



**Universidad
Zaragoza**

Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO:

SUPERANDO LA ADVERSIDAD:

PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA
FAMILIARES/CUIDADORES DE PERSONAS
CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Autora: Alicia Abellán Sánchez

Tutora: María José Iglesias

ÍNDICE:

	Páginas
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3-5
OBJETIVO DE TRABAJO	5
METODOLOGÍA	6-7
DESARROLLO	8-11
CONCLUSIÓN	12
BIBLIOGRAFÍA	13-15
ANEXOS	16-17

RESUMEN:

El objetivo principal de este trabajo es elaborar un programa de formación dirigido a los familiares/cuidadores para ayudar a conseguir a la persona con ACV una adaptación positiva frente al cambio de vida que ha experimentado como medio hacia un fin: mejorar la participación en su entorno y su rendimiento en el desempeño ocupacional.

Los modelos utilizados para plantear esta intervención son el modelo canadiense de desempeño ocupacional, el modelo de ocupación humana de Kielhofner, el modelo de promoción de resiliencia y el modelo de resiliencia familiar. Para la consecución de los objetivos planteados se ha utilizado el programa Rueda de Laímatre y Puig. Como procedimientos de evaluación se utilizará la observación y el uso de instrumentos como son el test del árbol y el gráfico de vida de Kielhofner.

En los últimos años el centro de atención de la investigación en el accidente cerebrovascular se interesa por la relación entre la disminución de participación y rendimiento en el proceso de rehabilitación y el impacto psicológico y emocional de la enfermedad debido a las frecuentes secuelas, como estados de ansiedad, depresión y labilidad emocional, tras presentar un accidente cerebrovascular.

En este programa se trabaja la resiliencia para facilitar la superación, la adaptación positiva a la enfermedad y de forma indirecta mejorar el rendimiento y la participación en el desempeño ocupacional de la persona con ACV mejorando la calidad de vida del mismo.

INTRODUCCIÓN:

El accidente cerebrovascular (ACV) se define por la deficiencia neurológica repentina atribuible a una causa vascular focal.¹ De acuerdo con su etiología se puede clasificar en dos grandes grupos: ACV isquémico y hemorrágico. ACV isquémico es aquel producido por una reducción brusca del flujo sanguíneo durante un periodo de tiempo; cuando éste es producido por la rotura de un vaso sanguíneo cerebral se denomina ACV hemorrágico. El accidente cerebrovascular puede ser denominado ictus cuando el déficit neurológico se ha instaurado hace más de 24 horas. Cuando la duración del déficit es inferior a este periodo de tiempo, de origen isquémico y desaparece sin secuelas es denominado ataque isquémico transitorio (AIT).² Aproximadamente el 85-90% del total de ACV presentan un origen isquémico.³

Recientemente, un estudio coordinado por Population Health Research Institute, McMaster University y Hamilton Health Sciences, identifica los 10 principales factores de riesgo para el ACV: Hipertensión arterial, obesidad abdominal, dieta desequilibrada, sedentarismo, dislipemia, diabetes, alcoholismo, tabaquismo, estrés y depresión así como la presencia de cardiopatías previas.⁴

Este proyecto se centra en los familiares/cuidadores del paciente con ACV por ser este un importante problema de Salud Pública. En España, representa la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en el hombre; siendo la primera causa de discapacidad grave en el adulto y la segunda causa de demencia. La incidencia anual en España no se conoce con precisión, aunque se estima que puede oscilar entre 120-350 casos por 100.000 habitantes (según el estudio Ibericus, se estima que la incidencia en nuestro país es de 203/100.000 habitantes).⁵

Para una rápida y eficaz intervención en esta patología resulta de gran utilidad disponer de las denominadas unidades de ictus. La Sociedad Española de Neurología (SEN) señala que hay 29 de las 95 que debería haber dando cobertura solo a 1/3 de la población.⁶ En Aragón existen dos unidades de ictus situadas ambas en la provincia de Zaragoza en el Hospital

Universitario Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

En estas unidades debe existir un equipo de rehabilitación multidisciplinar que incluirá médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y trabajadores sociales. Los pacientes y familiares o cuidadores deben involucrarse activamente con este equipo, si es posible, desde el inicio y durante toda la rehabilitación.⁷

Tras un ACV, en su fase aguda la asistencia sanitaria y el tratamiento farmacológico son imprescindibles. Cuando el paciente está estable y controlado, el proceso de rehabilitación temprana es crucial ya que, el 95% de la recuperación neurológica natural se habrá logrado hacia el tercer mes.⁸ Además, en la rehabilitación funcional, influye la colaboración de la familia/cuidador en dicho proceso de rehabilitación, con un apoyo emocional al "paciente", una comunicación efectiva y una buena resolución de problemas.⁹

La familia /cuidador suelen necesitar formación para ayudar al "enfermo" en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, en raras ocasiones, ese asesoramiento va dirigido al impacto psicológico y emocional que produce el accidente cerebrovascular en el paciente¹⁰, ya que son frecuentes los estados de ansiedad, depresión y labilidad emocional después de un ACV y a pesar de ello no suelen ser evaluados para su prevención y tratamiento.¹¹

Cada vez más artículos de investigación centran la atención en los estados de calidad de vida y sensación de bienestar en personas que han padecido esta enfermedad y proponen un enfoque de afrontamiento a los cambios emocionales que sufren.¹²

Todo ser humano es un ser ocupacional, entendiendo la ocupación como grupos de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas y organizadas, a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. Todo esto conforma nuestras rutinas, hábitos y roles dotando de sentido nuestra vida.¹³ El ACV supone para las personas una ruptura con todo ello, una pérdida de identificación personal y una reestructuración de las relaciones familiares con tendencia al aislamiento social y familiar.¹⁴

Este programa propone la promoción de un proceso de ayuda al familiar/cuidador para el afrontamiento de la enfermedad, la adaptación positiva a la misma e incluso su superación. Un proceso que requiere de unas habilidades y capacidades internas que le permitan crear un ambiente favorecedor. Este proceso, multifactorial y dinámico, es denominado resiliencia.¹⁵

La terapia Ocupacional en este programa pretende, dentro de su marco de trabajo, mejorar capacidades y habilidades del familiar/cuidador para ayudar al paciente en su proceso de resiliencia ante su enfermedad, disminuyendo así mismo la ansiedad del familiar/cuidador.¹⁶

OBJETIVO DE TRABAJO:

El objetivo principal de este trabajo es elaborar un programa de formación dirigido a familiares/cuidadores, para que colaboren con el paciente a conseguir una adaptación positiva frente al cambio de vida que ha experimentado, mejorando la participación en su entorno y su rendimiento en el desempeño ocupacional.

METODOLOGÍA:

La literatura de programa se ha recabado a través de bases de datos como OTseeker y PUBMED. Para su búsqueda e identificación se han utilizado las palabras clave: stroke, stroke and depression, occupational therapy and stroke, caregivers and stroke.

Este programa basa su intervención en los modelos:

- ✍ Modelo canadiense de desempeño ocupacional (CMOP)¹⁷
- ✍ Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner (MOHO)¹⁸
- ✍ Modelo de promoción de Resiliencia¹⁵
- ✍ Modelo de Resiliencia Familiar de Walsh(2004)¹⁵

Procedimientos de evaluación:

- ✍ Historia Clínica del paciente
- ✍ Observaciones
- ✍ Evaluación de conocimientos iniciales de familiares/cuidadores.
- ✍ Instrumentos de valoración estandarizados:
 - i) Grafico de vida de Kielhofner para el familiar.¹⁸
 - ii) Test del árbol de René Stora¹⁹

Técnicas de aplicación en el programa:

- ✍ Dinámicas de grupo.²⁰

La primera fase del programa de este trabajo será la evaluación de conocimientos sobre la enfermedad y su impacto para conocer el nivel de información del que parten los familiares/cuidadores. Además se realizará el gráfico de vida de Kielhofner y el test del árbol de acuerdo con Lemaître y Puig (2004).

En una segunda fase, se desarrollará el programa de formación en el Hospital Universitario Miguel Servet o el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa según la disposición de las instituciones. Se realizará una sesión por semana de dos horas teórico-prácticas. La duración del programa será de cuatro meses.

CRONOGRAMA:

M ES	DÍAS DE LA SEMANA	HO RARIO
FEBRERO	VIERNES	17:00-19:00
MARZO	VIERNES	17:00-19:00
ABRIL	VIERNES	17:00-19:00
MAYO	VIERNES	17:00-19:00

Este cronograma tipo podrá adaptarse a los diferentes grupos de familiares/cuidadores en función de las distintas intervenciones que se precisen.

Finalmente se evaluará a los familiares/cuidadores con el gráfico de vida de Kielhofner y el test del árbol.

La observación será un método de evaluación continua pudiendo medir la evolución de familiares/cuidadores.

Para medir si los resultados han sido positivos con la persona con ACV se recopilará información de su Historia Clínica en los informes del equipo multidisciplinar, en concreto, de terapia ocupacional. Se empleará la observación por parte de familiares/cuidadores y los profesionales. Los instrumentos de valoración serán Gráfico de vida de Kielhofner o el test del árbol de René Stora. Ambos se pasarán al principio y al final del programa.

Los instrumentos de valoración se adaptarán a las distintas secuelas de la persona con ACV.

DESARROLLO:

En una primera fase de intervención se pasará una evaluación de contenidos a los familiares/cuidadores para valorar el nivel de conocimientos desde los que partir en el programa en cuanto al accidente cerebrovascular.

Los objetivos planteados para el ejercicio del programa son:

OBJETIVO GENERAL	Incrementar el conocimiento de familiares/cuidadores sobre el accidente cerebrovascular y su impacto en el paciente para ayudarles en la transición al cambio, afrontamiento y aceptación positiva de la enfermedad.	
ETAPA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERATIVOS
AMBIENTE FAVORECEDOR	-Mejorar la comunicación y relación del familiar/cuidador establecida con la persona con ACV.	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer la enfermedad y su proceso de adaptación. -Identificar sus miedos y aceptarlos -Trabajar la empatía. -Fomentar la escucha activa y facilitar el desahogo emocional -Potenciar el apoyo emocional -Buscar vías de salida ante el foco estresante para el familiar, cuidador y afectado.
PERSONALIDAD RESILIENTE	-Aumentar el conocimiento de los familiares/cuidadores sobre las habilidades y capacidades que permiten una adaptación positiva al cambio de vida que han sufrido con la finalidad de reforzarlas y fortalecerlas como medios hacia un fin.	Conocer los pilares de resiliencia y reforzarlos: <ul style="list-style-type: none"> -Moralidad -Espiritualidad -Identidad -Creatividad -Independencia -Humor -Iniciativa -Confianza

<p>AUTOESTIMA</p>	<p>-Dar a conocer herramientas a los familiares /cuidadores para fortalecer la autoestima del paciente.</p>	<p>-Fomentar una actitud positiva</p> <p>-Facilitar un punto de vista optimista para generar estados de ánimo positivos y conductas proactivas.</p> <p>-Identificar conductas resilientes en la persona con ACV y reforzarlas</p>
-------------------	---	---

Según los objetivos operativos en cada etapa se plantea una posible actividad tipo:

<p>ETAPA</p>	<p>ACTIVIDADES TIPO</p>
<p>AMBIENTE FAVORECEDOR</p>	<p>Explicar y hacer comprender el ACV, consecuencias e impacto psicológico y emocional. Terminar con dinámica que consistirá en inmovilizar a algunos componentes del grupo miembros superior e inferior derechos, a otros los izquierdos, a otros se les pondrá unas gafas a través de las cuales no se verá todo el campo visual y finalmente otros no podrán hablar. A la vez intentarán realizar actividades de autocuidado. La dinámica se realizará por parejas. Ambos tienen que pasar por el rol de cuidador y el rol de ser cuidado.</p>
<p>PERSONALIDAD RESILIENTE</p>	<p>La actividad consistirá en crear dos situaciones reales. En la primera el familiar/cuidador planificará el día a la persona con ACV y en la segunda lo harán juntos siendo el familiar/cuidador un mediador o facilitador. Tras la teatralización, los participantes comentarán las experiencias vividas y en grupo se reflexionará introduciendo después los conceptos de autonomía e identidad y la importancia de ambos para el afectado/a.</p>
<p>AUTOESTIMA</p>	<p>Al principio de la actividad se introducirá el concepto de autoestima y su importancia en nuestra vida a continuación, un componente del grupo se levantará de la silla y el resto del grupo tendrá que escribir en un papel características positivas que se hayan observado de su persona. Al finalizar se le entregarán a la misma. Así se realizará uno por uno. Para finalizar cada componente del grupo leerá sus papeles y se reflexionará en grupo lo que ha sentido al leerlo. Así se recordará, que si realizamos lo mismo con la persona que precisa nuestra ayuda reforzará su autoestima o mejoraremos su estado de ánimo.</p>

Este programa dirige su intervención al familiar/cuidador como elemento favorecedor para que la persona con ACV consiga una adaptación positiva, a las habilidades y capacidades intrapersonales que desarrollen la personalidad resiliente necesaria para la superación del ACV y finalmente, a la autoestima necesaria para la autorrealización de la persona (Maslow).

Está demostrado que los factores de resiliencia ambientales más significativos para las personas con ACV, son familia, amigos, pareja, iguales con los que compartir la adversidad y ayuda profesional. El orden es significativo.

Sin embargo, hay personas que no forman familia o no la tienen es entonces cuando tiene un papel importante el tutor de resiliencia (cuidador...).

Cyrulnik define tutor de resiliencia a una persona que nos acompaña de forma incondicional, convirtiéndose en un sostén, administrando confianza e independencia por igual, a lo largo del proceso de resiliencia. Aunque este concepto suele coincidir con familia, pareja... también puede actuar como tal una actividad que se convierte en un factor de protección y permite reconducir al paciente hacia un nuevo desarrollo.

Las actitudes propias de un tutor de resiliencia para este programa son: apoyo incondicional, el estímulo y la gratificación afectiva de los logros, vinculación afectiva, empatía, confianza y la capacidad para asimilar nuevas experiencias y ayudar a resolver problemas.

Si antes hablábamos de factores resilientes ambientales significativos para la persona con ACV. También existen los factores internos como son las habilidades y capacidades del paciente que le permiten una superación exitosa y eficaz. Lemaître y Puig proponen sentido del humor, confianza, iniciativa, moralidad, independencia, espiritualidad, identidad, creatividad y comunicación.

El terapeuta ocupacional para la consecución de estos objetivos basa su intervención en el programa de Rueda de Lemaître y Puig: 1º Formación al familiar/cuidador en las competencias necesarias para ser tutores resilientes. 2º Dar a conocer al familiar/cuidador los pilares de resiliencia

como factores internos necesarios para la persona con ACV y 3° Conocer la autoestima como mecanismo central de la resiliencia¹⁵

Las sesiones siempre comenzarán con una introducción teórica, seguirán con una parte práctica aplicando las técnicas de grupo (dinámicas o de role-playing) y finalizarán con una reflexión del grupo.

El terapeuta se centrará en las personas significativas para el paciente como mediadores para alcanzar la superación y aceptación positiva de la enfermedad por parte del paciente.

La capacidad de participación con el entorno y las personas que lo rodean Maddi lo denomina compromiso¹⁵

Los profesionales de terapia ocupacional están comprometidos no solo con la ocupación sino también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible el compromiso del cliente (familiar/cuidador) y la participación en ocupaciones positivas que promueven la salud (Wilcock y Townsend, 2006).²¹

Para que la consecución del programa sea positiva, el terapeuta ocupacional tendrá en cuenta el conocimiento de la enfermedad y su valoración, estado de ansiedad, grado de control de la situación, de sus miedos, emociones y uso de mecanismos como el sobreproteccionismo por parte del familiar/cuidador y el grado de rendimiento y participación de la persona con ACV.

CONCLUSIÓN:

Debido a que este programa no se ha llevado a cabo no disponemos de resultados que nos permitan hacer una valoración. Sin embargo, este trabajo esta basado en estudios científicos que demuestran que el déficit de participación y rendimiento en los servicios de rehabilitación está relacionado con estados de ansiedad, depresión y labilidad emocional. Incluso la aparición de secuelas psicológicas y emocionales ya dictamina un pronóstico menos favorable . El Dr Ubel, profesor de la universidad de Michigan, pudo comprobar como algunos pacientes con enfermedades terminales, trastornos crónicos y otras circunstancias de vida las superaron utilizando sus recursos emocionales y a su vez encontraron metas significativas y formas de ayudar a sus iguales²²

La experiencia demuestra la necesidad de la resiliencia en nuestras vidas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Smith W.S, Johnston S.C, Easton J.D. Enfermedades Cerebrovasculares. En: Kasper D.L, Braunwald E, Fauci A.S, Hauser S.L, Longo D.L, Jameson J.L, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol II. 16 ed. Mexico: Mc Graw-Hill; 2006. P. 2609-33.
2. Braunwald E, Fauci A.S, Kasper D.L, Hauser S.L, Longo D.L, Jameson J.L. Harrison Manual de Medicina. 15ed. Madrid: Mc Graw-Hill;2002. P.138.
3. Nuñez Gil A. Prevención Secundaria En: Rodríguez Frías J.F, Nuñez Gil A, Sieira Irimia P, Canales Martí J.C, Fernandez Murie M, Moreno Ramirez J.M. Programa de actualización: El ictus isquémico en Atención Primaria. Modulo III. Barcelona: Ferrer; 2010.p.5-16.
4. O´Donnell M.J, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chim S.L, Melacini P.R, et al. Risk Factors For Ischemic and Intracerebral Haemorrhagic Stroke in 22 countries. 2010; 376:69-140. [Base de datos en internet] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
5. Rodriguez Frías J.F, Canales Martí J.C. Síntomas de alarma y atención prehospitalaria. En: Soler Aymerich N, Sieria Irimia P, Culebras Cruz A, Canales Martí J.C, Rodriguez Frías J.F, Vila Martínez E. Programa de actualización: El ictus isquémico en Atención Primaria. Modulo I. Barcelona: Ferrer;2010.p.51-63.
6. Grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares (GEECV) [internet] asociada con sociedad española de neurología (SEN)[consulta el 31 de agosto 2012]Disponible en:<http://www.ictussen.org>
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-2

8. Willey J.Z, Disla N, Moon Y.P, Paik M.C, Sacco R.L, Boden-Albala B, et al. Early Depressed mood after stroke predicts long-term disability: the Northern Manhattan Stroke, Study (NOMASS). 2010; 41(9):1896-900. [Bases de datos de internet] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
9. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright J.J, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. 2009; 23(3):195-206. [Base de datos de internet] Disponible en: <http://www.otseeker.com/search.aspx>
10. Cameron J.I, Tsoi C, Marsella A. Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. 2008; 39(9):2637-43. [Base de datos de internet] Disponible en: <http://www.otseeker.com/search.aspx>
11. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Post-stroke depression and functional recovery in a population based stroke register: the finnstroke study. 1999; 6(3):309-12. [Base de datos de internet] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
12. Donnellan C, Hevey D, Hickey A, O'Neill D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. 2006; 77(11):1208-18. [Base de datos de internet] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
13. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matila Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ed [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [internet]. 2010 [10 agosto 2012]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ed)
14. Ayala Alegre J, Hoyos Huertas E, Sánchez Corregidor A.I, Piédrola Martínez R, Mora Matilla Rosa, Duque Pineda J, et al. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. [internet] Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010 [23 de junio 2012]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com>

15. Rubio J.L, Puig G. Manual de resiliencia aplicada. Barcelona: gredisa;2011.
16. Cerrato Aranda V, Recuero Carrascosa A, Cuenca García M.I, Calero Gómez C, Martínez Gómez M, Sánchez López V. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ambito de competencia y proceso.[traducción]. www.terapia-ocupacional.com [internet]2005. [10 agosto 2012]; [61p]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.Oct08.pdf Traducido de: American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: domain and process.
17. Algado Simó S, Urbanowski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. Rev Gallega de Terapia Ocupacional TOG [internet]. 2006. [20 agosto 2012]; [27p]. Disponible en: <http://revistatog.3owl.com/num3.htm>
18. Kielhofner G. Modelo de Ocupación humana: Terapia Ocupacional: Teoría y aplicación. 3ed. Buenos Aires: Editorial medica panamericana;2004.
19. Stora R. El test del árbol. Barcelona: Paidos Iberica; 2001
20. Andreola B.A. Dinámica de Grupo. 8ed. Santander: Sal Terrae; 1984
21. Caswell J, Life is tough, people are tougher. Rev stroke connection magazine [internet]. 2006 [8 de marzo 2012]; november/december 30-32 Disponible en: http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_310280.pdf

ANEXO 1

MODELO CANADIENSE DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

Este modelo ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona. Es la búsqueda de un protagonismo de la persona en su proceso de recuperación.¹⁷

MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA DE KIELHOFNER:

El MOHO organiza conceptos de ocupación en un marco de referencia basado en la Teoría General de sistemas representando el hombre el sistema y la interacción del sistema con el ambiente, la ocupación. De esta forma, organiza los aspectos de motivación, comportamiento, cognición y aquellos que son relevantes para el entendimiento de la ocupación. Este modelo se centra principalmente en los aspectos psicosociales y culturales de la ocupación.¹⁸

MODELO DE PROMOCIÓN DE RESILIENCIA:

Según Ospinoza y col. (2007) un modelo de promoción de la resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueva procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida. Por ello, más que controvertir las estrategias de promoción de la salud, la promoción de la resiliencia puede complementar las intervenciones haciendo énfasis en las posibilidades de cada persona para superar las dificultades durante todo el ciclo vital.¹⁵

MODELO DE RESILIENCIA FAMILIAR DE F. WALSH

Froma Walsh define este modelo como los procesos de superación y adaptación que tiene lugar en la familia como unidad funcional. Hay dos tipos de abordaje de la resiliencia familiar según Pereira (2007). En este trabajo nos interesa el modelo tradicional que se dedica a estudiar los

factores familiares que favorecen la aparición de resiliencia en los individuos que la componen.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN KIELHOFNER:

GRÁFICO DE VIDA

