ISSN 1390-7719

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SERÉIS MIS TESTIGOS

# REVISTA PUCE 100

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**3 DE MAYO DE 2015** - 3 DE NOVIEMBRE DE 2015
QUITO, ECUADOR

Centro de Publicaciones
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR

**Centro de Publicaciones**
**Facultad de Psicología**
**Revista PUCE**
Quito-Ecuador

**Rector**
Dr. Manuel Corrales Pascual, S.J. (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Vicerrector**
Ing. Pablo Iturralde Ponce (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Director General Académico**
Dr. Carlos Acurio Velasco (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Director del Centro de Publicaciones**
César Eduardo Carrión (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Decana de la Facultad de Psicología**
Mtr. Marie France Merlyn Sacoto

**Subdecano de la Facultad de Psicología**
Dr. Jaime Moreno Villegas

**Miembros del Comité Ejecutivo del Centro de Publicaciones (Comité Editorial):**
Mercedes Mafla Simon
León Espinosa O.
Álvaro Mejía S.
César Eduardo Carrión.

**Presidente (Editor en Jefe)**
César Eduardo Carrión (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Secretario (Coordinador del Comité Editorial)**
Lcdo. Walter Jiménez Sarabia (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Miembros del Comité Editorial de la Facultad de Psicología:**
Mtr. Marie France Merlyn Sacoto
Dr. Jaime Moreno Villegas
Mtr. Liliana Jayo Suquillo

**Comité evaluador externo:**
Cristian Acevedo (Universidad Politécnica Salesiana), Rosita Armas (Universidad Politécnica Salesiana), Cristina Arroyo (Colegio Becquerel), Sonia Arcos (Universidad Tecnolócia Equinoccial), Alfonso Bravo (Universidad Politécnica Salesiana), Patricio Donoso (Universidad Central del Ecuador), Gino Grondona (Universidad Politécnica Salesiana), Dalila Heredia (Universidad Politécnica Salesiana), Johana Luzuriaga (Universidad Politécnica Salesiana), Oswaldo Montenegro (Universidad Central del Ecuador), Dorys Ortys (Universidad Politécnica Salesiana), Fernando Paladines (Universidad Politécnica Salesiana), Lía Peñaherrera (Universidad Politécnica Salesiana), Saioa Pérez (Universidad Politécnica Salesiana), Becquer Reyes (Universidad Politécnica Salesiana), Ma. Eugenia Sánchez (Universidad Politécnica Salesiana), Raúl Silva (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), Anita Tibau (Fundación "Carl Gustav Jung" del Ecuador), Mayra Velasteguí (Universidad Central del Ecuador)

**Autores:**
Carlos Acurio, Lucio Balarezo, Paulina Barahona, Christian Barba, Saskia Calahorrano, Christian Escobar, Lucía González, Francisco Jaramillo, Liliana Jayo, Grace Latorre, Mauricio Llerena, Marie-France Merlyn, Cristina Orbe, Nathalia Quiroz, Alexandra Serrano, Cecilia Vaca, María Gabriela Vasco, Cecilia Velasco, Mayra Velasteguí, Graciela Ramírez, Mónica Jurado, Roberth Puertas, Juan Carlos Cevallos, María Isabel Salazar, Anahy Tamayo, Sofía Almeida

**Corrector de estilo y ortografía**
Santiago Vizcaíno (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador)

**Colección n.° 100**
3 de mayo de 2015
Publicación Semestral
**ISSN** n.° 1390-7719
**Registro de Derecho Autoral** n.° 010645
**Ingresada en Catálogo Latindex** Folio 21880

*La Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador es una publicicación semestral (mayo y noviembre) de su Centro de Publicaciones, que difunde trabajos académicos y científicos, estrictamente originales en español, en la áreas de Leyes, Pedagogía, Ingeniería, Economía, Biología, Química, Historia, Geografía, Antropología, Sociología, Filosofía, Teología, Comunicación, Lingüística, Literatura, Medicina, Administración, Arquitectura, Gestión Social, Psicología y Diseño, y es arbitrada por especialistas de indiscutible valor, cuyos nombres se mantienen en absoluta confidencialidad, recibe trabajos todo el año; el próposito de la Revista PUCE es difundir conocimientos, intercambiar experiencias e incentivar la producción del pensamiento especializado. El contenido de esta revista está dirigido a docentes, investigadores, estudiantes universitarios y público en general.*

*Los artículos son de responsabilidad exclusiva de sus autores.*
*Los derechos de autor son exclusivos de la PUCE.*
*Se prohíbe la reimpresión parcial o total con cualquier finalidad.*

Editorial: (Punto de Venta)
Centro de Publicaciones PUCE
Av. 12 de Octubre y Robles
Apartado n.º 17-01-2184
Telf.: 593-02-2991700
2991 700 (TRONCAL). Extensiones: 1013, 1014, 1711, 1122.
Telf.: 593-02-2991711 (directo)
(se aceptan canjes)
publicaciones@puce.edu.ec
Quito, Ecuador.

**Diseño**:
Rafael F. Castro

**Impresión**
---------

Revista PUCE.ISSN 1390-7719.Núm.100. 3 de mayo de 2015 - 3 de noviembre de 2015. Saskia Calahorrano G. pp. 259-278

# PLAN DE ASESORAMIENTO FAMILIAR PARA PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

*Saskia Calahorrano G.*

**PALABRAS CLAVES:** Plan, Programa, Asesoramiento Familiar, Guía.

**KEY WORDS:** Plan, Program, Family Counseling, Guide.

## RESUMEN

El Programa de Asesoramiento Familiar para Pacientes con Enfermedades 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, y 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 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.

## ABSTRACT

The Family Counseling Program for Stroke Patients is a basic guide to some proper guidelines for dealing with these patients on a day-to-day basis. It is based upon the Personality Focused Integrated Psychotherapy Model.

The beginning sessions are designed to first establish rapport, and then to collect information using the Integrated Psychological Assessment Sheet, with adjustments inherent to the characteristics of patients and family members, their issues, and the working family and social conditions; and personality assessment for relatives willing to actively cooperate in implementation of the counseling plan. All of this constitutes essential information for execution. However, the provision of information in the areas most important for organization of the family counseling plan should not be disregarded. Other equally important aspects are carried out in alongside this, clearly and precisely, throughout the process, taking into consideration the educational and intellectual level of family members with the idea that a greater amount of timely and adequate information will prevent counterproductive actions on part of family members.

In the family counseling process, six stages were established as action guidelines: provision of information, conflict resolution, frequent problems, family organization, accommodation, and finally, family restructuring, as instructions given. The stages are not strictly outlined for a specific timeframe, since each generally overlaps and intermingles with the others. All stages are thus present throughout plan application. From there, the Family Counseling Programs for Stroke Patients must be adapted to the unique characteristics of the family system in which they are used.

## 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 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, se debe intervenir en su formación y entrenamiento; de este modo los resultados para ambos serán altamente satisfactorios.

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 a la red de apoyo 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.

## 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
- Definir estrategias psicoterapéuticas para fortalecer las redes familiares.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Alrededor del 88 % de las enfermedades 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 «enfermedad cerebrovascular isquémica». Existen dos tipos de enfermedades cerebrovasculares isquémicas: 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 «enfermedad cerebrovascular hemorrágica». Existen dos tipos de enfermedades cerebrovasculares hemorrágicas: cerebral y subaracnoideo. Las enfermedades cerebrovasculares hemorrágicas producen más muertes que las isquémicas, pero los pacientes que sobreviven a una enfermedad cerebrovascular hemorrágica 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: la Neuropsicología y la Neurología para describir los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que se presentan en el entorno de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares.

El conocer los conceptos generales sobre las enfermedades 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.

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.

## MÉTODOS Y TÉCNICAS

- Método inductivo-deductivo: Se utiliza durante el análisis de los datos; el objetivo de mejorar el plan de asesoramiento familiar.
- Método psicométrico: Se utiliza durante la recolección de los datos, para 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 detalla 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 plan.

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

### Primera Sesión:

Se inicia el proceso con la fase de psicoeducación, se abordan temas de encuadre y planificación general, referente al 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 las enfermedades 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 ECV al inicio del programa y monitorear los avances durante el proceso. Los familiares se comprometen a participar activamente en plan de asesoramiento, estableciendo de ésta manera la red de apoyo familiar básica del paciente.

### 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.

### Tercera Sesión

La sesión se divide en dos partes; en la primera parte A través de una lluvia de ideas, se presenta en la reunión las condiciones en las que se desenvuelve la familia a partir de la enfermedad 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. Los miembros de la red familiar presentan sus propuestas, sobre las actividades relacionadas con el cuidado del paciente que van a realizar. 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 proceso, que será colocado en un lugar visible de la casa para información de todos los participantes y como recordatorio de las nuevas obligaciones.

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.

**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 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.

**Quinta Sesión:**

Durante la revisión de la tarea intersesión se evidencian dificultades en el desempeño de las tareas, bebidas 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 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.

**Sexta Sesión:**

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 de los familiares en el tratamiento del paciente y la colaboración en el cambio de estrategias.

**Séptima Sesión:**

Cada uno de los miembros presenta sus sugerencias para mejorar el desempeño a la red, se escogen las más idóneas para ser aplicadas en el proceso y se reestructura finalmente la organización familiar, permitiendo al paciente cumplir con todas las exigencias del tratamiento físico, atender sus necesidades psicológicas: Los familiares que conforman la red, han participado 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.

**Octava Sesión:**

En la primera parte de esta sesión, se aplica el cuestionario EQ-5D al paciente para registrar el estado general del estado salud, luego de haber capacitado a los familiares como red de apoyo en el tratamiento. En la segunda parte se evalúa a través de la entrevista 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.

**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 lle-

gando a acuerdos y compromisos con mayor facilidad y rapidez, la organización familiar es flexible en las pautas de acción con formas de comunicación más efectivas.

**Décima Sesión:**

Finalmente los miembros de la familia y el paciente manifiestan 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 manejo de las relaciones intrafamiliares, se imparte directivas generales, a los miembros de la familia que por razones particulares seguirán 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.

## RESULTADOS

Para la aplicación del plan de asesoramiento familiar de los pacientes con enfermedades

cerebrovasculares desde el Modelo Integrativo, se consideró a todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades cerebrovasculares (ECV) que acudieron a la consulta privada desde octubre del 2010 hasta septiembre del 2011. Los resultados de la aplicación del plan se analizaron y documentaron durante el 2013 / 2014 finalizando de esta manera el estudio.

Se aplicó el plan a 29 pacientes ECV, 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 1: Familiares totales por género

| FAMILIARES TOTALES POR GÉNERO | | | |
|---|---|---|---|
| N° | Descripción | Cantidad | Porcentaje |
| 1 | Masculino | 14 | 26,42 |
| 2 | Femenino | 39 | 73,58 |
| | TOTAL | 53 | 100,00 |

Elaborado por Calahorrano, Saskia
201322013200RO
N° DESCRIPCIÓN Cantidad

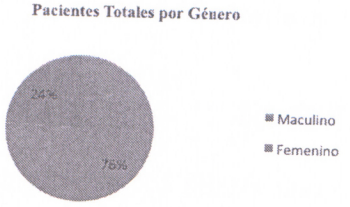



Ilustración 1Pacientes totales por género
Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

## INTERPRETACIÓN:

Se aprecia 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, éste dato es importante para dimensionar las exigencias físicas a las que se enfrentarán los cuidadores principales.

Tabla 2: Pacientes totales por edad

| PACIENTES TOTALES POR EDAD | | | |
|---|---|---|---|
| N° | 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

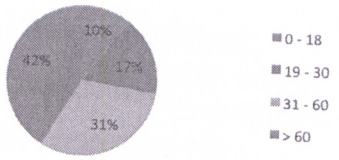



Ilustración 2 Pacientes totales por edad
Elaborado por Calahorrano,Saskia 2013

## INTERPRETACIÓN:

Según la edad se agrupa a los pacientes en adolescentes, en un 10% de la población, adultos jóvenes, en el 17%, adultos, en un 31% y adultos mayores, en un 42% convirtiéndose el grupo de adultos mayores con mayor presencia en la población; es necesario satisfacer

las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes de acuerdo a la etapa vital que están atravesando.

Tabla 3: Pacientes total por estado general de salud

| PACIENTES TOTALES POR ESTADO GENERAL DE SALUD SEGÚN EQ-5D | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° | 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 2013

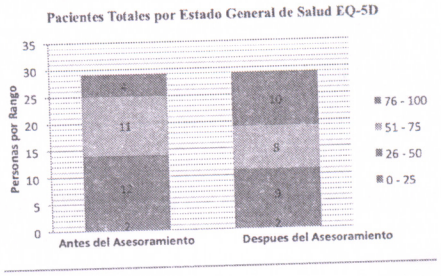



Ilustración 3: Pacientes totales por estado general de salud
Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

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. Se apreciar que después de la ECV y antes del ase-

soramiento 2 de los 29 pacientes, el 7% de la población se encontraban en mal estado de salud, 12 de los 29 pacientes, el 41% de la muestra y se encontraban en regular estado de salud, 11 pacientes, el 38% de la muestra se encontraban en buen estado de salud y apenas 4 pacientes, 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 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 4: 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 SECIONES | | 1 | |
| MAYOR # DE SECIONES | | 11 | |
| PROMEDIO DE SECIONES | | 5 | |

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

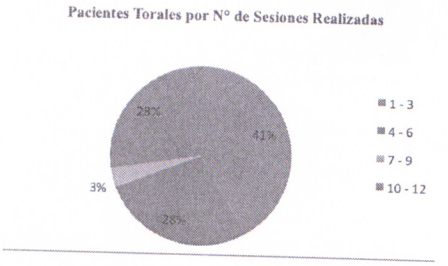



Ilustración 4 Pacientes totales por sesiones realizadas
Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

## INTERPRETACIÓN:

El 41% de la muestra asistió entre 1 y 3 sesiones, el 27% de la muestra entre 4 y 6 sesiones, el 3% de la población asistió entre 7 y 9 sesiones y otro 27% de la muestra han asistido entre 10 y 12 sesiones. En promedio los pacientes asistieron a 5 sesiones, permitiendo la exposición y aplicación de las estrategias de acción en el caso de las enfermedades cerebrovasculares.

Tabla 4: 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

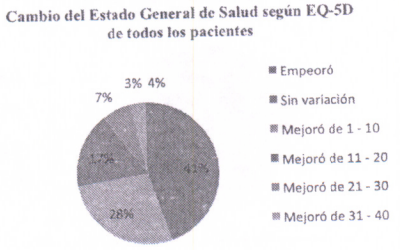



Ilustración 4: Cambio en el estado general de salud
Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

## INTERPRETACIÓN:

Después de haber aplicado el asesoramiento familiar se notaron los siguientes cambios en el estado de salud general de la población seleccionada: 28% de la muestra mejoró su estado de salud general entre 1 y 10%, el 17% mejoró en entre el 11 y 20%, el 7% de la muestra mejoró entre 21 y 30%, el 3% es decir mejoró 31 y 40% y un 4% de la población general empeoró debido a las condiciones familiares adversas, la falta de una red de apoyo y conflictos intrapersonales severos. El cambio máximo es del 35% relacionado con la mejora en estado de los pacientes.

# DATOS GLOBALES DE LOS FAMILIARES

Tabla 5: Familiares globales por género

| FAMILIARES TOTALES POR GÉNERO | | | |
|---|---|---|---|
| N° | Descripción | Cantidad | Porcentaje |
| 1 | Masculino | 14 | 26,42 |
| 2 | Femenino | 39 | 73,58 |
| | TOTAL | 53 | 100,00 |

Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

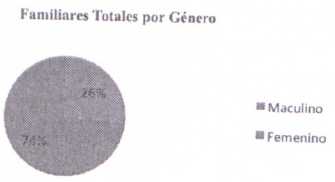



Ilustración 5 Familiares totales por género
Elaborado por Calahorrano, Saskia 2013

## INTERPRETACIÓN:

El 74% del total de los familiares son mujeres y el 26% son hombres. Existen secuelas incapacitantes en los pacientes que deben ser enfrentadas por la red de apoyo familiar entorno a las diferencias de género.

Tabla 6: Familiares totales por edad

| FAMILIARES TOTALES POR EDAD | | | |
|---|---|---|---|
| N° | 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

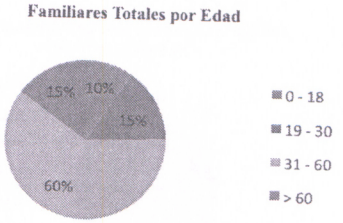



Ilustración 6 Familiares totales por edad
Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

## INTERPRETACIÓN:

Se formaron 4 subgrupos, el 9% de la muestra son adolescentes, el 15% adultos jóvenes, el 60% adultos y el 15% adultos mayores 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 satisfacer todas las necesidades de los pacientes, si sacrificar el desarrollo personal de los integrantes de la red.

Tabla 7: Familiares por reacción psicológica luego del ECV

| FAMILIARES TOTALES POR REACCIÓN LUEGO DE LA ECV | | | |
|---|---|---|---|
| N° | 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

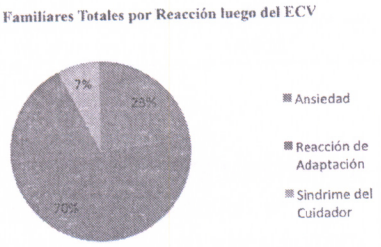



Ilustración 7 Familiares totales por reacción psicológica luego del ECV
Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

## INTERPRETACIÓN:

El 70% presentaron reacción de adaptación, considerada en el plan de asesoramiento familiar como una reacción normal frente a la crisis, sin embargo la mayoría de los familiares estuvieron en condiciones para formar la red básica de apoyo al paciente, el 23% presentaron ansiedad, síntomas que fueron controlados en su mayoría durante la fase de psicoeducación, el 7% síndrome del cuidador, los familiares fueron incluidos en procesos de psicoterapia, y luego se integraron a la red básica de apoyo al paciente.

Tabla 8: 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

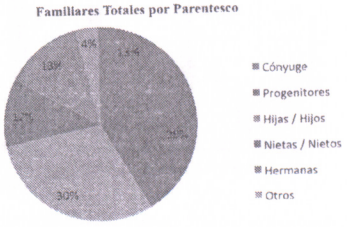



Ilustración 8 Familiares totales por parentesco
Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

**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 el 4% otras personas, en los que generalmente se incluye la familia política, amigos o personas contratadas.

## INTERACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON EL PACIENTE

Tabla 9: Interacción semanal de los familiares con los pacientes

| | INTERACCIÓN SEMANAL CON EL PACIENTE | | |
|---|---|---|---|
| Días | Antes del ECV | Después del ECV | 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

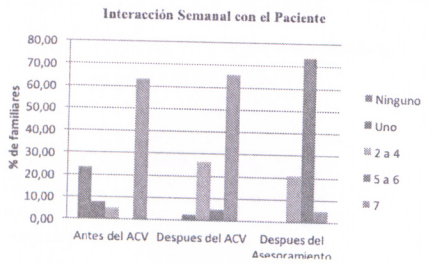



Ilustración 9: Interacción semanal de los familiares con el paciente
Elaborado por Calahorrano Saskia, 2013

**INTERPRETACIÓN:**

Se describirá el análisis en 3 momentos: antes de la ECV, después de la ECV y después del asesoramiento. El 24% de los familiares de la muestra no interactuaban directamente con los pacientes antes de la ECV, 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 de

la ECV todos los familiares interactuaron 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. 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 y las responsabilidades entre los cuidadores principales y los miembros de la red de apoyo familiar.

Tabla 10: Interacción diaria de los familiares con el paciente

| INTERACCIÓN DIARIA CON EL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Horas | Después ECV | 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 24h | 7,89 | 0,00 |

Elaborado por Calahorrano, Saskia, 2013

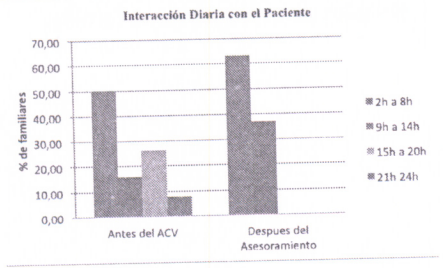



Ilustración 10 Interacción diaria de los familiares con el paciente
Elaborado por Calahorrano Saskia 2013

INTERPRETACIÓN:

La interacción diaria de los familiares con los pacientes se describe en dos momentos, después de la ECV y después del asesoramiento familiar: el 50% de los familiares interactuaba con el paciente de 2h a 8h después de la ECV, después del asesoramiento familiar el 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 de la ECV y luego del asesoramiento familiar el 37% interactuó en el mismo horario, después de la ECV 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.

## CONCLUSIONES:

Se aplicó el plan de asesoramiento familiar desde el modelo integrativo a 29 pacientes con enfermedades cerebrovasculares y 53 familiares cercanos. Se viabilizó el tratamiento físico y psicológico a través de estrategias psicoterapéuticas, obteniendo los siguientes resultados: al finalizar la aplicación del plan de asesoramiento familiar el 71% mejoró su estado general de salud, sin embargo el 29% se mantuvo igual.

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 la ECV el 76 % de la muestra 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.

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. La población investigada registró en promedio 8,45% de mejoría en su estado de salud general luego de la aplicación de la aplicación del plan de asesoramiento familiar.

### BIBLIOGRAFÍA:

Calahorrano Gómez, S. (2013) Programa de asesoramiento para familias de pacientes que tienen accidentes cerebrovasculares desde el modelo integrativo. (Tesis inédita de maestría)Universidad del Azuay, Quito, DM.