entabló entre los miembros de la red de apoyo familiar.

4.6 Cómo impartir directivas

Para llevar a cabo el plan de asesoramiento es necesario organizar una reunión familiar, elegir a un familiar que coordine la reunión le da un carácter democrático a la misma, donde cada miembro debe hablar sin interrupción a la vez que llegado el momento escuchará sin interrupción a los demás miembros, los problemas actuales se tratan uno

por uno y se llevan por escrito para constancia de los compromisos que adquieren cada miembro para mejorar la situación familiar. (Salvia, 2007)

Será importante establecer rutinas y seguirlas con cierta disciplina ya que al paciente le cuesta adaptarse la nueva condición.

También será importante, prever situaciones, tomar decisiones con antelación, establecer actividades nuevas y tener algunos cuidados fundamentales.

Ser firmes en las decisiones cuando está en juego la vida del paciente, esto implica algunas cuestiones delicadas como el manejo de la medicación del paciente. No se trata de ser agresivo, se trata de tener la suficiente paciencia y decisión para evitar males mayores.

Es trascendental saber que los accidentes son más frecuentes cuando el paciente está solo o cuando la persona que los cuida está apurada, cansada o enojada. El cuidado físico que requieren algunos pacientes ACV por las dificultades motrices que presentan conlleva un elevada dosis de esfuerzo, asearlo, movilizarlo, hacerlo caminar pueden requerir mucha fuerza física y demandar ayuda extra, por otra parte comprender su propias emociones los ayudará a manejar mejor los problemas del ser querido enfermo y de los suyos, aceptar los propios límites facilita la búsqueda de ayuda.

Incluir a los pacientes en actividades comunes, mejora la comunicación familiar, las relaciones interpersonales y el autoestima del paciente; según el nivel de incapacidad que experimente el paciente con ACV, podría colaborar con algunas cosas sencillas y sentirse útil. Es más importante que esa persona pueda comunicarse y participar de una actividad común que el éxito de la tarea.

Detectar actividades que el paciente todavía puede realizar y tratar de estimularlas mejora mucho la relación familiar y la sensación de bienestar del paciente.

Los cuidadores principales necesitan planificar el tiempo de manera que les quede tiempo libre para recuperar energía, descansar física y mentalmente los renueva para continuar en la labor de atender al paciente, busquen espacios para que puedan mantener un poco de vida social. (Salvia, 2007)

En vez de dejar que esta situación malogre la vida del paciente familiares y amigos, se le hizo frente y a la postre se la aceptó, en un clima de apoyo mutuo.

Muchos otros miembros de la red pusieron en evidencia el marcado alivio que les daba la situación. Todos habían hecho cuanto estuvo en sus manos para encontrar alguna otra solución, el plan de asesoramiento familiar para pacientes con ACV desde el modelo Integrativo les permitió seguir adelante en la vida de una manera más sana.

4.7 Aplicación del Plan de Asesoramiento en una familia promedio de 5 personas

4.7.1 Primera Sesión

Se inicia el proceso con la fase de psicoeducación, se abordan temas de encuadre y planificación general, referente a el funcionamiento del Plan de Asesoramiento familiar con la participación del paciente y sus familiares cercanos Se fijan para la organización, y desarrollo del plan 10 sesiones de asesoramiento con un intervalo de 8 días entre las sesiones, se establecen los horarios, y la duración de cada sesión, considerando la disponibilidad económica y de tiempo de la familia con el objetivo de viabilizar el tratamiento físico y psicológico, se despejan dudas acerca de los procesos biológicos de los accidentes cerebrovasculares, las posibilidades de recurrencia y las expectativas de mejoría. Se aplica el cuestionario de Salud EQ-5D al paciente con el objetivo de registrar el estado general de salud de los pacientes ACV al inicio del programa y monitorear los avances durante el proceso.

Los familiares se comprometen a participar activamente en programa de asesoramiento, estableciendo de ésta manera la red de apoyo familiar básica del paciente.

4.7.2 Segunda Sesión

Se aplica el cuestionario de Personalidad SEAPsI a cada uno de los participantes, estableciendo los rasgos predominantes de personalidad, a través de la entrevista individual se detectan síntomas del síndrome del cuidador en la hermana menor del paciente, identificada como la cuidadora principal, con quien se establecen sesiones individuales para corregir el problema y se propone un esquema con la delimitación de las actividades. Se presentan temas relacionados con la condición de salud general de todos los miembros de la red familiar. Se aplica una encuesta a los familiares que integran la red de apoyo con la finalidad de establecer el nivel de colaboración que prestan para enfrentar la nueva condición familiar, Como tarea intersesión los

participantes presentarán la propuesta de las actividades con las que pueden colaborar cada uno de ellos para disminuir la carga del cuidador principal.

4.7.3 Tercera Sesión

La sesión se divide en dos partes; en la primera parte los miembros de la red familiar presentan su propuestas sobre las actividades relacionadas con el cuidado del paciente que van a realizar. A través de una lluvia de ideas, se presenta en la reunión las condiciones en las que se desenvuelve la familia a partir del accidente cerebrovascular, los familiares y el paciente describen la forma propia de organización familiar con la que se han estado manejando antes de llegar a la consulta, se manifiestan también los problemas frecuentes con los que debe lidiar la familia, y se presentan soluciones a los conflictos. Se llegan a consensos y se comprometen públicamente a cumplir las tareas, se materializan las actividades en un nuevo cronograma que es susceptible a los cambios que se requieran durante el programa, que será colocado en un lugar visible de la casa para información de todos los participantes y como recordatorio de la nuevas obligaciones, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida familiar. En la segunda fase a través de entrevistas individuales con los familiares se investiga la las formas de interacción intrafamiliar y los momentos específicos por los que atraviesa la familia. Como tarea intersesión los participantes deben registrar en físico los días y situaciones en las que se cumplió el nuevo cronograma y de no cumplirse, también se registran las novedades.

4.7.4 Cuarta Sesión

En la primera parte de la sesión se revisa el registro de actividades que los pacientes se comprometieron a cumplir durante el periodo intersesión, como una especial forma de concienciar la importancia de la efectividad de la red de apoyo familiar. En la segunda parte de la sesión se inicia la fase en la que se ubican los problemas frecuentes que se presentan en el momento de cumplir las tareas, también se ubican los problemas más visibles en las relaciones intrafamiliares. Con el objetivo de fortalecer la red familiar del paciente y que se establecen formas de comunicación adecuadas para mejorar las relaciones intrafamiliares. Como tarea intersesión los participantes deben estructurar un nuevo programa de organización familiar incluyendo los aspectos que desde su punto de vista no se han tratado y deberían considerarse en el proceso.

4.7.5 Quinta Sesión

Durante la revisión de la tarea intersesión se evidencian dificultades en el desempeño de las tareas, debido a la inconformidad de los miembros de la red con los roles autoasignados, lo que impide cumplir con algunas de las actividades del paciente vinculadas con el tratamiento físico. Después del análisis de la situación, se propone para mejorar el trabajo de la red un cambio de roles temporal, considerando los intereses familiares. Basado en el estudio de los tipos de personalidad, se imparten directrices relacionando las actividades que cada miembro de la red familiar pudiera realizar respetando su disponibilidad de tiempo, habilidades, disposición, y preferencias; también se considera el criterio del paciente en cuanto a confianza y seguridad, para designar a determinados miembros de la red familiar las actividades más delicadas. Entonces la madre con rasgos predominantes de personalidad anancástica, se encargará del control de la medicación, los horarios, citas médicas y de terapia, así como tareas del cuidado personal del paciente que aún no pudo autosatisfacer. el padre con rasgos predominantes de personalidad dependiente, se encargará de practicar con el paciente los ejercicios en casa, el sobrino con rasgos predominantes de personalidad histriónica, se encargará de las actividades recreativas al aire libre, ocupando parte de su tiempo libre, la hermana con rasgos de predominantes de personalidad histriónica se encargará de la asistencia a las citas médicas y terapéuticas junto el uso adecuado del tiempo productivo del paciente, debido al síndrome del cuidador, recibirá asistencia de una persona contratada para aliviar algunas de las obligaciones en cuanto a los cuidados médicos. Como tarea intersesión los familiares deben registrar el cumplimiento de las actividades y además sus apreciaciones sobre la nueva forma de participación.

4.7.6 Sexta Sesión

Se revisa la tarea intersesión como parte de la rutina de asesoramiento, se recogen las impresiones sobre la nueva forma de organización familiar, se nota mejoría en el cumplimiento de las actividades diarias desde la red de apoyo, de esta manera se optimiza el tiempo de realización de las obligaciones con el paciente y se asigna días de descanso para los familiares. Se aplica nuevamente la encuesta para registrar la participación del los familiares en el tratamiento del paciente y la colaboración en el cambio de estrategias. Como tarea intersesión los familiares deberán apuntar 10 sugerencias para mejorar el desarrollo del plan.

4.7.7 Séptima Sesión

Cada uno de los miembros presenta sus sugerencias a la red apoyo familiar, se escogen las más idóneas para ser aplicadas en el plan de asesoramiento familiar y se reestructura finalmente la organización familiar, permitiendo al paciente cumplir con todas las exigencias del tratamiento físico, atender sus necesidades psicológicas y al mismo tiempo que la red de apoyo familiar permite que se manifiesten avances en el tratamiento integral del paciente, los familiares que la conforman, han conseguido, participar activamente en el tratamiento del paciente sin descuidar sus necesidades individuales. En un segundo momento de esta sesión, se realizan entrevistas individuales para establecer el estado psicológico de los miembros de la red, especialmente de la cuidadora principal.

4.7.8 Octava Sesión

En la primera parte de esta sesión, se aplica el cuestionario EQ-5D al paciente para registrar el estado general de salud, luego de haber capacitado a los familiares como red de apoyo en el tratamiento del mismo. En la segunda parte se evalúa a través de la entrevista a los familiares, el estado de las relaciones intrafamiliares. Proponiendo un plan de intervención individual para resolver situaciones alejadas del programa, que sin embargo surgieron a partir de la convivencia con el motivo de superar el accidente cerebrovascular. Finalmente como tarea intersesión, familiares debían escribir, las inquietudes que tuvieran acerca de posibles situaciones futuras.

4.7.9 Novena Sesión

Los familiares presentan sus inquietudes sobre las posibles situaciones de conflicto que pudieran atravesar en el futuro, aplicando la técnica de resolución de problemas, con una lluvia de ideas se va proponiendo posibles respuestas adecuadas para cada una de las situaciones propuestas, creando un ambiente de confianza entre los miembros de la red, con actitud totalmente no directiva esta sesión consigue que la red de apoyo familiar se consolide llegando a acuerdos y compromisos con mayor facilidad y rapidez, la organización familiar en este momento consigue flexibilidad en las pautas de acción y mejor fluidez comunicacional.

4.7.10 Décima Sesión

Finalmente los miembros de la familia y el paciente ponen de manifiesto el marcado alivio, físico y mental que proporciona la red de apoyo familiar, se refuerza el uso de los cronogramas, la rotación de las actividades, la estipulación de tiempo recreativo para todos los participantes de la red incluido el paciente ; se repasa también el plan en casos de emergencia y se recapitulan los logros en el mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, se imparte directivas generales a los miembros de la familia que por razones particulares deben seguir tratamientos individuales. Utilizando una postura no directiva y manteniendo el rapport en todo momento, se deja abierta la posibilidad para que la red de apoyo familiar reanude las reuniones con la guía profesional en el momento en el que así lo requiera.

HIPÓTESIS

- Al aplicar un programa de asesoramiento familiar, los pacientes con incapacidad física y del lenguaje, secuelas de ACV tendrán mejores redes familiares que apoyaran a la recuperación de manera integral dependiendo de la personalidad del cuidador

Definición de variable independiente

Definición conceptual: Programa de Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes cerebrovasculares

Definición operacional: Encuesta a los familiares

Definición de la variable dependiente 1

Definición conceptual: Estado general de salud de los pacientes con accidentes cerebrovasculares

Definición operacional: Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Definición de la variable dependiente 2

Definición conceptual: Apoyo f al paciente dependiendo de la personalidad del cuidador

Definición operacional: Cuestionario SEAPSI de Personalidad

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3 Operalización de las variables

☐ H1: Al aplicar un programa de asesoramiento familiar, los pacientes con incapacidad física y del lenguaje, tendrán mejores redes familiares que apoyaran a su recuperación integral, dependiendo de la personalidad del cuidador			
VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VI: Programa de Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes cerebrovasculares VD: Estado general de salud de los pacientes con accidentes cerebrovasculares VD: Apoyo al paciente dependiendo de la personalidad del cuidador	Asesoramiento -Psicoeducación Intervención - Proporción de Información - Adaptación al nuevo estilo de vida Asesoramiento - Medidas para mejorar las condiciones de salud de las pacientes Asistencia a las citas de asesoramiento psicológico. Acuerdos establecidos en las sesiones psicoterapéuticas Personalidad: - Paranoide - Anancástica - Histriónico - Ciclotímico - Evitativo - Dependiente - Esquizoide - Disocial - Inestable	- Existe - No existe - Existe - No existe - Asiste - No asiste - Sí - No - 0 peor estado de salud Cumplimiento - O no - De tareas	Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) - Historia Clínica - Informes Psicológicos. - Entrevistas individuales - Cuestionario de Salud EQ-5D Cuestionario SEAPSI de Personalidad. Escala de Logros

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación

Esta investigación de tipo descriptiva y correlacional

Población investigada

Se tomará en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de accidentes cerebrovasculares y sus acompañantes que acudan a la consulta privada.

Aplicabilidad de métodos y técnicas

- ☐ Método inductivo-deductivo: Se utiliza durante el análisis de los datos y la comprobación de hipótesis el objetivo de mejorar el programa de asesoramiento familiar.
- ☐ Método psicométrico: Se utiliza durante la recolección de los datos, proporcionar una visión más clara de la situación y las necesidades de orientación en el asesoramiento familiar.
- ☐ Técnica de observación: Se utiliza durante todo el proceso para obtener una descripción detallada de la situación circundante y detectar los conflictos que todavía no se han resuelto con la proporción de información.
- ☐ Técnica de entrevista: Se utiliza en fase de recolección de datos para obtener la mayor cantidad de información que sea posible, también a mitad del proceso para direccionar el asesoramiento de acuerdo a las necesidades particulares de las familias.
- ☐ Técnica estadística: Permitirá establecer si el Asesoramiento Familiar cumplió con el objetivo planteado inicialmente en el Programa.

Instrumentos de medición

- ☐ Escala Cuestionario de Salud Euro QoL-5D
- ☐ Cuestionario de Personalidad SEAPsI
- ☐ Ficha Fieps

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Escala Cuestionario de Salud Euro QoL-5D: Diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la calidad de vida relacionado con la salud que permita el intercambio de datos entre los diferentes países. Consta de dos partes la primera evalúa movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, malestar, ansiedad y depresión. La segunda parte consiste en una escala análogo-visual representada por una línea vertical de 20cm de longitud y graduada del 0 peor estado de salud imaginable al 100 mejor estado de salud imaginable.

Cuestionario de Personalidad SEAPsI: Utilizado en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad como un instrumento para identificar los rasgos predominantes de la personalidad. Consta de cuatro ítems, Personalidades con características de predominio afectivo, cognitivo, comportamental y de déficit relacional. El paciente escoge entre 100 afirmaciones, las características que más se asemejan a su personalidad.

Ficha Fieps: Es un instrumento para la recolección de información utilizado en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Contempla varias dimensiones: Características Individuales, aspectos sociales, factores biológicos y psicopatológicos, además las relaciones familiares y condiciones ambientales.

Recolección y procesamiento de datos

Fase preparatoria: Se elaboró el Proyecto tesis para el Programa de asesoramiento familiar para pacientes con ACV.

Fase de ejecución:

Fichas

Evaluación amillares

Se aplicó el plan de asesoramiento familiar para pacientes con ACV en la consulta privada desde octubre 2010 hasta Septiembre del 2011

Fase analítica: Se procesaron los datos obtenidos luego de la aplicación del plan

Fase informativa: Se elaboró el informe final con toda la información recolectada, analizada y procesada en las fases anteriores.

RESULTADOS

Para la aplicación del plan de Asesoramiento Familiar de los Pacientes con Accidentes Cerebrovasculares desde el Modelo Integrativo, se consideró a todos los pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular (ACV) que acudieron a la consulta privada desde octubre del 2010 hasta septiembre del 2011.

Se aplicó el plan a 29 pacientes ACV, y 53 familiares, enseguida se mostrarán los datos generales de los pacientes, luego los datos generales de los familiares, y finalmente las correlaciones entre ellos, con el objetivo de presentar los resultados obtenidos de la manera más clara posible.

DATOS GLOBALES DE LOS PACIENTES

Tabla 4 Pacientes totales por género

PACIENTES TOTALES POR GÉNERO			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Masculino	22	75,86
2	Femenino	7	24,14
TOTAL		29	100,00

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

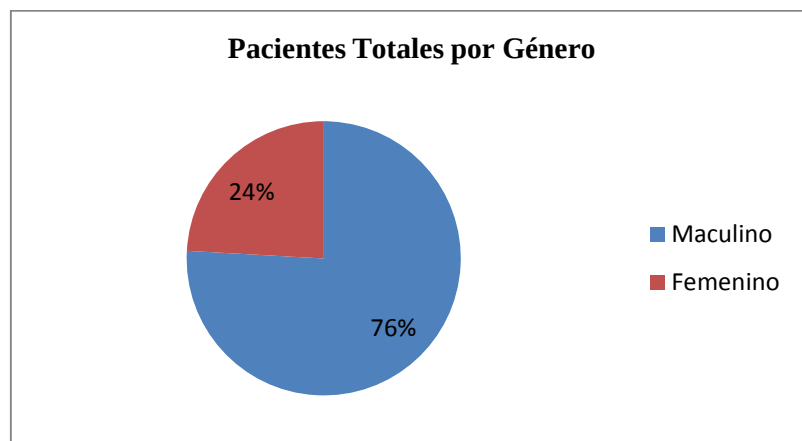


Ilustración 1 Pacientes totales por género

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Es posible apreciar que 22 de 29 pacientes son hombres, lo que corresponde 76% de la muestra, frente a 7 de 22 pacientes que son mujeres, constituyendo el 24% de la muestra; Entonces la mayoría de los pacientes en la población estudiada pertenecen al género masculino, este dato es importante para dimensionar las exigencias físicas a las que se enfrentarán los cuidadores principales.

Tabla 5 pacientes totales por edad

PACIENTES TOTALES POR EDAD			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	0 - 18	3	10,34
2	19 - 30	5	17,24
3	31 - 60	9	31,03
4	> 60	12	41,38
EDAD MÍNIMA		12	
EDAD MÁXIMA		95	
EDAD PROMEDIO		51,59	

Elaborado por: Calahorrano, Saskia, 2013

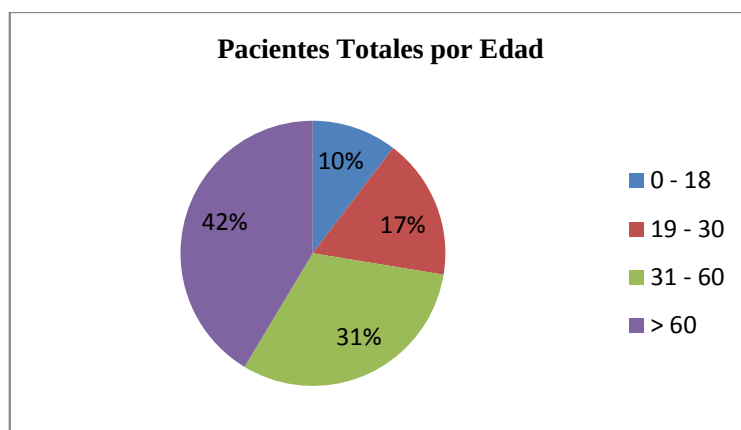


Ilustración 2 Pacientes totales por edad

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

INTERPRETACIÓN:

Según la edad se puede agrupar a los pacientes en adolescentes que corresponde al 10% que la población, adultos jóvenes que corresponde al 17%, adultos en un 31% y adultos mayores en un 42% convirtiéndose el grupo de adultos mayores con mayor presencia en

la población; es importante ésta agrupación, ya que es necesario satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes de acuerdo a la etapa vital que están atravesando.

Tabla 6 Pacientes totales por Asesoramiento

PACIENTES TOTALES POR ASESORAMIENTO			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Asesoramiento Familiar	21	72,41
2	Asesoramiento Individual	8	27,59
TOTAL		29	100,00

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

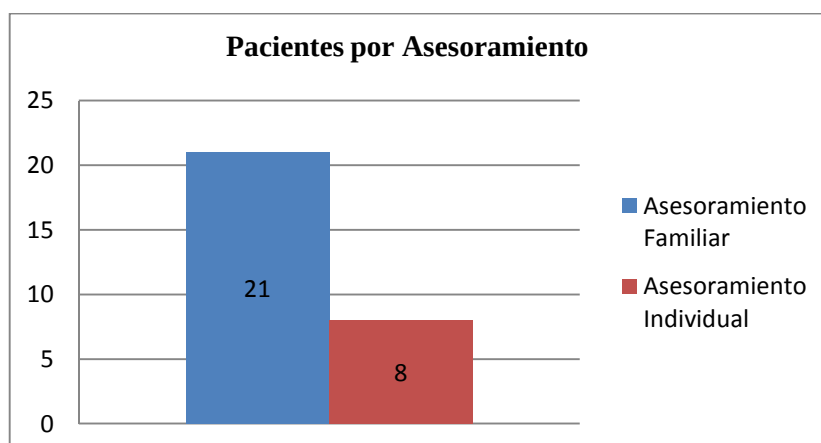


Ilustración 3 Pacientes por Asesoramiento

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: En la población total estudiada se incluye un grupo de 8 pacientes que asistieron a la consulta sin la compañía de sus familiares lo que corresponde al 27 % de la muestra que recibió asesoramiento individual para contrastar información con la que se obtuvo en el asesoramiento familiar que corresponde al 72% de la muestra para exponer claramente la importancia de del apoyo familiar en la recuperación de los pacientes ACV.

Tabla 7 Pacientes totales por tipo de personalidad

PACIENTES TOTALES POR PERSONALIDAD			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Anancástica	8	27,59
2	Dependiente	6	20,69
3	Evitativa	2	6,90
4	Histriónica	7	24,14
5	Inestable	6	20,69

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

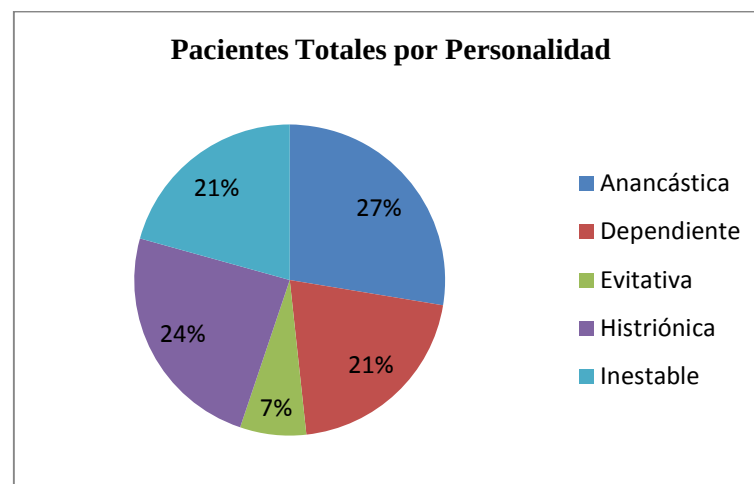


Ilustración 4 Pacientes totales por tipo de personalidad

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Se registró durante la aplicación del programa de asesoramiento cinco tipos de personalidad. Con características de predominio cognitivo las personalidades anancásticas ocupan el primer lugar con 27% de la muestra, por la adherencia en sus cogniciones, afectos y comportamientos se hace más factible la disciplina y cooperación durante el asesoramiento, gracias a que ejercen autocontrol. En segundo lugar se encuentran con 24% las personalidades histriónicas con características de predominio afectivo a través del acercamiento social cómodo que este tipo de personalidad posee y la espera de la aprobación externa facilita la construcción de la red de apoyo familiar. En tercer lugar las personalidades inestables con el 20 % de presencia en la muestra y con características de predominio comportamental por la activación conductual inmediata, la red de apoyo familiar aplica control sobre sus acciones

viabilizando el desarrollo del plan. En cuarto lugar, con un 20% se ubican las personalidades dependientes; por compartir las características de déficit relacional se describirá en este mismo lugar la personalidad evitativa que tiene el 2% de presencia en la muestra, en dos de los tipos de personalidad el rol de la red de apoyo familiar fue preponderante, mientras que los dependientes necesitaban de la protección durante el proceso, los evitativos se desarrollaron en un ámbito más íntimo.

Tabla 8 Pacientes total por estado general de salud

PACIENTES TOTALES POR ESTADO GENERAL DE SALUD SEGÚN EQ-5D					
Nº	DESCRIPCIÓN	ANTES DEL ASESORAMIENTO FAMILIAR		DESPUES DEL ASESORAMIENTO FAMILIAR	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
1	0 - 25	2	6,90	2	6,90
2	26 - 50	12	41,38	9	31,03
3	51 - 75	11	37,93	8	27,59
4	76 - 100	4	13,79	10	34,48

Elaborado por Calahorrano, Saskia

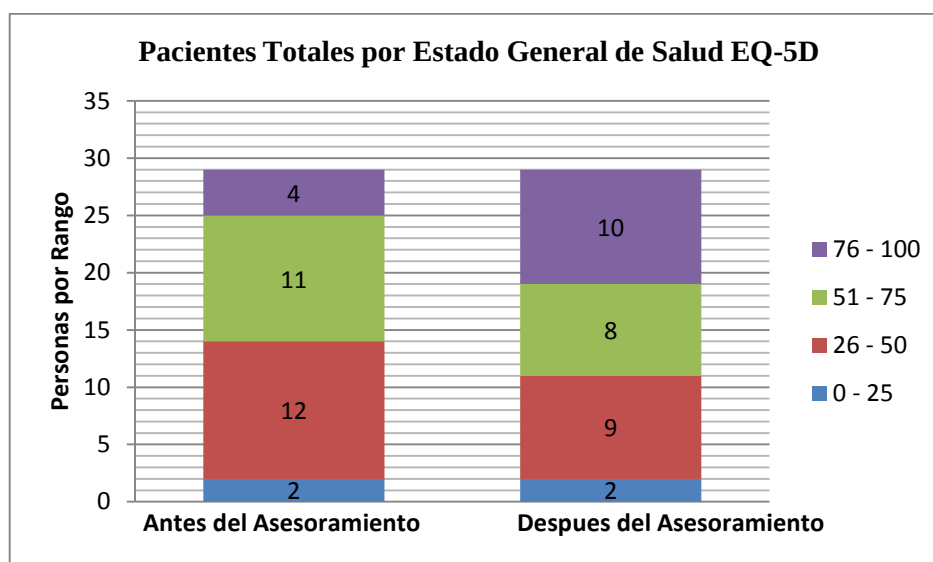


Ilustración 5 Pacientes totales por estado general de salud

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Para comprender en qué condiciones se encontraban los pacientes antes y después del asesoramiento, se establecieron 4 grupos de 25 niveles cada uno, donde 0 es el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud posible según la escala general del Estado de Salud EQ-5D, entonces podemos apreciar que después del ACV y antes del asesoramiento 2 de los 29 pacientes que corresponden al 7% de la población se encontraban en mal estado de salud, 12 de los 29 pacientes corresponden al 41% de la muestra y se encontraban en regular estado de salud, 11 pacientes que significan el 38% de la muestra se encontraban en buen estado de salud y apenas 4 pacientes que representan el 14% de la muestra se encontraban en muy buen estado de salud. Luego de la aplicación del Plan de Asesoramiento Familiar y reaplicación de la escala general del Estado de Salud EQ-5D, se obtuvieron los siguientes resultados, el 7% de la muestra se encuentra en el rango de mal estado de salud, el 31% en un estado regular de salud, 27% en buen estado de salud y el 34% en muy buen estado de salud.

Tabla 9 Pacientes totales por sesiones realizadas

PACIENTES TOTALES POR N° SESIONES REALIZADAS			
N°	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	1 - 3	12	41,38
2	4 - 6	8	27,59
3	7 - 9	1	3,45
4	10 - 12	8	27,59
MENOR # DE SECCIONES		1	
MAYOR # DE SECCIONES		11	
PROMEDIO DE SECCIONES		5	

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

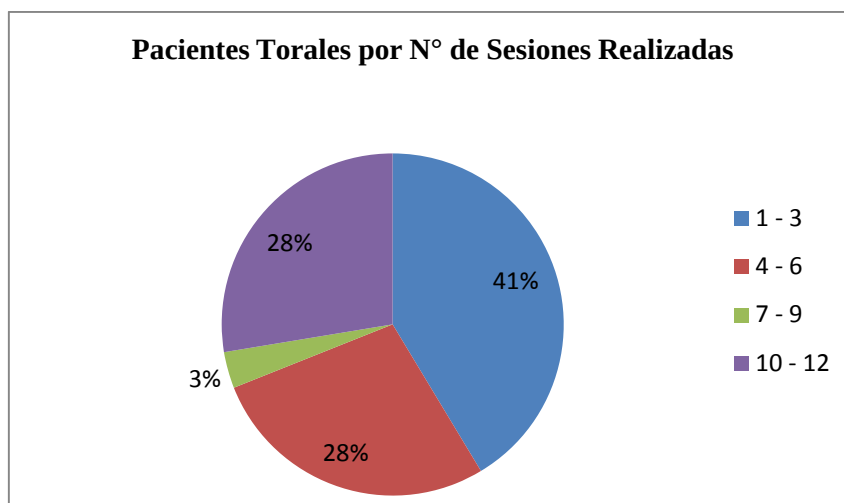


Ilustración 6 Pacientes totales por sesiones realizadas

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: El 41% de la muestra que significan 12 de los 29 pacientes incluidos en el plan de asesoramiento han asistido entre 1 y 3 sesiones, el 27% de la muestra es decir 8 de los 29 asistieron entre 4 y 6 sesiones, 1 de los 29 pacientes asistió entre 7 y 9 sesiones constituyéndose en el 3% de la población, el 27% de la muestra equivale 8 de los 29 pacientes que han asistido entre 10 y 12 sesiones. Los pacientes que menos asistieron fueron a 1 sesión y los que fueron al mayor número de sesiones fueron a 11, en promedio los pacientes asistieron a 5 sesiones, permitiendo la exposición y aplicación de las estrategias de acción en el caso de los accidentes cerebrovasculares.

Tabla 10 Pacientes totales por cambio en el estado general de salud

PACIENTES TOTALES POR CAMBIO DE ESTADO GENERAL DE SALUD SEGÚN EQ-5D AL FINALIZAR LA INTERVENCIÓN			
N°	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Empeoró	1	3,45
2	Sin variación	12	41,38
3	Mejoró de 1 - 10	8	27,59
4	Mejoró de 11 - 20	5	17,24
5	Mejoró de 21 - 30	2	6,90
6	Mejoró de 31 - 40	1	3,45
CAMBIO MÍNIMO		-20	
CAMBIO MÁXIMO		35	

PROMEDIO DE CAMBIO	8,45
--------------------	------

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

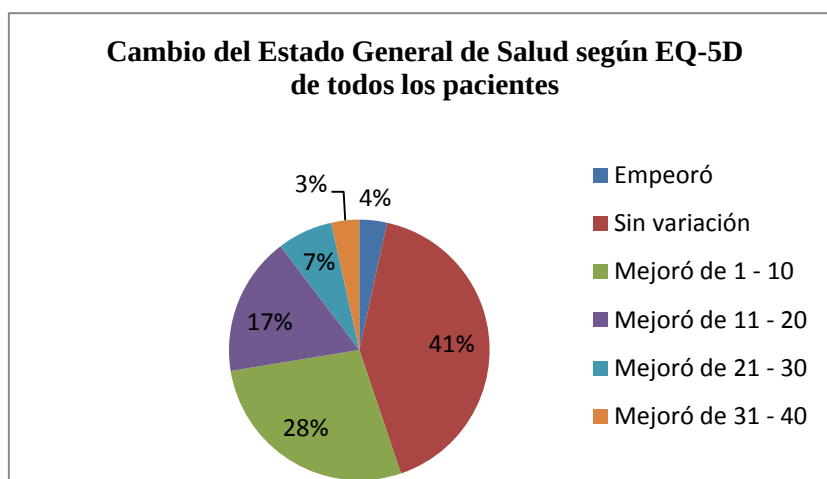


Ilustración 7 Cambio en el estado general de salud

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Después de haber aplicado el asesoramiento ya sea familiar o individual se notaron los siguientes cambios en el estado de salud general de la población seleccionada, 28% de la muestra que equivale a 8 pacientes mejoró su estado de salud general entre 1 y 10%, el 17% que equivale a 5 pacientes mejoró en entre el 11 y 20%, el 7% de la muestra que significa 2 pacientes mejoró entre 21 y 30%, el 3% es decir 1 paciente entre mejoró 31 y 40% y un 4% de la población general que corresponde a un solo paciente empeoró debido a las condiciones familiares adversas, la falta de una red de apoyo y conflictos intrapersonales severos. El cambio mínimo que se dio en la población es de -20% relacionado con el retroceso del estado de salud general del paciente, el cambio máximo es del 35% relacionado con la mejora en estado de los pacientes y en promedio los cambios que se presentaron en el estado de salud de los pacientes es del 8.45%.

DATOS GLOBALES DE LOS FAMILIARES

Tabla 11 Familiares globales por género

FAMILIARES TOTALES POR GÉNERO			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Maculino	14	26,42
2	Femenino	39	73,58
TOTAL		53	100,00

Elaborado por Calahorrano, Saskia

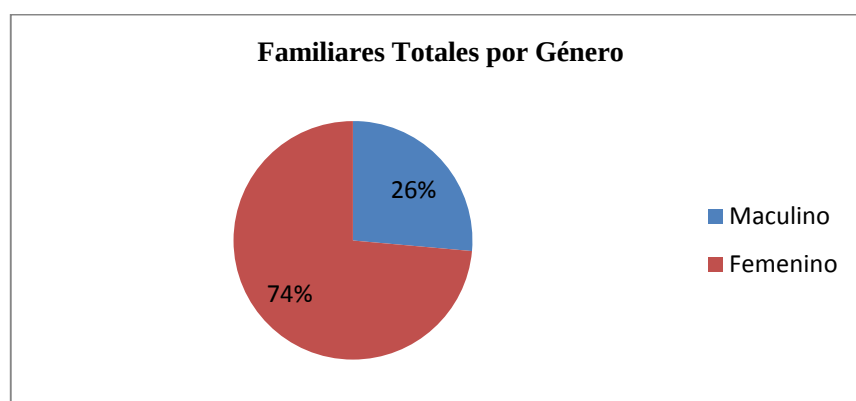


Ilustración 8 Familiares totales por género

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: El 74% del total de los familiares son mujeres y el 26% son hombres, es necesario considerar las diferencias de género en los familiares ya que existen secuelas incapacitantes en los pacientes que deben ser enfrentadas por la red de apoyo familiar.

Tabla 12 familiares totales por edad

FAMILIARES TOTALES POR EDAD			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	0 - 18	5	9,43
2	19 - 30	8	15,09
3	31 - 60	32	60,38
4	> 60	8	15,09
EDAD MÍNIMA		12	
EDAD MÁXIMA		85	
EDAD PROMEDIO		43,94	

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

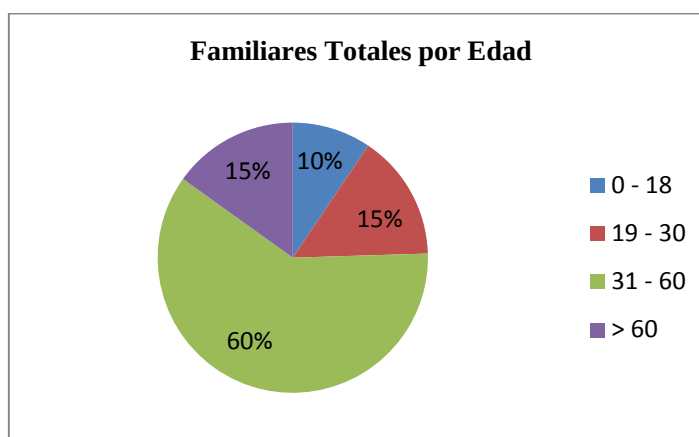


Ilustración 9 Familiares totales por edad

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: Se logró agrupar al total de los familiares en 4 subgrupos, 5 de los 53 familiares incluidos en el asesoramiento constituyen el 9% de la muestra y se encuentran en el grupo de adolescentes, 8 familiares que equivale al 15% se ubican en el grupo de adultos jóvenes, 32 adultos que significa el 60% y 8 adultos mayores corresponden al 15%. La edad mínima de los participantes en la red de apoyo básica para los pacientes es 12 años de edad, y la edad máxima 85, con edad promedio de 43.94. Es necesario considerar la edad de los familiares en el plan de asesoramiento para satisfacer todas las necesidades de los pacientes, si sacrificar el desarrollo personal de los integrantes de la red.

Tabla 13 Familiares totales por tipo de personalidad

FAMILIARES TOTALES POR PERSONALIDAD			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Anancástica	15	28,30
2	Dependiente	14	26,42
3	Histriónica	19	35,85
4	Ciclotímica	3	5,66
5	Paranoide	2	3,77

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

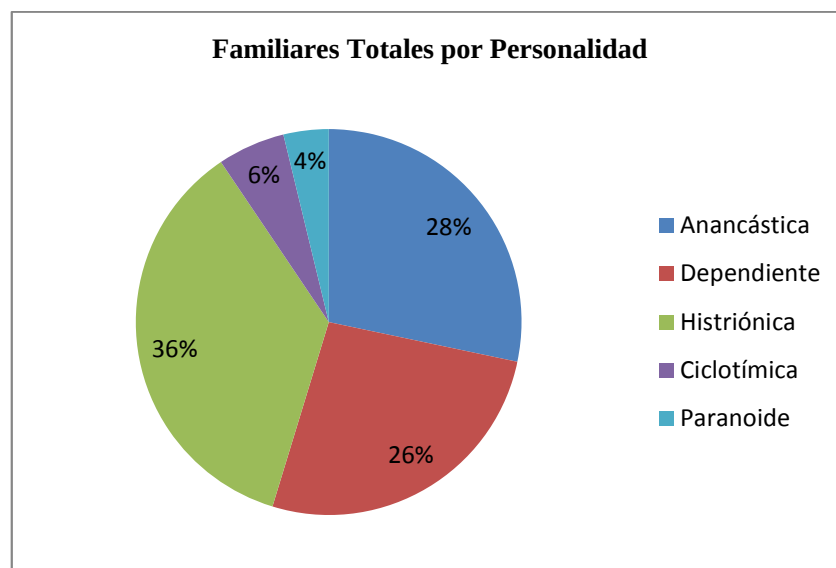


Ilustración 10 familiares totales por tipo de personalidad

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

INTERRETACIÓN: Se registraron 5 tipos de personalidad diferentes, el 36% y el 6% integran el grupo de personalidades con características de predominio afectivo, histriónicas y ciclotímicas respectivamente, gracias a las cogniciones y conductas invadidas por el afecto se les facilita cumplir con el paciente las actividades que se relacionan con el contacto social, el 28% más el 4% de los familiares corresponden al grupo con características de predominio cognitivo, el grupo mayor pertenece a la personalidad anancástica y el menor a la personalidad de tipo paranoide debido a que

prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y expresión afectiva los dos tipos de personalidad colaboran activamente en el proceso, manteniendo el orden facilitan el cumplimiento de las tareas, mientras los paranoides lo hacen desde el exterior los anancásticos ejercen control interno. El 26% restante pertenecen a la personalidad de tipo dependiente con características de déficit relacional, por la actitud obediente estas personalidades siguen fácilmente las instrucciones establecidas en el plan de asesoramiento, facilitándose el cumplimiento actividades.

Tabla 14 Familiares por reacción psicológica luego del ACV

FAMILIARES TOTALES POR REACCIÓN LUEGO DEL ACV			
Nº	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Ansiedad	12	22,64
2	Reacción de Adaptación	37	69,81
3	Síndrome del Cuidador	4	7,55

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

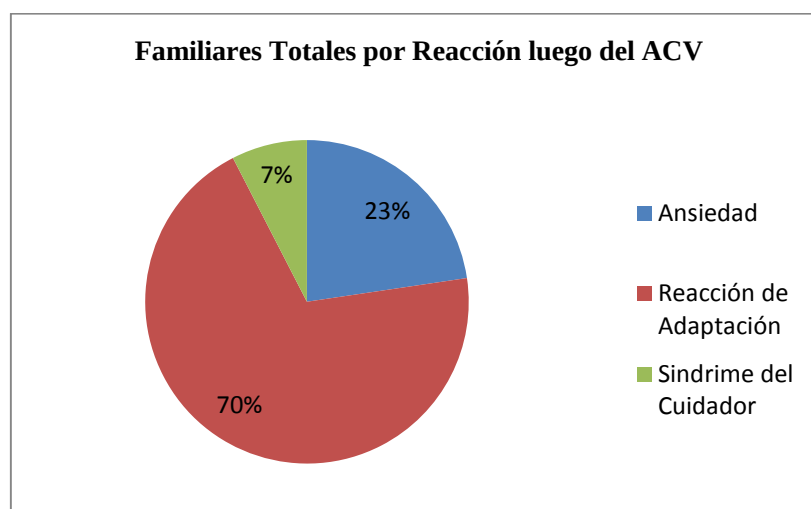


Ilustración 11 Familiares totales por reacción psicológica luego del ACV

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: El 70% de la muestra que corresponde a 37 familiares que presentaron reacción de adaptación, considerada en el plan de asesoramiento familiar como una reacción normal frente a la crisis que significa para el sistema un accidente cerebrovascular, lo que significa que la mayoría de los familiares estuvieron en

condiciones para formar la red básica de apoyo al paciente, el 23% de la muestra equivale a 12 familiares que presentaron ansiedad, síntomas que fueron controlados en su mayoría durante la fase de psicoeducación, el 7% de la muestra que corresponde a 4 familiares presentaron síndrome del cuidador, los 4 familiares fueron incluidos en procesos de psicoterapia para controlar el síndrome y luego de superado el problema se integraron a la red básica de apoyo al paciente.

Tabla 15 Familiares totales por parentesco

FAMILIARES TOTALES POR PARENTESCO			
N°	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Porcentaje
1	Cónyuge	7	13,21
2	Progenitores	15	28,30
3	Hijas / Hijos	16	30,19
4	Nietas / Nietos	6	11,32
5	Hermanas	7	13,21
6	Otros	2	3,77

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

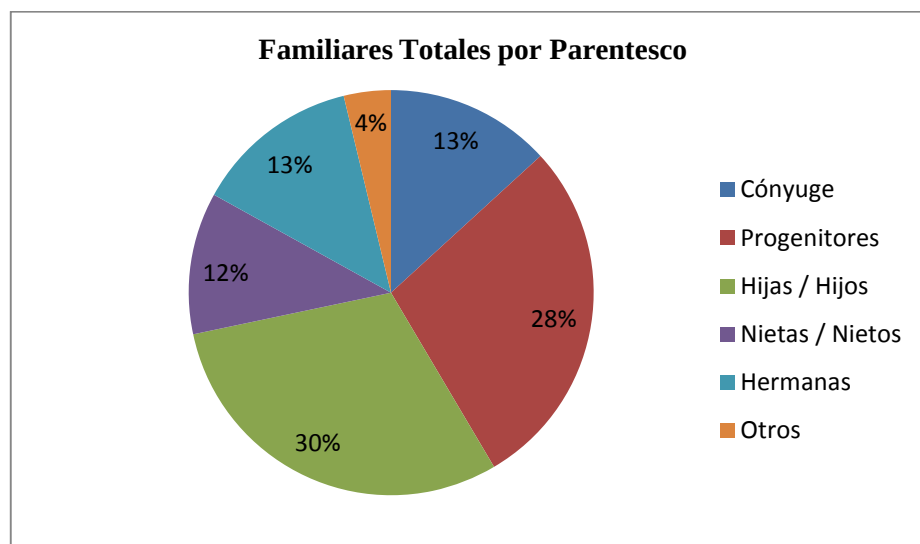


Ilustración 12 Familiares totales por parentesco

Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: EL 30% de los familiares son hijos o hijas de los pacientes, el 28% son progenitores, con el 13% se revisan 2 tipos de parentesco los cónyuges y

hermanas o hermanos respectivamente, 12% nietas y nietos y tan solo un 4% otras personas en los que generalmente se incluye la familia política, amigos o personas contratadas. Debido a que la gran mayoría de los cuidadores principales y cuidadores son familiares directos, por una parte debido a la relación afectiva en algún momento facilita el manejo del paciente; por otra parte evidencia conflictos de organización y salud en los cuidadores.

INTERACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON EL PACIENTE

Tabla 16 Interacción semanal de los familiares con los pacientes

INTERACCIÓN SEMANAL CON EL PACIENTE			
Días	Antes del ACV	Después del ACV	Después del Asesoramiento
Ninguno	23,68	0,00	0,00
Uno	7,89	2,63	0,00
2 a 4	5,26	26,32	21,05
5 a 6	0,00	5,26	73,68
7	63,16	65,79	5,26

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

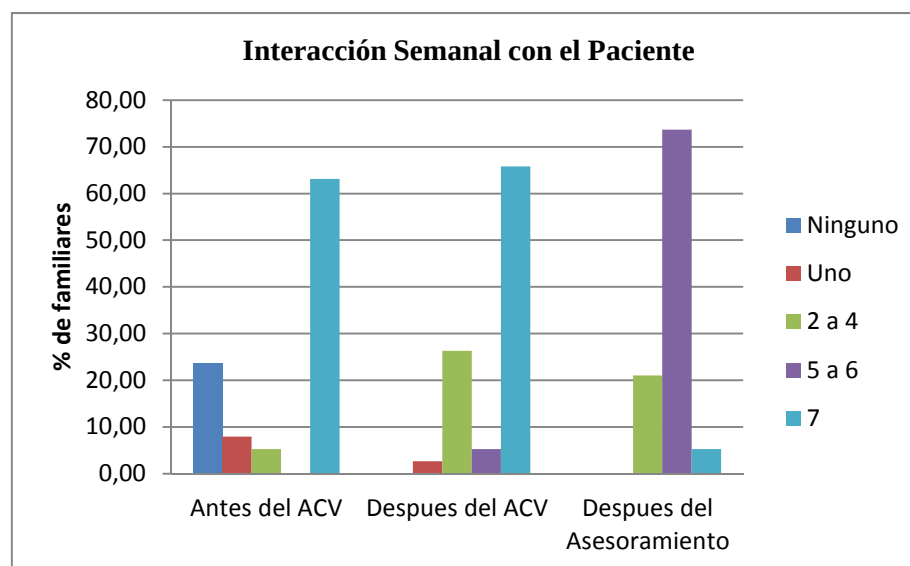


Ilustración 13 interacción semanal de los familiares con el paciente

Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Se describirá el análisis en 3 momentos: antes del ACV, después del ACV y después del Asesoramiento. El 24% de los familiares de la muestra no interactuaban directamente con los pacientes antes del ACV, el 8% lo hacía solo un día a la semana, de 2 a 4 días el 5%, ningún familiar de la muestra interactuaba directamente con el paciente entre 5 y 6 días, sin embargo los familiares directos que corresponden al 63% de la muestra lo hacían 7 días por semana. Después del ACV todos los familiares participantes en el plan de asesoramiento empezaron a interactuar con los pacientes, el 3% lo hacía una vez por semana, el 26% de 2 a 4 días, de 5 a 6 el 2% y el 66% lo hacía todos los días. Lo que permite notar que luego del ACV los familiares mostraron mayor interés por los pacientes. Después del asesoramiento familiar, el 21% de la población interactuó con el paciente 2 a 4 días, el 74% de 5 a 6 días y el 5% 7 días por semana, tratando de equilibrar las cargas horarias entre los cuidadores principales y los miembros de la red de apoyo familiar.

Tabla 17 Interacción diaria de los familiares con el paciente

INTERACCIÓN DIARIA CON EL PACIENTE		
Horas	Después del ACV	Después del Asesoramiento
2h a 8h	50,00	63,16
9h a 14h	15,79	36,84
15h a 20h	26,32	0,00
21h a 24h	7,89	0,00

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

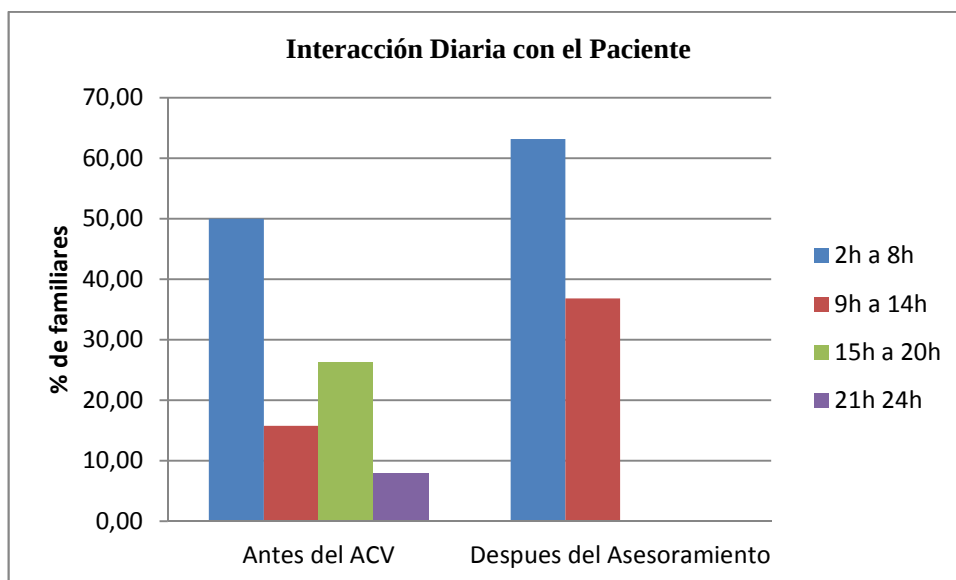


Ilustración 14 Interacción diaria de los familiares con el paciente

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: La interacción diaria de los familiares con los pacientes se describe en dos momentos, después del ACV y después del asesoramiento Familiar: el 50% de los familiares interactuaba con el paciente de 2h a 8h después del ACV, después del asesoramiento familiar se nota un incremento al 63% de la población que interactúa con el paciente de 2h a 8h, el 16% de los familiares interactuaba con el paciente de 9h a 14h después del ACV y luego del asesoramiento familiar el 37% interactuó en el mismo horario, después del ACV el 26% de los familiares atendía al paciente de 15h a 20h y el 8% lo hacía de 21h a 24h, después del asesoramiento familiar, las jornadas de 15h a 24h se suspendieron, los familiares distribuyeron las horas de atención al paciente en turnos equitativos y en varios casos buscaron ayuda de cuidadores contratados.

COMPARACIONES ENTRE EL ASESORAMIENTO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Tabla 18 Comparación del número de sesión asistidas por asesoramiento

Comparación de Número de Sesiones Asistidas por Asesoramiento			
Nº	Asistencia a las sesiones	Asesoramiento Familiar	Asesoramiento Individual
		%	%
1	1 – 3	33,3	62,5
2	4 - 6	23,8	37,5
3	7 – 9	4,8	0
4	10 – 12	38,1	0

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

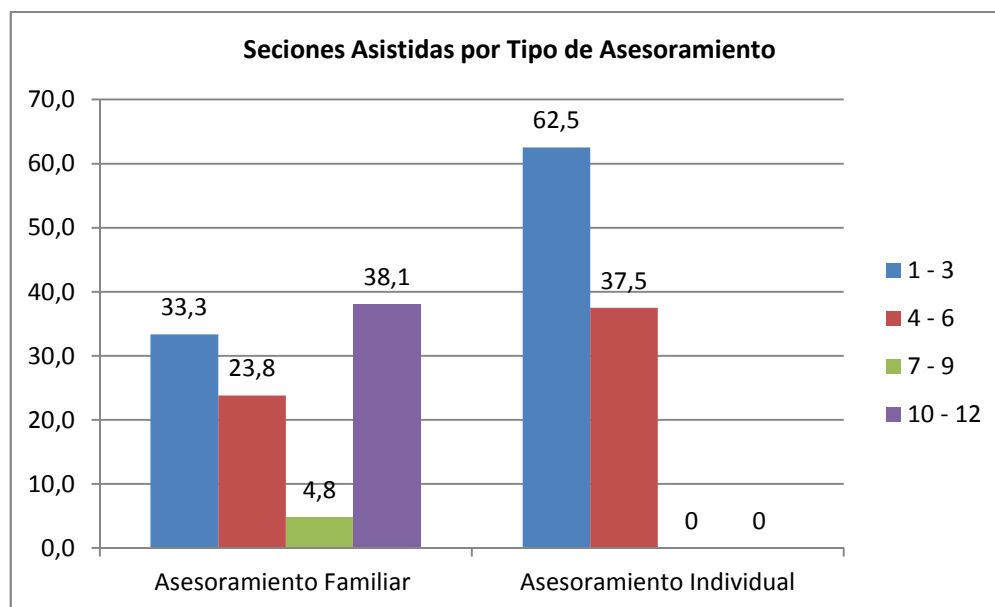


Ilustración 15 Sesiones asistidas por tipo de asesoramiento

Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: Es posible observar que el 33% de los pacientes que recibieron asesoramiento familiar asistieron entre 1 y 3 sesiones, mientras que el 62% los pacientes que recibieron asesoramiento individual asistieron entre 1 y 3 sesiones, el 24% asistió al asesoramiento familiar entre 4 y 6 sesiones, y el 37% asistió al asesoramiento individual

el mismo número de sesiones, el 5% de los pacientes de asesoramiento familiar llegaron a asistir de 7 a 9 sesiones, y el 38% de los pacientes incluidos en el plan de asesoramiento familiar termino el proceso, mientras que los pacientes que se incluyeron en el asesoramiento individual llegaron a asistir a 6 sesiones, dejando inconcluso el plan . El número de sesiones asistidas permite dimensionar la importancia y el soporte que brinda la red de apoyo familiar, en la culminación de los procesos terapéuticos y la recuperación general de los pacientes.

Tabla 19 Comparación de las personalidades por tipo de asesoramiento

Comparación de Personalidades de los Paciente por Asesoramiento			
Nº	PERSONALIDADES	Asesoramiento Familiar	Asesoramiento Individual
		%	%
1	Anancástica	28,6	25
2	Dependiente	28,6	0
3	Evitativa	9,5	0
4	Histriónica	23,8	25
5	Inestable	9,5	50
6	Ciclotímica	0	0
7	Paranoide	0	0

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

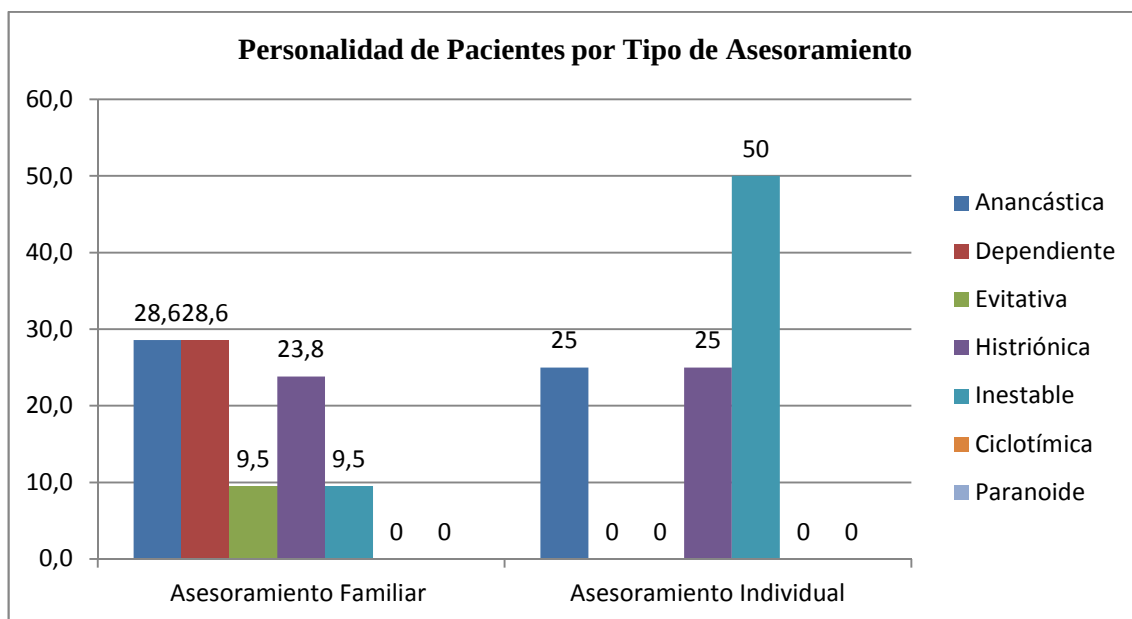


Ilustración 16 Personalidad de pacientes por tipo de Asesoramiento

Elaborado por: Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: El 29 % de la población incluida en el asesoramiento familia y 25% en el asesoramiento individual corresponden al tipo de personalidad de tipo anancástica, el 29% siguiente en el asesoramiento familiar al tipo dependiente, tipo de personalidad que no está presente en el asesoramiento individual, el 9% corresponde a la personalidad de tipo evitativo en el asesoramiento familiar y no se registra en el asesoramiento individual, el tipo de personalidad histriónica representa el 24% en el asesoramiento familiar mientras que en el individual corresponde al 25%, otro 9% de la población que integra el asesoramiento familiar es de tipo inestable y en el asesoramiento individual se ubica en el 50% de la población.

Tabla 20 Comparación de relaciones intrafamiliares por Asesoramiento

Comparación de Relaciones Intrafamiliares por Asesoramiento				
DETALLE		Buena	Regular	Mala
Asesoramiento Familiar	Antes del ACV	76,2	14,3	9,5
	Después del ACV	57,1	19	23,8
	Después del Asesoramiento Familiar	90,5	9,5	0
Asesoramiento Individual	Antes del ACV	50	0	50
	Después del ACV	37,5	0	62,5
	Después del Asesoramiento Individual	37,5	25	37,5

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

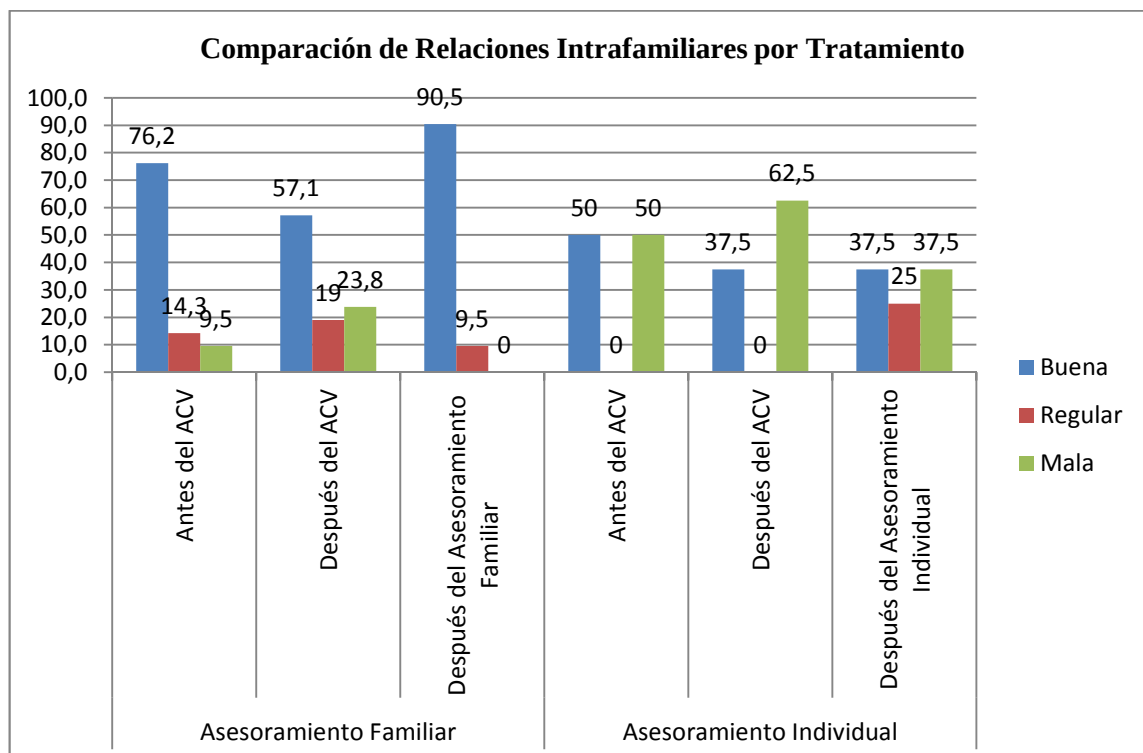


Ilustración 17 Comparación de las relaciones intrafamiliares por el Asesoramiento

Elaborado por: Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Antes de ACV el 76 % de la muestra incluida en el plan de Asesoramiento familiar mantenían buenas relaciones intrafamiliares, 14% las relaciones intrafamiliares regulares y el 9% afirmaron mantener malas relaciones intrafamiliares, después de ACV el índice de las relaciones intrafamiliares catalogadas como buenas disminuyó al 57% de la población, en cambio las relaciones intrafamiliares regulares llegaron al 19% y las malas hasta el 24% de la población seleccionada, después del asesoramiento familiar se observa que 90.5% de la población mantiene buenas relaciones intrafamiliares y 9.5% declara que las relaciones intrafamiliares son regulares. En Asesoramiento individual, antes del ACV 50% de la población afirmó tener buenas relaciones intrafamiliares y el otro 50% confesó que las relaciones intrafamiliares eran malas, después del ACV las relaciones intrafamiliares buenas descendieron al 37.5% y las malas ascendieron al 62.5%, luego del asesoramiento individual, las relaciones intrafamiliares buenas se mantuvieron en el 37.5%, las relaciones intrafamiliares regulares se hicieron presentes en un 25% y las malas relaciones intrafamiliares descendieron al 37.5% relacionado el descenso directamente con el nuevo estilo de comportamiento que los pacientes asumieron frente a los familiares. En conclusión después de los dos tipos de asesoramiento se observó mejora en la calidad de las relaciones intrafamiliares de los pacientes con ACV.

Tabla 21 Comparación del cambio de estado de salud por tipo de asesoramiento

Comparación de Cambio de Estado General de Salud por Asesoramiento			
Nº	Variación en el Estado General de Salud	Asesoramiento Familiar	Asesoramiento Individual
		%	%
1	Empeoró	0	12,5
2	Se mantuvo Igual	23,8	87,5
3	Mejoro de 1 a 10 %	38,1	0
4	Mejoro de 11 a 20 %	23,8	0
5	Mejoro de 21 a 30 %	9,5	0
6	Mejoró más de 31 %	4,8	0

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

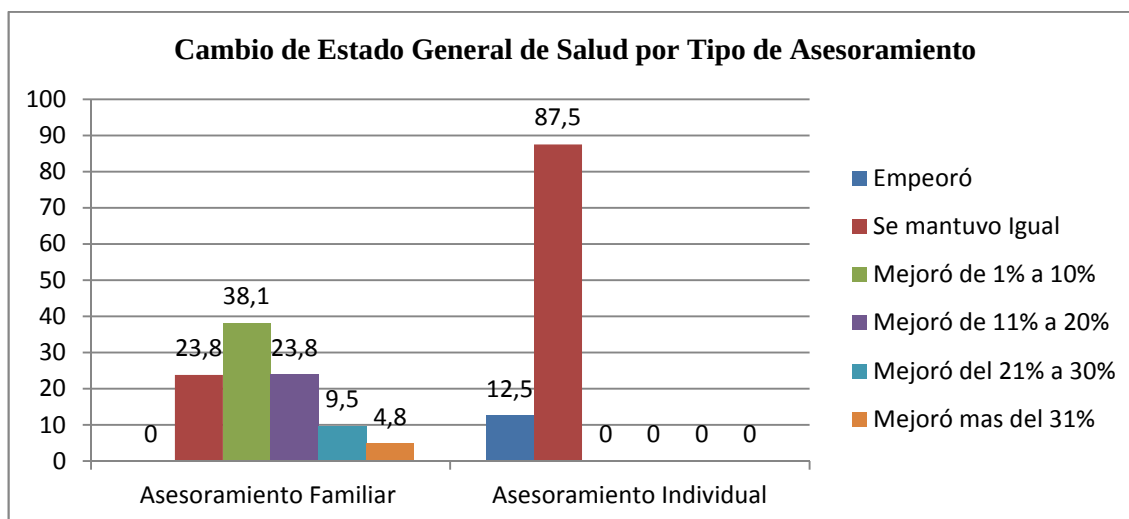


Ilustración 18 Cambio en el estado general por tipo de Asesoramiento

Elaborado por Clahorrano, Saskia 2013

INTERPRETACIÓN: El 24% de la población al finalizar el plan de asesoramiento familiar se mantuvo igual, el 38% mejoró entre 1y 10% su estado general de salud, el 24% mejoró del 11 al 20%, el 9% mejoró 21 al 30% y el 5% mejoró más del 31% su estado general del salud. En tanto que en el asesoramiento individual el 87.5% de la población se mantuvo igual y el 12.5% que equivale a un paciente empeoró debido la práctica de conductas autodestructivas.

COMPROBACION DE HIPÓTESIS

- Al aplicar un programa de asesoramiento familiar, los pacientes con incapacidad física y del lenguaje, secuelas de ACV, tendrán mejores redes familiares que apoyaran a la recuperación de manera integral dependiendo de la personalidad del cuidador

El número de sesiones tiene un índice de relación de 0,86 con el porcentaje de mejora de los pacientes que se acerca mucho a la unidad por lo tanto la relación es directa.

La edad de los pacientes tiene un índice relacional de -0,07 con el porcentaje de mejora de los mismos, eso indica que la relación es inversa.

El número de familiares tiene un índice relacional de 0,93 con el porcentaje de mejora de los pacientes, que se acerca aún más a la unidad por lo tanto la relación también es directa.

RESUMEN

Coefficiente Correlacional de Pearson.

Tabla 22 Resumen correlacional Plan de Asesoramiento Familiar

	<i>% Mejora</i>	<i>Nº Sesiones</i>	<i>Edad</i>	<i>Familiares</i>
% Mejora	1			
Nº				
Sesiones	0,86	1		
Edad	-0,07	-0,48	1	
Familiares	0,93	0,72	0,25	1

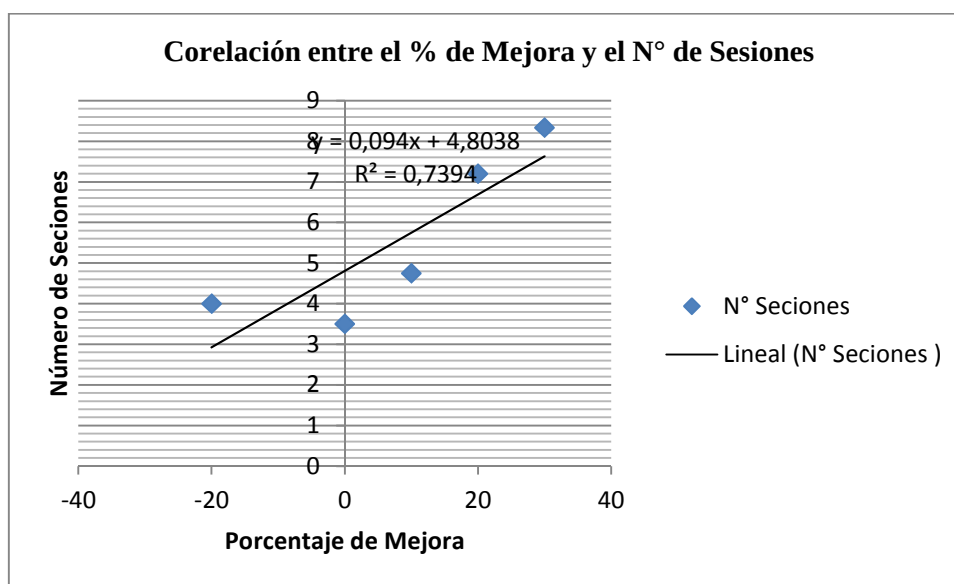


Ilustración 19 Correlación entre el porcentaje de mejora y el número de sesiones

Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: A mayor número de sesiones cumplidas, mayor es el porcentaje de mejora en los pacientes.

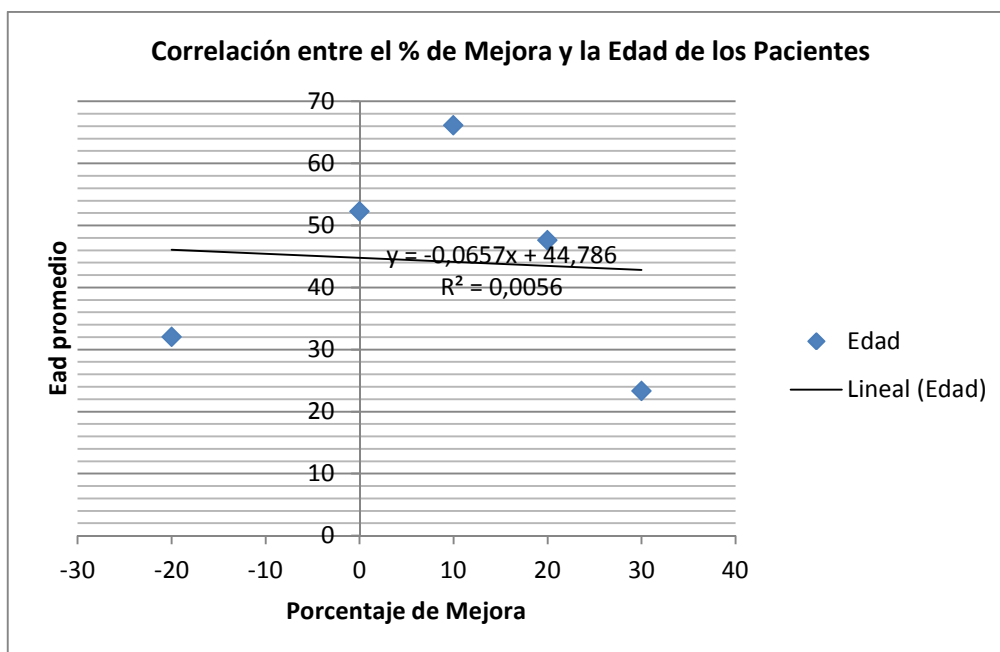


Ilustración 20 Correlación entre la mejora y la edad de los pacientes

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: A menor edad de los pacientes mayor es el porcentaje de mejora en los mismos.

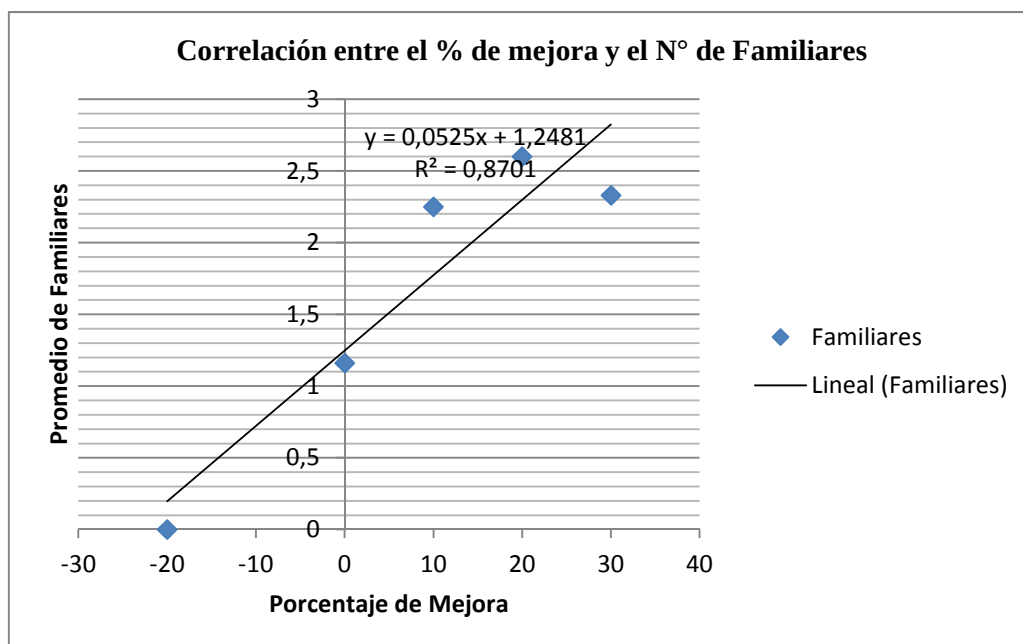


Ilustración 21 Correlación de la mejora y el número de familiares

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Cuando participa un mayor número de familiares en el programa de asesoramiento familiar, mayor es el porcentaje de mejora en los pacientes.

DISCUSIÓN

En respuesta a las hipótesis planteadas con el respaldo en la estadística precedente, se puede afirmar que los resultados son concluyentes, el apoyo familiar potencializa el tratamiento físico y psicológico de los pacientes con accidentes cerebrovasculares, quienes suelen cumplir en mayor medida con las tareas asignadas, asisten a un número más elevado sesiones terapéuticas e ingieren los medicamentos con mayor disciplina, por lo tanto se aprecia mejoría en su estado general de salud mientras más familiares participan en el proceso, comparados con los pacientes que no cuentan con apoyo familiar efectivo. Por otra parte también se evidencia mejoría en la calidad de las relaciones intrafamiliares luego de haber completado el plan de asesoramiento familiar.

Tabla 23 tipo de personalidad vinculada con las relaciones intrafamiliares

Nº	PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES	RELACIONES INTRAFAMILIARES		
		BUENA	REGULAR	MALA
1	Anancástica	92	4	4
2	Dependiente	89	6	6
3	Evitativa	33	33	33
4	Histriónica	62	24	14
5	Inestable	22	11	67

Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

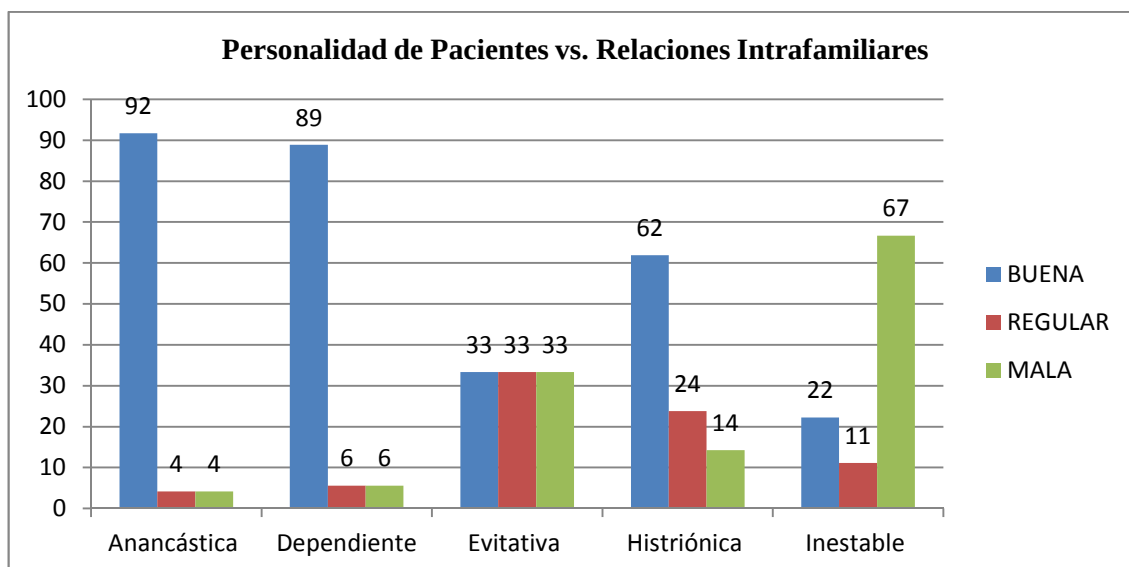


Ilustración 22 tipos de personalidad vinculados con las relaciones intrafamiliares

Elaborado por: Calahorrano Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN Antes de ACV el 76 % de la muestra incluida en el plan de Asesoramiento familiar mantenían buenas relaciones intrafamiliares, 14% las relaciones intrafamiliares regulares y el 9% afirmaron mantener malas relaciones intrafamiliares, después de ACV el índice de las relaciones intrafamiliares catalogadas como buenas disminuyó al 57% de la población, en cambio las relaciones intrafamiliares regulares llegaron al 19% y las malas hasta el 24% de la población seleccionada, después del asesoramiento familiar se observa que 90.5% de la población mantiene buenas relaciones intrafamiliares y 9.5% declara que las relaciones intrafamiliares son regulares. En Asesoramiento individual, antes del ACV 50% de la población afirmó tener buenas relaciones intrafamiliares y el otro 50% confesó que las relaciones intrafamiliares eran malas, después del ACV las relaciones intrafamiliares buenas descendieron al 37.5% y las malas ascendieron al 62.5%, luego del asesoramiento individual, las relaciones intrafamiliares buenas se mantuvieron en el 37.5%, las relaciones intrafamiliares regulares se hicieron presentes en un 25% y las malas relaciones intrafamiliares descendieron al 37.5% relacionado el descenso directamente con el nuevo estilo de comportamiento que los pacientes asumieron frente a los familiares. En conclusión después de los dos tipos de asesoramiento se observó mejora en la calidad de las relaciones intrafamiliares de los pacientes con ACV.

Tabla 24 tipo de personalidad relacionada con el promedio de mejora

Nº	PERSONALIDAD DE PACIENTES	PROMEDIO DE MEJORA
1	Anancástica	6,25
2	Dependiente	15,83
3	Evitativa	15,00
4	Histriónica	10,71
5	Inestable	-0,83

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

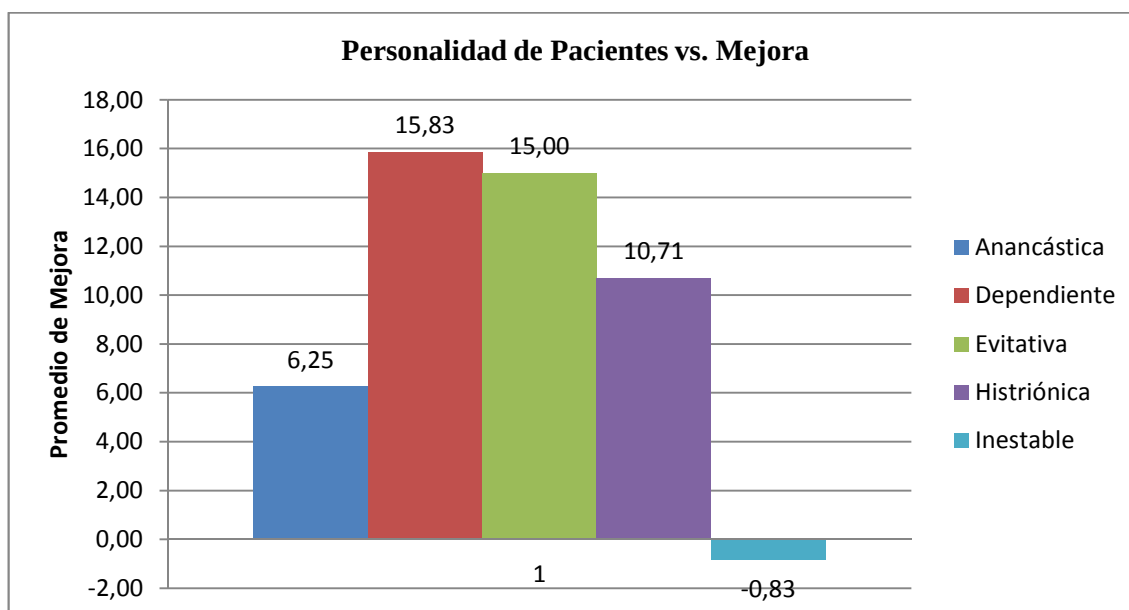


Ilustración 23 Personalidad de los pacientes vinculado al porcentaje de mejora

Elaborado por: Calahorrano, Saskia, 2013

INTERPRETACIÓN: Se observa que los pacientes con tipo de personalidad anancástica mejoraron en 6% , los dependientes en 16%, los evitativos en 15%, y los histriónicos en 11%, sin embargo se nota un retroceso con los pacientes con tipo de personalidad inestable del 1% relacionado directamente con una paciente vinculada al abuso de sustancias. Para comprender la relación entre el tipo de personalidad y el porcentaje de mejora es necesario considerar, la calidad de las relaciones intrafamiliares que dependen en gran medida de la forma de interactuar tanto de los pacientes como los familiares desde sus características particulares predominantes, relacionada también con la etapa vital que atraviesan los miembros de la familia y el momento que cursa la misma familia como sistema. El porcentaje de mejora se incrementa con el apoyo familiar ya que la red en muchos casos evita de deserción en el programa.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se aplicó el plan de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo a 29 pacientes con accidentes cerebrovasculares y 53 familiares cercanos, 8 de los 29 pacientes que asistieron a la consulta fueron sin la compañía de sus familiares por lo que recibieron asesoramiento individual para contrastar información con la que se obtuvo en el asesoramiento familiar que corresponde al 72% de la muestra exponiendo claramente la importancia de del apoyo familiar en la recuperación de los pacientes ACV, se viabilizó el tratamiento físico y psicológico a través de estrategias psicoterapéuticas, obteniendo los siguientes resultados, al finalizar el plan de asesoramiento familiar el 38% mejoró entre 1y 10% su estado general de salud, el 24% mejoró del 11 al 20%, el 9% mejoró 21 al 30% y el 5% mejoró más del 31%, sin embargo el 24% restante de la población se mantuvo igual, en promedio el índice de cambio fue de 8,45% donde el cambio mínimo fue de -20% y el máximo del 35%
- Se fortalecieron las redes familiares de los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares y así se mejoró el apoyo familiar mediante la reorganización familiar equilibrando los horarios y las responsabilidades entre los miembros de la red básica de apoyo familiar, antes de ACV el 76 % de la muestra incluida en el plan de Asesoramiento familiar mantenían buenas relaciones intrafamiliares, en el 14% las relaciones intrafamiliares eran regulares y el 9% afirmaron mantener malas relaciones intrafamiliares, después de ACV el índice de las relaciones intrafamiliares catalogadas como buenas disminuyó al 57% de la población, en cambio las relaciones intrafamiliares regulares llegaron al 19% y las malas hasta el 24%, después del asesoramiento familiar se observa que 90.5% de la población mantiene buenas relaciones intrafamiliares y 9.5% declara que las relaciones intrafamiliares son regulares.

- Los diversos tipos de personalidad con características de predominio afectivo, cognitivo, comportamental y con déficit relacional inciden de forma directa positiva o negativamente en las relaciones intrafamiliares de los pacientes con ACV reflejándose en el número de familiares que forman la red básica de apoyo al paciente. En cuanto a los pacientes en el estudio realizado a partir de la aplicación del plan de asesoramiento familiar, se registraron cinco tipos de personalidad, con características de predominio cognitivo las personalidades anancásticas ocupan el primer lugar con 27% de la muestra, por la adherencia en sus cogniciones, afectos y comportamientos se hace más factible la disciplina y cooperación durante el asesoramiento, gracias a que ejercen autocontrol. En segundo lugar se encuentran con 24% las personalidades histriónicas con características de predominio afectivo a través del acercamiento social cómodo que este tipo de personalidad posee y la espera de la aprobación externa facilita la construcción de la red de apoyo familiar. En tercer lugar las personalidades inestables con el 20 % de presencia en la muestra y con características de predominio comportamental por la activación conductual inmediata, la red de apoyo familiar aplica control sobre sus acciones viabilizando el desarrollo del plan. En cuarto lugar con un 20% se ubican las personalidades dependientes; por compartir las características de déficit relacional se describirá en este mismo lugar la personalidad evitativa que tiene el 2% de presencia en la muestra, en dos los tipos de personalidad el rol de la red de apoyo familiar fue preponderante, mientras que los dependientes necesitaban de la protección durante el proceso, los evitativos se desarrollaron en un ámbito más íntimo. Por otra parte durante la aplicación del plan se registraron entre los familiares otros 5 tipos de personalidad diferentes, el 36% y el 6% integran el grupo de personalidades con características de predominio afectivo, histriónicas y ciclotímicas respectivamente, gracias a las cogniciones y conductas invadidas por el afecto se les facilita cumplir con el paciente las actividades que se relacionan con el contacto social, el 28% más el 4% de los familiares corresponden al grupo con características de predominio cognitivo, el grupo mayor pertenece a la personalidad anancástica y el menor a la personalidad de tipo paranoide debido a que prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y expresión afectiva los dos tipos de personalidad colaboran activamente en el proceso, manteniendo el orden facilitan el

cumplimiento de las tareas, mientras los paranoides lo hacen desde el exterior los anancásticos ejercen control interno. El 26% restante pertenecen a la personalidad de tipo dependiente con características de déficit relacional, por la actitud obediente estas personalidades siguen fácilmente las instrucciones establecidas en el plan de asesoramiento, facilitándose el cumplimiento actividades.

- Las estrategias psicoterapéuticas adecuadas para fortalecer las redes familiares son: la proporción de información, problemas frecuentes, solución de conflictos, organización familiar, acomodación y reestructuración familiar finalmente cómo impartir directivas que constituyen las seis etapas del Plan de Asesoramiento familiar ya que la población investigada registró en promedio 8,45% de mejoría en su estado de salud general luego de la aplicación del Programa de Asesoramiento Familiar.

Recomendaciones

- Aplicar el plan de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo en pacientes con diagnóstico de patologías crónicas e incapacitantes, adaptando el plan al diagnóstico y a las necesidades de cada paciente.
- Promover la participación de los familiares en procesos médicos y psicológicos de los pacientes crónicos a través de procesos psicoeducativos, considerando como base el plan de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.
- Flexibilizar los rasgos de personalidad de los pacientes crónicos y sus familiares para mejorar las relaciones intrafamiliares potencializando el tratamiento integral de los pacientes.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Attneave, R. V. (2000). *Redes Familiares*. Buenos Aires : Amorrortu.
- Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia*. Quito: PUCE.
- Balarezo, L. (2008). *Psicoterapia Integrativa*. Quito: UNIGRAF.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focaizada en la Personalidad*. Quito: UNIGRAF.
- Cruz, X. S. (1 de mayo de 2012). *Ecovisiones*. Recuperado el 31 de agosto de 2012, de Comunicación Familiar : <http://www.ecovisiones.cl/informacion/comunicacionfamiliar.htm>
- Dubourdieu, M. M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología*. Montevideo: Psicolibros.
- FCa Accidentes Cerebrovasculares. (3 de Septiembre de 2010). *Fundación cardiológica*. Recuperado el 29 de abril de 2011, de Fundación Cardiológica: <http://www.fundacioncardiologica.org/stroke.htm>.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y Salud Mental*. Buenos Aires: Desclée de Brouwer.
- Genosalud. (30 de noviembre de 2010). *Enfermedades cardiovasculares/ accidente cerebrovascular*. Recuperado el 2 de abril de 2012, de Enfermedades cardiovasculares/ accidente cerebrovascular: www.genosalud.com
- Gómez, C. M. (2005). *Para que la familia funcione bien*. La Habana: Científico-Técnica.
- Instituto Interamericano del niño. (31 de julio de 2010). *iin.oea.org/ Cursos a distancia*. Recuperado el 7 de junio de 2012, de Cursos a distancia: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.P
- López, P. (15 de enero de 2007). *Idea de Constructivismo*. Recuperado el 20 de octubre de 2010, de Idea de Constructivismo: [www. ideadonstructivismo.com](http://www.ideadconstructivismo.com)
- Mancheno, S. (1998). *Compendio de Neuropsicología*. Quito: Universitaria.

- Manes, F. (20 de agosto de 2010). *Fundación Favaloro*. Recuperado el 26 de junio de 2010, de Fundación Favaloro: www.fundacionfavaloro.com
- Pacheco, P. (10 de abril de 2008). *Geocities*. Recuperado el 28 de septiembre de 2012, de Relaciones Familiares : www.geocities.com/~jguymuse/relafami.html
- personalitysynopsis. (5 de enero de 2007). *Personalutysynopsis / biology*. Recuperado el 23 de marzo de 2011, de Personalutysynopsis / biology: <http://allpsych.com>
- Remache, F. (2005). Bioquímica y Farmacología . *Metabolismo del Sistema Nervioso*. Quito, Pichincha, Ecuador : Universidad Central del Ecuador.
- Salvia, M. G. (2007). *Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias* . Buenos Aires : Hdel Hospital ediciones .
- Watzlawich, W. F. (8 de junio de 2009). *Escuela sistémica-constructivista*. Recuperado el 7 de julio de 2012, de Escuela sistémica-constructivista: www.escuelasistemica-constructivista.com
- Zuluga, M. P. (2008). *Psicología General* . Quito : CODEU.

ANEXOS

A. Plan aprobado

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACUTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
AÑO 2008-2010

AUTORA: Saskia Calahorrano Gómez

SUPERVISORA: Dra. Silvia Mancheno

TEMA: PROGRAMA DE ASESORAMIENTO PARA FAMILIAS DE PACIENTES QUE TIENEN ACCIDENTES CEREBROVASCULARES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las personas encargadas de acompañar y asistir a parientes, parejas o amigos que han sufrido accidentes cerebrovasculares son víctimas de gran presión, y pueden presentar estados de ansiedad, depresión, estrés o cansancio extremo. Como resultado de la particular situación de los pacientes y las condiciones en las que los cuidadores deben desenvolverse se producen incrementos en costos de cuidado medico a largo plazo, tiempo de rehabilitación y pérdida de productividad; dificultades que afectan de manera similar a pacientes y familiares. Los costos del tratamiento generalmente debilitan la economía familiar y significan rubros importantes para el presupuesto estatal. Tanto para evitar esto, como para hacer mucho más efectiva su tarea de cuidar al enfermo, debemos a través del asesoramiento técnico intervenir en su formación y entrenamiento, para que los resultados en ambos casos sean altamente satisfactorios.

Para optimizar los recursos en el tratamiento es necesario proporcionar información adecuada y oportuna a los familiares sobre el correcto manejo del paciente con accidentes cerebrovasculares con el objetivo de lograr un adecuado proceso de adaptación al nuevo estilo de vida.

PREGUNTAS:

1. ¿Es importante que los familiares conozcan sobre la patología que afecta a los pacientes con accidentes cerebrovasculares a su cargo?
2. ¿Cómo influyen los diversos tipos de personalidad en las relaciones intrafamiliares de los pacientes con Accidentes cerebro vascular (ACV) ?
3. ¿Qué estrategias psicoterapéuticas se podrían implementar para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y sus familiares más cercanos?

OBJETIVO GENERAL:

- ☐ Aplicar asesoramiento familiar desde el modelo integrativo, a pacientes con accidentes cerebrovasculares para viabilizar el tratamiento físico y psicológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ☐ Fortalecer las redes familiares de los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares para mejorar el apoyo familiar a los pacientes
- ☐ Determinar cómo influyen los diversos tipos de personalidad en las relaciones intrafamiliares de los pacientes con ACV.
- ☐ Definir estrategias psicoterapéuticas para fortalecer las redes familiares

JUSTIFICACIÓN

Los accidentes cerebro-vasculares (infarto cerebral y hemorragia cerebral) matan unos 5 millones de personas cada año. Es la 2da causa principal de muerte en el mundo y la causa principal de incapacidad en los Estados Unidos. Por los menos unos 15 millones tienen accidentes cerebro-vasculares no mortales por año y como consecuencia de esto, cerca de un tercio de ellos quedan inválidos. En Ecuador la Organización Panamericana

de la Salud (OPS) estableció que entre 1990 y 2001 las principales causas de muerte en la población general fueron las enfermedades cerebro-vasculares. (Tomado de la revista virtual Médicos Ecuador)

La causa de estos accidentes cerebro-vasculares, (ACV) se debe a una alteración en la función del “endotelio”, el cual es un tejido que tapiza el interior de los vasos sanguíneos y provee una interfase entre la circulación de la sangre y los tejidos circundantes. Cuando se presenta una situación patológica como la hipertensión, diabetes, dislipidemia, entre otras, estas producen una inflamación, iniciándose el fenómeno arteriosclerótico.

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico

Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.

Los que sobreviven pueden, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cual haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida.

Debido a la particular situación en la que se encuentran los pacientes con accidentes cerebrovasculares y los familiares responsables, se hace indispensable investigar que sucede en el entorno familiar, las estrategias más adecuadas para el manejo de dichos pacientes, y las modificaciones necesarias dentro de la organización familiar con el afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes, los familiares y la sociedad ecuatoriana en general.

En el primer momento es muy común que se presenten conductas sobreprotectoras y el afán de colaboración de la mayoría de los familiares; luego cuando el tratamiento asume un carácter continuo, las funciones del cuidador recaen generalmente en una persona, dando origen a los inconvenientes ya conocidos, como el síndrome del cuidador que afecta la salud física y psicológica del familiar a cargo, dificultado el proceso de adaptación de pacientes y cuidadores al nuevo estilo de vida, convirtiéndose la red de apoyo familiar en un elemento de vital importancia para el éxito del tratamiento.

El Asesoramiento desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad permitirá estructurar las tareas de acuerdo con la personalidad de los cuidadores para lograr la participación activa y eficiente de los familiares en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

FACTIBILIDAD EN CUANTO A RECURSOS Y TIEMPO

Esta investigación es factible ya que las condiciones, físicas, económicas y el acceso a la población involucrada son accesibles.

Considerando el tiempo de duración de la investigación, la disponibilidad del personal de apoyo y las autoridades de la Institución, las circunstancias son favorables.

En cuando a los aspectos bioéticos se respeta constantemente los derechos confidencialidad e integridad de los pacientes y sus familiares derechos básicos en el ejercicio profesional.

El Programa de Asesoramiento para Familias de Pacientes que tienen Accidentes Cerebrovasculares desde el Modelo Integrativo facilitará la organización familiar planificando las actividades de acuerdo a las características individuales y a los requerimientos particulares de cada familia.

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Alrededor del 88 % de los accidentes cerebrovasculares son ocasionados por un coágulo sanguíneo o la obstrucción de una arteria que lleva sangre al cerebro. Este tipo de ataque cerebral se denomina «accidente cerebrovascular isquémico». Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares isquémicos: trombosis cerebral y embolia cerebral.

El 12 % restante es ocasionado por vasos sanguíneos rotos o dañados que derraman sangre en el cerebro o alrededor de él. Este tipo de ataque cerebral se denomina «accidente cerebrovascular hemorrágico». Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos: cerebral y subaracnoideo. Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos producen más muertes que los isquémicos, pero los pacientes que sobreviven a un accidente cerebrovascular hemorrágico se recuperan mejor y sufren menos discapacidades de larga duración.

Esta investigación se fundamenta en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, y ha tomado diferentes aportes de otras disciplinas como la Neuropsicología y la Neurología para describir los fenómenos biológicos, psicológicos y

sociales, que se presentan en el entorno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares.

El conocer los conceptos generales sobre los accidentes cerebrovasculares y sus consecuencias nos permite comprender el estado físico y emocional en el que se encuentran estos pacientes, que se manifiesta en el comportamiento afectando directamente el entorno familiar y social. La satisfacción de las necesidades de seguimiento continuo del tratamiento permite mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares más cercanos.

La integración entre corrientes psicoterapéuticas es una propuesta apreciable desde la tercera década del siglo anterior, época en la que muchos psicoterapeutas y autores buscan aproximaciones, convergencias y similitudes en diferentes niveles entre las teorías psicológicas y sistemas psicoterapéuticos.

El primer esfuerzo constituye la búsqueda de relaciones entre corrientes, que inclusive en muchos de los casos, son radicalmente opuestas desde la perspectiva epistemológica y filosófica. French, en el año 1933, durante la Convención de la Asociación Psicológica Norteamericana, intenta establecer nexos entre el psicoanálisis y la teoría pavloviana, comentando las similitudes existentes entre la represión freudiana y los conceptos reflexológicos de extinción e inhibición.

Una serie de eventos que favorecen el desarrollo del modelo integrativo ocurren sobre todo a partir de los años 50 del siglo anterior consecuentes al notable avance científico de la psicología y la psicoterapia particularmente.

El planteamiento básico del modelo de Psicoterapia Integrativa es propiciar un sistema abierto a los paradigmas provenientes de diversas corrientes que han demostrado eficacia en el proceso psicoterapéutico con el objetivo de estructurar un modelo que supere las limitaciones observadas en otros sistemas y en el efecto de cambio producido por los factores comunes.

PLAN ANALÍTICO

Capítulo I: Psicoterapia Integrativa Focalizada en la personalidad

- 1.1 Generalidades del Integracionismo
- 1.2 Bases Filosóficas y epistemológicas del Modelo
- 1.3 Bases Teóricas del Modelo Integrativo
- 1.4 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo (Etapas del proceso)
- 1.5 Relación Psicoterapéutica

Capítulo II: Accidentes Cerebrovasculares y sus secuelas

- 2.1 Concepto
- 2.2 Trastornos vasculares más frecuentes
- 2.3 Sintomatología
- 2.4 Consecuencias

Capítulo III: La Familia

- 3.1 ¿Qué es la Familia?
- 3.2 Tipos de Familia
- 3.3 Redes Familiares
- 3.4 ¿Qué funciones tiene la familia?
- 3.5 Importancia de la comunicación en las relaciones intrafamiliares
- 3.6 Tipos de comunicación
- 3.7 Enfoque de resiliencia

Capítulo IV: Programa de Asesoramiento

- 4.1 Proporción de información
- 4.2 Solución de conflictos
- 4.3 Problemas frecuentes
- 4.4 Organización familiar dependiendo de la personalidad
- 4.5 Acomodación y reestructuración familiar
- 4.6 Cómo impartir directivas.

HIPÓTESIS:

- Al aplicar un programa de asesoramiento familiar, los pacientes con incapacidad física y del lenguaje, secuelas de ACV tendrán mejores redes familiares que apoyaran a la recuperación de manera integral dependiendo de la personalidad del cuidador

VARIABLES E INDICADORES.-

☐ H1: Al aplicar un programa de asesoramiento familiar, los pacientes con incapacidad física y del lenguaje, tendrán mejores redes familiares que apoyaran a su recuperación integral, dependiendo de la personalidad del cuidador			
VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VI: Programa de Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo para Pacientes con Accidentes cerebrovasculares VD: Estado general de salud de los pacientes con accidentes cerebrovasculares VD: Apoyo al paciente dependiendo de la personalidad del cuidador	Asesoramiento -Psicoeducación Intervención - Proporción de Información - Adaptación al nuevo estilo de vida Asesoramiento - Medidas para mejorar las condiciones de salud de las pacientes Asistencia a las citas de asesoramiento psicológico. Acuerdos establecidos en las sesiones psicoterapéuticas Personalidad: - Paranoide - Anancástica - Histriónico	- Existe - No existe - Existe - No existe - Asiste - No asiste - Sí - No - 0 peor estado de salud - Cu mplimie nto - O no - De tareas	Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) - Historia Clínica - Informes Psicológicos. - Entrevistas individuales - Cuestionario de Salud EQ-5D Cuestionario SEAPSI de Personalidad. Escala de Logros

	- Ciclotímico - Evitativo - Dependiente - Esquizoide - Disocial - Inestable		
--	--	--	--

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación de tipo descriptiva y correlacional

POBLACIÓN INVESTIGADA

Se tomará en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de accidentes cerebrovasculares y sus acompañantes que acudan a la consulta privada.

RECOLECCIÓN DE DATOS

FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Se basa en las entrevistas y el proceso psicoterapéutico

- ☐ Elaboración del plan de investigación
- ☐ Entrevistas individuales a los familiares
- ☐ Aplicación de instrumentos
- ☐ Aplicación del plan de Asesoramiento
- ☐ Análisis de datos

APLICABILIDAD DE MÉTODOS Y TÉCNICAS

- ☐ Método inductivo-deductivo: Se utiliza durante el análisis de los datos y la comprobación de hipótesis el objetivo de mejorar el programa de asesoramiento familiar.

Movilización	240
Ficha Fieps	280
INFORME DE LA INVESTIGACION	100
Total	860

FINANCIAMIENTO:

- ☐ Autofinanciamiento

BIBLIOGRAFÍA:

- ☐ BALAREZO., L., Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, Universidad Central del Ecuador 2008.
- ☐ BALAREZO., L. MANCHENO , S., Compendio de Neuropsicología, editorial universitaria, Universidad Central del Ecuador 1998 primera edición.
- ☐ MARTINEZ, C., Para que la familia funcione bien, Editorial Científico-Técnica, La Habana 2005
- ☐ PACHECO, O., Diseño de tesis, doctorados y maestrías, editorial Nueva Luz
- ☐ PICERNO, P., Las Ciencias Psicológicas y la investigación científica 2005, primera edición, Guayaquil – Ecuador 2000
- ☐ www.anorte.nic.net. 2010-05-13

□ www.papeles del psicologo.es 2010-05-14

B. INSTRUMENTOS

ENCUESTA

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FAMILIAR PARA PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

La presente encuesta está dirigida a los familiares de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular y se encuentran inmersas en el programa de asesoramiento familiar, los resultados de la misma será utilizados únicamente con fines científicos vinculados al programa.

Conteste de la forma más sincera y clara posible.

1. ¿ Cómo eran las relaciones familiares antes del accidente cerebrovascular?

Buenas ☐

Regulares ☐

Malas ☐

2. ¿ Cómo eran las relaciones familiares después del accidente cerebrovascular?

Buenas ☐

Regulares ☐

Malas ☐

3. ¿Cómo son las relaciones familiares después de la aplicación del Programa de Asesoramiento Familiar?

Buenas ☐

Regulares ☐

Malas ☐

4. Aparte de usted cuántas personas acompañan al paciente?

1

2

3

4

5

5. Antes del Programa de Asesoramiento familiar cuántos días a la semana interactuaba con el paciente?

1 día	☐	2-4 días	☐
5-6 días	☐	7 días	☐

6. De cada día que interactuaba con el paciente cuántas horas de dedica

2h00-4h00	☐	4h00 - 8h00	☐	12h00-24h00	☐
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

7. Después del Programa de Asesoramiento familiar cuántos días a la semana interactúa con el paciente?

1 día	☐	2-4 días	☐
5-6 días	☐	7 días	☐

8. De cada día que interactúa con el paciente cuántas horas le dedica?

2h00-4h00	☐	4h00 - 8h00	☐	12h00-24h00	☐
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------