



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ORIENTADO AL MANEJO DE
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES CON ACV**

Alexandra María Sánchez

Cód. 17071048

Ximena Gaviria Fierro

Cód. 17051017

Co-investigador: Dra. Catalina Montoya

Psicóloga Clínica

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

AGOSTO DE 2012



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ORIENTADO AL MANEJO DE
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES CON ACV**

Alexandra María Sánchez Cód. 17071048

Ximena Gaviria Fierro Cód. 17051017

PRESENTADO AL SEMINARIO TALLER DE INVESTGACION CLINICA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SANTIAGO DE CALI

AGOSTO DE 2012



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

NOTA DE ACEPTACIÓN

Catalina Montoya Tinoco
Director(a) de Monografía de Grado

Ángela María Silva Espinosa
Jurado

Carolina Herrera Toro
Jurado

SEPTIEMBRE 2012



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

INDICE

	Pág.
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	5
2. IDENTIFICACION DEL PROYECTO.....	7
3. JUSTIFICACION.....	11
4. MARCO CONCEPTUAL.....	17
5. IDENTIFICACION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	28
6. FORMULACIÓN DEL PROYECTO.....	29
7. RESULTADOS ESPERADOS	35
8. PLANEACION ESTRATEGICA DE INTERVENCION.....	37
9. CONCLUSIONES.....	38
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto está dirigido a proponer un programa de intervención psicológica orientado al manejo de estrategias de afrontamiento en cuidadores-familiares de pacientes diagnosticados con ACV del centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos. Este centro es una Institución con una amplia experiencia en programas, evaluación y tratamiento a pacientes en el área de la neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica, donde no abordan las necesidades de los cuidadores-familiares. Cuidar a un familiar enfermo, involucra conocer las necesidades de esa persona y saber cómo satisfacerlas, por lo que a veces se convierte en una tarea complicada generando situaciones estresantes en el cuidador, ya que se ve afectado su día a día en lo psicológico, físico y social, repercutiendo en general en su calidad de vida. Las habilidades de afrontamiento que estos cuidadores-familiares utilizan, dependen de estrategias utilizadas en el pasado y/o estrategias nuevas que se presentaron frente a esta nueva situación. Esta propuesta se llevara acabo realizando procesos de evaluación, diagnostico e intervención, para lo cual se utilizarán técnicas cognitivo conductuales, buscando favorecer la calidad de vida, el bienestar emocional y psicológico de estos cuidadores-familiares, con impacto positivo para la entidad a la que se plantea la propuesta, pues le permitirá prestar un servicio más integral y completo a pacientes y familiares.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

ABSTRACT

This project aims to propose a psychological intervention program management oriented coping strategies, family caregivers of patients diagnosed with stroke Neuropsychological Rehabilitation Center Neurorehabilitamos. This center is an institution with extensive experience in programs, assessment and treatment to patients in the area of neuropsychology and neuropsychological rehabilitation, which do not address the needs of caregivers-family. Caring for a sick relative, involves meeting the needs of that person and know how to meet them, so it sometimes becomes a difficult task in stressful situations generating the caregiver as it affected their daily lives in the psychological, physical and social, affecting overall quality of life. Coping skills that these caregivers-family use, depend on strategies used in the past and or new strategies that were presented from this new situation. This proposal will be held making processes of evaluation, diagnosis and intervention, which will be used for cognitive behavioral techniques, seeking to promote quality of life, emotional and psychological well-being of these caregivers-family, with positive impact on the entity to which raises the proposal because it will provide a more comprehensive and complete to patients and families.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

2. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

El cambio en las condiciones de vida que presenta una persona que ha sido diagnosticada con ACV, implica que algún miembro de la familia asuma el rol de cuidador, invirtiendo la mayor parte de su tiempo en la asistencia del paciente y en su bienestar, los cuales presentan ansiedad, angustia, estrés y labilidad emocional, deteriorando su autoestima, y el sentimiento de impotencia y el temor de fallar a ese paciente.

El centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, cuenta con el apoyo y referencia del Centro de Neurofisiología Clínica NEUROFIC Ltda., reconocido en el mercado con 15 años de experiencia ubicado en la ciudad de Cali. Se encuentra asociado a un reconocido centro especializado de neurociencias en Estados Unidos el Neurobehavioral Institute of Miami, la clínica Neuropsicológica de Panamá y el Instituto Colombiano de Neuropedagogía de Medellín; conformando una importante red nacional e internacional. En todas las líneas de servicio, maneja un criterio de alta calidad Técnico-Científica, en una concepción humanística de la relación paciente - Profesional, dentro de los más modernos conceptos de la atención y administración en Salud.

Presta servicios de Evaluación Neuropsicológica, Rehabilitación cognitiva computarizada, Biofeedback, Entrenamiento en Neurofeedback, Psicología Clínica para el manejo de la



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

depresión, ansiedad entre otros, y cuenta con consultorio de Evaluación, consultorio de Psicología, sala para Neurofeedback y Biofeedback, y sala para la rehabilitación cognitiva.

Neurorehabilitamos atiende diversos déficit cognitivos y comportamentales, subsecuentes a traumatismos cerebrales y cualquier otra patología neurológica adquirida, pero entre los 10 padecimientos más frecuentes son: trastornos depresivos, trauma craneoencefálico, demencias, déficits cognitivos, síndromes congénitos, accidentes cerebro vascular, problemas comportamentales, enfermedades degenerativas. (Misión y visión del Centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos).

Este proyecto esta orientado desde la misión y visión del centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, donde se evidencia que no abordan las necesidades de los cuidadores-familiares, de los pacientes que ingresan a tratamiento con diagnostico de ACV, por ende desde una perspectiva integral de la psicología de la salud, se propone orientar al manejo de estrategias de afrontamiento ante las alteraciones emocionales de estos cuidadores-familiares, reforzando el bienestar psicológico de los colaboradores de pacientes y familiares, donde se trata de brindar atención a las distintas necesidades tanto del paciente como su familiar, a nivel físico, psicológico y social. En este sentido, permite ayudar al cuidador-familiar a proporcionar el mejor



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

cuidado al enfermo, logrando así que el hecho de cuidar le afecte lo menos posible en su Salud Mental¹ como cuidador.

Se iniciará fomentando estrategias de afrontamiento como factores protectores frente a la situación de cuidado del paciente-familiar, estimulando la satisfacción en su papel de cuidador; se manejará a través de diferentes estrategias eficaces enfocadas principalmente al afrontamiento y manejo de situaciones difíciles para conseguir una mejor adaptación del cuidador-familiar a su nueva situación.

Se pretende que los cuidadores tengan la suficiente información que les permitirá conocer, aclarar las dudas y temores frente a su nueva responsabilidad y desarrollen estrategias de afrontamiento y habilidades necesarias para enfrentar, minimizar las reacciones emocionales, sensación de estrés y de carga que se generan frente a la demanda de los cuidados que requieren estos pacientes.

Se realizará procesos de evaluación, diagnóstico e intervención, utilizando entrevista estructurada y otras técnicas de cognitivo conductuales orientado al manejo de estrategias de afrontamiento que estos cuidadores utilizan con relación a la nueva situación que está viviendo. Ya que cuidar de un familiar enfermo no debe convertirse en la única/última proyección de vida, se pretende que estos cuidadores familiares sean capaces de continuar con su vida adaptativamente,

¹ Según la OMS La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

reforzando su capacidad de resolución de conflictos, autoestima, control de emociones y en general proteger su calidad de vida.

El estado emocional, la capacidad para resolver y afrontar los problemas, los autocuidados y las relaciones con el entorno, son factores que pueden mejorarse para el bienestar del cuidador familiar y del paciente.

DESCRIPCION DE LOS ENTORNOS: La Entidad Neurorehabilitamos se encuentra ubicada en la comuna 2 de Santiago de Cali en la Avenida 5 AN N° 17 N 98 Edificio Núcleo Profesional Zona Norte de la Ciudad del Barrio San Vicente. Se encuentra en los alrededores de la Clínica Occidente y La Clínica Santiago de Cali.

ENTORNO SOCIAL: El centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, tiene convenios con las diferente E.P.S de la Ciudad, las cuales remiten el 70% de los pacientes atendidos y el otro 30% corresponde a personas particulares que acuden a la Entidad.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

3. JUSTIFICACION

Los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) representan la segunda causa de muerte a nivel mundial, alcanzando aproximadamente un tercio de mortalidad durante el primer episodio uno (Estudio piloto “Impacto De Intervención Temprana A Cuidadores De Pacientes Secuelados De Un Accidente Cerebro Vascular). En Estados Unidos de América es la tercera causa de muerte así como la principal causa de discapacidad (Colombia Ministerio de Salud pública. La salud en Colombia, Bogotá: Ministerio de Salud, Bogotá, 1990:595-597) y en Chile es son la segunda causa de mortalidad y la primera de hospitalización en mayores de 65 años (Estudio piloto “Impacto De Intervención Temprana a Cuidadores de Pacientes Secuelados de un Accidente Cerebro Vascular).

En Colombia es la tercera causa de muerte después de la violencia y de las enfermedades cardíacas y es una de las principales causas de discapacidad y de pérdida de años de vida saludables, incluyendo particularmente a las mujeres entre los 15 y 44 años (Escobar M, Gallardo I, Giraldo P, Londoño JP. La carga de la enfermedad en Colombia, Ministerio de Salud, Bogotá: 1994). En Colombia se ha informado una tasa de ACV de 300/100.000, estas cifras se inscriben dentro del rango descrito a escala mundial de 500-600/100.000 (Epineuro. Ministerio de Salud. Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá 1999).



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Según estudios realizados en Colombia; se encontró que *“incidencia anual ajustada por edad y sexo de 88.9/100.000. Esta relativa baja incidencia fue atribuida por los autores del estudio, al impacto de los programas de salud pública, al bajo índice de analfabetismo de esta población, el control de factores de riesgo y posiblemente a un mejor tratamiento de la enfermedad. El comportamiento del ECV en Colombia en cuanto al género y edad; es similar al reportado en otros estudios con una mayor incidencia en hombres (118.7 vs. 61.8/100.000) que se triplica sobre los 60 años”*.

En Colombia “se han encontrado diferencias en cuanto a las cifras de prevalencia a lo largo del tiempo y de acuerdo a la geografía nacional. El estudio de Girón (Santander, 1984) mostró una prevalencia de 16/1000, Jamundí (Valle, 1984) 12/1000, el Hato (Santander, 1985) 8.2/1.000, Sabaneta (Antioquia, 1992) 5.59/1000, Juan de Acosta (Atlántico, 1992) 1.42/1000 y en el Estudio Epidemiológico Nacional (EPINEURO, 1996) en la región suroccidental fue de 6.8/1000 mientras que para la región oriental fue de 17,2/1000 con una prevalencia nacional en mayores de 50 años de 19,9/1000. En Aratoca se evidenció una prevalencia de (Santander, 2001) 4.7/1.000 y en Piedecuesta (Santander, 2002) de 5.7/1000. Los estudios de prevalencia en general no diferencian entre sobrevivientes a eventos isquémicos o hemorrágicos. Se ha considerado que las diferencias encontradas en la población Colombiana podrían atribuirse a factores étnicos, diferencias en hábitos alimentarios, estilos de vida menos saludables, o a una mayor mortalidad por la enfermedad aguda o a otras causas cardiovasculares como la enfermedad coronaria o una mayor mortalidad por el mismo ECV. Los datos de prevalencia de



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

ECV en Colombia sugieren que en algunas áreas tiende a ser mayor” (Guía neurológica 8 enfermedades cerebro vasculares. Comportamiento epidemiológico de la ACV. Silva F, Quintero c, Zarruk JG).

Un alto porcentaje de los pacientes que sobreviven a un ACV, muestran alguna discapacidad, debido a una lesión frontal presentan problemas para iniciar y mantenerse en la ejecución de alguna tarea, mostrándose apáticos, faltos de iniciativa, impulsivos y en ocasiones depresivos, con dificultad para retener nueva información, entre otras deficiencias, necesitando algún tipo de ayuda para la realización de las actividades diarias de su vida y en el progreso de su tratamiento.

Esta necesidad suele implicar que algún miembro de la familia asuma el rol de cuidador, invirtiendo la mayor parte de su tiempo en la asistencia del paciente y en su bienestar. Es importante tener en cuenta las respuestas emocionales de los cuidadores ante los cambios del familiar afectado, ya que la comprensión, aceptación y adaptación de la familia a la nueva situación dependería tanto de la interacción de estos con el paciente, como de su capacidad de respuesta frente a el estrés. Por eso es necesario un grupo de apoyo terapéutico que posibilite técnicas y estrategias de afrontamiento y adaptación del individuo afectado y de sus familiares a la nueva situación.

La responsabilidad de cuidar a un enfermo hace que el cuidador se sienta menos libre, con nuevas obligaciones (Öhman, 2004), y que se asuma como responsable de la salud del paciente (Barrera,



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Pinto & Sánchez, 2006), lo cual puede precipitar crisis que amenazan la estabilidad del cuidador, al ser quien soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados (Chartrand & Arias, 2008); asimismo, él suele ver afectada su salud física, su vida social y personal y su situación económica (Pearlin, 1991; Zarit, Cheri & Boutselis, 1996).

En un estudio realizado por Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena Colombia, en una muestra de 97 cuidadores familiares de pacientes, demostró que los bienestar psicológicos y sociales están más afectados en los cuidadores de ACV en un 21,8% frente a 19,2% respectivamente. El bienestar psicológico resulta más afectado en los cuidadores de pacientes con ACV. Estudios reportan, aumento de procesos como depresión y síntomas como alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad en el grupo de cuidadores respecto a la población de referencia, siendo incluso superiores a los encontrados. Se ha relacionado además, un mayor deterioro en la esfera psíquica del cuidador con la prolongación del tiempo desempeñando este rol, la mayor dependencia de la persona atendida, la mayor sensación de sobrecarga y la menor presencia de apoyo social (Rev. Salud pública vol.12 no.5 Bogotá Oct. 2010).

El centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, es una Institución con una amplia experiencia en el área de la psicología, neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica, cuyo objetivo está orientado a la prestación de servicios a paciente con algún tipo de lesión cerebral o trastornos del desarrollo, ofrece servicios de evaluación y rehabilitación dentro de un modelo de alta calidad y eficiencia a personas con déficit cognitivos y comportamentales,



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

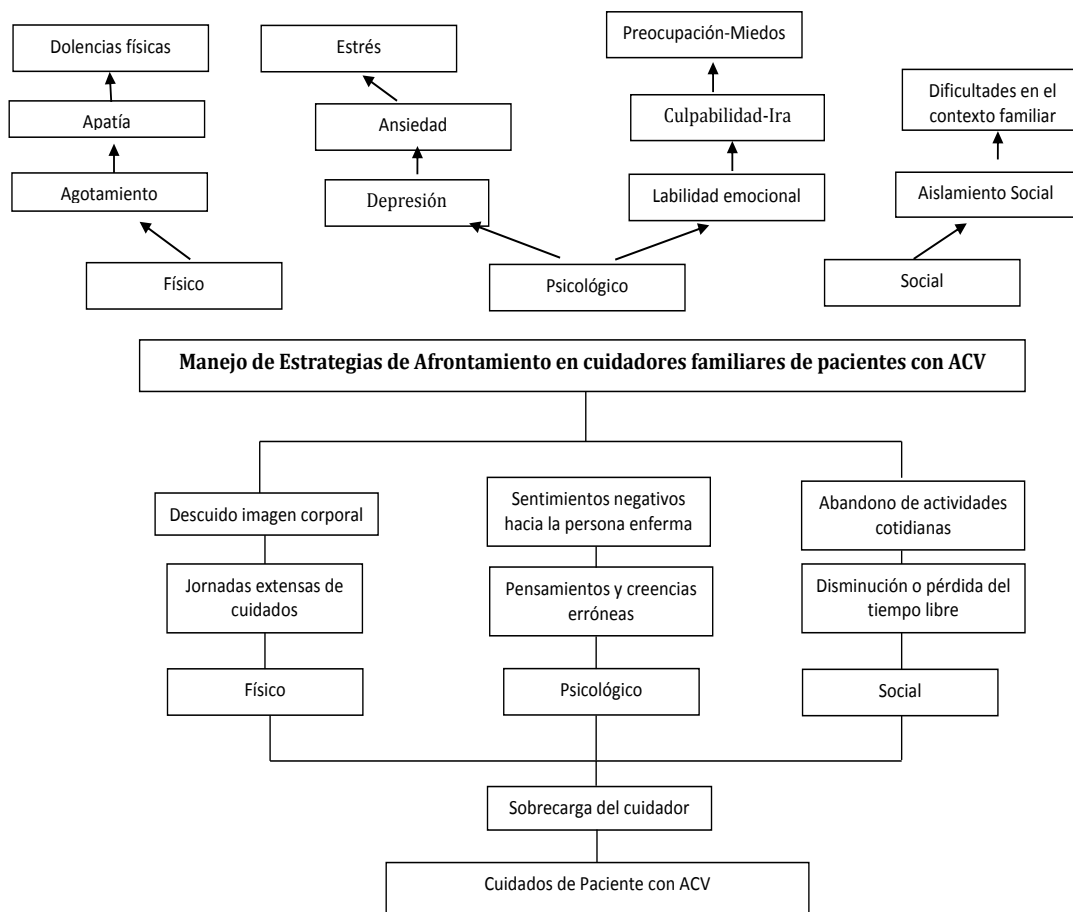
subsecuentes a traumatismos cerebrales y cualquier otra patología neurológica adquirida además de las diferentes áreas del desarrollo, logrando de esta manera ayudar a los pacientes a tener una recuperación importante para de esta forma ayudarlos a integrarse y adaptarse en la sociedad con el propósito de mejorar la calidad de vida (Objetivos y misión del Centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos).

El servicio que ofrece el centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos es solo para beneficio del paciente y no cuenta con ningún programa que brinde apoyo a familiares cuidadores de estos pacientes.

Se realiza un programa de intervención psicológica orientado al manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con ACV, debido a que son ellos los que ejercen un papel importante en su proceso de recuperación y rehabilitación. Permitiendo minimizar las alteraciones emocionales, e impedir que estas repercutan negativamente en su salud mental, generando una mejor adaptación del cuidador y desempeño satisfactorio en su nuevo rol.



ARBOL DEL PROBLEMA



Preparación deficiente para sumir la problemática



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

4. MARCO CONCEPTUAL

Desde la propuesta de intervención se hará énfasis en el manejo de estrategias de afrontamiento para cuidadores-familiares de pacientes que han sido diagnosticado con accidentes cerebro-vasculares, lo cual nos permite tener una mirada integral de lo que es esta enfermedad, de como puede tener incidencia en los pensamientos y sentimientos de las personas que están a cargos de este tipo de pacientes.

Ahora bien, se enfoca la mirada en el paciente con ACV. Los “accidentes cerebro-vasculares” representan una de las mayores causas de muerte en nuestro país. Cada vez son más las personas que se ven afectadas por esta enfermedad, como trombosis, infartos, entre otras. Las personas que sobreviven a estos accidentes presentan algún tipo de discapacidad; a nivel cognitivo, motor, sensorial, físico y psicológico. O en algunos casos tienen una grande afectación de todos estos niveles, lo cual se ven en la necesidad de tener una persona que se haga responsable por el bienestar y la adherencia al tratamiento del paciente; muchas de estos personas son sus familiares más cercanos quienes pasan hacer sus cuidadores.

“Colombia ha sido en el contexto latinoamericano uno de los países pioneros en el estudio epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular. La población estimada para el año 2006 es de 46 millones de habitantes de los cuales el 4.4 por ciento superan los 65 años. La expectativa de vida de la población ha aumentado notablemente en las últimas décadas, de 64 años en 1964



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

a 71.4 años en el 2003, con un consecuente incremento de las enfermedades propias del envejecimiento como la ECV". (Guía neurológica 8 enfermedades cerebro vasculares. Comportamiento epidemiológico de la ACV. Silva F, Quintero c, Zarruk JG)

Síntomas y Causas

Los accidentes cerebro-vasculares tienen diversas causas, no solo influye la edad, el sexo y la herencia familiar, sino también pueden ser causados por enfermedades como la hipertensión arterial o diabetes; y por otra parte también por el estilo de vida que lleva la persona, los cuales son factores de riesgo el tabaquismo, consumo de alcohol, los hábitos alimenticios y en algunos casos consumo de sustancias psicoactivas.

En esta enfermedad, que afecta no solo al paciente sino a sus familiares o cuidadores, podemos identificar algunas de las dificultades que se presentan, entre ellas; alteraciones en el lenguaje, en la motricidad, a nivel neurológico y alteraciones de personalidad como depresión. Con estas secuelas quedan dependiendo de otra persona las cuales les ayudan a desenvolverse en su diario vivir. Cómo se mencionó anteriormente, se involucra todos los aspectos (biológico, psicológico y social).

Para estos pacientes, es fundamental el apoyo de la familia (cuidador) en este proceso de rehabilitación para que este recupere mayor funcionalidad, lo cual le permite mejorar su calidad de vida. Esto demuestra la gran importancia de la persona que se hace cargo del paciente. El



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

familiar o cuidador se convierte en el mejor terapeuta de las personas que hayan sido afectadas por este tipo de alteraciones de la salud (enfermedad).

Rol de la familia

Tomando como referencia a Reyes Saborit y Castañeda Márquez (2006) “La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad”. Por lo tanto, en el caso de esta enfermedad crónica (ACV), en donde se pierden capacidades funcionales, es fundamental el apoyo de la familia, porque son estos parientes los que en la mayoría de casos se convierten en los cuidadores directos de estos pacientes, estando a cargo de la guía y el acompañamiento del proceso de rehabilitación.

La persona que se convierten en los cuidadores directos de pacientes con ACV tiene ciertas características que hacen que se creen unas categorías para él. Desde los cuidadores profesionales hasta aquellos que son designados dentro de la misma familia.

El Cuidador, es la persona que se responsabiliza de los cuidados y acompañamiento de forma diaria de un paciente (familiar) que requiere asistencia, debido a enfermedades que han desencadenado dificultades para realizar sus tareas diarias y mantener su independencia.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Por lo anterior, a continuación se menciona las clases de cuidador y la función que este realiza en el cuidado del paciente:

Estas personas se pueden catalogar de las siguientes maneras: el cuidador formal, que prestan el servicio de cuidados por remuneración económica y normalmente son personas que pertenecen a instituciones de Salud. El cuidador informal, por el contrario, son personas que no reciben remuneración económica. El cuidador familiar son las personas que ayudan a un ser querido encargándose del acompañamiento de todos los procesos de recuperación, los cuales son parte esencial de la calidad de vida del paciente.

Para Riviera (2001), *“el cuidado informal es la atención no remunerada que se dan a personas que han sufrido algún tipo de discapacidad, por parte de sujetos ya sean familiares, amigos o conocidos del paciente. Por otra parte, un estudio realizado por IMSERSO (España) en el año 2005 plantea que hay un bajo porcentaje en los cuidadores que no hacen parte de la familia del paciente”*.

Este rol de cuidador también se puede diferenciar dentro de una escala de importancia o posicionamiento en la familia, es ahí cuando se habla de un cuidador principal quien es el que asume la responsabilidad directa de todos los cuidados del paciente y el secundario el cual no



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

asume una responsabilidad directa sino ocasionalmente, mas que todo cuando el principal no puede ejercer esta función.

En la mayoría de casos se presenta que el género del cuidador frecuentemente es femenino, mujeres en edad intermedia, que no se encuentran activas laboralmente y no tienen ingresos propios, el nivel de educación es básico, algunas veces sin terminar los estudios de secundaria o en ciertos casos de primaria, por lo tanto, el cuidador se da mas que todo en amas de casa o personas que están constantemente en el hogar.

Situaciones del cuidador principal

La importancia del bienestar físico, mental, social y emocional del cuidador incide de forma directa en los cuidados que se le prestan al paciente y de la adherencia al tratamiento. Por ello es importante que no se descuide su propia vida y que trate de organizar sus tareas acorde con las actividades rutinarias. “Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente”.

Aspectos sociales, familiares y emocionales

Algunos cuidadores están expuestos a niveles de presión por parte de los demás miembros de la familia, y a veces no se sienten valorados por estos, lo cual conlleva a discusiones familiares y reproches por parte de los mismos, evaden y dejan toda la responsabilidad en el cuidador. Otro aspecto se da a nivel social donde se dan algunas repercusiones porque el cuidador debe de



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

organizar su estilo de vida acorde con los tiempos de cuidados del paciente, creando sentimientos de frustración e impotencia. De igual manera cuidar a una persona dependiente puede tener algunas reacciones emocionales, pues muchos de estas personas no estaban preparados para asumir esta responsabilidad, por tanto la dificultad que puede incidir este cambio en la vida de una persona.

En diferentes contextos se han documentado las implicaciones de la experiencia de cuidado de los cuidadores sobre su calidad de vida, relacionadas con el estrés permanente al que se ven sometidos; alteraciones de la salud física en general, del patrón del sueño, fatiga, incertidumbre, depresión y ansiedad, aislamiento social, alteración de la ejecución habitual del rol, y la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud (Montalvo, Flórez & Stavro, 2008).

No obstante, no todos los cuidadores experimentan sentimientos negativos, pero en algunos casos la responsabilidad y el cambio en su vida cotidiana empiezan a desencadenar sentimientos de ira, ansiedad, frustración, tristeza, aislamiento social. Todo esto porque algunas veces sienten que han sacrificado sus propias necesidades tanto físicas como emocionales, y empiezan a sentirse ahogados por todas las tareas que van en función del paciente.



Sin embargo, las situaciones que afectan al cuidador se siguen presentando sin un manejo preventivo al respecto. Y la mirada es necesario centrarla en el cuidador familiar, en especial, el principal.

Pensamientos y creencias erróneas de los cuidadores

En algunas ocasiones se desencadenan pensamientos y creencias erróneas en los cuidadores-familiares de pacientes con ACV, las cuales generan sentimientos como anteriormente mencionamos de culpabilidad, estrés, ansiedad, etc., simplemente por creer que todos los cuidados deben de ir destinados al paciente y el preocuparse por ellos mismo queda relegado.

Algunos de los pensamientos y creencias erróneas en los cuidadores pueden ser:

- ψ *“Es egoísta cuidar de mi mismo y atender mis necesidades.*
- ψ *No me hace falta pedir ayuda para cuidar. Yo puedo con todo.*
- ψ *Yo soy el único responsable del bienestar de mi familiar con dependencia.*
- ψ *Si yo no hago las tareas que hay que hacer, nadie las hará.*
- ψ *Nadie cuida tan bien de mi familiar como yo mismo...”.*

“Evaluar nuestros pensamientos y creencias y confrontarlos con la realidad puede ser una buena herramienta para comprobar si estamos en la mejor situación para abordar el cuidar de nuestro familiar y de nosotros mismos” (El autocuidado del cuidador).



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Esta situación se debe perfilar de la mejor manera, con estrategias que permitan el desempeño de este rol de manera más óptima sin mayor perjuicio para el mismo cuidador. Por lo tanto se hace necesario el manejo o aplicación de estrategias que permitan afrontar de forma adecuada situaciones estresantes que se dan en la cotidianidad de los individuos; en consecuencia este proyecto se enfoca principalmente al manejo de estas estrategias esencial para el afrontamiento de estos eventos que se presentan por los cuidados del familiar enfermo.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Para Lazarus & Folkman (1986), “El afrontamiento son aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Por lo tanto el afrontamiento se vuelven en un sistema de pensamientos y acciones que permiten al individuo manejar las situaciones difíciles que se le presentan en su vida cotidiana, situaciones generadas por reacciones estresantes las cuales pueden presentarse desde lo fisiológico, emocional y cognitivo.

Todas estas reacciones impiden o dificultan que el cuidador siga llevando su estilo de vida como lo hacia antes de iniciar con su nuevo rol; por lo cual se hace necesario e importante generar estrategias de afrontamiento las cuales permitan no solo desarrollar habilidades para la



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

disminución de estas reacciones sino el mejoramiento de calidad de vida tanto del cuidador como del paciente.

Cabe mencionar que hay una diferencia entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. *“Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”* (Fernández-Abascal, 1997, p. 190).

Para este proyecto utilizaremos estrategias de afrontamiento que permitan desarrollar habilidades en los cuidadores-familiares para mitigar o disminuir algunas situaciones que le generan estrés con relación a los cuidados del paciente.

Existen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento según Lazarus & Folkman:

1. Estrategias de resolución de problemas que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional orientadas a aliviar el malestar que produce la situación. Son los métodos dirigidos a regular una respuesta emocional ante el problema.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Por un lado, la primera se enfoca a buscar soluciones directas a manejar o minimizar el problema que les esta causando todo tipo de reacciones emocionales; y el otro busca regular esas emociones que se están desencadenando por la situación problema y como se puede manejar estas emociones para disminuir el malestar causado.

Para el desarrollo del programa de intervención se tomará como referencia a Lazarus & Folkman (1986) para el manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores-familiares, los cuales propusieron ocho estrategias que permiten que las personas resuelvan las situaciones problemas y reduzcan las tensiones que se ocasionan por esta. Estas estrategias las definimos a continuación:

1. *“Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.*
2. *Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación.*
3. *Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.*
4. *Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.*



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

5. *Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.*
6. *Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.*
7. *Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.*
8. *Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral". (Estrategias de afrontamiento. Vasquez Valverde, Crespo López & Ring. 1994).*

Por lo anterior las estrategias de afrontamiento ayudan y/o permiten manejar todas las posibles situaciones que se están dando durante el proceso del cuidado del paciente, situaciones que si bien no son manejadas puede desencadenar un desequilibrio a nivel psicosocial en la vida cotidiana de estas personas.

Para el desarrollo de nuestro programa de intervención se realizara una divulgación en el Centro Neurorehabilitamos mostrando la importancia de las estrategias de afrontamiento y el impacto



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

positivo que puede tener en la vida tanto del cuidador como del paciente; con el fin de lograr gran acogida por parte de la población y así generar una participación en el programa. Se trabajara con la población que acuda a las terapias asignadas a los pacientes para aprovechar el tiempo libre que tienen mientras sus pacientes estén realizando sus actividades terapéuticas.

La importancia de nuestra propuesta de intervención permitirá desarrollar estrategias para que estos “cuidadores” lleven una vida saludable y que su calidad de vida se mantenga en equilibrio. Por lo tanto nuestro objetivo es brindar una aplicación a la mayoría de los cuidadores-familiares del Centro Rehabilitamos.

5. IDENTIFICACION DE LA SITUACION PROBLEMA

Es pertinente y eficaz implementar un programa de intervención psicológica orientado al manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores-familiares de pacientes diagnosticados con ACV del centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos ya que el centro no cuenta con ningún programa de acompañamiento para estos cuidadores-familiares.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

6. FORMULACIÓN DEL PROYECTO

MISIÓN: Brindar herramientas efectivas en el manejo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con ACV, del centro de Rehabilitación Neuropsicológica “Neurorehabilitamos”.

VISIÓN: Para el año 2014 se espera haber implementado esta propuesta de intervención para bienestar psicológico de los cuidadores familiares de pacientes con ACV del centro de Rehabilitación Neuropsicológica “Neurorehabilitamos”, convirtiendo el presente programa de intervención psicológica en una solución oportuna, integral y eficaz para un problema que está presente en la rehabilitación.

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de intervención psicológica orientado al manejo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con ACV, en el centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, en la ciudad de Cali.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ψ Implementar estrategias de afrontamiento a fin de prevenir las reacciones emocionales generadas al conocer el diagnóstico, pronóstico y evolución del paciente (familiar) diagnosticado con ACV.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

- ψ Favorecer la calidad de vida y el bienestar emocional tanto del cuidador como del paciente con ACV.
- ψ Conformar grupo de apoyo de cuidadores-familiares de pacientes diagnosticados con ACV.

LINEAS DE ACCION

La propuesta de intervención psicológica esta orientada a la identificación y manejo de estrategias de afrontamiento que se hacen necesarias en los cuidadores familiares de pacientes con ACV, lo cual les permitirá desarrollar habilidades o métodos para afrontar las situaciones difíciles desencadenadas en relación a todos los cambios que conlleva el cuidar a un paciente (familiar). Implementamos estas líneas de acción porque nos permite abarcar de manera integral las situaciones que se presentan a nivel psicosocial en estas personas. Nos referimos a la identificación y construcción lo hacemos queriendo dimensionar esos pensamientos, sentimientos y emociones que se dan (en algunos casos) en estos cuidadores y por medio de esa identificación nos lleve a construir esas estrategias que incidan de forma positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de estos. Por otra parte también hacemos participe a la conformación de grupos de apoyo que bien desde muchos planteamientos teóricos e investigaciones realizadas muestran la efectividad y el alcance positivo que estos han tenido en situaciones problemas.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

FASES

El programa de intervención se divide en 4 fases:

Antes de iniciar con el programa de intervención se informará y explicará a todos los cuidadores, utilizando como estructura el consentimiento informado, aprobado por el Centro Neurorehabilitamos. Además se realizara un encuentro inicial con el apoyo de un grupo interdisciplinario del Centro (Neurólogos, Neuropsicólogos, enfermeras y terapeutas), con el fin de informar y esclarecer todo el proceso de cuidador a un paciente con ACV.

Fase 1

ψ Identificación

Se organizara encuentros individuales con los cuidadores-familiares del Centro de Rehabilitación, con el fin de identificar si están manejando estrategias de afrontamiento para los cambios a nivel físico, psicológico y cognitivo que se generan con la responsabilidad de cuidar a un enfermo.

Las estrategias que se utilizaran permitirán manejar situaciones estresantes desencadenadas por los cambios en la cotidianidad del cuidador-familiar. La confrontación, planificación y aceptación de la responsabilidad; le permitirá al cuidador afrontar la nueva situación de su familiar enfermo, las cuales están contenidas en



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

estrategias de resolución de problemas que manejan o alteran el problema que causa el malestar.

El distanciamiento, autocontrol, re-evaluación positiva, escape o evitación y búsqueda de apoyo social; permiten al cuidador regular sus emociones, sentimientos y pensamientos acerca del malestar que le genera la situación de cuidado, las cuales están contenidas en estrategias de regulación emocional.

Fase 2

ψ **Construcción**

Mediante la identificación que se realizó inicialmente, se empezará la construcción de estrategias de afrontamiento partiendo de las propuestas por Lazarus y Folkman; con el fin de que los cuidadores-familiares puedan manejar esas situaciones difíciles que se generan por el cuidado de un paciente. De igual manera se implementarán estrategias de afrontamiento que permitan a los cuidadores-familiares el manejo del estrés por medio del autocontrol frente al impacto- secuelas que deja la enfermedad ACV en su familiar y el nuevo rol que debe asumir como cuidador y facilitador en el proceso de rehabilitación, como eje fundamental de apoyo psicosocial.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Fase 3

ψ **Conformación de Grupos**

Mediante estos encuentros se conformaran grupos de apoyo terapéuticos, con el fin de abrir un espacio para la expresión emocional y el reforzamiento de estrategias de afrontamiento adquiridas.

Fase 4

Seguimiento y mantenimiento del programa.

HERRAMIENTAS

Recursos Tecnológicos: Un computador con programas de oficina para la redacción de informes.

Recursos Físicos: Salón, Sillas, Mesas, lapiceros, marcadores, resma de papel Bond, para que los participantes puedan tomar notas, y las fotocopias con algunas indicaciones, los reactivos de la entrevista estructurada.

Recursos Humanos: Psicólogos y funcionarios del centro de rehabilitación.

Recursos Financieros: Presupuesto para materiales, honorarios



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

RECURSOS FINANCIEROS				
RECURSOS MATERIALES	CANT	UNID MEDIDA	VLR	
			UNIT	SUBTOTAL
Resma de papel	2	Resma	11.000	22.000
Marcadores	12	Unidad	2.500	30.000
Sacapuntas de lápices	12	Unidad	350	4.200
Salón	20	Horas	0	0
Deposito por imprevistos	2	Unidad	50.000	100.000
Honorarios	30	Horas	80.000	2.400.000

SUBTOTAL	2.556.200
AIU 5%	120.000
TOTAL	2.676.200



CARTA DE GANTT

Descripción de actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Evaluación y diagnóstico	3 sesiones, una semanal			
Intervención, aplicación de técnicas.		4 sesiones, una semanal	4 sesiones, una semanal	
Revisión técnicas aprendidas, mantenimiento				3 sesiones, una semanal

7. RESULTADOS ESPERADOS

Con el programa de intervención psicológico se espera:

- ψ Lograr que el cuidador-familiar identifique que cambios se pueden presentar a nivel psicológico, físico y social por consecuencia de la responsabilidad de cuidar a su paciente.
- ψ Por medio de la identificación de estos procesos o cambios logren crear herramientas que permitan el manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores-familiares de pacientes con ACV.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

- ψ conformación de grupos de apoyo terapéuticos les permita tener un espacio donde puedan compartir las vivencias o experiencias de sus situaciones con personas que están en igualdad de condiciones, esto con el fin de que puedan analizar y elaborar sus propias percepciones por medio de historias semejantes las cuales les permite manejar o disminuir algunas situaciones difíciles que se puedan estar presentando en su vida.
- ψ Garantizar que por medio de los procesos o fases que se aplicaran en el programa los cuidadores-familiares logren un mejoramiento de su calidad de vida y repercuta en la recuperación del paciente.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

8. PLANEACION ESTRATEGICA DE INTERVENCION

PLAN ESTRATÉGICO			
Misión	Brindar herramientas efectivas en el manejo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con ACV, del centro de Rehabilitación Neuropsicológica "Neurorehabilitamos"		
Visión	Para el año 2014 se espera haber implementado esta propuesta de intervención para bienestar psicológico de los cuidadores familiares de pacientes con ACV del centro de Rehabilitación Neuropsicológica "Neurorehabilitamos", convirtiendo el presente programa de intervención psicológica en una solución oportuna, integral y eficaz para un problema que está presente en la rehabilitación		
Objetivos Estratégicos	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 5
	Implementar estrategias de afrontamiento a fin de prevenir las reacciones emocionales generadas al conocer el diagnóstico, pronóstico y evolución del paciente (familiar) diagnosticado con ACV.	Favorecer la calidad de vida y el bienestar emocional tanto del cuidador como del paciente con ACV.	Conformar grupo de apoyo de cuidadores-familiares de pacientes diagnosticados con ACV.
Metas	<input type="checkbox"/> Lograr que el cuidador-familiar identifique que cambios se pueden presentar a nivel psicológico, físico y social por consecuencia de la responsabilidad de cuidar a su paciente. <input type="checkbox"/> Por medio de la identificación de estos procesos o cambios logren crear herramientas que permitan el manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores-familiares de pacientes con ACV. <input type="checkbox"/> Igualmente se espera que la conformación de grupos de apoyo terapéuticos les permita tener un espacio donde puedan compartir las vivencias o experiencias de sus situaciones con personas que están en igualdad de condiciones, esto con el fin de que puedan analizar y elaborar sus propias percepciones por medio de historias semejantes las cuales les permite manejar o disminuir algunas situaciones difíciles que se puedan estar presentando en su vida. <input type="checkbox"/> Se espera que por medio de los procesos o fases que se aplicaran en el programa los cuidadores-familiares logren un mejoramiento de su calidad de vida y repercuta en la recuperación del paciente.		
Indicadores de gestión			
PLAN OPERATIVO:			
Para llevar a cabo el programa, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:			
Fase 1 <input type="checkbox"/> Identificación Se organizara encuentros individuales con los cuidadores-familiares del Centro de Rehabilitación, con el fin de identificar si están manejando estrategias de afrontamiento para los cambios a nivel físico, psicológico y cognitivo que se generan con la responsabilidad de cuidar a un enfermo.			
Fase 2 <input type="checkbox"/> Construcción Mediante la identificación que se realizo inicialmente, se empezara la construcción de estrategias de afrontamiento partiendo de las propuestas por Lazarus y Folkman; con el fin de que los cuidadores-familiares puedan manejar esas situaciones difíciles que se generan por el cuidado de un paciente. De igual manera se implementaran estrategias de afrontamiento que permitan a los cuidadores-familiares el manejo del estrés por medio del autocontrol frente al impacto- secuelas que deja la enfermedad ACV en su familiar y el nuevo rol que debe asumir como cuidador y facilitador en el proceso de rehabilitación, como eje fundamental de apoyo psicosocial.			
Fase 3 <input type="checkbox"/> Conformación de Grupos Mediante estos encuentros se conformaran grupos de apoyo terapéuticos, con el fin de abrir un espacio para la expresión emocional y el reforzamiento de estrategias de afrontamiento adquiridas.			
Fase 4 Seguimiento y mantenimiento del programa.			



9. CONCLUSIONES

Esta propuesta se hizo posible después de la indagación llevada a cabo en el Centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, donde por medio de la observación se evidenció que aunque se cumple con un trabajo integral con los pacientes diagnosticados con ACV, no se realiza un trabajo directo con su cuidador.

Podemos afirmar que como el Centro de Rehabilitación son pocas las instituciones que realizan un programa de intervención psicológica hacia los cuidadores-familiares, centrándose solo en los cuidados del paciente y su recuperación. Si bien es importante la recuperación del paciente, también entra a serlo el bienestar físico, psicológico y social del cuidador y más aún cuando es este quien debe de brindar toda la atención y cuidados pertinentes a este tipo de pacientes.

Es pertinente realizar estos programas de intervención en el Centro de Rehabilitación Neuropsicológica Neurorehabilitamos, ya que es una institución que cuenta con la experiencia en este tipo de pacientes, y por medio de estos programas le permitirá dar una atención integral no solo a la recuperación del paciente sino al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de su cuidador con un impacto social.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

Por lo anterior, se concluye que es importante la implementación de programas de intervención desde la psicología para los cuidadores-familiares de pacientes con ACV, debido que estos influyen de manera trascendente en la recuperación de los pacientes. Esta clase de programas les permitirá a los cuidadores crear o manejar estrategias de afrontamiento de las situaciones que preceden por la dedicación y cuidados de un paciente, al mismo tiempo generar habilidades de autocuidado, autocontrol en sus emociones, que son muy importantes en el momento de brindar los cuidados al paciente-familiar. Por otro lado, con el programa le permitirá al cuidador identificar los factores de riesgo a los que están expuestos y las consecuencias que se pueden presentar a nivel físico, psicológico, y social, como también asumir este nuevo rol con estrategias de afrontamiento, habilidades y actitudes positivas que les facilite continuar con su proyecto de vida y el mejoramiento y rehabilitación de su paciente-familiar con ACV.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ψ Albert Ellis & Michael E. Bernard (2006). "Rational Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders. Theory, Practice and Research". Springer Science+Business Media, Inc. EEUU.
- ψ Aparicio García, M. Proyecto 24/07 "La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales".
- ψ Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Lanzarote 2012, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80415077007>
- ψ Atención psicológica a cuidadores de enfermos con demencia, Aurelio Gallo Psicólogo, 02 de diciembre 2010,
- ψ Crespo López M & Martínez López J. "El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes del hogar". IMSERSO Primera Edición 2007.
- ψ Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad □ Amparo Montalvo-Prieto, Inna E. Flórez-Torres, Diana Stavro de Vega, AÑO 8 - VOL. 8 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - OCTUBRE 2008 □ 197-211 Pág. 200- Redalyc Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- ψ Estilos y estrategias de afrontamiento. Fernández, Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (1997).



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

- ψ Estudio e Intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Andres Losada Baltar, Ignacio Montorio Cerrato, Maria Izal Fernandez de Trocóniz, Maria Marquez Gonzalez. Primera edición, 2006 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Pág. 27-29.
- ψ Estrategias de afrontamiento. C. Vasquez Valverde, M. Crespo López & J.M. Ring.
<http://psicosocial.net>
- ψ Historia de una lesión cerebral o un mundo perdido y recuperado, 18 de febrero 2012,
<http://neuropsicologica.blogspot.com>
<http://espectroautista.info/tests/emotividad/bienestar-emocional/GADS>
- ψ <http://suite101.net/article/como-cuidarse-si-cuidas-de-un-familiar-enfermo-a1090>
- ψ http://www.afalanzarote.com/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=18
- ψ <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-general--familia-40/intervencion-grupal-los-trastornos-ansiedad-atencion-primaria-13089378-original-2006?bd=1>
- ψ <http://www.hipocampo.org/zarit.asp>
- ψ <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/pyr/cuidadocuidador2.html> (Portal especializado en Gerontología y Geriatria) Artículo: CUIDADORES. Preguntas y respuestas. España.
- ψ <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=72>
- ψ <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=72>



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

RESOLUCIÓN 24195 DICIEMBRE 20 DE 1983 MINEDUCACIÓN
PERSONERÍA JURÍDICA N° 501 DE 1974
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS

- ψ <http://www.salud180.com/salud-dia-a-dia/calidad-de-vida/sindrome-de-fatiga-del-cuidador-vs-calidad-de-vida>
- <http://www.slideshare.net/bridge2employment/atencin-psicologica-a-cuidadores-de-enfermos-con-demencia>
- ψ Rev. Salud pública vol.12 no.5 Bogotá Oct. 2010
- ψ Revista Colombiana de Psicología, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 71-84
Universidad Nacional de Colombia”
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf>
- ψ Revista de Psiquiatría y Salud Mental, vol. VII, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 33-39.
Estilos de afrontamiento en adolescentes <http://www.psicologia.unt.edu>
- ψ Revista médica de Chile, *versión impresa* ISSN 0034-9887, Rev. méd. Chile v.137 n.5 Santiago mayo 2009, doi: 10.4067/S0034-98872009000500009, Rev Méd Chile 2009; 137: 657-665, Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada.
- ψ Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. MEDISAN. 2006; 10(4). Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm
- ψ Tomado de informe N° 1 de Psicología de la Salud de Tecana American University. Idalia Rodríguez 2006.