



UNIVERSIDAD DE CIENFUEGOS
CIENCIAS DE LA CULTURA
FÍSICA Y EL DEPORTE

Tesis de Diploma

Título: “El apoyo familiar en el tratamiento rehabilitador de los adultos mayores diagnosticados con ictus, en el municipio de Cruces”

Autor: Junior Jesus Sánchez Castro

Tutora: M.Sc Vilma Brito Losada

2020

Año 62 de la Revolución



UNIVERSIDAD DE CIENFUEGOS
CIENCIAS DE LA CULTURA
FÍSICA Y EL DEPORTE

Pensamiento

“Ya no puedo iniciar nuevos caminos, pero si puedo ensayar nuevos modos de caminar”

Thiago de Mello



Dedicatoria

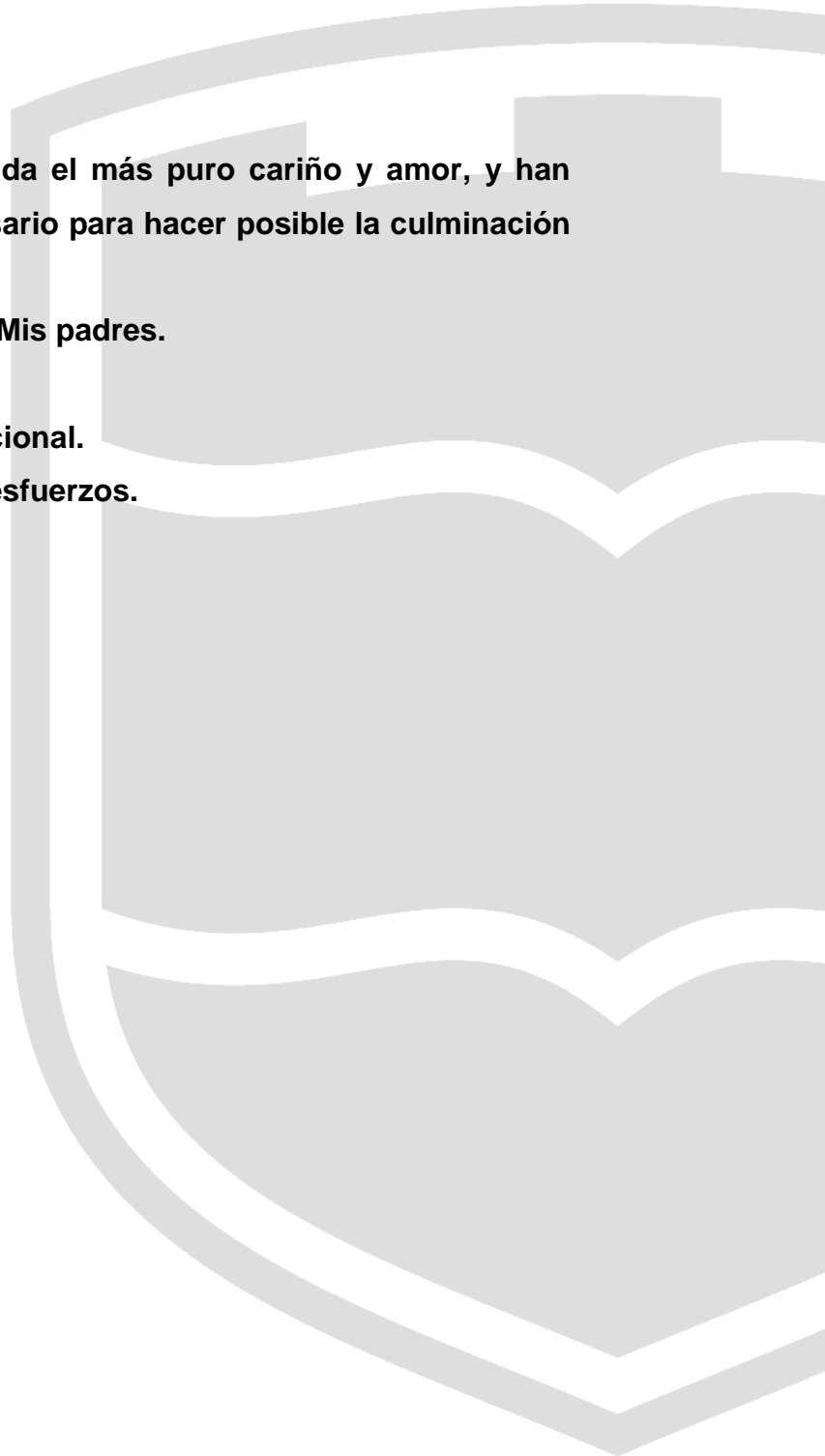
Este trabajo va dedicado:

A los que han brindado a mi vida el más puro cariño y amor, y han sabido ofrecer el estímulo necesario para hacer posible la culminación de mis estudios.

Mis padres.

A mis tíos por su apoyo incondicional.

A mi esposa por confiar en mis esfuerzos.





Agradecimientos

A la tutora, por haberme brindado sus conocimientos y vasta experiencia.

A nuestros profesores, quienes nos impartieron sabiamente el conocimiento necesario para llegar a ser hoy Licenciados en Cultura Física.

A todos aquellos que gracias a sus esfuerzos y generosidad permitieron la culminación exitosa de este trabajo.

A todos muchas gracias.



Resumen

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) son un problema de salud mundial, constituye la tercera causa de muerte, la primera de discapacidad en el adulto y la segunda de demencia. Se requiere del apoyo familiar para una exitosa rehabilitación que provea una asistencia integrada para las personas que han sobrevivido a un ataque cerebral. El objetivo de la investigación es Caracterizar el comportamiento del apoyo familiar en el tratamiento rehabilitador de los adultos mayores diagnosticados con ictus, en el municipio de Cruces. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo en una muestra de 57 adultos mayores que comenzaron rehabilitación luego de ser diagnosticados con ictus e igual cantidad de familiares que pertenecen al municipio de Cruces. Se utilizaron diferentes métodos como análisis de documentos y encuestas. Se arribó a las siguientes conclusiones: El nivel de instrucción del familiar no es garantía de un nivel de conocimiento adecuado sobre las enfermedades cerebro vasculares. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el adulto, para ayudar a hacer posibles los cambios de la vida y brindar el soporte necesario al anciano en el manejo y rehabilitación de la enfermedad. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia entiendan las demandas de la rehabilitación. El incremento del nivel de conocimiento sobre las enfermedades cerebro vasculares en los familiares redunda en el incremento del apoyo familiar que los ancianos necesitan para la rehabilitación de su enfermedad.

Palabras Claves: rehabilitador, adultos mayores, Ictus



Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	7
DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	



Introducción

Hasta hace poco, la medicina moderna ha podido hacer muy poco por esta condición, pero el mundo de la medicina relacionada con los accidentes cerebrovasculares está cambiando y se están desarrollando cada día nuevas y mejores terapias. Hoy día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular pueden salir del mismo sin incapacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud. Los médicos hoy día pueden ofrecer a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular y a sus familias algo que hasta ahora ha sido muy difícil de ofrecer: la esperanza.

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) son un problema de salud mundial, constituye la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Según datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), 15 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas, 5.5 millones mueren (el 10% de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con una discapacidad permanente. Aproximadamente el 14% de todos los ictus tienen lugar por la noche, los denominados ictus al despertar, son los que tienen lugar cuando el paciente está despierto. Como los ictus tienen lugar justo en el momento de despertar, un número importante de pacientes se podrían beneficiar de las terapias ya disponibles, lo que reduciría el número de discapacidades asociadas a los accidentes cerebrovasculares.

Se estima que el porcentaje de pacientes que vuelve a sufrir un episodio durante el primer año es del 7%, cifra que llega al 15% anual si se tienen en cuenta los episodios cardiovasculares y la muerte.

El grado de estrechamiento de la arteria carótida (estenosis carotídea), con el grueso de las capas internas de la arteria (espesor de las capas íntima y media), en un colectivo de enfermos que ya había sufrido un ictus. Una estenosis de la carótida superior al 50% se considera un indicador de riesgo de un nuevo episodio de ictus.



Las últimas aportaciones en el estudio de estenosis carótidas en el ictus o incluso en otros problemas cardiovasculares apuntan en la misma dirección: la presencia de placas en el interior de las arterias carótidas tiene un papel clave y bien conocido a la hora de producirse un accidente vascular y aumenta la posibilidad de un nuevo episodio de ictus, de infarto o de muerte, en los sujetos que ya han sufrido un ictus y que presentan placas en sus carótidas.

Asimismo, los datos preliminares de estudios internacionales que se están llevando a cabo aportan, en cada nuevo hallazgo, más evidencia científica de la importancia de valorar el grado de esta estenosis para hacer un adecuado abordaje de la prevención (primaria y secundaria) de esta patología y los pacientes de riesgo.

Si bien el engrosamiento de la pared arterial se había considerado hasta ahora un rasgo inicial de la arterosclerosis (proceso patológico que conduce al estrechamiento y la obstrucción de las arterias por la acumulación de colesterol en sus paredes y que entorpece la circulación sanguínea y puede acabar provocando un ictus isquémico), no se había demostrado que este engrosamiento fuera en sí mismo un marcador de pronóstico precoz de recurrencia de ictus.

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son una causa importante de morbilidad en la ancianidad y el mundo de hoy está caracterizado por una considerable mejoría de los servicios de salud pública, lo que, entre otras causas, ha provocado un gran aumento de la población perteneciente a la tercera edad.

Cuba es un país con vejez demográfica incluido en el grupo de envejecimiento II (GEII), del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), con un 12,6 % de población anciana, y en el 2025 llegará a 23,4 %. La expectativa de vida geriátrica (expectativa de vida a los 60 años) de los hombres cubanos es del orden de los 19,5 años, y de 21,1 para las mujeres.

La provincia de Cienfuegos está por encima de la media nacional con 13,6 % de población mayor de 60 años; los municipios de Cruces, Lajas y Palmira son los más envejecidos, con 16,4 %, 14,8 % y 14,5 %, respectivamente.

Un análisis de cerca de 30 estudios que incluyeron a más de 300 000 pacientes concluye que la depresión está asociada con un riesgo significativamente mayor de



padecer un ictus y morir por esta causa. Los investigadores encontraron que, cuando los datos de los estudios se combinaron, la depresión se asoció con un 45% más de riesgo de ictus total, un 55% más de riesgo de ictus fatal y un 25% más de riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. La depresión no se asoció con un riesgo mayor de ictus hemorrágico.

La mayoría de los pacientes que presenta una discapacidad moderada tras haber sufrido un ictus suele tener problemas de movilidad, tales como pérdida de equilibrio, riesgo de caídas o dificultades para caminar, el 75% de los pacientes ve afectada su movilidad. Asimismo, también son frecuentes los problemas conductuales - irritabilidad, falta de iniciativa, desinhibición y depresión- y los cognitivos -dificultades del aprendizaje, orientación o problemas de comunicación-, que afectan a un 40% de los enfermos.

El tratamiento rehabilitador disminuyó la discapacidad en todas las áreas, con mejorías en más del 40% de los pacientes con problemas cognitivos y riesgo de caídas; y en más del 30% de los pacientes con problemas de movilidad global.

La calidad de vida para el paciente que sobrevive a un ictus se afecta en más de un aspecto. Además de las discapacidades físicas, se evidencian problemas en la esfera emocional, ya que cerca de un tercio de los sobrevivientes a un ictus padecen un síndrome depresivo, tanto en la fase aguda como en la crónica, la cual puede tener un efecto adverso sobre la recuperación funcional, la supervivencia y la esfera cognitiva.

Se requiere de un programa de rehabilitación interdisciplinaria que provea una asistencia integrada para las personas que han sobrevivido a un ataque cerebral. Que atienda tanto los aspectos motores como los relacionados con el habla, los trastornos visuales, las actividades de la vida diaria y las secuelas incapacitantes como la espasticidad, para que el sobreviviente del ACV pueda alcanzar un grado de independencia suficiente como para retomar, al menos parcialmente, sus actividades habituales. Este equipo interdisciplinario debe estar formado por Kinesiólogos, Neuropsicólogos, fonoaudiólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, y los relacionados con la medicina, como el médico fisiatra, el psiquiatra y el neurólogo.



Otro grupo que se ve afectado luego de un ACV son los familiares y amigos de la persona quienes requieren de orientación sobre la mejor manera de acompañar a la persona que se está recuperando de su ataque cerebral. Esto fundamentalmente porque, ante la incertidumbre y angustia en la que se encuentran, pueden actuar obstaculizando el proceso de rehabilitación.

La tasa de incidencia bruta de las Enfermedades Cerebrovasculares oscila entre los 200 nuevos casos, aproximadamente, por cada 100 000 habitantes cada año y la prevalencia anual se estima entre 4 012 y 7 100 por cada 100 000 habitantes. También se ha determinado que el 80% del total de las Enfermedades Cerebrovasculares se corresponde con infarto cerebral isquémico -Ictus Isquémico- y el 20% restante está integrado por Hemorragia Cerebral o Subaracnoidea -Ictus Hemorrágico- En los enfermos con ictus isquémico se observa una mortalidad de un 15% y llega a ser de hasta un 40% en el hemorrágico. Aproximadamente un tercio de los sobrevivientes a un ictus cerebral son incapaces de valerse por sí mismos y hasta un 75% pierden su empleo.

En tal sentido y considerando los conocimientos adquiridos durante las últimas décadas, en relación con la fisiopatogenia del Ictus Isquémico, así como los avances logrados en su diagnóstico y terapéutica, urge un cambio en la mentalidad de la población en general frente a esta afección; la concepción fatalista debe dar paso a una ofensiva en sus indicaciones diagnóstica y terapéutica.

Numerosas investigaciones se han realizado en torno a esta problemática como es la investigación realizada en el 2018 por Álvaro Moyano, titulada El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador, Sabater Hernández en 2018 investigó sobre la Rehabilitación del ictus, Oviedo Ramos el cual abordó en su investigación en 2018 sobre las Terapias en la rehabilitación de los pacientes tras un ictus, en 2017 Berbes Villalón realizó una investigación acerca de la familia, elemento clave en la rehabilitación tras un ictus así como en el 2013 la realizada por Ríos García sobre el Comportamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en el Servicio de Rehabilitación en Matanzas, pero aún se considera



necesario continuar investigando acerca del tratamiento rehabilitador del ictus con el apoyo familiar.

Justificación de la investigación

La necesidad de realizar un estudio de este tipo radica en la importancia que se le concede al estado de salud de la población, unido a la alta prevalencia de enfermedades cerebrovasculares existentes en nuestros días. Se procura que este trabajo sirva como precedente en futuras investigaciones, no sólo en el municipio donde se realiza el estudio y, en general, en la provincia de Cienfuegos, sino también, en otras provincias del país. Así mismo, los resultados de esta investigación podrán contribuir para la elaboración de programas vinculados a esta esfera además de dotar a Cruces, de bibliografía actualizada que aborde este tema.

Ante este reto no son pocos los esfuerzos y los aportes que se puedan realizar; en este caso, se ha decidido abordar el tema desde una de sus aristas menos debatida: el apoyo familiar en la rehabilitación. Actualmente, a pesar de los notables adelantos en este asunto, sigue siendo difícil predecir, cuál será la evolución posterior del paciente, una vez superada la fase aguda. Es de interés general, no solo conocer cuáles son los principales factores que influyen a favor de su evolución; sino también determinar cómo sería la rehabilitación de esta entidad en el adulto mayor.

Cruces es el octavo municipio más envejecido del país con una población geriátrica de 7068 adultos mayores lo que representa el 22, 1% del total de habitantes, con altas tasas de incidencia y prevalencia en las enfermedades cerebrovasculares.

El 2019 concluyó con 84 personas con enfermedades cerebrovasculares. Del total, 74 son mayores de 60 años.

Los miembros de la familia deben proteger, cuidar, guiar al anciano propiciando la adherencia terapéutica, sin embargo esto no siempre ocurre, ya sea por paternalismo o porque los familiares desconocen, o no tienen un conocimiento suficiente sobre la enfermedad y su tratamiento. Se considera que la familia es un apoyo importante por lo que, la no rehabilitación, estaría directamente relacionada a



una “falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

Por tanto, en la medida en que sea incorporado un “integrante de la familia” en el tratamiento del paciente, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, se obtendrá mayor comprensión por parte del adulto y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento.

Por lo anterior se propone como problema de investigación:

A partir de estas reflexiones se plantea como **problema científico**: ¿Cómo se comporta el apoyo familiar en el tratamiento rehabilitador de adultos mayores diagnosticados con ictus, en el municipio de Cruces?

Para darle respuesta a esta interrogante se declara como:

Objetivo General:

Caracterizar el comportamiento del apoyo familiar en el tratamiento rehabilitador de los adultos mayores diagnosticados con ictus, en el municipio de Cruces.

Objetivos Específicos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de los familiares de los adultos mayores diagnosticados con ictus.
2. Identificar el apoyo familiar que reciben los adultos mayores diagnosticados con ictus en el contexto de la rehabilitación.
3. Precisar la relación entre el apoyo familiar y la evolución del adulto mayor.
4. Análisis de los resultados.

El **objeto** de la investigación es el Proceso de Rehabilitación Física y el **campo de acción** radica en el apoyo familiar en el tratamiento rehabilitador de adultos mayores diagnosticados con ictus, en el municipio de Cruces.

Idea a Defender

El apoyo familiar favorece el tratamiento rehabilitador de los adultos mayores diagnosticados con ictus.



Desarrollo

Marco Teórico

1.1 El Ictus en la atención primaria de salud

Se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. El término ictus procede del latín y significa "golpe", su utilización ha sido recomendada por el Grupo Español de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales, para referirse de forma genérica al infarto cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. Como términos sinónimos se han venido utilizando de forma indistinta ataque cerebral o accidente cerebro-vascular.

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) o ictus están ocasionadas por trastorno circulatorio agudo a nivel de los vasos cerebrales, y dan lugar a una alteración transitoria o definitiva de las regiones del encéfalo afectadas.

Se clasifican en dos tipos de ictus o ECV:

Ictus Isquémico representa aproximadamente más del 85% y ocurre como consecuencia de la oclusión aguda de vasos cerebrales, principalmente por presencia de trombos o embolismos, y puede ser a su vez:

Global, dando lugar a lesiones difusas y que ocurren en situaciones de parada cardiorrespiratoria, shock.

Focal:

1. Ataque isquémico transitorio (AIT), de instauración brusca y duración generalmente de menos de 24 horas.
2. Efecto neurológico isquémico reversible (ENIR) de más de 24 horas y cuyo déficit neurológico no persiste más allá de 3 semanas.
3. Infarto cerebral, que causa un déficit neurológico de más de 24 horas y que persiste después de 3 semanas de su instauración.

Ictus hemorrágicos, que son el resultado de la rotura de un vaso cerebral y que pueden estar producidos por:



1. Hemorragia cerebral, la que determina el ictus es la hemorragia intraparenquimatosa y el agente etiológico más importante es la hipertensión arterial.
2. Hemorragia subaracnoidea que su apariencia clínica no es la de un ictus sino un cuadro caracterizado por cefalea intensa y signos meníngeos, acompañado o no de alteración de consciencia.

Causas

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

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

El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras:

1. Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha, lo cual se denomina accidente cerebrovascular trombótico.
2. Un coágulo se puede desprender desde otro lugar en los vasos sanguíneos del cerebro o alguna parte en el cuerpo y viajar hasta el cerebro. Esto se denomina embolia cerebral o un accidente cerebrovascular embólico.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos pueden ser causados por el taponamiento de las arterias. La grasa, el colesterol y otras sustancias se acumulan en la pared de las arterias formando una sustancia pegajosa llamada placa

Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en parte del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable.

Factores de riesgo

La hipertensión arterial es el factor de riesgo número uno para accidentes cerebrovasculares. Los siguientes factores también incrementan el riesgo:



Fibrilación auricular

- Diabetes (la presencia aumenta en 1.5 a 3 veces la posibilidad de enfermedad cerebrovascular sobre todo aterotrombótico, también incrementa la gravedad y posibilidad de recidiva de los ictus, esto ha sido contribuido a microangiopatía y también a la progresión de aterosclerosis cerebral)
- Antecedentes familiares de la enfermedad
- Colesterol alto
- Aumento de la edad, especialmente después de los 55 años
- Raza (las personas de raza negra son más propensas a morir de un accidente cerebrovascular)

Las personas que tienen cardiopatía o mala circulación a sus piernas causadas por estrechamiento de las arterias también son más propensas a sufrir un accidente cerebrovascular.

La posibilidad de un accidente cerebrovascular es mayor en personas que llevan un estilo de vida mal por:

- Tener sobrepeso u obesidad
- Consumir alcohol en exceso
- Consumir demasiada grasa o sal
- Fumar
- Consumir cocaína y otras drogas ilícitas

Cuadro clínico

Los síntomas de un accidente cerebrovascular son muy variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los síntomas sensitivo motores. Los más frecuentemente diagnosticados son los siguientes:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara (hemiparesia/hemiplejía).
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible (afasia).
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.



- Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.
- Además de las manifestaciones físicas, hasta un 50% de las personas que sobreviven a su ataque cerebral sufren depresión durante los primeros años.

A pesar de esto, en la mayoría de los casos se omite el diagnóstico, lo que repercute negativamente en el paciente.

No obstante, numerosos cuadros de ACV de baja intensidad y duración pasan inadvertidos por lo anodino de la sintomatología: parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico (su actividad es suplida por otros grupos musculares), episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, etc. No sería muy descabellado decir que son estos síntomas menores los más frecuentes, teniendo una gran importancia, porque ponen sobreaviso de la patología subyacente de una forma precoz.

Diagnóstico

La identificación rápida del ictus, su diagnóstico etiopatogénico y su adecuado tratamiento, con la aplicación de terapias específicas (fibrinolíticos) en la fase aguda, cuidados generales en unidades de ictus y tratamiento preventivo específico para cada subtipo de ictus, es vital para disminuir el daño cerebral irreversible, evitar recurrencias y, así, conseguir una mejor recuperación funcional del paciente.

El proceso diagnóstico incluye los siguientes apartados: historia clínica, exploración general y neurológica, y exploraciones complementarias.

En la historia clínica se debe prestar atención a los antecedentes vasculares personales y familiares, la instauración ictal o súbita de la focalidad neurológica y, especialmente, la hora de inicio para valorar si el paciente puede ser subsidiario de tratamiento fibrinolítico urgente.

La exploración neurológica debe confirmar la sospecha de una focalidad neurológica y permitirá realizar una orientación acerca de la topografía del ictus.

Pruebas y Exámenes

Se debe hacer un examen completo. El médico:



Verificará si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El médico y el personal de enfermería repetirán este examen con el tiempo para ver si el accidente cerebrovascular está empeorando o mejorando.

- Auscultará para ver si hay un ruido anormal, llamado "soplo", al usar un estetoscopio para escuchar las arterias carótidas en el cuello. Un soplo es causado por flujo sanguíneo anormal.
- Revisará la presión arterial, la cual puede estar alta.
- Los exámenes le pueden ayudar al médico a encontrar el tipo, la localización y la causa del accidente cerebrovascular y descartar otros trastornos.
- Una angiografía de la cabeza puede revelar cuál vaso sanguíneo está bloqueado o sangrando.
- Un dúplex carotideo (ecografía) puede mostrar si hay estrechamiento de las arterias del cuello.
- Una tomografía computarizada del cerebro a menudo se realiza poco después del comienzo de los síntomas del accidente cerebrovascular. Asimismo, se puede hacer una resonancia magnética del cerebro en lugar o después de ésta.
- Se puede hacer una ecocardiografía si el accidente cerebrovascular pudo haber sido causado por un coágulo sanguíneo proveniente del corazón.
- Se puede realizar una angiografía por resonancia magnética (ARM) o angiografía por tomografía computarizada para ver si hay vasos sanguíneos anormales en el cerebro.

Otros exámenes abarcan:

Los exámenes de laboratorio incluirán:

- tiempo de sangría
- azúcar y colesterol en la sangre
- exámenes de la coagulación sanguínea (tiempo de protrombina o tiempo parcial de tromboplastina)
- conteo sanguíneo completo (CSC)



- Un electrocardiograma (ECG) y un monitoreo del ritmo cardíaco para mostrar si un latido cardíaco irregular (como fibrilación auricular) causó el accidente cerebrovascular.

Prevención

- Lo fundamental es controlar los factores de riesgo asociados; fundamentalmente, son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes.
- Evitar tabaco y alcohol.
- Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas, proteínas y grasas poli-insaturadas (EPA, DPA, DHA), con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y carbohidratos (azúcares y harinas).
- Seguir las recomendaciones del médico de cabecera, quien tiene acceso a la información pertinente relacionada con la salud de cada individuo.
- Evitar el sobrepeso.
- Evitar deportes de contacto o sobreesfuerzos

Tratamiento

Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica. El tratamiento inmediato puede salvar vidas y reducir la discapacidad o busque atención médica inmediata ante los primeros signos de accidente cerebrovascular.

Es muy importante para las personas que están experimentando síntomas de un accidente cerebrovascular llegar al hospital lo más rápidamente posible. Si el accidente cerebrovascular fue causado por un coágulo sanguíneo, se puede administrar un fármaco trombolítico para disolverlo.

La mayoría de las veces, los pacientes deben llegar al hospital dentro de un período de tres horas después del comienzo de los síntomas. Algunas personas pueden ser capaces de recibir estos fármacos hasta por 4 a 5 horas después del inicio de los síntomas.

El tratamiento depende de cuán grave fue el accidente cerebrovascular y qué lo causó. La mayoría de las personas que lo padecen necesitan hospitalización.



Tratamiento en el Hospital

Los trombolíticos (terapia trombolítica) se pueden usar si el accidente cerebrovascular es causado por un coágulo de sangre. Dichos medicamentos disuelven los coágulos de sangre y ayudan a restablecer el flujo sanguíneo al área dañada. Sin embargo, no todas las personas pueden recibir este tipo de medicamento.

- Para que estos fármacos hagan efecto, la persona debe ser examinada y tratada dentro de las tres primeras horas siguientes al inicio de los síntomas. Se debe realizar una tomografía computarizada para ver si el accidente cerebrovascular es por un coágulo o sangrado.
- Si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en vez de coagulación, los trombolíticos pueden causar más sangrado.

Otros tratamientos dependen de la causa del accidente cerebrovascular:

- Los anticoagulantes, como heparina o warfarina (Coumadin), se pueden utilizar para tratar accidentes cerebrovasculares debidos a coágulos sanguíneos. También se puede utilizar ácido acetilsalicílico (aspirina) o clopidogrel (Plavix).
- Se pueden necesitar otros medicamentos para controlar otros síntomas, entre ellos, hipertensión arterial.
- En algunas situaciones, radiólogos expertos y un equipo especial para accidente cerebrovascular pueden emplear una angiografía para resaltar el vaso sanguíneo obstruido y destaparlo.
- Si se presentó sangrado, a menudo se requiere cirugía para extraer la sangre que se encuentra alrededor del cerebro y reparar los vasos sanguíneos dañados.
- Se puede necesitar cirugía en la arteria carótida.
- Pueden ser necesarios nutrientes y líquidos, en especial, si la persona presenta dificultades para deglutir. Se pueden suministrar a través de una vena (intravenosos) o una sonda de alimentación en el estómago (sonda de



gastrostomía). Las dificultades para deglutir pueden ser temporales o permanentes.

- La fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia y la terapia de deglución se iniciarán todas en el hospital.

Rehabilitación

La rehabilitación es fundamental para la integración fundamental del individuo, el incremento en la rigurosidad de la atención y sistematicidad para el seguimiento y tratamiento de estos pacientes en Cuba es una labor priorizada por el ministerio de salud pública sobre la base de ello se ha implementado el programa nacional de prevención y control de la enfermedades cerebrovasculares

Desde la perspectiva de la rehabilitación, el accidente cerebrovascular es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva. De la población que sufre ACV, un 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros. Además, el ACV se ha establecido como la segunda causa de demencia a nivel mundial. Gracias al advenimiento de nuevas terapias, la mortalidad por ACV ha disminuido notablemente en los últimos años, lo que deja un número cada vez más alto de sobrevivientes con mayor probabilidad de recurrencia. Si a esto se suma una población envejecida (por el aumento en la esperanza de vida), se genera un importante impacto sanitario: más población con déficit funcional, quienes tienen más probabilidad de presentar complicaciones asociadas y que éstas sean de mayor gravedad.

Como en todo cuadro que ocasiona discapacidad, el médico rehabilitador debe establecer la afectación del individuo en sus distintos niveles en base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). De esta manera, deberán establecerse los componentes de las siguientes categorías:

Déficit: anormalidad de la estructura o función de un órgano o sistema.

Limitación de la actividad: dificultad que una persona puede tener en el desempeño o realización de actividades.



Restricción de la participación: impedimento para el cumplimiento o desempeño de un papel o rol.

La rehabilitación no debe ser entendida como un evento aislado, sino como un proceso con un enfoque integral que comienza en la fase aguda, continúa en el período de máxima recuperación (fase subaguda) y puede mantenerse en la fase tardía o de estabilización, buscando en todo momento la reinserción del paciente en su medio. En todas estas etapas es esencial el trabajo en equipo, con un enfoque interdisciplinario, centrado en las necesidades del paciente y tomando en consideración su entorno psicosocial. Así entonces concurrirán en este proceso diversos profesionales y los miembros cercanos del círculo familiar-social del paciente. Cada una de las fases de este proceso es direccionada por objetivos que determinan las acciones de rehabilitación que deberán ejecutarse a fin de alcanzar dichas metas.

El objetivo del tratamiento después de un accidente cerebrovascular es ayudarle al paciente a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir accidentes cerebrovasculares futuros.

El tiempo de recuperación y la necesidad de tratamiento a largo plazo son diferentes para cada persona. Los problemas para movilizarse, pensar y hablar con frecuencia mejoran en las semanas o meses después de un accidente cerebrovascular.

Pronóstico

El pronóstico depende de:

1. El tipo de accidente cerebrovascular
2. La cantidad de tejido cerebral dañado
3. Qué funciones corporales han resultado afectadas
4. La prontitud para recibir el tratamiento

Se puede recuperar por completo o tener alguna pérdida permanente de la función.

Más de la mitad de las personas que tienen un accidente cerebrovascular son capaces de desenvolverse y vivir en el hogar. Otras personas no son capaces de cuidar de sí mismas.



Si el tratamiento con trombolíticos tiene éxito, los síntomas de un accidente cerebrovascular pueden desaparecer. Sin embargo, los pacientes con frecuencia no llegan al hospital a tiempo para recibir estos fármacos o no pueden tomar estos fármacos debido a una afección médica.

Las personas que tienen un accidente cerebrovascular isquémico (accidente cerebrovascular debido a un coágulo de sangre) tienen una mejor probabilidad de sobrevivir que aquellos que tienen un accidente cerebrovascular hemorrágico (accidente cerebrovascular debido a sangrado en el cerebro).

El riesgo de un segundo accidente cerebrovascular es más alto durante las semanas o meses después del primero y luego empieza a disminuir.

Posibles complicaciones

- Broncoaspiración de alimento (aspiración)
- Demencia
- Caídas
- Pérdida de la movilidad
- Pérdida del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo
- Espasticidad muscular
- Desnutrición
- Úlceras de decúbito
- Problemas para hablar y entender
- Problemas para pensar o concentrarse

1.2 El apoyo familiar en pacientes con ictus

La familia es el grupo social más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad



básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

La familia forma un sistema, concepto que intenta explicar la presencia de una influencia recíproca, directa, intensa y duradera de la conducta de los unos sobre los otros. En otras palabras que lo que afecta a uno (en este caso a las enfermedades cerebrovasculares), de una manera u otra repercute sobre todos.

La enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, más o menos profundo, en función del tipo de enfermedad que se padece. Dependiendo de las concepciones de la familia sobre la salud, la enfermedad y los recursos con que cuenta para enfrentarse a ésta, se produce una desorganización familiar, secundaria al impacto del diagnóstico. El grado de desorganización depende de dos variables: el tipo de enfermedad, que incluye características como dolor, incapacidad, tratamiento, evolución e ideología (social y familiar), además que la dinámica familiar está en función del grado de cohesión o no, y la capacidad de permeabilidad de la familia. Cabe mencionar que la evolución de la enfermedad dependerá en mayor o menor medida del tipo de padecimiento y de la elaboración que la familia haga de esta situación. De la misma forma, la respuesta a este estado de desorganización dará lugar a conductas adaptativas o disfuncionales.

En efecto, las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como el ictus, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen



nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas de la rehabilitación.

Una reacción a la adaptación del diagnóstico de las enfermedades cerebro vasculares en los miembros de la familia es caracterizado por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas. Típicamente los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgando.

Ante el diagnóstico de un trastorno como el ictus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros de la familia, la tarea psicosocial de la familia, de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca. Esto debido a que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo generar una continuidad suficiente en la mantención de los cambios requeridos, para lo cual moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio perdido.

Es importante considerar además que los mecanismos de adaptación ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.

De igual manera las experiencias emocionales con la rehabilitación contribuyen a recuperar sus habilidades, siendo en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social. Y es acá, donde se debe realizar una labor de fortalecimiento hacia la familia mediante acciones educativas que no sólo involucren la educación individual sino que incorporen de manera clara y decidida la



educación hacia la familia en el entendido que es la familia la unidad básica de la atención médica y de la salud y por lo tanto la que más puede prestar apoyo a uno de sus miembros frente al manejo integral de esta compleja patología.

De esto se desprende que el apoyo familiar es de mucha importancia en el éxito del tratamiento de las personas con ictus, pero este apoyo debe potenciarse mediante la implementación de programas dirigidos a las familias y esto implica el conocimiento de estas, si bien es cierto la variable dinámica familiar no se abordara en el desarrollo de este trabajo.

Por otra parte, Velasco y Sinibaldi, mencionan varios aspectos interesantes respecto a las familias con un miembro con ictus:

a) El individuo y la familia deben integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace. Pero, en contraste con lo anterior, el tratamiento del ictus se caracteriza por el hecho de que, después del diagnóstico, el equipo de salud transfiere rápidamente a la familia la obligación de hacerse cargo y tomar la responsabilidad del paciente.

b) El paciente se enfrenta a la tarea de adaptarse al malestar, dolor y pérdida del control físico, así como a cambios en su apariencia. La familia tendrá que convivir con esto y con los sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, tanto del paciente como de ellos mismos, además, deberá adaptarse ante todos los posibles cambios que surgirán para mantener la organización familiar lo más viable y funcional posible.

c) En el ictus, como en otras enfermedades, es necesario que la familia sea flexible, es decir, que desarrolle una organización para enfrentar los momentos de crisis familiar, mientras que mantiene otra para cuando la enfermedad se encuentre bajo control. Los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y de la red de apoyo familiar con que cuenten. Kornblirt menciona, además de los factores anteriores, las circunstancias que hayan rodeado el diagnóstico inicial, el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos que impliquen para este individuo en



particular, la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad de deterioro, las secuelas que llegan a producir algún tipo de invalidez, la narrativa particular y familiar y la posibilidad de crear un significado que les ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad.

d) Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento, los cuales deberán incluir temas como etiología, manejo y consecuencias de la enfermedad, así como programas psicoterapéuticos que incluyan terapeutas familiares, conductuales e individuales con el propósito de que un equipo multidisciplinario actúe y oriente a la familia en esta situación de crisis.

La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas.



Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo.

Se trabajó con una muestra, que lo contempla un total de 57 pacientes de la tercera edad que comenzaron rehabilitación luego de ser diagnosticados con ictus e igual cantidad de familiares cuidadores que pertenecen al municipio de Cruces.

Métodos de nivel teórico

Histórico- lógico: El cual permitió buscar la historia y antecedentes del problema.

Analítico –sintético: Permitted mediante el análisis del problema tratar de llegar a una generalización. Se utilizará durante todo el proceso de la investigación.

Inductivo- deductivo: Posibilitó el análisis, partiendo de lo particular, llegar a lo general del problema, lo que facilitará las conclusiones de la investigación.

Métodos del nivel empírico

Análisis de documentos: Se revisaron las historias de salud familiar correspondientes a los pacientes de la tercera edad diagnosticados con ictus para conformar el universo, aplicar los criterios de inclusión y exclusión y obtener datos sociodemográficos de la muestra.

Encuesta de evaluación de conocimientos sobre las Enfermedades cerebrovasculares: se aplicó a los familiares de los ancianos con el objetivo de diagnosticar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades cerebrovasculares.

El instrumento consta de 12 preguntas creadas con el objetivo de precisar el nivel de conocimiento sobre: características de la enfermedad, realización de ejercicios rehabilitadores, exámenes complementarios, tratamiento farmacológico, manejo de síntomas clínicos, cuidado de caídas y complicaciones más frecuentes.

Clave

La respuestas correctas del test de evaluación son las siguientes: 1-a , 2-c , 3-c , 4-b , 5-d , 6-b , 7-a , 8-b , 9-c , 10-b , 11-a , 12-c .



Calificación

Se realizó por niveles:

Excelente: 12 respuestas correctas.

Notable: 11 respuestas correctas.

Suficiente: 9-10 respuestas correctas.

Insuficiente: 8 respuestas correctas

Encuesta de evaluación del apoyo familiar: Tuvo por objetivo evaluar el apoyo familiar y el nivel de conocimiento del ictus que posee la familia. El apoyo familiar que recibe el geronte en el tratamiento rehabilitador es un elemento clave para la recuperación del paciente al propiciar un ambiente favorable y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Por otra parte, para que las familias puedan organizar su contexto de apoyo se requiere de educación acorde con sus necesidades; de acuerdo con esto se investigan los conocimientos que estas tienen en relación al tratamiento rehabilitador.

La encuesta se aplicó en las visitas domiciliarias.

Clave

Evaluación del conocimiento de las familias sobre el ictus: a- , b- , c- , d- , e.

Evaluación del conocimiento de las familias sobre el tratamiento rehabilitador:
a- , b- , c- , e.

Evaluación de las actitudes del familiar hacia el enfermo: a- , b- , c- , d- , e- , f.

Calificación

Muchísimo: 14-15 respuestas correctas.

Bastante: 11-13 respuestas correctas.

Algo: 8-10 respuestas correctas.

Casi nada: 5-7 respuestas correctas.

Nada: menos de cuatro respuestas correctas.

Métodos del nivel Matemático- Estadístico:

La información, obtenida con el formulario, las encuestas y escalas descritas, se introdujo en una base de datos creada al efecto con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS V.22.0 para Windows). Lo cual permitió el posterior análisis estadístico de las variables del estudio mediante la distribución empírica de frecuencia. Los resultados se presentaron en tablas.

De la estadística inferencial se utilizó la Prueba de Mc Nemar para determinar la significación de los cambios tras la contrastación de los instrumentos aplicados. Los niveles de significación escogidos fueron 0.05, 0.01 (significación alta) y 0.001 (significación muy alta).

Si $p < 0,05$ la diferencia es significativa.

Si $p < 0,01$ la diferencia es altamente significativa.

Si $p < 0,001$ la diferencia es muy altamente significativa.

Si $0,05 < p < 0,09$ la diferencia es moderadamente significativa.

Si $p \geq 0,09$ no existen diferencias significativas.

Para describir el comportamiento de las variables se realizó el procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes.

Operacionalización de variables

Variables	Tipos	Definición	Escala
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Según sexo biológico	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa discreta	Según años cumplidos	60-69 años 70-79 años 80-89 años 90 o más Familiar cuidador



			25- 34 años 35-44 años 45- 54 años 55-60 años
Nivel de Conocimientos adquirido sobre las Enfermedades cerebrovasculares	Cualitativa nominal	Caracterización de la enfermedad.	Preguntas 1,2,3
		Dieta	4
		Realización de ejercicios físicos.	5
		Enfermedades asociadas	6, 7
		Tratamiento farmacológico	8
		Manejo de síntomas clínicos	9
		Higiene	10, 11
		Causas de complicaciones más frecuentes.	12
Apoyo familiar	Cualitativa nominal	Conocimiento sobre la rehabilitación de la enfermedad.	Encuesta I- a, b, c, d, e
		Conocimiento sobre las complicaciones de la enfermedad	Encuesta II- a, b, c, d, e



		Actitudes del familiar hacia el enfermo	Encuesta III-a, b, c, d, e, f
--	--	--------------------------------------------	----------------------------------



Análisis de los Resultados

Tabla # 1 Distribución de los pacientes con ictus según edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	15	26.31	10	17.54	25	43.85
70-79	6	10.52	7	12.28	13	22.80
80-89	10	17.54	5	8.77	15	26.31
90 o más	3	5.26	1	1.75	4	7.01
TOTAL	34	59.64	23	40.36	57	100

Fuente: Entrevista

En la Tabla 1 se relaciona la edad y el sexo de los pacientes seleccionados para el estudio. Teniendo en cuenta que se trabajó en tres grupos etáreos, se establecieron cuatro escalas, para de esta forma facilitar la investigación y comparar los resultados de la misma. El grupo de 60 a 69 años fue el más representado con un 43.85% seguido del grupo de 80 - 89 años, que con 15 sujetos alcanzó un 26.31%; en ambos hubo un predominio del sexo masculino que en total alcanzó 59.64% de la muestra.

Tabla # 2 Distribución de los familiares cuidadores según edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
25- 34	2	3.50	4	7.01	6	10.52
35-44	5	8.77	13	22.80	18	31.57
45- 54	3	5.26	19	33.33	22	39.15
55-60	1	1.75	10	17.54	11	19.32
TOTAL	11	19.32	46	80.70	57	100

Fuente: Entrevista

En la Tabla 2 se relaciona la edad y el sexo de los familiares seleccionados para el estudio. Se establecieron cuatro escalas, para de esta forma facilitar la investigación y comparar los resultados de la misma. El grupo de 45 a 54 años fue el más representado con un 39.15% seguido del grupo de 35 a 44 años, que con 18 sujetos alcanzó un 31.57%; en ambos hubo un predominio del sexo femenino que en total alcanzó 70.72% de la muestra, dada esta situación ya que generalmente los familiares cuidadores son del sexo femenino por ser el sexo que simboliza las labores hogareñas.

Tabla # 3 Distribución de los familiares cuidadores según nivel de escolaridad

Edad	Nivel de escolaridad								Total	
	Primaria		Secundaria		Media Superior		Superior			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
25- 34	-	-	-	-	4	7.01	2	3.50	6	10.52
35-44	-	-	6	10.57	8	14.03	4	7.01	18	31.57
45- 54	2	3.50	5	8.77	9	16.07	6	10.57	22	39.15
55-60	1	1.75	6	10.57	4	7.01	-	-	11	19.32
Total	3	5.26	17	29.91	25	44.38	12	21.05	57	100

La tabla 3 muestra la relación entre la edad y el nivel de escolaridad de los familiares. El nivel de medio superior fue el más representativo con 25 familiares y 17 con estudios secundarios alcanzando el 74.29% del total de la muestra. Solo el 5.26%, 3 familiares, tienen estudios del nivel primario.

Tabla # 4 Relación entre Edad y Nivel de conocimiento de los familiares sobre el ictus

Edad	Nivel de conocimiento de la enfermedad								Total	%	Prueba Mc Nemar
	Excelente		Notable		Suficiente		Insuficiente				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
25- 34	-	-	-	-	3	5.26	3	5.26	6	10.52	P<0,01
35-44	-	-	-	-	4	7.01	14	24.56	18	31.57	
45- 54	-	-	-	-	6	10.57	16	28.07	22	39.15	
55-60	-	-	-	-	2	3.50	9	16.07	11	19.32	
Total	-	-	-	-	15	26.31	42	73.68	57	100	

La tabla 4 evidencia un “insuficiente” conocimiento de los familiares sobre el ictus: 42 se ubicaron en dicho nivel para un 73.68% del total. El resto de los familiares poseía un nivel de conocimiento “suficiente” y representaba el 26.31% restante de la muestra. Ningún familiar tenía conocimientos “notables” o “excelentes” sobre la enfermedad. No destaca ningún rango de edad: El nivel de conocimiento es bajo de manera general con independencia de este siendo un resultado estadístico altamente significativo ($p=0,01$)

Tabla 5 Relación entre sexo y nivel de conocimiento de los familiares sobre el ictus

Sexo	Nivel de conocimiento de la enfermedad								Total	%	Prueba Mc Nemar
	Excelente		Notable		Suficiente		Insuficiente				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Femenino	-	-	-	-	11	19.48	35	61.40	46	80.70	P<0,05
Masculino	-	-	-	-	4	7.01	7	12.28	11	19.29	
Total	-	-	-	-	15	26.31	42	74.14	57	100	

En la tabla 5 observando la proporción de féminas respecto a los varones de la muestra, resulta que los hombres cuidadores no tienen mejores conocimientos que las mujeres, a pesar de ser una muestra representativa el sexo femenino cuidador que el masculino. El 74.14% de ellos poseen conocimientos “insuficientes” y el 26.31%, conocimientos “suficientes”; siendo un resultado estadístico significativo.

Tabla 6 Relación entre nivel de escolaridad y nivel de conocimiento de los familiares sobre el ictus

Nivel de escolaridad	Nivel de conocimiento de la enfermedad								Total	%	Prueba Mc Nemar
	Excelente		Notable		Suficiente		Insuficiente				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Primaria	-	-	-	-	-	-	3	5.26	3	5.26	P<0,01
Secundaria	-	-	-	-	1	1.75	16	28.07	17	29.82	
Media Superior	-	-	-	-	5	8.77	20	35.08	25	43.85	
Superior	-	-	-	-	9	15.78	3	5.26	12	21.05	
Total	-	-	-	-	15	26.31	42	73.68	57	100	

La relación entre nivel de escolaridad y nivel de conocimiento sobre el ictus se refleja en la tabla 6. Los familiares con nivel medio superior 20 ellos posee conocimientos “insuficientes” para un 35.08% del total; 16 de secundaria se ubicaron en este nivel para el 28.07%; 3 del nivel primario y 3 universitarios representando el 5.26%. El porcentaje de familiares que se ubicó en el nivel “suficiente” no es significativo, así como no resulta significativa la relación entre el nivel de escolaridad de la muestra y el nivel de conocimiento sobre el ictus. Como se puede observar solo en el caso de los universitarios hubo una ubicación más acertada dentro de la muestra siendo un resultado estadístico altamente significativo.

Tabla 7 Indicadores del Nivel de conocimiento de los familiares sobre el ictus.

Indicadores	% de respuestas correctas
Caracterización de la enfermedad.	22.80
Dieta	43.85
Realización de ejercicios físicos.	56.14
Enfermedades asociadas	43.85
Tratamiento farmacológico	35.08
Manejo de síntomas clínicos	43.85
Higiene	35.08
Causas de complicaciones más frecuentes	35.08

Los resultados de todos los indicadores de un adecuado conocimiento de la enfermedad (Tabla 7) están comprometidos con el insuficiente nivel de conocimiento sobre el Ictus constatado en la muestra, siendo más significativos la caracterización de la enfermedad con un 22.80% y el tratamiento farmacológico, la higiene y las causas de complicaciones más frecuentes con un 35.08% en cada caso. En cambio, el manejo de síntomas clínicos tuvo un 43.85% de respuestas correctas, lo que evidencia que la población conoce más sobre las enfermedades que se asocian al ictus y sus síntomas iniciales.

Tabla 8 Relación entre edad de los pacientes y Apoyo Familiar

Edad	Apoyo Social										Total	%	Prueba Mc Nemar
	Muchísimo		Bastante		Algo		Casi nada		Nada				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
60-69	-	-	-	-	6	10.52	17	29.82	2	3.50	25	43.85	P<0,001
70-79	-	-	1	1.75	7	12.28	3	5.26	2	3.50	13	22.80	
80-89	-	-	1	1.75	7	12.28	7	12.28	-	-	15	26.31	
90 o más	-	-	-	-	-	-	2	3.50	2	3.50	4	7.01	
Total	-	-	2	3.50	20	35.08	29	50.87	6	10.52	57	100	

En la tabla 8 se observa como los ancianos con ictus, en su mayoría, recibían casi nada de Apoyo Familiar ya que 29 familiares calificaron en este nivel para un 50.87%. 20 brindan “algo” de apoyo lo que significa el 35.08% del total; 6 no brindan apoyo y sólo 2, “bastante”. En ningún caso se brindaba muchísimo apoyo. En relación al grupo de edad se observa que aun sin alcanzar niveles significativos de apoyo fueron los de la escala de 70-79 y 80-89 años son los que más lo proporcionaban en algún grado, con un 12.28% ubicados en “algo” siendo un resultado estadístico muy altamente significativo.

Tabla 9 Relación entre sexo y Apoyo Familiar

Sexo	Apoyo Social										Total	%	Prueba Mc Nemar
	Muchísimo		Bastante		Algo		Casi nada		nada				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Femenino	-	-	1	1.75	18	31.57	23	40.35	4	7.01	46	80.70	P<0,001
Masculino	-	-	1	1.75	2	3.50	6	10.52	2	3.50	11	19.29	
Total	-	-	2	3.50	20	35.08	29	50.87	6	10.52	57	100	

En la tabla 9 se muestra la relación entre el sexo y el apoyo familiar observándose que 18 pacientes reciben algo de apoyo para el 31.57% por parte del familiar del sexo femenino, solo 6 pacientes para un 10.52% no reciben apoyo familiar pues son ancianos que viven solo y los familiares más cercanos no lo apoyan. Siendo un resultado estadístico muy altamente significativo.

Tabla 10 Relación entre nivel de escolaridad y Apoyo Familiar

Nivel de escolaridad	Apoyo Familiar										Total	%	Prueba Mc Nemar
	Muchísimo		Bastante		Algo		Casi nada		Nada				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Primario	-	-	-	-	3	5.26	5	8.77	1	1.75	9	15.78	P<0,001
Secundario	-	-	1	1.75	10	17.54	7	12.28	1	1.75	19	33.33	
Medio Superior	-	-	-	-	1	1.75	17	29.82	4	7.01	22	38.59	
Superior	-	-	1	1.75	6	10.52	-	-	-	-	7	12.28	
Total	-	-	2	3.50	20	35.08	29	50.87	6	10.52	57	100	

Respecto al nivel de escolaridad y al Apoyo Familiar, en la tabla 10 se aprecia, que los sujetos de nivel secundario y universitario fueron los que les proporcionaron mayor cantidad de apoyo dentro de la muestra, ubicándose con un 17.54% y un 10.52% respectivamente en “algo”. No se encontró en la literatura disponible estudios que permitieran establecer comparaciones al respecto. El resultado estadístico es muy altamente significativo.

Tabla 11 Resultados de los indicadores de la evaluación del apoyo familiar

Conocimiento de las familias sobre la Rehabilitación de la enfermedad	
Preguntas	% de respuestas correctas
Para usted qué familiar asumiría el papel protagónico en la rehabilitación de la enfermo tanto en el domicilio como en sala de rehabilitación	43.85
El paciente con enfermedad cerebro vascular debe mantener presión arterial sistólica por debajo de 130mmhg y diastólica por debajo de 90 mmhg	56.14
Para mantener el control de la presión arterial debe tomar sus medicinas, No estar sometido a estrés, Cumplir adecuadamente el tratamiento médico y Mantener una dieta saludable	56.14
Considera necesario que el paciente lleve un régimen de rehabilitación para su recuperación	54.38
Estaría de acuerdo en ayudar en el proceso de rehabilitación	43.85

Evaluación del conocimiento de las familias sobre las complicaciones de la enfermedad	
Preguntas	% de respuestas correctas



Conoce usted que el paciente puede presentar complicaciones en el proceso de rehabilitación tales como: Broncoaspiración, neumonías y depresión.	24.56
Una persona hipertensa puede tener una enfermedad CVC	43.85
Un paciente hipertenso descontrolado puede tener una enfermedad asociada a la misma.	42.10
Un paciente con enfermedad cerebro vascular puede tener alguna otra enfermedad asociada a la misma.	33.33

Actitudes del familiar hacia el enfermo	
Preguntas	% de respuestas correctas
Los familiares estarían de acuerdo a brindarle apoyo psicológico a su familiar	15.78
Cuando su familiar presenta angustia y depresión por su enfermedad usted lo ayuda	21.05
Le ayuda a su familiar a realizar los ejercicios indicados por el fisioterapeuta	15.78
Acompaña a su familiar a la sala de rehabilitación	12.28
Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar	21.05
Se da usted cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos	10.52

Los resultados de los ítems de los indicadores I y II coinciden con los del test de conocimiento sobre el ictus ya analizado. El nivel de conocimiento sobre las



medidas de control de la enfermedad es regular y deficiente respecto a las complicaciones de la misma.

Los porcentos de respuestas correctas obtenidos por la muestra en el área de conocimiento de las familias sobre las medidas de control de la enfermedad fueron: ¿Para usted qué familiar asumiría el papel protagónico en la rehabilitación de la enfermo tanto en el domicilio como en sala de rehabilitación? 43.85%; ¿El paciente con enfermedad cerebro vascular debe mantener presión arterial sistólica por debajo de 130mmhg y diastólica por debajo de 90 mmhg?, 56.14%; ¿Considera necesario que el paciente diabético controle su alimentación en cuanto a horarios y tipos de alimentos a consumir?, 56.14% ¿Considera necesario que el paciente lleve un régimen de rehabilitación para su recuperación?, 54.38% y ¿Estaría de acuerdo en ayudar en el proceso de rehabilitación?, 43.85%.

En el área de conocimiento de las familias sobre las complicaciones de la enfermedad se obtuvieron los siguientes porcentos de respuestas correctas: ¿Conoce usted que el paciente puede presentar complicaciones en el proceso de rehabilitación tales como: Broncoaspiración, neumonías y depresión?., 24.56%; ¿Una persona hipertensa puede tener una enfermedad CVC?, 43.85%; ¿Un paciente hipertenso descontrolado puede tener una enfermedad asociada a la misma?., 42.10% y ¿Un paciente con enfermedad cerebro vascular puede tener alguna otra enfermedad asociada a la misma?, 33.33%

El porcentaje de respuestas correctas evidencia que también es bajo el nivel de actitudes de apoyo del familiar hacia el enfermo: ¿Los familiares estarían de acuerdo a brindarle apoyo psicológico a su familiar?, 15.78%; ¿Cuando su familiar presenta angustia y depresión por su enfermedad usted lo ayuda?, 21.05% ; ¿Le ayuda a su familiar a realizar los ejercicios indicados por el fisioterapeuta?, 15.78%; ¿Acompaña a su familiar a la sala de rehabilitación?, 12.28%;¿Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar?, 15.78% y ¿Se da usted cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos?, 10.52%.



Conclusiones

- El nivel de instrucción del familiar no es garantía de un nivel de conocimiento adecuado sobre las enfermedades cerebro vasculares (ECV). Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posibles los cambios de la vida y brindar el soporte necesario al anciano en el manejo y rehabilitación de la enfermedad. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas de la rehabilitación.
- El incremento del nivel de conocimiento sobre las enfermedades cerebro vasculares en los familiares redundará en el incremento del apoyo familiar que los ancianos necesitan para el manejo y la rehabilitación de su enfermedad.
- La rehabilitación es un contexto propicio para desarrollar las acciones necesarias a la educación de los familiares de ancianos con enfermedades cerebrovasculares para su adecuada rehabilitación.



Recomendaciones

1. Fortalecer las acciones educativas dirigidas a los técnicos de Cultura Física para que estos, motivados, lleven a cabo procesos de educación basados en las necesidades del manejo y rehabilitación de los ancianos con enfermedades cerebro vasculares por parte de las familias.
2. Dar continuidad a esta, incluyendo en próximas investigaciones variables que permitan relacionar el apoyo social con la rehabilitación del ictus.

Bibliografía

- Arias, A. (2019). *Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento*. Ciencias Médicas.
- Bethesda, M. D. (2018). *Rehabilitación posterior al ataque cerebral*. Ciencias Médicas.
- De la Revilla, L. (2015). *Conceptos e Instrumentos de la Educación Familiar*. Doyma.
- Fernández, O. B. (2015). *Diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular isquémica*. RESUMED
- Gómez, Y. M. & Villareal G. A. (2015). *Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica*.
<http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1006/Art>.
- Govantes, B.Y. (2018). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico*.
Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.
http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/v6n2_14/mfr04214.htm
- I. C. & Sotillo, C. (2018). *El ictus isquémico. Manejo clásico y las nuevas perspectivas*. Ciencias Médicas.
- Kornblit, A. (2014). *Somática familiar, enfermedad orgánica y familia*. Gedisa.
- La familia, elemento clave en la rehabilitación tras un ictus*. [serien en Internet]. (2018).
<https://www.nisainforma.es/la-familia-elemento-clave-en-la-rehabilitacion-tras-un-ictus/>.
- Martínez, M. B. & Torres, V. L. (2017). *Importancia de la familia en pacientes con ECV*.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke, (2018).
http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm consultado octubre de 2019
- Orosa, F.T. (2018). *La tercera edad y la familia*. Félix Varela.
- Prieto, M. A. & Badán, N. Y. (2015). *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192010000300006&script=sci_arttext&tlng=en



- Ríos, G. M. (2017). *Comportamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en el servicio de Rehabilitación del Hospital Militar de Matanzas. Rev. Med. Electron.*
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1684-18242013000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez, M. M. (2018). *Importancia del apoyo familiar en la rehabilitación del ictus.*
- Rodríguez, M. L. & Díaz, C. R. (2017). *Beneficios del ejercicio físico terapéutico en pacientes con secuelas por enfermedad cerebrovascular. Rev Cubana Med.*
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-5232012000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Scherle, C. E. & Rivero, D. (2018). *Conocimiento Acerca Del Ictus Isquémico En Ecuatorianos. Rev Ecuat Neurol.* http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000300044&lng=es.
- Suárez, J. C & Restrepo, S. C. (2016). *Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con accidente cerebrovascular. Acta Neurol Coloma.*
- Ustrell-Roig, J. (2018). *Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Tarragona. Rev Esp Cardiol.* 60,753-69.
- Velasco M. L & Sinibaldi, F. J. (2017). *Manejo del enfermo crónico y su familia. El Manual Moderno.*



Anexos

ANEXO 1. Formulario de Recolección de datos Generales.

FECHA: __/__/__

No. Orden	
Nombre (siglas)	
Edad	<input type="checkbox"/> 60-69 años <input type="checkbox"/> 70-79 años <input type="checkbox"/> 80-89 años
Sexo	<input type="checkbox"/> 1.M <input type="checkbox"/> 2.F
Nivel educacional	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Medio Superior <input type="checkbox"/> Superior

Tipo de ictus	<input type="checkbox"/> Isquémicos
	<input type="checkbox"/> Hemorrágicos

Estado neurológico		
<input type="checkbox"/> Afectación Leve	<input type="checkbox"/> Afectación Moderada	<input type="checkbox"/> Afectación Grave

Presencia de deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Si
	<input type="checkbox"/> No

Apoyo Familiar		
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo



ANEXO 2 ENCUESTA ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

1- El factor de riesgo que puede conllevar a una enfermedad CVC es:

- a) ___ hipertensión arterial
- b) ___ dieta normosódica, hipograsa
- c) ___ evitar el estrés
- d) ___ consumir dieta rica en frutas y vegetales

2- La hipertensión arterial puede ser perjudicial para

- a) ___ estomago
- b) ___ esófago
- c) ___ cerebro
- d) ___ articulaciones

1- La enfermedad CVC es:

- a) ___ curable del todo
- b) ___ incurable
- c) ___ crónico pero controlable.

4)-De las siguientes afirmaciones una sola es verdadera

- a) ___ todos los pacientes con enfermedad CVC llevan la misma dieta
- b) ___ cada persona con enfermedad cerebro vascular con factores de riesgo asociados necesita una dieta específica de acuerdo con su peso ideal.
- c) ___ no se requiere hacer dieta.

5-De las siguientes afirmaciones sobre el ejercicio solo una es verdadera.

- a) ___ se recomienda de 3 a 4 veces a la semana
- b) ___ disminuir las cifras de presión arterial .
- c) ___ se puede practicar sin saber cómo tenemos las cifras de presión arterial.



d)___ se debe realizarse de forma regular

6- Unas de las siguientes afirmaciones sobre la presión arterial es verdadera.

a)___ se puede tomar después de ingerir café

b)___ se debe tomar en los cuatro miembros

c)___ se puede realizar a cualquier hora del día aunque esté realizando alguna actividad.

7. Una de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad cerebro vascular es verdadera:

a)___ mantener buen control de la presión arterial previene la enfermedad cerebro vascular

b)___ el cumplimiento inadecuado del tratamiento médico no es importante para la prevención de las enfermedades cerebro vascular

c)___ se recomienda dieta rica en grasa saturada iniciar .

8. Una de las siguientes afirmaciones sobre la medicación de aquellos pacientes con enfermedad cerebro vascular con régimen de tratamiento farmacológico es verdadera

a)___ no hace falta tener control del horario

b)___ es necesario saber la dosis de los medicamentos así como su horario

c)___ no es necesario conocer el nombre de los medicamentos.

9. Que debe hacer los familiares de un paciente con enfermedad cerebro vascular que nota que el paciente comienza a sentirse mal

a)___ no hacer nada

b)___ sentarse y esperar que se le pase

c)___ llamar de inmediato al médico de la familia

10. Una de las siguientes afirmaciones sobre la higiene de los pacientes con



una enfermedad cerebro vascular es verdadera

- a) no es necesario la higiene bucal
- b) deben bañarse diariamente
- c) no debe secarse mucho los pies
- d) no es necesario cambiarlos de ropa

11. Sobre la Higiene bucal una sola es verdadera

- a) se debe lavar la boca 4 veces al día
- b) no se debe ser visto por el estomatólogo
- c) no se debe masajear las encías con los dedos

12.Cuál de las siguientes afirmaciones no es causa de complicaciones.

- a) abandono del Tratamiento
- b) inyecciones
- c) cumplimiento correctamente del tratamiento
- d) mantener una dieta inadecuada



ANEXO 3. ENCUESTA DE EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR.

I- EVALUACIÓN DE LA FAMILIA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA REHABILITACION DE LA ENFERMEDAD.

a) Para usted que familiar asumiría el papel protagónico en la rehabilitación de la enfermo tanto en el domicilio como en sala de rehabilitación

Esposa___ esposo___ hijos___ hermanos ___ otros parientes___

b) El paciente con enfermedad cerebro vascular debe mantener presión arterial sistólica por debajo de 130mmhg y diastólica por debajo de 90 mmhg:

___ Todos los días

___ Día por medio

___ Una vez por semana

___ Una vez al mes

___ Nunca

b) Para mantener el control de la presión arterial debe tomar sus medicinas, No estar sometido a estrés, Cumplir adecuadamente el tratamiento médico y Mantener una dieta saludable

___ Todos los días

___ Día por medio

___ Una vez por semana

___ Una vez al mes

___ Nunca



c) Considera necesario que el paciente lleve un régimen de rehabilitación para su recuperación:

Sí No

Todos los días

Día por medio

Dos veces por semana

Una vez al mes

Nunca

d) Por quién debe ser la misma.

Por personal especializado

Por su familiar

Por otro personal medico

e) Cómo deben ser los ejercicios de forma

Activa

Activa pasiva

Pasiva

f) Estaría de acuerdo en ayudar en el proceso de rehabilitación

Sí No





II- EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD.

a) Conoce usted que el paciente puede presentar complicaciones en el proceso de rehabilitación tales como: Broncoaspiración, neumonías y depresión.

Sí No

b) Una persona hipertensa puede tener una enfermedad CVC:

Todos los hipertensos

Solo aquellos que no mantienen un buen control de la presión

Sólo los que tienen antecedentes de enfermedad CVC

Ninguno

c) Un paciente hipertenso descontrolado puede tener una enfermedad asociada a la misma.

Si no tiene buen control a su régimen de tratamiento.

Si independientemente de su control

Nunca

d) Mencione algunas enfermedades que puede presentar su familiar por el hecho de tener una enfermedad CVC.

e) Un paciente con enfermedad cerebro vascular puede tener alguna otra enfermedad asociada a la misma

Sí Ocasionalmente Rara vez Nunca



III- EVALUACION DE LAS ACTITUDES DEL FAMILIAR HACIA EL ENFERMO.

a) Los familiares estarían de acuerdo a brindarle apoyo psicológico a su familiar:

___ Todos

___ Casi todos

___ Algunos

___ Ningunos

b) Cuando su familiar presenta angustia y depresión por su enfermedad usted lo ayuda:

___ Siempre.

___ Casi Siempre, deja pasar algunas ocasiones

___ Rara Vez, la mayoría de las veces lo deja y no le dice nada

___ Nunca

c) Le ayuda a su familiar a realizar los ejercicios indicados por el fisioterapeuta:

___ Siempre.

___ Casi Siempre.

___ Nunca.

d) Acompaña a su familiar a la sala de rehabilitación:

___ Siempre.



___ Casi Siempre.

___ Ocasionalmente.

___ Nunca.

e) Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar:

___ Sí

___ No

f) Se da usted cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos:

___ Todas las veces.

___ Casi Siempre.

___ Nunca.