



EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"
DE HUEJUTLA A.C.
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

"IMPLICACIÓN FAMILIAR EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES
CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DENY ARGÜELLES MALDONADO

GENERACIÓN 2009-2013

HUEJUTLA, HGO. AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dictamen

Nombre de la tesista: Deny Argüelles Maldonado

Título de la investigación: “Implicación familiar en la rehabilitación de pacientes con accidentes cerebrovasculares”

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; a 30 de Agosto 2013

El que firma Lic. En Psic. Blanca Eugenia Segura Quintero, acreditado por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesor de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

ATENTAMENTE

LIC. EN PSIC. BLANCA EUGENIA SEGURA QUINTERO

Dedicatorias

A mi madre Leticia, quien con su inmenso amor y ejemplo de vida me dio una razón por la cual seguir adelante en todo momento, a ella, quien en sus palabras de superación encontré la fortaleza y el aliento desde pequeña para siempre luchar por mis ideales.

A mi padre Miguel Ángel, que me brindó su apoyo incondicional, comprensión, amor y estuvo a mi lado desde el inicio y término de mi carrera profesional, así como a mis hermanos Miguel Ángel y José Francisco, por su apoyo y cariño.

A mi esposo Sócrates Cortes Chávez, quien me ha brindado su inmenso amor y apoyo incondicional en todo momento.

A todos los pacientes y las familias de los mismos que sufren hoy en día a causa de un accidente cerebrovascular.

A mis catedráticos, quienes brindaron su tiempo y conocimientos para mi formación personal y profesional.

Agradecimientos

Agradezco a la Unidad Básica De Rehabilitación, institución que me apoyo al permitirme realizar esta investigación.

Agradezco a los psicólogos que me apoyaron en esta última etapa de mi carrera, en especial a la Psic. Blanca Eugenia Segura Quintero y al psicólogo Juan Hernández Dolores.

Agradezco a mis compañeros de carrera, quienes me brindaron su confianza y compañerismo.

Agradezco enormemente a los pacientes y a su familia, ya que me brindaron la confianza y apoyo en la investigación de tesis

Índice

Portadilla

Dictamen

Dedicatorias

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo I: Presentación del problema	Pág.
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación.....	6
1.3 Descripción del problema.....	8
1.4 Objetivos.....	9
1.5 Planteamiento del Problema.....	10
1.6 Interrogantes de la investigación.....	10
Capítulo II: Marco teórico	
2.1 La familia.....	12
2.1.1 Tipos de familia.....	16
2.1.2 Función de la familia.....	17
2.1.3 La familia: ¿Funcional o disfuncional?.....	18
2.1.4 Sistemas relacionados en la familia.....	22

	2
2.2 ¿Qué son los accidentes cerebrovasculares?.....	26
2.2.1 Causas de accidente cerebrovascular.....	31
2.2.2 Consecuencias del ACV.....	32
2.3 Rehabilitación.....	.34
2.3.1 Disciplinas que intervienen (grupo de trabajo).....	36

Capítulo III: Diseño de la investigación

3.1 Presentación.....	44
3.2 Conceptualización de las variables.....	44
3.3 Descripción de la metodología.....	45
3.4 Población y muestra.....	48
3.5 Técnicas e instrumentos utilizados.....	49
3.6 Cronograma.....	52

Capítulo IV: Análisis de los resultados

4.1 Interpretación de la información.....	54
4.1.1 Resultados de la Encuesta aplicada.....	55
4.2 Estudio de casos.....	62
4.2.1 Caso 1.....	62
4.2.2 Caso 2.....	71
4.2.3 Caso 3.....	80
4.2.4 Caso 4.....	89
4.3 Categorización de variables.....	98

4.4	Análisis crítico: (triangulación de resultados).....	102
4.5	El grupo familiar y las relaciones familiares.....	104

Capítulo V: Discusión y sugerencias

5.1	Sugerencias.....	107
	Anexo A Formato de entrevista de historia clínica.....	111
	Anexo B Formato de encuesta a familias.....	116
	Anexo C Formato de escala manual muscular de rehabilitación física..	119
	Anexo D Formato de observación.....	121
	Glosario.....	122
	Bibliografía.....	124

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de describir, indagar y conocer “La implicación de la relación familiar en el proceso de rehabilitación en pacientes que sufren de un accidente cerebrovascular”, haciendo uso de la teoría sistémica e investigaciones directas con personas que sufren de accidentes cerebrovasculares y que acuden a la unidad básica de rehabilitación en Huejutla Hidalgo.

En dicha investigación los métodos utilizados para la recopilar la información, fueron la observación naturalista al paciente, encuestas dirigidas a la familia, la entrevista a pacientes y el instrumento de medición dirigido a pacientes; estos instrumentos arrojan resultados que demuestran la implicación de la relación familiar y como esta ayuda al paciente en el proceso de rehabilitación.

Abstract

The present investigation was conducted in order to describe, explore and learn “The involvement of the family relationship in the rehabilitation process in patients suffering from stroke”, using systems theory and research directly with people who suffer from strokes and attending the Unit Basic Rehabilitation in Huejutla Hidalgo.

The methods used to collect information were patient naturalistic observation, family surveys, interviewing patients, measuring instrument aimed and case study. These instruments provide results that demonstrate the involvement of the family relationship and how it helps the patients in the rehabilitation process.

Introducción

Hoy en día existen miles de enfermedades que atacan al cuerpo, sin embargo existe un padecimiento que ataca al cerebro y por ende a la motricidad de quien lo experimenta. Un **Accidente Cerebro Vascular (ACV)** es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o a las que llegan al mismo. Las células cerebrales se quedan sin oxígeno y pierden su función, lo cual produce la pérdida de movimiento del cuerpo; denominando a esta pérdida como: hemiplejia o hemiparesia. Tal padecimiento es producido por una lesión a nivel cerebral debida a una hemorragia de una arteria del cerebro o por un bloqueo sanguíneo que impide la circulación en el cerebro.

En la presente investigación se da a conocer la implicación de la relación familiar en la rehabilitación de pacientes que sufren un ACV y los problemas que dicho padecimiento puede causar a quien lo padecen. Para contestar a la pregunta de investigación se diseñaron e implementaron diversos instrumentos que permiten conocer a fondo el daño y la repercusión que causa entre el paciente y la familia del mismo. A su vez se aborda la rehabilitación física y ocupacional, en donde estas han de jugar un importante papel para optimizar a la recuperación. Sin embargo, para enfrentarse a esta patología, junto con el tratamiento médico; es importante hacer hincapié en que la familia es un factor indispensable para la sanación del paciente, ya que es esta misma la que acompañara en el proceso de rehabilitación, adaptación, aceptación y reintegración a una vida útil dentro de las posibilidades del paciente.

La conducta y calidad de vida de toda persona está relacionada con la estructura de las relaciones en la familia; es por ello que estudios llevados a cabo en diversos países concluyen que “el curso de la evolución de un sector numeroso de enfermos mentales depende no solo de factores biológicos, sino también de las condiciones y circunstancias familiares y sociales que los rodean”. Las posibilidades de reinserción de enfermos mentales en la sociedad y su permanencia en el seno de la familia y de la comunidad dependen no solo de la eliminación mediante fármacos; sino también de la comprensión por parte de sus familias, de la adecuación de dicho ambiente familiar y la sociedad. El apoyo o rechazo social y el clima emocional de la familia desempeña en esencia el destino de una rehabilitación satisfactoria.

Capítulo I: Presentación del problema

1.1 Antecedentes

Desde tiempos inmemorables ha existido el deseo de conocer los funcionamientos de la mente humana. En la antigüedad, las enfermedades o desórdenes mentales reflejaban orígenes sobrenaturales, que eran curados por procedimientos religiosos.

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. Se afirma que en las primeras sociedades los griegos estuvieron entre los primeros que comprendieron la enfermedad como un fenómeno natural (Valdés, 2000, p. 3). No es de extrañarse que culturas que han trascendido por su sabiduría desde tiempos remotos hayan hecho aproximaciones a lo que hoy es la salud.

Hipócrates (460 – 370 AC) médico griego que desarrolló la teoría de los cuatro humores, en donde menciona que: “Los humores son la forma en que se denomina a distintas secreciones del cuerpo (flema, sangre, bilis amarilla, bilis negra), que se deben mantener en equilibrio para que el individuo permanezca en un estado saludable” (p. 13). Esto hace suponer que dicha teoría no sólo abarca la medicina más orgánica, sino que da una de las primeras explicaciones psicológicas de la salud mental en la historia. Con su teoría se dio a conocer como el padre de la medicina y años más tarde reconoció y describió el accidente cerebrovascular (ACV) como el "inicio repentino de parálisis".

Un **ACV** es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o a las que llegan al mismo. Lo cual produce la pérdida de movimiento del cuerpo; ya sea completa (hemiplejía) o parcial (hemiparesia), producida por una lesión de una parte

del cerebro que se debe a una hemorragia por ruptura de una arteria (apoplejía) o por un bloqueo sanguíneo (embolia cerebral) que impide la circulación en arterias del cerebro (Valdés 2000).

La embolia cerebral puede causar los siguientes problemas en forma repentina: debilidad y falta de sensación en brazos, manos y piernas, deficiencias motoras, del lenguaje, de la vista, de la memoria, el cálculo y deterioro de las expresiones faciales. Se presenta a partir de los 40 años, pero con mayor incidencia después de los 70 y su población es mixta. En español, el (ACV) es conocido popularmente por múltiples nombres: infarto cerebral, trombosis, embolia, derrame cerebral, hemorragia cerebral, apoplejía, Ictus y enfermedad cerebrovascular. Mientras que en inglés es conocida como conocida como stroke. Dichos sinónimos son los que origina una gran confusión en cuanto al concepto y la diferenciación entre sus tipos.

En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como *apoplejía*, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis (Valdés 2000). Esto hace suponer que Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica, por ello los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jakob Wepfer (Suiza 1620). El identifico los signos "posmortem" de los pacientes fallecidos de apoplejía. Wepfer fue la primera persona en indicar que la

apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia cerebral, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que irrigan sangre al cerebro (Wepfer, citado en Arias, 2008, p. 5).

Al hablar de un accidente cerebrovascular; estamos aludiendo a problemas neurológicos que afectan la salud mental del individuo; dicho termino de salud. En tiempos remotos se decía que: “Como la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud presenta enormes dificultades en cuanto a su definición” (Callahan, citado en Plaza, 2000, p. 12). Lo anterior infiere que el término expuesto va más allá de una simple definición.

Tiempo después, fue definiéndose como la armonía y el bienestar que una persona experimenta como resultado del buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos, sociales y conductuales.

Los problemas de salud mental, afectan a 450 millones de personas en todo el mundo, gran parte de la población mundial podría padecer alguna lesión cerebral a lo largo de su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe sobre salud en el mundo, habla de: “La salud mental en términos de nueva comprensión, nueva esperanza”. Así, dicho informe vierte nueva luz en trastornos mentales y ofrece nueva esperanza a las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental (ACV).

La incidencia de los accidentes cerebrovasculares aumenta en forma dramática con la edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la supone la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en la población adulta mundial y se estima que

4.5 de los 10 millones de muertes anuales por estos motivos pertenecen a los países no industrializados, un tercio de las personas que sobreviven quedan con secuelas invalidantes y hasta un 25% de ellos presentarán posterior al ictus un deterioro cognitivo. Es por ello que la rehabilitación de Los sobrevivientes de un ACV debe enfrentarse a una variedad de problemas mentales y físicos, según la gravedad del daño cerebral, la mayoría de ellos pueden mejorar su calidad de vida mediante un proceso de rehabilitación consecuentemente planificado a nivel físico y psicológico mediante la ayuda del sistema familiar. (Minuchin citado en Baurer, 2000, p. 69) menciona a dicho sistema de la siguiente manera: “La familia no es solo una colección de individuos; es un sistema social”. Esto refiere a que la familia es en sí misma un todo estructurado, en donde las relaciones son reciprocas y representan un dar y recibir continuo para mantener la estabilidad y adaptación de los integrantes de dicho sistema.

De igual forma Rutter y Quinton señalan que: “El grado de afectación relacional en la familia es más importante que el diagnóstico clínico como predictor de un trastorno mental” (p.152). De este modo se hace alusión a la importancia y al significado que la psicodinámica de las relaciones familiares tiene para la rehabilitación del individuo que ha sufrido algún tipo de lesión cerebral (embolia cerebral)

En Rehabilitación seguimos la terminología que la OMS ha definido según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en 2001. “Cuando hablamos de discapacidad entendemos como tal la deficiencia, limitación de actividad y/o restricción de participación de un individuo en

su entorno social". La CIF valora, pues, tanto las deficiencias (anormalidad o pérdida de una función o estructura corporal) como los factores contextuales (ambientales o personales, facilitadores o barreras) y los clasifica en un sistema de codificación, siguiendo un modelo biopsicosocial. Es por ello que se han implementado instituciones especializadas como Centros de Rehabilitación Integral o Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), que ayudan de manera física y psicológica a tratar los daños ocasionados por accidentes cerebrovasculares

Como ya se mencionó anteriormente es importante la participación del médico, instituciones y la sociedad para la rehabilitación del individuo; sin embargo no cabe duda de que las relaciones familiares son el peldaño principal para la recuperación total o parcial de pacientes que sufren de algún tipo de daño cerebral.

1.2 Justificación

Un porcentaje significativo de la población en el mundo está expuesta a diversos problemas mentales que afectan a la sociedad en general; pero más allá de afectar a la sociedad, es el grupo primario de apoyo (la familia) quien se ve completamente afectado, si uno de sus miembros sufre de algún daño cerebral. La rehabilitación física y psicológica del paciente son importantes en todo momento, pero la función de la familia y el tipo de relación que se establezca, serán la clave fundamental para el óptimo desarrollo del paciente.

Dicha investigación, será de gran utilidad para obtener conocimiento de la problemática que imposibilita el correcto desarrollo de habilidades motrices, mentales o

del habla en pacientes con daño cerebral, encaminada así a describir las relaciones afectivas y de apoyo que la familia emplea para una mejor comunicación dentro del sistema familiar, en donde ya mencionadas relaciones funcionan como mediadoras para la rehabilitación del paciente.

Desde otro punto de vista, la investigación será de gran ayuda para brindar al tesista los conocimientos teórico- prácticos del tema a investigar y con ello. Este proyecto se implementará dentro de las instalaciones de la “Unidad Básica de Rehabilitación” (UBR) de Huejutla Hidalgo, en donde se aplicarán conocimientos e investigaciones a problemas relacionados con el tema.

La investigación se verá enriquecida y favorecida, ya que se contará con la participación de médicos, psicólogos y la población afectada; los cuales aportarán conocimientos y experiencias, sin olvidar que a su vez también obtendrán un panorama más amplio y conocerán los alcances significativos de la importancia que tiene la familia en la rehabilitación.

Los aportes que se pretenden dar a la ciencia psicológica es la plena confirmación a las teorías ya establecidas, en donde se menciona que las relaciones familiares son los enlaces que vinculan entre sí a los objetos que componen a un sistema complejo y por ende actúan de manera rehabilitadora en el paciente. Como lo es la del Modelo sistémico; en donde se menciona que un sistema (familia) Es un conjunto organizado de partes interactuantes e interdependientes, que se relacionan formando un todo unitario y complejo. Aclarando; de esta manera que las cosas o partes que componen al sistema, no se refieren al campo físico (objetos), sino más bien al relacional y funcional.

Los resultados arrojados durante las investigaciones que se realicen serán a través de la descripción del problema. Cabe mencionar que la población a estudiar y la información obtenida, tiene como antecedentes investigaciones realizadas que hablan del estándar poblacional que sufre de daños cerebrales (en específico los ACV) en el área de Huejutla Hidalgo. Todas estas aportaciones están compiladas en archivos de la UBR.

1.3 Descripción del problema

En la unidad básica de rehabilitación de Huejutla Hidalgo. (UBR) el porcentaje de personas adultas, que han sido diagnosticadas con problemas relativos a los ACV, ha tenido un gran crecimiento a lo largo de los años y es hoy en día que la población inmersa en ya mencionado problema haciende a un 70 %. Esta cifra se ha disparado en los últimos años a causa de diversos factores que afectan a los individuos con el padecimiento y a familiares de los mismos. Las características y manifestaciones clínicas son significativas y se dividen el físicas y psicológicas. Las manifestaciones físicas de los ACV se hacen muy evidentes y van desde la pérdida parcial de movimiento de alguna parte del cuerpo (hemiplejia), a la pérdida total de movimiento (hemiparesia).

Otra de las características que más afectan a los pacientes, son de tipo emocional; por describir las más sobresalientes, se encuentran: baja autoestima, tristeza que puede desencadenar en depresión, desesperación, frustración, odio o rechazo por la pérdida de movimiento o de algún miembro. Sin embargo hay un factor indispensable que puede actuar como mediador a la múltiple sintomatología

desencadenada. Este factor es la familia, en donde los miembros de dicho sistema juegan el papel más importante que ayudara al saneamiento y rehabilitación física, fisiológica, pero sobre todo psicológica del paciente. Dentro de las manifestaciones de tipo social se hace evidente el aislamiento de la persona y en ocasiones el rechazo de la misma.

Actualmente este problema afecta mucha gente, sin importar sexo, razas o estatus social. Es por ello que en la UBR de Huejutla Hidalgo, se brinda apoyo de manera directa ante aquellas consecuencias que surjan de los ACV. Ya que los participantes son especialistas del área de salud como médicos, terapeutas físicos y psicólogos, que proporcionan información, diagnostican, y realizan intervenciones necesarias para el saneamiento de los pacientes. Sin embargo es importante mencionar la participación activa y el acompañamiento del trabajo en conjunto con los familiares o personas más allegadas a los pacientes, que permiten la triangulación (profesionales, paciente y familia) de estos factores para la rehabilitación correcta del paciente.

1.4 Objetivos

Objetivo General:

Describir la implicación de las relaciones familiares en la rehabilitación de pacientes con accidentes cerebrovasculares

Objetivos específicos:

- A) Se pretende realizar una investigación documental sobre temas que se relacionen a los ACV.

- B) Diseñar e implementar instrumentos que contesten la pregunta de investigación.
- C) Analizar y describir la función de la familia en relación con la rehabilitación del miembro con ACV.

1.5 Planteamiento del problema

La familia, es la base principal de todo individuo; la conducta del mismo y la calidad de vida de toda persona está involucrada con la estructura de las relaciones a nivel familiar; ya que esta, es quien proveerá desde la infancia los recursos necesarios como: el alimento, vestido, cuidados, cariño, seguridad y estabilidad emocional para el correcto desarrollo del individuo en etapas posteriores. Es por ello que es importante conocer las implicaciones de la relación familiar que pueden influir de manera negativa o positiva en el proceso de rehabilitación de pacientes con ACV. Con base a lo anteriormente descrito, en este trabajo de investigación se plantea la siguiente interrogante:

1.6 Interrogante de la investigación

¿Cuál es la implicación que tiene la relación familiar en la rehabilitación de pacientes con accidentes cerebrovasculares de 35 a 60 años en la unidad Básica de Rehabilitación de Huejutla Hidalgo?

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Familia

El hombre es un ser sociable que vive en grupos, esto es debido a su necesidad de interactuar y relacionarse con sus semejantes; la historia de la humanidad muestra que desde sus inicios, el individuo se caracterizó por agruparse en cuevas, clanes, matriarcado, poligamia, entre otros.

Hoy en día, el grupo más importante y en el que continúa el individuo como principal fuente de vida es la familia nuclear.

El sistema familiar se inicia por la pareja o diada. Es así como los procesos relacionales de cada individuo se basan y se separan entre: madre- hijo, mujer, hombre, hombre- procreación e incluso al final se reduce a hombre- muerte. Es importante mencionar que todo individuo o grupo, siempre está en relación al otro y viceversa, por esta razón el hombre buscara establecer una relación de pareja. Según Erich Fromm, (1955). Menciona que: “El ansia de relación es el deseo más poderoso en el hombre, la pasión fundamental, la fuerza que aglutina a la especie humana, al clan a la familia y a la sociedad. (p.32). De esta forma se menciona la importancia del hombre para establecer relaciones que posteriormente y bajo el mismo proceso puedan culminar en matrimonio o en la formación de una familia.

La familia es un sistema, cuyos miembros están interrelacionados, siendo un sistema vivo y dinámico en constante transformación (Rojas, 1998, p.13). De esta manera se infiere que a través del sistema familiar se transmite la cultura y comunicación de una generación a otra, siendo esta misma la que dinamice la relación e interacción dentro y fuera de dicho sistema.

A lo largo de este desarrollo se van introyectando las normas, rituales familiares, reglas, modos de comunicarse y roles. (Wynne, citado en Sandoval, 2000 p.9). Menciona que “Tomando como agente causal a la familia de origen y para mantener vigentes las lealtades en este grupo, cada integrante desempeñara un rol, ejecutándolo en sus procesos relacionales a nivel familiar”. De este modo el autor hace referencia a las complejidades que se suscitan dentro de la familia y como cada integrante de la misma, va adoptando roles de acuerdo a la situación que se presente.

Es importante mencionar que la concepción que se tiene actualmente de lo que es la familia se ha ido modificando a lo largo de los años en esta búsqueda de adecuarse a los cambios sociales, al crecimiento de la población, el afrontamiento y la resolución de los conflictos; modificando la estructura familiar.

La familia es vista como un sistema en el cual cada miembro se encuentra en constante transformación tanto de manera individual como familiar y con una tendencia al crecimiento, pasando por etapas tales como: nacer, crecer, reproducirse y morir. Por tal motivo es un sistema cambiante, vivo y dinámico, en el que existe una interrelación de necesidades y una continua influencia de unos sobre otros.

Sandoval (1988) menciona la función vitalicia de la familia y sus miembros:

Para toda función vital es necesario que existan y coexistan dos entidades que se complementen en su necesidad de creación y procreación. La soledad absoluta, sin una fuente de inspiración que es el otro, no lleva si no al retraimiento esquizoide, al autismo, negación y muerte. p.42.

Con esto queda claro, que el ser humano funda una familia porque necesita de alguien que satisfaga sus necesidades de creación y procreación.

Las familias pasan, para su formación, por diferentes etapas, tales como el noviazgo, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, la escolaridad y la adolescencia en donde estos pasan a formar su propia familia, los padres se convierten en abuelos y de esta manera el ciclo continúa.

El cambio de una etapa a otra trae consigo distintas pautas en la familia, cada una de ellas con cambios, algunos dolorosos y otros agradables debido a las características y necesidades. Durante estos cambios, la familia necesita flexibilidad y capacidad adaptativa, así evita el estancamiento aceptando la realidad por la que pasan, lo que hace posible el crecimiento.

Sin embargo existen algunas otras familias que impiden tal crecimiento, ya que los cambios en la relación se llegan a percibir como una amenaza, como en el caso donde un miembro de la familia sufre un ACV y la familia se acopla a él y a la dinámica familiar. Ante la posibilidad que el miembro con ACV mejore en su problemática esto va a desequilibrar a la familia y a su estructura, debido a q cada quien ya cumple con un rol, el cual, consta en el cuidado del miembro con ACV, por lo tanto, se busca mantener el rol de sujeto enfermo que genere homeostasis o equilibrio familiar. (Bateson citado en Sakruka, 2004 p.7.) Menciona que “la familia necesita de la presencia de uno de sus miembros con un síntoma para mantenerse en su homeostasis familiar”. Con lo anterior se infiere sobre la necesidad de la familia por mantener su estabilidad a través de un miembro enfermo que la puede proporcionar.

Las familias, al aceptar y ser conscientes de sus procesos naturales de crecer o evolucionar a través del tiempo, toman de una mejor manera los cambios y las

necesidades que se presentan en cada una de las etapas del ciclo vital, y puede llegar a organizarse de una forma distinta.

Es importante señalar que en la familia se dan relaciones de interdependencia, como institución social por excelencia constituye un área de desenvolvimiento social y es el primer grupo de referencia del que disponen los individuos.

Desde un punto de vista biológico, se define a la familia como la vida en común de dos individuos de sexo distinto con el propósito de reproducción y conservar la especie. Desde el punto de vista psicológico, las relaciones familiares han sido consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad; Brinda afecto y seguridad emocional a través de la compleja red de interrelaciones que se establecen entre sus miembros. Como lo explica (Freud, citado en Dolores 1988 p. 29). Mencionando que: “La familia ha de ser estudiada como generador de la personalidad del individuo, enfatizando la importancia de las experiencias infantiles en los primeros años de vida de las personas”. De este modo el autor hace énfasis en la teoría del psicoanálisis para explicar la personalidad del individuo.

De igual forma (Bowly y Spitz citado en Sakruka, p. 31). Mencionan que: “La familia juega un papel importante desde el momento en que se forma el individuo y en su proceso individual, hasta llegar a formar su propia familia la cual servirá como apoyo el resto de su vida”. Dichos autores aluden a la importancia de la familia como generadora de la individualidad de cada integrante.

De esta forma, los autores antes mencionados, a pesar de la diferencia de términos y percepción utilizados, coinciden y confirman la importancia del núcleo

familiar para conseguir un desarrollo normal del individuo, tanto del punto de vista psíquico como físico. En este caso durante y después del proceso de rehabilitación de un ACV.

2.1.1 Tipos de familias

Cada familia tiene sus distintas características individuales que le hacen ser única ante los demás; sin embargo se consideran dos tipos de familias: la familia nuclear y la familia extendida las cuales se presentan a continuación:

La familia nuclear: se encuentra integrada por padre, madre e hijos; es una estructura completa a nivel familiar.

La familia extendida: es aquella formada por los familiares de los padres, como abuelos paternos, maternos y otros familiares cercanos. Por su magnitud y relaciones entre sus integrantes trae consigo conflictos, sin embargo llega a tener ventajas como apoyar a un miembro cuando este se encuentra en crisis, como es el caso del fallecimiento de un familiar en el que alguno toma la tutoría y el cuidado de los hijos. La función de la familia extendida es importante en los siguientes aspectos:

- En el caso de la muerte de algún miembro de la pareja, al quedar uno de ellos viudo se refugia y busca apoyo en la familia extendida, en donde es el auxiliar en el cuidado y desarrollo de los hijos.
- En el caso de una madre soltera, la familia extendida da el apoyo estableciendo condiciones en la educación de los hijos y al hacerse cargo del sostén.

Al mencionar los tipos de familia es importante hacer hincapié en que cualquiera de las dos antes mencionadas trataran de buscaran adaptar sus necesidades a las situaciones q se presenten. Es así como (Satir, citada en Rojas, 1999 p.37). Hace referencia a que “Las familias nutricias; son aquellas que, tienen normas flexibles y adaptadas a las necesidades de las diferentes etapas evolutivas, por lo cual para estas familias lo primordial es disfrutar de sus relaciones familiares”. De este fragmento de la autora y los puntos antes vistos, se puede decir que las familias tienen la capacidad de evolucionar y transformar su propia realidad a partir de conflictos que muevan al o perturben sus relaciones familiares.

2.1.2 Funciones de la familia

La familia es el fundamento de toda sociedad construida, indispensable para el logro del bien común; aparece como la unión más natural y necesaria para la comunidad siendo además anterior a cualquier otra institución.

La función de la familia se percibe de diferente forma, tanto por los padres como por los hijos. Desde la perspectiva de los hijo, esta es un contexto de desarrollo y socialización en la cual se aprende a ser adulto y a vivir en convivencia con los demás; desde la perspectiva de los padres, es un contexto de desarrollo y de realización personal ligado a la adultez humana, la individualización y a las etapas posteriores a la vida.

Exponentes de la escuela de terapia familiar experiencial hablan de la experiencia del individuo dentro de la familia. (Whitaker, citado en Sakruka, 2000

p.35). Señala que: “Solo cuando la persona mantiene su individualidad o separación puede logara relacionarse íntimamente.” De esta manera se puede situar al integrante de la familia como un ser individual que busca su madurez y desarrollo.

Son diversas las funciones que la familia realiza ya que dicho sistema es un escenario donde los integrantes se estructuran como personas adultas en base a experiencias y relaciones mutuas, en donde experimentan niveles de bienestar psicológico frente a conflictos y situaciones estresantes, como en la convivencia con un miembro que sufre de un ACV.

De igual forma otra función de la familia es que es un escenario de acción en donde se aprende a afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión reproductiva. Es el lugar en donde se encuentran múltiples oportunidades para madurar y desarrollar los recursos personales, además de ser el lugar en donde se encuentra el empuje motivacional para afrontar el futuro.

La familia es el fundamento de la vida social y es en este seno en donde se conforman los cimientos de la persona. (Almazán, 1999). En este escrito se entiende que la familia es un núcleo y el principal vehículo de trasmisión de la cultura.

2.1.3 La familia: ¿Funcional o disfuncional?

El ser humano no nace sabiendo ser padre o madre, simplemente cuando los hijos llegan se encuentran con lo difícil que es su labor. Comúnmente se escuchan frases como: ¡ahora entiendo a mi madre! Es ahí cuando las personas al convertirse en

padres, comienzan a valorar los esfuerzos realizados por ellos, aceptan sus limitaciones y falta de recursos. De esta manera dichas reflexiones sirven para dejar a un lado los resentimientos y conflictos internos no resueltos y comprender algunas de las actitudes que tuvieron los progenitores, además de facilitar las relaciones con la familia de origen, lo que lleva a un mejoramiento para lograr una familia funcional.

Hay familias disfuncionales o conflictivas y familias funcionales. Las familias conflictivas están sujetas a reglas rígidas e inalterables, teniendo una comunicación indirecta, vaga o incluso inexistente. Según (Satir citada en Rojas, 1999 p. 37). Dice que: "La comunicación que se da en la familia disfuncional o conflictiva puede llegar a ser caótica, en donde todos hablan a la vez, se interrumpen unos a otros y nadie escucha a nadie." Es por ello que lo anterior se considera como un impedimento para la resolución del conflicto al no ver una vía de comunicación alterna.

Por otra parte la familia funcional cuenta con normas flexibles y adaptadas a las necesidades de las etapas evolutivas. Autores de la teoría sistémica mencionan la definición de familia funcional y dan ejemplo de lo que debe ser dicho sistema

Macías (1974) autor importante de la teoría sistémica define a la familia como:

Una familia funcional es un sistema abierto en donde los miembros se comunican entre sí, hay un intercambio de información dándose la retroalimentación positiva, en donde, lo que sucede a uno de los integrantes afecta a todos los demás y afecta al equilibrio que mantienen hasta ese momento. (p. 4)

Los integrantes de la familia suelen relacionarse por lazos intensos, duraderos derivados de experiencias pasadas, roles sociales, apoyo, necesidades mutuas y expectativas. La homeostasis familiar es un término utilizado para hacer referencia al equilibrio en el sistema familiar, realizando un giro cuando la posición o situación se

encuentra en desequilibrio y volviendo, de esta manera, a la búsqueda de un equilibrio constante. Por lo tanto, cuando una parte del sistema se encuentra amenazada por un problema; la retroalimentación de esta lo regresa a la posición inicial.

Jackson (1957) habla precisamente sobre el término de homeostasis familiar:

Homeostasis familiar es el término para describir mecanismos y sistemas patológicos. Estos son aplicados a la familia, ya que explica la función del enfermo o persona sintomática para mantener, mediante su conducta, la estabilidad y asimismo como ante una crisis, todas las fuerzas tienden hacia una situación de equilibrio familiar. (p.44).

Con lo anterior podemos inferir acerca del equilibrio que la familia debe mantener para funcionar ante una situación de crisis.

Para que el sistema o la familia funcionen debe contar con ciertas características como las que señalan a continuación:

1. Conexión y compromiso entre los integrantes del sistema como una sola unidad que se apoya y se cuida mutuamente.
2. El respeto mutuo en la pareja, el apoyo y la participación equitativa del poder y las responsabilidades.
3. La comunicación dentro del sistema, debe ser abierta, con claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y diversidad de expresiones emocionales y respuestas que manifiesten empatía.
4. Recursos adecuados para el sustento económico psicosocial en las redes familiares y amistades, en los sistemas comunitarios y los sociales generales.

Para los sistémicos el término familia o sistema es completamente el mismo y es así como el autor Bertalanffy (1969) definió a un sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí y menciono que dicho sistema realiza funciones específicas necesarias para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran. De forma se considera la similitud entre los termino familia y sistema.

La capacidad de la pareja de resolver los problemas y de contar con una comunicación clara y directa mantiene una relación razonable, libre de proyecciones y programas incompatibles; se basa en las necesidades psíquicas de los individuos, los comportamientos reflexivos que traen consigo de sus familias de origen, la evolución de la dinámica conyugal y el estado de desarrollo marital.

Ver a la familia como funcional o disfuncional dependerá en su totalidad de las circunstancias que viven en un cierto momento o etapa evolutiva, como cuando uno de los hijos entra en la etapa de adolescencia o los padres cruzan por la etapa de la menopausia y andropausia, lo cual ocasiona un desequilibrio en el sistema generando conflictos dentro de la familia. Esto no significara que una familia sea disfuncional propiamente, sino que representara un cambio ante el cual, el sistema familiar se tendrá que ir adaptando para volver al equilibrio inicial.

Sandoval (1991) dice que las familias conflictivas pueden llegar a ser familias funcionales, ya que cuentan con la capacidad de evolucionar y de esta manera transformar su propia realidad. Esto nos hace suponer que cualquier familia en situación de crisis, pueden llegar a ser una familia funcional; incluso si dicha familia tiene un miembro que sufre de ACV.

El tema que nos ocupa, la familia con un miembro que sufre de ACV. Es percibida como familia disfuncional, ya que debido al conflicto o problema por el que la familia atraviesa, y el tiempo de recuperación que este miembro requiere es un tiempo en donde se presentan crisis dentro de la familia, sentimientos de culpa, enojo, etc. Generando temores entre los miembros e imposibilitando la comunicación y en ocasiones el apoyo dentro de la misma.

Este tipo de conflicto además de ser médico, tiene un gran tinte psicológico, ya que es aquí en donde entra la familia y debe ser resuelto dentro del mismo sistema, aunque es necesaria la ayuda profesional especializada como la de médicos, terapeutas físicos y terapeutas de familia para la resolución del conflicto.

2.1.4 Sistemas relacionales en la familia

Para empezar debemos empezar a definir lo que es un sistema relacional y según Parson, (1955):

“Es un conjunto formado por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado en una unidad, va seguido por cambio en las otras unidades; este va seguido de nuevo por un cambio en el estado en la unidad primitiva modificada, y así sucesivamente”(p.135)

Al mencionar que la familia está formada por una o más unidades hace suponer que el sistema familiar, seguido de un cambio en su estado se modifica y se amplía hasta ser una red de relaciones sociales.

La familia es un sistema relacional que conecta al individuo con el grupo amplio llamado sociedad. Para Andolfi (1997) la familia es un: “sistema relacional, lo que implica verla como un todo orgánico que supera y articula entre si los diversos

componentes individuales” (p.18). El autor explica que los diferentes componentes individuales y la relación que se genera entre ellos forman una unidad compleja.

El sistema familiar está compuesto por diversos subsistemas: el conyugal, formado por ambos miembros de la pareja, el parental constituido por padres e hijos y el fraterno formado por los hijos. Cada uno constituido por sistemas personales o *individuos*, de modo que todos, por ser sistemas vivos, pasan por el ciclo de desarrollo normativo: nacen, crecen, se desarrollan y mueren.

La familia ajusta y modifica su estructura al entrar en contacto con los *supra sistemas* en que participa: por ejemplo la escuela, el trabajo, etc. Lo que influye en las reglas de la familia, valores y creencias que modifican al grupo familiar en su dialógica y función.

Una familia saludable está constituida por una red de relaciones del tipo dialógico más que de una función. (Boszner, 2001, p.20). Considero esta parte importante, ya que ciertamente el sistema familiar y los supra sistemas indispensables son para la rehabilitación no solo del miembro con ACV.; sino también del sistema como tal.

Por ser la familia un sistema activo, aparecen tensiones generadas de una etapa a otra, causadas por la crisis que en ese momento se esté experimentando dentro del sistema. Todo cambio requerirá un proceso de ajuste y adaptación a las condiciones externas e internas de la familia que se regularán para la estructura saludable.

Existe un proceso que lleva a convertir a un miembro de la familia en el “chivo expiatorio”, en este caso es el miembro con un ACV. Se denomina a laguna persona en su papel de objeto y producto de la acción de los demás integrantes de la familia.

(Bateson citado en Sakruka, 2000 p.24) menciona que “la familia necesita de un chivo expiatorio para poder funcionar”. Esto hace referencia a la presencia de algún miembro con algún síntoma para mantener la homeostasis familiar. Dicho autor denomina al enfermo o al miembro que tiene el síntoma como “chivo expiatorio”.

A continuación se realizara un análisis del sistema relacional de una familia con un padre que sufre de un ACV.

Cualquier miembro de la familia de objeto, en la red de sistemas relacionales, se encuentra en considerable desventaja. Está a merced de los patrones de necesidades internas del otro, campo motivacional fundamentalmente inaccesible a sus propias necesidades; llevando a las partes a mostrar mecanismos de defensa.

Dentro de los sistemas relacionales Bosznor, (2001) se menciona que:

Tal vez la manera de manera contraatacar consiste en convertir a los otros en objetos relacionales de sus necesidades y percibir selectivamente los aspectos de la transacción; pero el resultado puede ser una actitud mutuamente paranoide y defensiva de parte de ambos mandos.

La cita infiere que en todo sistema familiar y en sus relaciones, al verse afectados por situaciones o crisis, las partes involucradas dentro de su frustración pueden manifestar mecanismos de defensa que afecten al sistema de manera completa.

El “chivo expiatorio” tiene sus consecuencias, realmente es un rol difícil de desempeñar ya que pocos o nadie mantendría una situación de esa magnitud. Como lo menciona el autor el miembro de la familia deja de ser el mismo y comienza a realizar lo que los otros le ordenen, causando inseguridad y una actitud defensiva ante los demás. En el caso del sistema familiar, en donde el padre que presenta daño a nivel vascular o “chivo expiatorio”, el mismo sistema puede boicotear su intento de mejora pues considera que este se desequilibra al no tener quien asuma el rol de enfermo. De esta manera los miembros de la misma se ocupan y cuidan entre todos generando una homeostasis en ella. Por lo cual tratan de compensar la recuperación del padre enfermando a otro miembro de ella.

En dado caso de que la actitud del otro se perciba pronosticable, puede llegar a surgir una relación simbiótica y cada vez menos, una relación dialógica.

En la relación se va gradualmente conociendo uno al otro, de esta manera se le facilita a uno de los miembros poder predisponer las acciones o respuestas del otro a lo cual se convierten en objetos de un sistema de transacciones previsibles (Boszner, 2001, p. 10). Es decir; a medida de que se pierde la dialógica en la relación familiar los miembros del sistema se predisponen a actuar en función de lo piensan que el otro miembro va a decir o actuar.

A consecuencia de estas acciones pierden libertad de elección como individuos; de tal manera que se va haciendo imposible el dialogo entre los miembros del sistema de manera individual, ya que esta manera se logra comprender la posición, su propósito y los roles de interacción en el sistema relacional y familiar.

Esto nos lleva a suponer que en el caso de un miembro con daño cerebrovascular y la relación de familia de este se ve completamente afectada cuando se pierde por completo la comunicación o dialógica y se cambia por las funciones que se designen en torno a la crisis por la que estén pasando.

El autor (Catalana, 2003, p. 12). Menciona que: “En el proceso global de la rehabilitación, el tratamiento familiar se debe dar como continuación del diagnóstico médico. Y este enfoque de trabajo terapéutico se lleve a cabo con todo el conjunto y contexto familiar”. Es por ello que es importante conocer en su totalidad o la mayoría de todo lo relacionado con el ACV. Para que por medio de la relación familiar se brinde el apoyo necesario para una rehabilitación óptima.

2.2 ¿Qué son los accidentes cerebrovasculares ACV?

Un ACV sucede cuando se detiene repentinamente el flujo de la sangre hacia una parte del cerebro. Las células cerebrales necesitan el oxígeno y los nutrientes que se transportan en la sangre, de manera que cuando ocurre el ACV, estas células empiezan a morir en unos pocos minutos. Y como el cerebro controla muchas partes y funciones del cuerpo, los efectos de un ACV pueden ser generalizados.

El autor Bauby (2000) comenta que: “Cuando un individuo sufre un ACV puede cambiar la forma en que el cuerpo se mueve, cómo funciona la mente, e incluso la manera en que se expresa y se siente” (p. 15). Con lo anterior se hace mención sobre lo que el daño cerebral especificado como ACV puede ocasionar no solo de manera orgánica.

El ACV es una patología neurológica relevante en el adulto. Afecta principalmente a la población entre 45 y 65 años y la adulta mayor (mayores de 65 años) y es una de las primeras cinco causas de muerte en América Latina. Se presenta con un cuadro clínico agudo y con una incidencia de mortalidad, en el primer episodio de 20-30%. Aquellos pacientes que lo sobreviven tienen un alto porcentaje de quedar con algún tipo de discapacidad. A nivel mundial su incidencia es de 10 casos por cada 1000 habitantes en menores de 60 años, de 3 a 6 por cada 1000 habitantes y sobre los 65 años se eleva a 50 por 1000 habitantes.

Se menciona que en general: “La mortalidad es de 100 por cada 100.000 habitantes. En la mayoría de los países corresponde alrededor de un 20-30% de todas las causas de muerte”. (Catalán, 1999, p. 23). La cifra antes mencionada hace una aproximación a que un ACV es una de las causas de muerte más frecuentes hoy en día.

El accidente cerebrovascular o ataque cerebral es un tipo de enfermedad cerebrovascular, es decir, una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que riegan el cerebro. Anteriormente, el ataque cerebral se denominaba «apoplejía», un término que deriva del griego «plessos» y que significa golpear.

La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que cada año aproximadamente 795.000 estadounidenses sufren un primer accidente cerebrovascular o una recurrencia. Los que sobreviven pueden quedar paráliticos, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cuál haya sido la arteria obstruida y

durante cuánto tiempo quedó obstruida. La mayoría de los accidentes cerebrovasculares se producen en personas mayores de 65 años de edad. Aunque muchos de ellos se producen sin advertencia previa, existen ciertos síntomas físicos que pueden advertirnos que se está sufriendo un accidente cerebrovascular.

Un ACV afecta a las arterias del cerebro o a las que llegan al mismo. Lo cual produce la pérdida de movimiento del cuerpo; ya sea completa (hemiplejia) o parcial, (hemiparesia) producida por una lesión de una parte del cerebro que se debe a una hemorragia por ruptura de una arteria (apoplejía) o por un bloqueo sanguíneo (embolia cerebral) que impide la circulación en arterias del cerebro.

En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como: "*apoplejía*, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis" (Valdés, 2000, p. 7). Esto hace suponer que tiempo atrás ya se tenía conocimiento de tal afección. Muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica, por ello los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso.

Hipócrates (460 – 370 AC) fue quien reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el "inicio repentino de parálisis". (p, 12). 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 en día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular pueden salir del mismo con capacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud, ofreciendo a los pacientes y a sus familias algo que hasta ahora ha sido muy difícil de ofrecer: la esperanza.

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Wepfer, quien fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. (Wepfer, citado en Garzas, p. 35) en donde indico que: "La apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro". Así pues, la apoplejía vino a conocerse como enfermedad cerebrovascular "cerebro" se refiere a una parte del cerebro; "vascular" se refiere a los vasos sanguíneos y a las arterias.

La ciencia médica confirmaría con el tiempo las hipótesis de Wepfer, pero hasta muy recientemente los médicos podían ofrecer poco en materia de terapia. Durante las dos últimas décadas, los investigadores básicos y clínicos, muchos de ellos patrocinados y financiados en parte por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares National Institute of Neurological Disorders and Stroke – NINDS. (Palomino, 2002, ¶ 10) "Han identificado los principales factores de riesgo de esta condición médica y han formulado técnicas quirúrgicas y tratamientos a base de medicamentos para la prevención del accidente cerebrovascular". Quizás el acontecimiento nuevo más interesante en el campo de la

investigación del accidente cerebrovascular es la aprobación reciente de un tratamiento a base de medicamentos que puede invertir el curso del accidente cerebrovascular, si se administra en las primeras horas después de aparecer los síntomas.

Estudios con animales han demostrado que la lesión cerebral ocurre dentro de unos minutos después de ocurrir un accidente cerebrovascular y puede hacerse irreversible dentro de un periodo de solo una hora (Rivas, 2000, p. 3).

En los seres humanos, el daño cerebral comienza en el momento en que empieza el accidente cerebrovascular y a menudo continúa por días después de ocurrir el mismo. Los científicos saben ahora que hay una "ventana de oportunidad" muy reducida para tratar la forma más común del accidente cerebrovascular. Debido a éstos y a otros adelantos en el campo de la enfermedad cerebrovascular, los pacientes que sufren estos accidentes cerebrovasculares tienen ahora una probabilidad de sobrevivir y recuperarse.

La familia de un miembro con un ACV esta propensa a verse envuelta en problemas, de forma económica, social, laboral y emocional. Ya que este tipo de enfermedad no solo afecta a quien está dañado, sino también a los que lo rodean.

2.2.1 Causas del ACV

Los estudios indican que es más probable que se presente en las personas que tienen los factores de riesgo hereditarios, a causa de una mala alimentación e incluso a causa de situaciones estresantes dentro de la vida diaria.

Dentro los factores de riesgo se mencionan los siguientes:

- **Presión alta (hipertensión):** La presión alta, 140/90 o más, es el principal factor de riesgo para padecer un ACV, ya que esta afección puede debilitar y dañar los vasos sanguíneos.
- **Problemas con el colesterol:** Los problemas con el colesterol alto en la
- **Diabetes:** Las personas con diabetes son más propensos a desarrollar la enfermedad, puede interferir con la capacidad del cuerpo para deshacer los coágulos de sangre, haciendo que las personas con diabetes tengan un riesgo mucho mayor de padecer un ACV, en comparación con la población general.
- **Obesidad e inactividad física:** Tener sobrepeso o no practicar actividad física
- **Fumar:** El cigarrillo obliga al el corazón a trabajar con más fuerza y puede provocar presión alta
- **El uso de pastillas anticonceptivas:** Este riesgo es todavía mayor si tiene más de 35 años o si fuma.
- **Raza, edad y antecedentes médicos y familiares:** Algunos factores de riesgo están fuera del control de uno mismo.

Fernández (2008) dice que a medida que envejece el individuo, el riesgo de tener un ACV es más alto o en su defecto si otros familiares también tuvieron este problema. (p. 30). podemos observar como las causas de los ACV son diversas en los individuos.

2.2.2 Consecuencias del ACV.

La embolia cerebral puede causar infinidad de problemas motores y psicológicos y estos se presentan a partir de los 40 años, pero con mayor incidencia después de los 70 y su población es mixta.

En español, el (ACV) es conocido popularmente por nombres como: “infarto cerebral, trombosis, embolia, derrame cerebral, hemorragia cerebral, apoplejía, Ictus y enfermedad cerebrovascular. Mientras que en inglés es conocida como conocida como Stroke” (Valdez, 2000, p. 7). Cabe mencionar la distinción entre en el español y el inglés y sus diferentes términos.

Los efectos o consecuencias de un ACV varían mucho según la persona. Van desde leves hasta severos y pueden ser temporales o permanentes. Los cambios que se observen dependerán del lugar donde ocurrió el ACV, de la rapidez con que recibió tratamiento y si tuvo alguna complicación.

(Carrión, 2002) menciona que: “Los efectos de un ACV son más graves en los primeros días y semanas después de que se presenta” (p. 39).

En las secciones siguientes se describen algunos de los efectos más comunes.

- Pérdida de movimiento, fuerza o sensibilidad, es común que se presente debilidad y parálisis, por lo general en un lado del cuerpo, después de un ACV problemas para comunicarse: problemas para expresar las ideas después de tener un ACV.

- También es normal que confunda las palabras o tenga problemas para comprender lo que le dicen. El término general para describir estos problemas es afasia. Sin embargo, hay otros efectos del ACV que también pueden interferir con su capacidad para comunicarse. Por ejemplo, si los músculos que se usan para hablar o tragar resultaron afectados, es posible que el habla sea lenta, poco clara y difícil de entender.
- Problemas para pensar y recordar: son problemas para tomar decisiones o resolver problemas, probablemente las personas que sufren este tipo de daño se vuelvan olvidadizo o sienta que su memoria le está fallando.
- Cambios en el comportamiento, las percepciones y las emociones: Es posible que después de tener un ACV se genera tristeza, enojo o depresión por algún tiempo.

Es importante señalar que las consecuencias en el individuo dependerán del grado de afectación y en la parte del cerebro en la que se halla presentado. Estos son algunos tipos de consecuencias físicas de los ACV. Sin embargo las consecuencias más fuertes en el afectado y la familia son las psicológicas. Las emociones que se genera en el afectado van desde sentimientos de inferioridad, negación, culpa y tristeza.

La familia funge como rehabilitadora y apoyo principal que cubre las necesidades de los integrantes del sistema es por ello que Macías (1994) habla de las características que debe proveer la familia:

1. La familia provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual ligada a la identidad familiar

4. Estimula el aprendizaje y la creatividad
5. Es transmisora de valores, ideología y cultura.(p.12)

Una vez más se emplea a la familia como medio de rehabilitación para el paciente.

La rehabilitación del paciente como antes se mencionó, es sumamente importante, sin embargo de igual forma es necesario saber que disciplinas intervienen para que la rehabilitación del paciente con daño cerebral sea la óptima

2.3 Rehabilitación

Una familia se ve afectada cuando uno de sus miembros sufre de daño cerebral y adquiere una discapacidad. Inicialmente sufren muchos cambios en interior del sistema tanto en los roles que deben asumir, como del puntos de vista afectivo puesto que inician junto al paciente el dolor y sufrimiento que produce la discapacidad; sin olvidar mencionar la cadena de conflictos entre sus miembros.

Para comenzar a ahondar en la rehabilitación del paciente con daño cerebral, es indispensable en primer lugar saber cuáles son sus acepciones según la ONU (1990) la describe como: “Un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida”. (p. 10). Se menciona a la rehabilitación como algo que engloba aspectos más allá de lo orgánico. Para medicina, la rehabilitación es un término general para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma. Mientras que para la neuropsicología

(2000) en Revista de *Rehabilitación del daño cerebral* es el: “proceso en la atención sanitaria encaminado específicamente a restituir funciones cognitivas a quien sufrió un daño a las estructuras del sistema nervioso central”. (p. 15). Podemos observar que el significado no ha cambiado desde que se empleó en años anteriores.

Sin embargo la rehabilitación va más allá de aspectos meramente orgánicos y es ahí mismo, en el proceso global de la rehabilitación, en donde la familia tiene un papel relevante.

La familia en la parte rehabilitadora, aunque no merece un apartado definido y excluyente, forma parte directa o indirectamente y en más o menos protagonismo en los diversos niveles a restablecer de la persona afectada, por tanto, se trataría de potenciar la eficacia de la familia en su labor rehabilitadora. Esta función de la familia es una responsabilidad muy pesada de llevar a término porque además incrementa su carga según las características y gravedad del trastorno mental del familiar afectado, llegando en ocasiones a situaciones insostenibles.

Desde las primeras muestras de la presentación de la enfermedad del ACV. Se establece una respuesta familiar de desconcierto, de forma que en muchas ocasiones y en estos inicios confunden una situación de estado de alerta con un hecho circunstancial falto de importancia. La situación se agrava y la familia se va angustiando, costando encaminar la desorientación hacia la búsqueda del camino de la atención médica y psicológica, ya que no entra dentro de las posibilidades previstas o esperadas.

Desde el punto de vista de Rivas (2005) lo menciona así: “Aquí empieza la dureza del camino de cuidadores (la familia) que se deberá seguir y para el cual no se está preparado”. (p.3). Desde mi punto de vista la autora de dicha cita enmarca y hace énfasis en la dificultad que se vive ante el proceso de rehabilitación en la familia.

A este primer acontecimiento, frecuentemente sigue un largo tiempo de incertidumbre en espera de un diagnóstico claro y concreto. Aquí, la falta de información y la misma situación de desconocimiento aportan a la familia un aumento de su sufrimiento. En estos momentos la familia se da cuenta de que el hijo o el hermano o padre enfermo han cambiado, es otro, no responde a la imagen que anteriormente tenían de él. Tiene respuestas extrañas, no se levanta de la cama, no se preocupa de su cuidado personal, no hace caso de lo que se le dice, etc. La familia necesita información y necesita ayuda.

Con suerte la persona afectada empieza el tratamiento farmacológico, las visitas a los centros de salud mental, al hospital, etc. En donde los profesionales del área son los encargados de evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento óptimo para el afectado y su familia.

2.3.1 Disciplinas que intervienen (Grupo de trabajo)

Desde la Red de Salud Mental se van ofreciendo poco a poco los «grupos de apoyo» y se entienden como grupos socio terapéuticos liderados por un profesional y dirigidos a grupos reducidos de familiares. La duración de estos grupos es limitada

en el tiempo. Estos estudios de resultados llevados a cabo de estos programas evidencian su eficacia y muestran la finalización del conflicto, haciendo posible el inicio de la rehabilitación.

Cada vez más los profesionales creen en la importancia de estos espacios de dedicación a la familia dentro de la visita médica y psicológica del afectado, ya que la percepción y respuesta del entorno inmediato y también, las indicaciones que aporte el profesional provocan un intercambio muy positivo a incluir en la evolución de la enfermedad y en su rehabilitación.

Rivas (2005) dice: “En la rehabilitación hay un elemento básico a tener en cuenta que es conseguir una familia informada y en proceso de formación”. (p. 13). Este punto de vista es interesante, ya que es importante que la familia del afectado esté informada y acompañada por profesionales al recorrer el camino de la rehabilitación.

Los profesionales del área, para la atención de un ACV. Se complementa en cuatro áreas muy importantes las cuales son:

Medicina: en donde se diagnostica orgánicamente el daño causado al cerebro, sus consecuencias a nivel motor, del habla, de memoria, entre otros. Y es esta misma quien designara a que áreas de salud se canaliza al enfermo.

Terapia Física o fisioterapia: área de la medicina que comprende la aplicación de agentes físicos como: agua, luz, electricidad, calor, frío, así como ejercicios terapéuticos, es considerada como un tratamiento conservador. Su finalidad es recuperar el tejido lesionado, restaurar la función de los sistemas que han sido

alterados, reeducar el movimiento corporal humano asociado a la lesión, elevar el potencial remanente, prevenir y/o evitar lesiones recurrentes o futuras.

Terapia ocupacional o T.O.: Es definida por la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* (1968) como:

"El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales". (p. 123).

Esta definición se remonta a épocas anteriores y es una de las primeras que se dan a la terapia ocupacional. Por otro lado y recientemente, se define a la T.O. como: "La disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa" (p. 55. La traducción me pertenece).

Terapia psicología: Es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente, pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente. Con la terapia se busca cambiar lo antes mencionado, aprendiendo nuevas formas de pensar y afrontar las situaciones cotidianas; lo que se logra al mejorar la salud mental del paciente.

Las áreas que anteriormente se mencionaron son sumamente importantes a la hora de valorar, diagnosticar y dar un tratamiento a la persona afectada y cada una de ellas en común buscan en la persona afectada incrementar la calidad de vida, en su reintegración a las actividades de la vida diaria ya sea parcial o totalmente utilizando el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las

destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

En un trabajo coordinado con el equipo de rehabilitación se logra que el paciente disminuya algunos de los efectos adversos de la discapacidad. Esto se puede lograr con lo siguiente: Identificando los efectos adversos que la discapacidad produce en el seno familiar. Trabajando juntos para encontrar soluciones realistas. Participando en la educación y el asesoramiento familiar, de igual forma planificando el alta y la reintegración en la sociedad.

El cuidado de una persona con daño cerebral absorbe de tal manera que produce gran desestabilización en la familia. El simple hecho de la convivencia, puede producir situaciones difíciles entre los miembros de una familia, sobre todo por las dificultades de comprensión de algunos de ellos.

Arrollo (2003) menciona: “En las Asociaciones es muy necesario el «tratamiento familiar» como continuación del diagnóstico y enfoque del trabajo terapéutico a llevar a cabo en todo el conjunto familiar”. (p. 33). Esto es que más allá de una intervención meramente profesional, se necesita más aun de un acompañamiento familiar y que su relación implique un verdadero apoyo para la rehabilitación.

Especialistas como Gonzales y Arrollo, (2007) del área de rehabilitación mencionan lo siguiente: “Dentro de las instituciones vemos casos de familiares con un gran bloqueo emocional presidido por una angustia desbordante que necesitarían un abordaje psicológico urgente ante el desequilibrio generado por el problema al que deben enfrentarse con su familia”. (p. 50). Este párrafo infiere que después de

estudios realizados se encontró que se generaliza ante varias familias el desequilibrio ante situaciones detonantes como lo es un miembro con un ACV.

Dicho esto y abordando el proceso desde otro punto, vemos, en general, dentro de las instituciones, el crecimiento personal de las familias cuando se benefician del apoyo necesario en un momento dado, ahorrando de esta manera sufrimientos innecesarios y situaciones que van aumentando cada vez más el dolor familiar hasta enfermar tanto física como psíquicamente teniendo que recurrir al final a los servicios sanitarios correspondientes y a los tratamientos farmacológicos.

En este ámbito también la presencia de las instituciones en la comunidad creemos que es del todo necesaria, como complemento a las intervenciones profesionales nombradas. Asimismo, en dichas entidades se va instaurando espacios de formación a las familias dirigidas por profesionales.

La rehabilitación de las personas con ACV. Se alarga en el tiempo y la tendencia o el peligro a la cronicidad de la incapacidad que está siempre presente aunque el proceso disfrute de un buen resultado. Es por este motivo que las familias encuentran en las instituciones de salud, en específico en el área psicológica, un referente al crecimiento personal y familiar esto ayuda a mantenerse estables dentro del sistema. Entre muchas otras funciones los profesionales del área de salud mental ayudan en el proceso de conocerse a uno mismo, a obtener más información sobre la enfermedad y a clarificar las dudas que haya al respecto, a encontrar la comprensión de otras personas que sufren la misma situación y también a dar apoyo a los otros miembros de la familia.

Cuando se inicia un proceso de rehabilitación se piensa que un trabajo inicial es el de conseguir un ánimo extremadamente alto, para dar la fuerza y la motivación para conseguirlo. Partiendo de la base que el cuidador (la familia) ha de encaminar previamente su proceso hacia una estima personal. A partir de aquí se van adquiriendo aquellas aptitudes personales y familiares que hacen crecer y que además ayudarán a optimizar el proceso de rehabilitación.

De manera frecuente están presentes momentos o épocas muy ligadas a la desestabilización que padece el miembro afectado y la familia, aunque se intente ir superando estas situaciones; aprendiendo a poner la distancia suficiente para que se afecte lo menos posible, el desánimo llega a la indignación ante la evidencia de la falta de recursos socio sanitarios, económicos, de ocupación o de trabajo que realmente serían convenientes en el momento concreto en el que se encuentra en crisis el núcleo familiar.

Chilian (1988) menciona que:

“La deficiencia física y /o psíquica debida a lesión orgánica es un dato extraño al sistema familiar, soportado como una agresión del destino y por lo tanto acompañado de intensos sentimientos de rechazo o rebelión. Esta percepción es rápidamente asumida como propia por el disminuido, que se encuentra viviendo así como indeseable una parte de sí mismo” (Sorrentino, 1990, p.16).

Lo anterior refiere ese sentimiento de enojo y rechazo ante la crisis y nueva forma de vida a partir de la deficiencia que se suscita.

Por otro lado se aprende a evitar conductas inapropiadas y volviendo a los aspectos positivos que ayudan a la mejorar de la comunicación en la familia y es ahí cuando el proceso de rehabilitación vuelve a tomar su paso, la conveniencia de saber

poner límites, de dar el apoyo y la contención justa sin necesidad de sobreprotegerlos para así favorecer su autonomía, a instaurar el sentido del humor o el afecto como herramientas que puedan motivar el ir adelante en un momento determinado al familiar afectado.

Cabe mencionar que el miembro afectado por un ACV y su familia son los miembros más importantes del equipo de rehabilitación. Es por ello que: “Es crucial que exista una comunicación abierta y sincera entre el paciente, su familia y los miembros del equipo para garantizar el éxito del proceso de rehabilitación” (cabrera, 2010, p. 22). De este modo podemos inferir que las relaciones y la comunicación familiar son rehabilitadoras de cualquier proceso que se viva.

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1 Presentación

En el presente documento se describe la metodología que se utilizó durante el proceso de investigación, que permitió conocer el impacto que tiene la familia en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular. Es importante mencionar que el presente reporte es una investigación que sigue un método, para ello se cree necesario que el lector considere los términos más importantes para comprender lo que el investigador desea dar a conocer. De acuerdo a Sampieri (2010), define a la investigación como: “Un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (p. 4). En este contexto la sistematización de la información se daría a conocer desde una perspectiva científica, siguiendo paso a paso cada procedimiento para lograr concentrar la información más importante.

Para iniciar se presentan a continuación los supuestos hipotéticos que guiaran en gran parte el proceso de la investigación.

3.2 Conceptualización de variables

V1: La relación familiar: El sistema familiar, por medio de sus relaciones, es un factor indispensable en la vida de sus miembros, debido a que en ella se desarrollan diversos conocimientos tales como: los valores, las tradiciones y la fortaleza que se transmiten de generación en generación. Dentro de este sistema se crean lazos afectivos, de comunicación y sostenimiento que componen esa familia y que son vitales en los procesos de crisis que puede haber en el sistema, generando en cada

uno de los miembros las herramientas necesarias para crear y definir su personalidad (Rojas, 1998, p.13).

V2: Rehabilitación: Es la acción de habilitar de nuevo a alguien o algo a su antiguo estado, encaminado específicamente a restituir funciones cognitivas o motrices a quien sufrió un daño en estructuras del sistema nervioso central con miras a que la persona recupere su funcionalidad social, laboral o integral. (Gonzales y Arrollo, 2007).

3.3

Descripción de la metodología

En toda investigación es importante tener claro un porque y como de la misma, para ello es necesario optar por un método, así como el tipo de investigación a utilizar, según las necesidades del estudio.

El paradigma que se utilizó en la metodología de la presente investigación, es mixto, es decir se optó por usar el método cualitativo y cuantitativo simultáneamente para tener una amplitud, una profundidad y una riqueza interpretativa de los datos.

Tal como lo menciona Sampieri, (2008) en donde dice que:

“Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y Críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como integración y discusión conjunta que, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (p.546).

De esta forma y utilizando los dos métodos, en primer lugar podemos mencionar que el enfoque cualitativo (CUAL); descrito por Sampieri, (2008) como la: “Recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (p. 7). En donde se infiere hacer registros y análisis del fenómeno, utilizando aspectos de tipo inductivo para explorar dicho fenómeno a profundidad y ampliamente. En tal enfoque la observación, interpretación y el análisis realizado serán descritos por el propio participante en conjunto con el investigador. Cabe mencionar que la interacción de este con el investigador juega un papel preponderante para la investigación cualitativa.

De la misma forma y no menos importante, el uso del enfoque cuantitativo (CUAN), descrito por Sampieri, (2008) como la: “Recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 4) aporta a la presente investigación elementos cuantificables y objetivos, mismos que se comparan con los datos cualitativos para tener una mayor confiabilidad. Esta multiplicidad proporciona datos enriquecedores.

El tipo de investigación de este método es de carácter descriptivo, en donde se busca especificar las propiedades, características y procesos del fenómeno en cuestión; es decir únicamente se pretende recoger información de manera conjunta entre las variables. Así mismo, el diseño de dicha investigación es de tipo no experimental, ya que solo se observan los fenómenos y las partes interactuantes para posteriormente ser analizados.

Dentro de la metodología se utilizó un diseño de tipo no experimental, ya que como lo explica Sampieri, (2010): “La investigación no experimental es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149). El diseño fue escogido mediante las características que la población a estudiar ya presentaba.

El estudio es de alcance transeccional, ya que tiene como propósito recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. (Sampieri, 2010, p 151). El estudio se basó en este tipo de investigación para describir variables y analizar su incidencia en un momento dado.

Los propósitos de la investigación de tipo mixta son: la *triangulación* de los CUAN y CUAL, para corroborar y confirmar los resultados, la *complementación* de las variables para obtener una visión más comprensiva del planteamiento del problema, la *contextualización* del tema a investigar con la finalidad de proveer al estudio de un contexto amplio que permita generalizarse y tener validez externa. De igual forma, la plena *mejora* que permitirá consolidar las argumentaciones provenientes de la recolección y análisis de los datos por ambos métodos.

Una característica de este enfoque y esta investigación, es que los estudios se realizaron en la Unidad Básica de Rehabilitación (UBR). Institución que se caracteriza por ser un ambiente natural, lo cual permitió recabar la investigación durante un periodo aproximado de 9 meses; iniciando en septiembre del 2012 y finalizando en junio del 2013.

3.4 Población y muestra

Para la elaboración de la presente investigación, se consideró de gran importancia la participación de personas con características propias para el estudio. Por lo tanto es no probabilística.

Dicho tema está dirigido y toma como muestra de población a aquellas familias que cuentan con un miembro que ha sufrido de un Accidente Cerebrovascular, los cuales acuden a la UBR en su proceso de rehabilitación hacia una mejor calidad de vida. Se obtuvo una muestra representativa de la población: 2 hombres y 2 mujeres con las siguientes características establecidas para la investigación: (edad entre los 35 a 60 años,) que presenten daño a causa de un accidente cerebrovascular con quienes se trabajó directamente y se aplicaron los instrumentos de medición que ayudaron a obtener resultados respectivos al tema en cuestión.

Se consideró que de esta población la muestra obtenida es representativa, por consiguiente se generalizaron los datos obtenidos en la investigación a la población general que acude a la institución.

De igual forma se toman como referencia para esta muestra de población variables psicosociales como la cultura de la familia, su religión y el contexto familiar (relaciones afectivas).

Objeto de estudio	Población	Muestra	Porcentaje %
Hombres que sufren de un ACV	2	Todos los hombres	100
Mujeres que sufren de un ACV	2	Todas las mujeres	100

Tabla 1: población general, Unidad Básica de Rehabilitación Huejutla Hgo.

Esta muestra se eligió debido a la disponibilidad y participación de los integrantes, lo cual nos permite comprender y analizar la implicación de las relaciones familiares en la rehabilitación de un miembro con un ACV desde el punto de vista del investigado y su familia, quienes son los que viven este proceso.

El tipo de muestra será no probabilística; ya que la elección de los elementos no depende en su totalidad de la probabilidad, si no, de causas relacionadas con la investigación. De esta forma, no se determina bajo instrumentos de medición y de acuerdo a lo que menciona Sampieri, (2010) define a la muestra no probabilística como un: “Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las característica de la investigación” (p.176). Con esto, se infiere que la muestra no depende de la probabilidad, ya que no pretende ser representativa.

3.5 Técnicas e instrumentos utilizados

Para la obtención de resultados en la presente investigación se utilizaron instrumentos con la finalidad de contar con una mayor confiabilidad.

Entrevistas abiertas:

Instrumento que nos llevó a obtener información de suma importancia para la investigación, la entrevista se aplicó a los individuos con características de un ACV. Estas preguntas son exclusivas y hacen referencia al entorno familiar, al proceso de rehabilitación, a los antecedentes y el desarrollo del ACV, considerando como un factor importante y de conocimiento previo. Esta entrevista se compone de varios rubros, los cuales son antecedentes neonatales previos al embarazo, factores orgánicos, antecedentes médicos. La entrevista es un instrumento sumamente útil, ya que en esta el entrevistador tiene la amplitud para y libertad para realizar preguntas o hacer intervenciones, lo cual permite la flexibilidad necesaria para hacer confirmaciones y conocer de una manera detallada diversos aspectos que mencionen los individuos elegidos. (Anexo A)

Encuesta:

Una encuesta es un estudio en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado. Dicha encuesta está conformada por 10 reactivos con opción múltiple dirigido a los familiares de las personas que sufren un ACV. Con la finalidad de conocer si la familia está inmersa en el proceso de rehabilitación del paciente. (Anexo B)

Instrumento de medición:

Instrumento cuantitativo que registra datos observables que representan los conceptos o variables que el investigador tiene en mente. Escala que busca recolectar información sobre el proceso de rehabilitación motora del paciente y la

relación que tiene la familia con dicha rehabilitación. Compuesta por 6 reactivos de respuestas opcionales, considerando el avance y proceso de la rehabilitación motriz del paciente. Los cuestionamientos son comprensibles y sencillos con el objetivo de obtener un panorama más amplio acerca de las características medibles y observables de las personas que sufren un ACV. (Anexo C)

Observación:

Para realizar una investigación, enriquecedora y a su vez para sustentar con bases sólidas, es necesario aplicar la observación naturalista, la cual es un método de investigación sistemática del comportamiento humano en ambientes naturales. Consiste en la observación planificada y organizada que ocurre en un lapso preciso y en un momento determinado, sin interferir en las actividades que se estén realizando. Por lo tanto dicha observación va dirigida hacia la población elegida que sufre de un ACV, esto con la finalidad de observar el proceso de rehabilitación y la implicación de la familia en el mismo. Se utilizó como base las variables en cuestión, utilizando un formato de vaciado (Anexo D). Es indispensable señalar que las observaciones se realizaron durante el servicio social realizado y durante el proceso de investigación dentro de la unidad Básica de Rehabilitación.

Estudio de caso:

Para obtener a detalle la información de la investigación, es necesario contar con un instrumento individualizado por lo cual se seleccionaron cuatro casos distintos a los cuales se les aplicaron los instrumentos anteriores. Según Sampieri, (2004) menciona que el estudio de caso: “analiza profundamente una unidad para responder

al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar la teoría (p, 180). Tal estudio de caso se conforma por los instrumentos antes descritos.

3.6 Cronograma

MES ACTIVIDAD	ENERO 2013	FEBRERO 2013	MARZO 2013	ABRIL 2013	MAYO 2013	JUNIO 2013
CAPÍTULO I Presentación del problema						
CAPÍTULO II Marco teórico						
CAPÍTULO III Metodología de la investigación						
CAPÍTULO IV Análisis de resultados						
CAPITULO V Entrega de tesis						

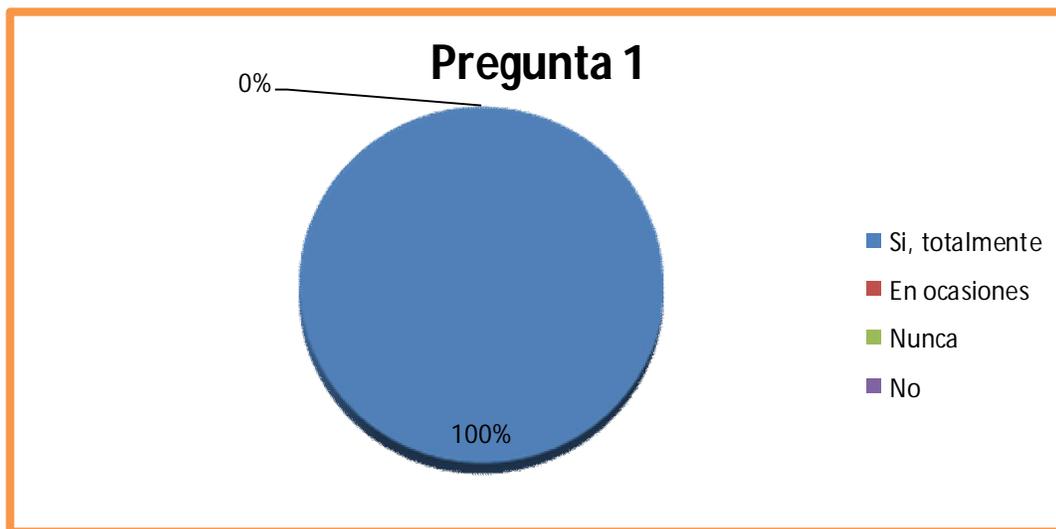
Capitulo IV: Análisis de Resultados

1.1 Interpretación de la información

1.1.1 Resultados de la encuesta aplicada a familiares de pacientes que sufren de un ACV.

A continuación se presenta la interpretación de los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los familiares de las personas que fueron seleccionadas en la investigación. Tales graficas fueron diseñadas de acuerdo a la respuesta otorgada por familiares, con la cual se pretende conocer el grado de atención que se le brinda al paciente en casa.

1. ¿Observó que su familiar presentó Debilidad o parálisis de un brazo, una pierna, o un lado de la cara o cualquier parte del cuerpo previo al ACV?

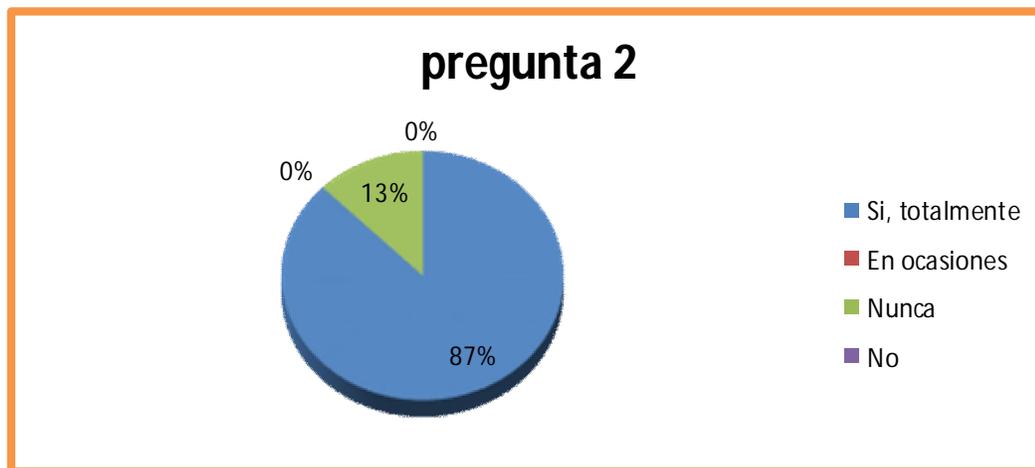


Gráfica 1. Muestra que porcentaje está de acuerdo ante el cuestionamiento.

Interpretación:

8 de las personas que fueron encuestadas menciona que su familiar presentó debilidad o parálisis en alguna parte del cuerpo.

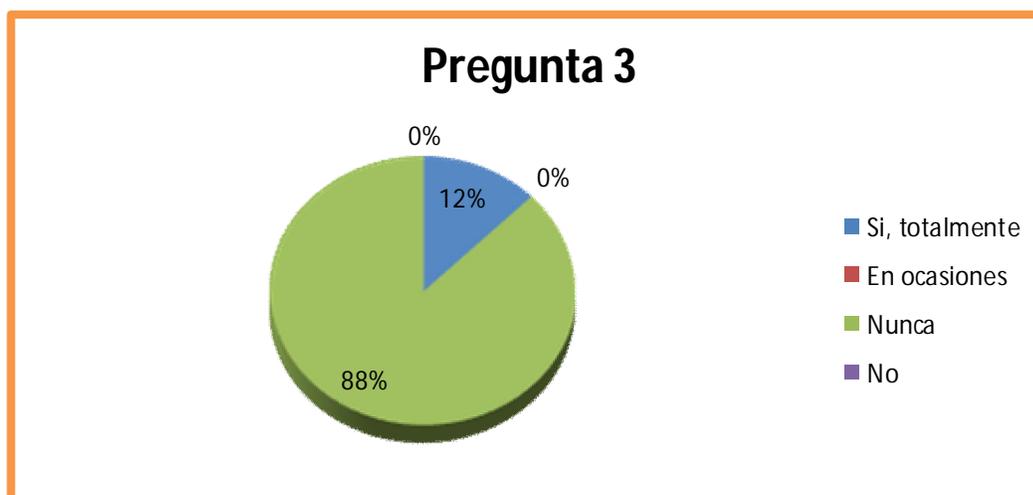
2. ¿Se percató Usted de los posibles cambios en la visión de su familiar afectado?



Grafica 2. Muestra porcentualmente la diferencia de respuestas entre familiares ante la atención prestada para el paciente afectado

Interpretación: 7 de 8 personas encuestadas se percataron de los posibles cambios visuales de su familiar afectado

3. ¿Observó en su familiar lenguaje mal articulado, incapacidad para hablar o entender el lenguaje y tuvo dificultades para escribir o leer?

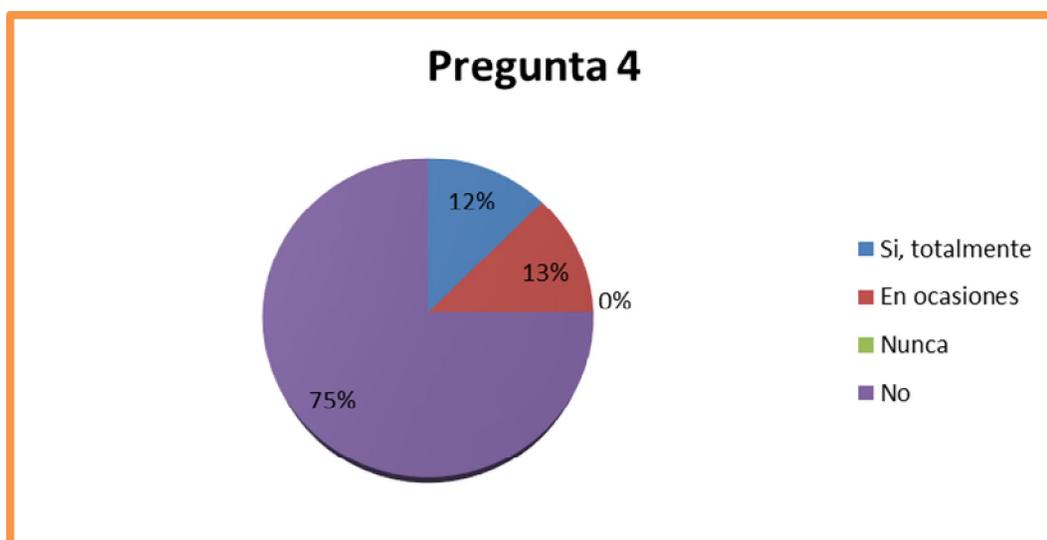


Grafica 3. Muestra cuantitativamente que los familiares nunca se percataron de la incapacidad para hablar de los pacientes.

Interpretación:

7 personas de las encuestadas mencionaron nunca observar lenguaje mal articulado o incapacidad para hablar, escribir o leer mientras que 1 persona si lo observo en su familiar.

4. ¿Usted en algún momento observo dificultad en su familiar para deglutir los alimentos o presentó babeo?

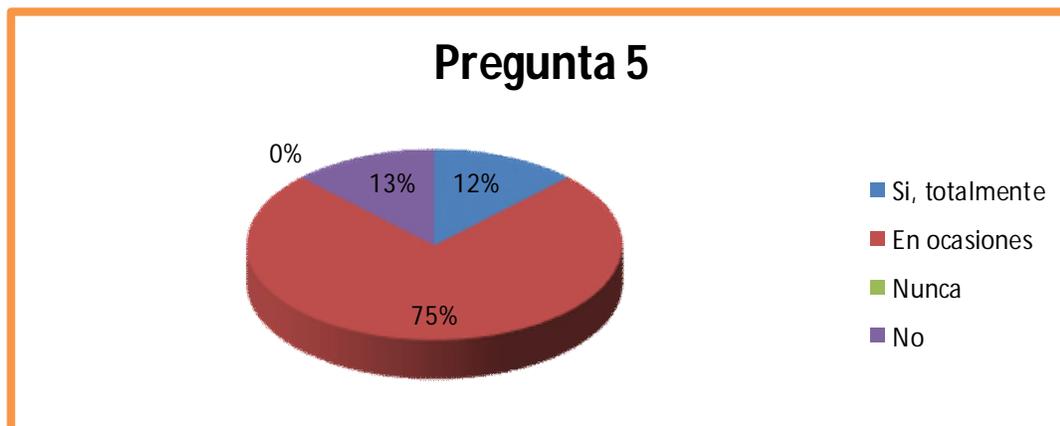


Grafica 4. El porcentaje mayor de los familiares observo que sus familiares no tuvieron dificultad en la deglución de alimentos.

Interpretación:

La dificultad para deglutir alimentos la observaron solo 2 personas, mientras que otra solo en ocasiones y las últimas 6 no la observaron.

5. ¿Su familiar presentó pérdida de memoria?

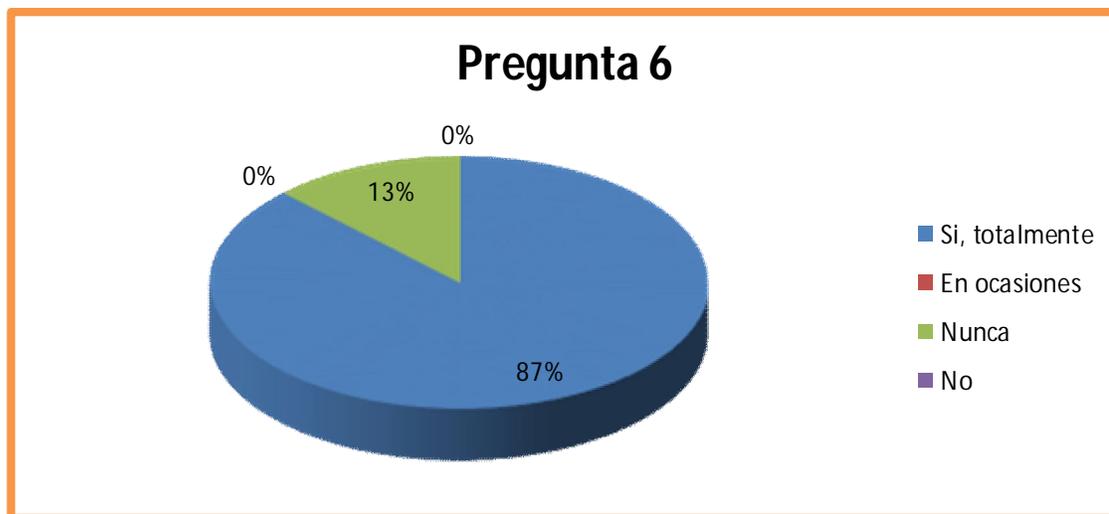


Grafica 5. Muestra que un alto porcentaje de los familiares se percataron de la pérdida de memoria que sufrieron las personas con ACV.

Interpretación:

6 personas mencionaron que en ocasiones se percataron que su familiar presentó pérdida de la memoria, mientras que otras 2 mencionaron no percatarse y si darse cuenta en su totalidad

6. ¿Usted ha acompañado a su familiar a sus terapias?



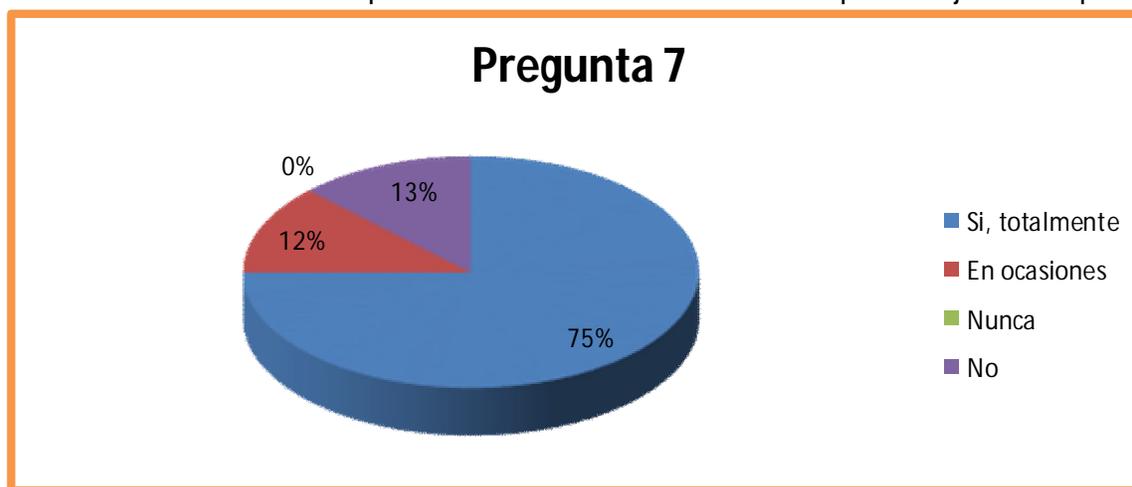
Grafica 6. Muestra a través de porcentajes significativos el tiempo que los familiares dedicaron para la rehabilitación de su familiar afectado.

Interpretación:

El 87 % que corresponde a 7 personas han acompañado en su totalidad a las terapias a sus familiares, mientras que 1 persona encuestada nunca ha estado presente en las terapias

7. ¿Usted considera que dedica el tiempo necesario a su familiar afectado?

Grafica 7. Se evidencia el acompañamiento de los familiares en un porcentaje alto a quienes

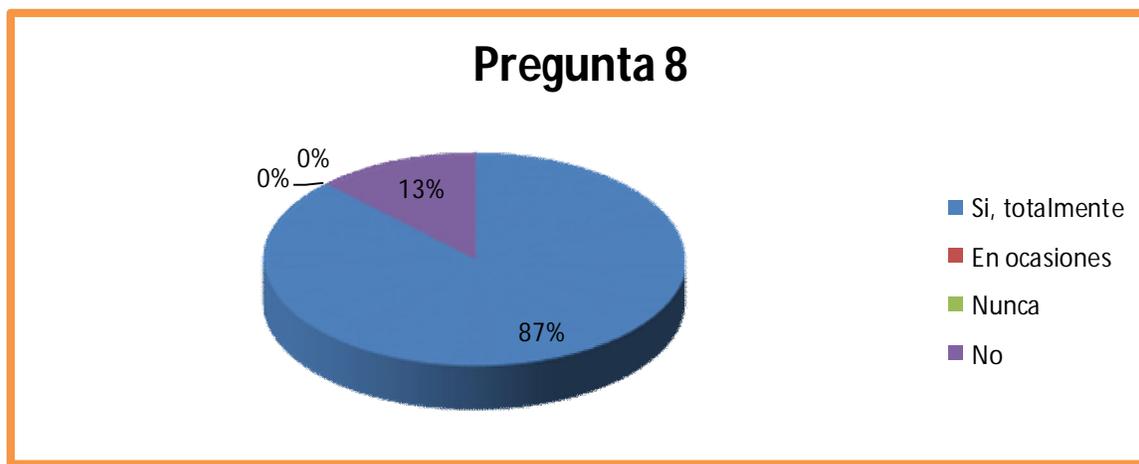


en su totalidad acompañaron a los pacientes.

Interpretación:

Se dedica el tiempo necesario al familiar afectado en un 75 % que corresponde a 6 personas, mientras que otras 2 mencionan que solo en ocasiones o que definitivamente no dedican el tiempo necesario.

8. ¿Considera que el apoyo que le brinda a su familiar ha sido el adecuado para su rehabilitación?

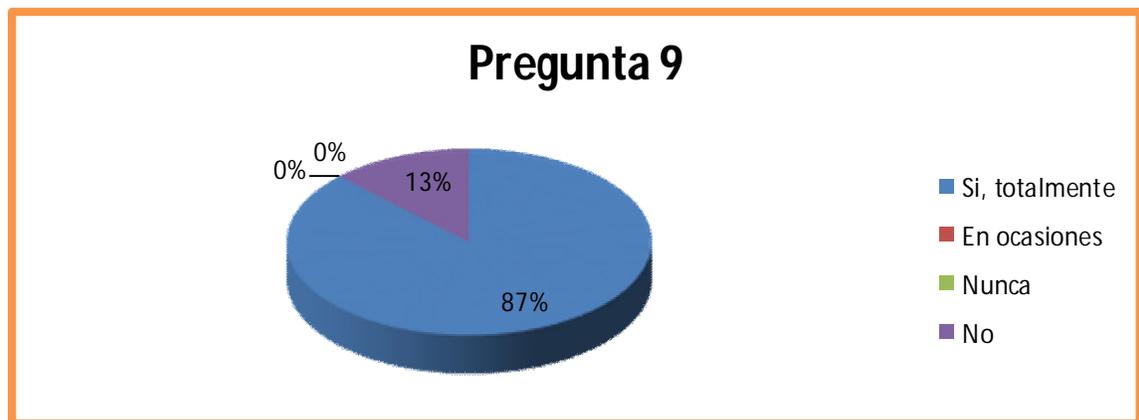


Grafica 8. Un porcentaje alto de los familiares encuestados opinan que el apoyo brindado ha sido totalmente adecuado para la rehabilitación

Interpretación:

7 personas consideran que el apoyo que han brindado a sus familiares ha sido el adecuado para su rehabilitación, mientras que 1 menciona que su apoyo no ha ido el adecuado.

9. ¿Ha notado algún cambio o avance en la rehabilitación de su familiar?



Grafica 9. Porcentualmente se muestran los resultados de la pregunta realizada

Interpretación:

El 87% que corresponde a 7 personas mencionan que han visto un avance en la rehabilitación de su familia, sin embargo existe 1 persona que no ha visto ese avance.

10. ¿considera que la familia es parte fundamental para la rehabilitación óptima de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular?



Grafica 10. Muestra el porcentaje total en un cien por ciento ante la pregunta realizada

Interpretación:

Las 8 personas a las que se aplicó la encuesta de 10 preguntas, consideran que la familia en su totalidad es una parte fundamental para la rehabilitación de personas que sufren accidentes cerebrovasculares

1.2 Estudio de casos

4.2.1 Caso 1

Entrevista a V

El paciente V se presenta para la entrevista, vistiendo un pantalón de mezclilla una playera a rayas color verde, cachucha y tenis. Complexión delgada, mide aproximadamente 1.70 m. tez blanca, 54 años de edad. Demuestra una actitud cooperadora y fluidez verbal.

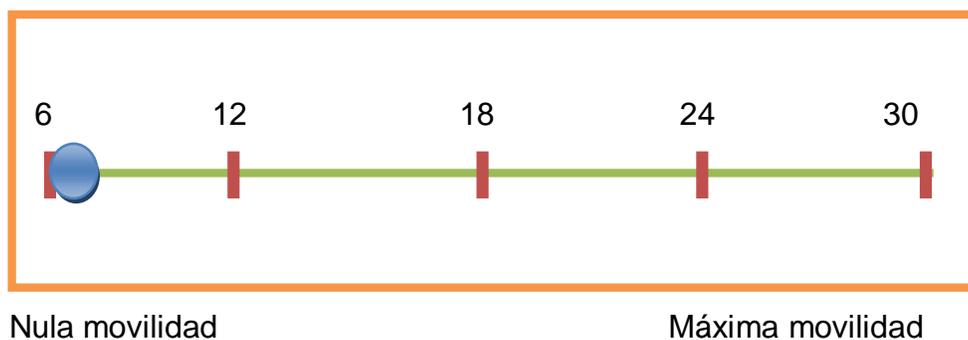
V menciona que el accidente cerebrovascular fue a causa de un infarto que tuvo años atrás y que desde entonces su vida a estado llena de obstáculos, de enojo, frustración y problemas a nivel personal, pero sobre todo a nivel familiar. Refiere que al inicio se sentía completamente torpe, que era como un bebe al que debían estar cuidando y atendiendo a todas horas. V vive con su esposa y tiene 2 hijos que ya son casados, en cuanto a la relación familiar, dice que la relación con cada uno es muy buena y están muy unidos a pesar de que vive separado de sus hijos. De igual forma V comenta que su esposa ha sido su apoyo para salir adelante con su problema al estar ahí y no dejarlo solo y sus hijos son su motor que lo impulsan a mejorar día con día. El paciente refiere que hoy en día se ve a sí mismo como un hombre afortunado por tener una familia que lo apoya y entiende a pesar de lo difícil que fue al inicio su problema. Menciona que es más independiente gracias a las terapias de rehabilitación

V presenta un estado de conciencia clara, orientada en tiempo espacio y persona. Sus procesos de pensamiento son coherentes, no se presentan alucinaciones visuales o auditivas.

Escala Manual Muscular de Rehabilitación en Terapia Física

Sesión 1

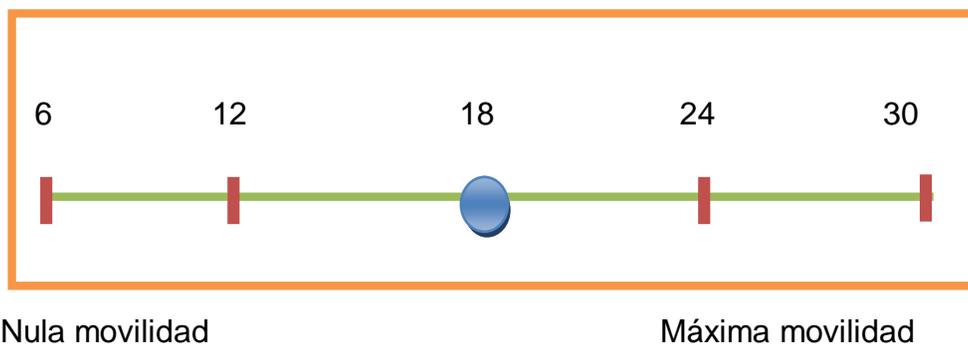
1. ¿Existe fuerza muscular en la extremidad dañada?



Interpretación:

De acuerdo a la prueba realizada, el examinado muestra el 0% por ciento de fuerza en la extremidad, lo cual indica nula movilidad.

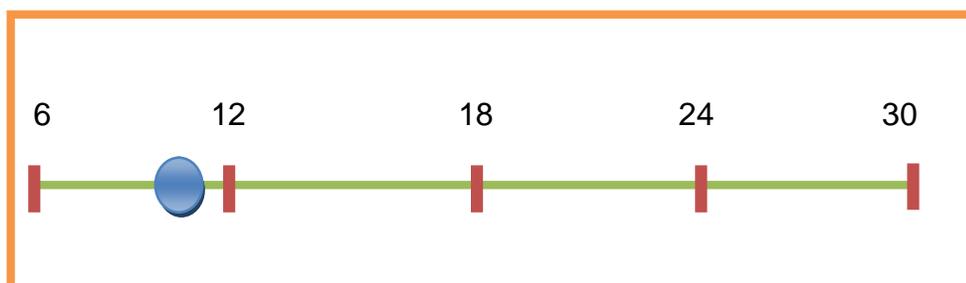
Sesión 20



Interpretación:

Es notoria la diferencia de fuerza que el paciente muestra, a comparación de la primera sesión, ya que en esta hay un 18% de avance en movilidad.

2. ¿El musculo dañado realiza alguna contracción palpable aunque no se evidencie el movimiento?

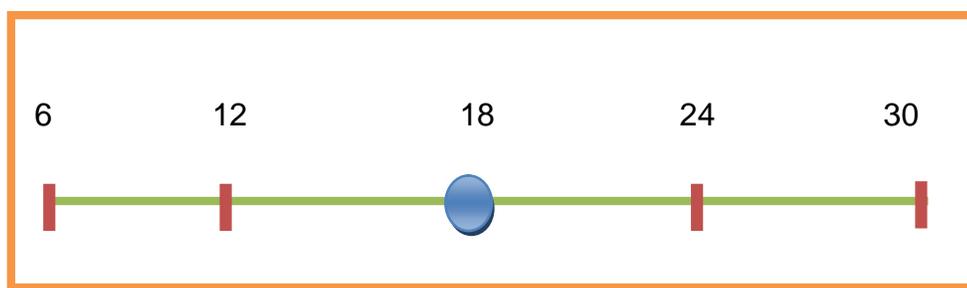
Sesión 1

Nula movilidad

Máxima movilidad

Interpretación:

Es palpable y se hace presente una ligera contracción en el musculo dañado de aproximadamente de 8%, lo cual refiere poca movilidad.

Sesión 20

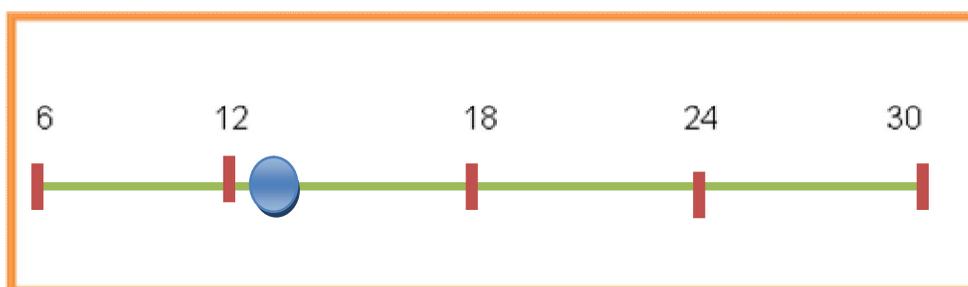
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Con el paso de las sesiones, se hace evidente la contracción muscular del paciente en un 18% a comparación de la primera sesión.

3. ¿El musculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se le libera del efecto de la gravedad?

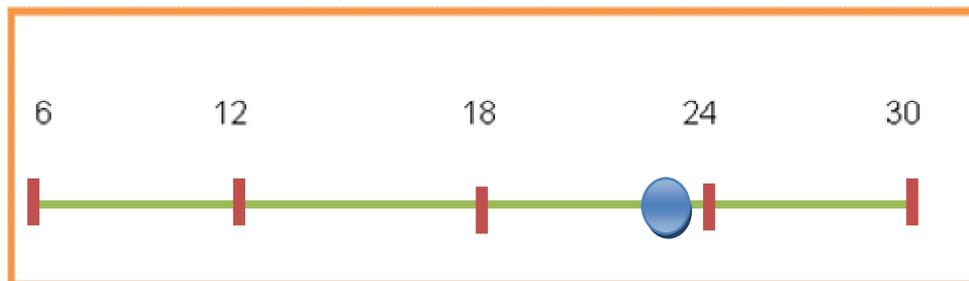
Sesión 1

Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

En la escala aplicada se observa que el paciente es capaz de realizar el movimiento de articulación de su extremidad una vez que se libera del efecto de gravedad, es decir, una vez que el terapeuta hace el movimiento del musculo.

Sesión 20

Nula movilidad

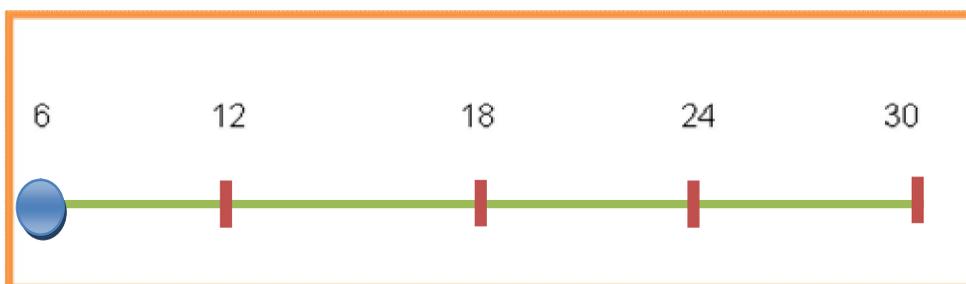
máxima movilidad

Interpretación

A comparación de la primera sesión, se puede observar en que el movimiento es mayor cuando se libera del efecto de gravedad.

4. ¿El movimiento del musculo es posible en toda su amplitud con resistencia manual moderada?

Sesión 1



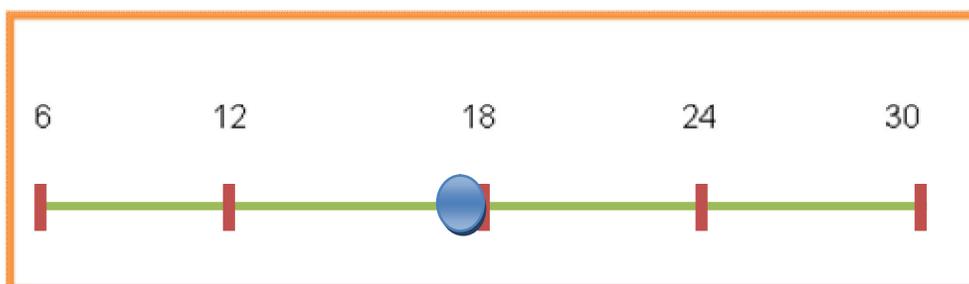
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar en la escala que el movimiento, aplicando una resistencia moderada es nulo.

Sesión 20



Nula movilidad

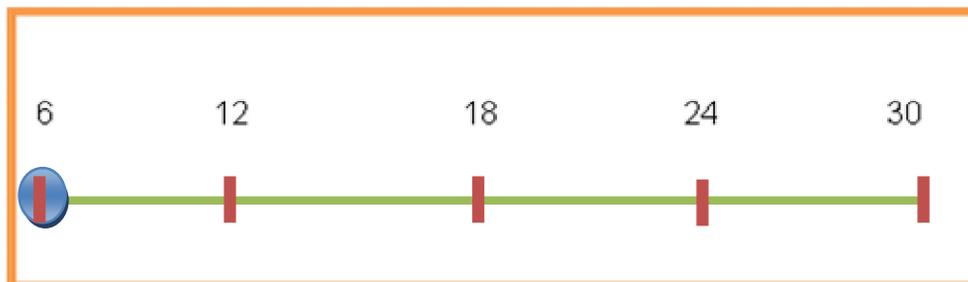
máxima movilidad

Interpretación:

La sesión número 20 se observa que ha habido un avance en cuanto a la movilidad con resistencia moderada.

5. ¿El musculo soporta una resistencia manual máxima?

Sesión 1



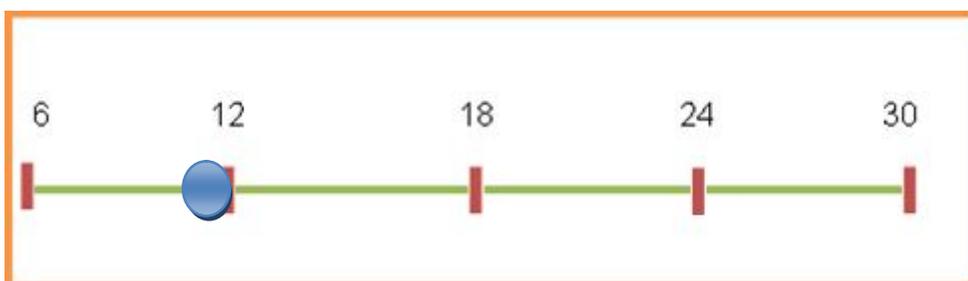
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar que el musculo del paciente dañado no soporta una resistencia manual máxima, por lo cual la movilidad es nula.

Sesión 20



Nula movilidad

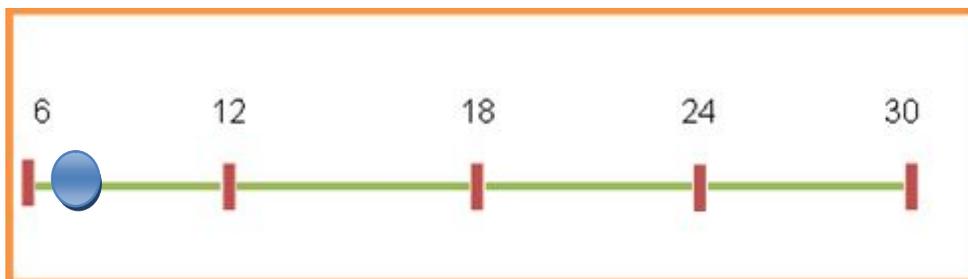
máxima movilidad

Interpretación:

El musculo del afectado es capaz de soportar una resistencia manual más amplia a comparación de la primera sesión de terapia física

6. ¿La extremidad dañada tiene arco de movilidad en 90°?

Sesión 1



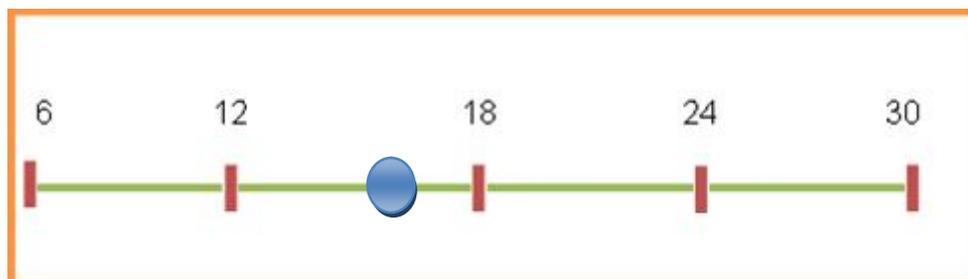
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

La extremidad dañada del paciente tiene poca movilidad en un arco a 90°

Sesión 20



Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar la diferencia de la primera sesión de rehabilitación física en donde la movilidad se presentaba en un 6%, mientras que en la sesión 20 se puede observar más de un 12 % de avance.

Observación Naturalista

Nombre: V.H.L

Sexo: Masculino

Tipo de sesión: Terapia Ocupacional

Duración: 1 hora

No. de sesión: 1

Descripción:

El paciente de nombre V. es referido por primera vez a sesión de terapia ocupacional, tras haber sufrido un accidente cerebrovascular, en donde la rehabilitación se centra en la motricidad fina de lado derecho.

V. llega acompañado por su esposa, la cual está al pendiente en todo momento de las instrucciones que la terapeuta indica para la rehabilitación. Por su parte el paciente de igual forma se encuentra atento al escuchar instrucciones. Al iniciar el primer ejercicio que consta de texturas, V. lo hace sin problema alguno, sin embargo al pasar al segundo ejercicio que requiere de un esfuerzo mayor al primero, V. dice: “no puedo hacerlo, mi mano no me responde”. Su esposa inmediatamente lo alienta física y verbalmente al hacerle una caricia y decirle: “inténtalo, ¡si podemos hacerlo!”. De inmediato V. lo intentó y con ayuda de su esposa, poco a poco y de acuerdo a su capacidad fue realizando los ejercicios. El paciente denota cierto cansancio, enojo y frustración en la mayoría de los ejercicios y manifiesta una postura totalmente encorvada a. Al finalizar la sesión, la terapeuta pregunto a V. como se había sentido

y si tenía algún dolor. A lo cual el menciona haber sentido mucha desesperación, pero que sabía que debía hacerlos poco a poco para salir a delante. En seguida su esposa lo ayudo a levantarse de la mesa y salieron juntos. Cabe mencionar que la esposa de V. se mantuvo a su lado y apoyándolo en todo momento. El pronóstico otorgado por la terapeuta al realizar el diagnostico se manifiesta como favorable.

No. de sesión: 10

Descripción:

El paciente llega a terapia ocupacional acompañado por su esposa e hijo, cabe mencionar que se observa el avance, ya que V. ha logrado avanzar en cuanto a la rehabilitación de la extremidad superior derecha del cuerpo. Denota mayor entusiasmo al realizar los ejercicios, su postura comienza a verse erguida a comparación de las primeras sesiones.

No. De sesión 20

Descripción:

Esta sesión es la última de V antes de pasar a revaloración con el terapeuta. En dicha sesión se observa mejoría en la motricidad fina, abre el compás de sus dedos, es capaz de sostener pinzas y de hacer movimientos que implican un esfuerzo mayor a su capacidad. A lo largo de dichas sesiones la familia ha estado impulsando en todo momento al paciente, ya que ha sido acompañado en todas sus terapias de rehabilitación por diversos integrantes del núcleo familiar. El paciente denota una

postura erguida lo cual infiere seguridad. Al revalorarse se le dieron 10 sesiones más de rehabilitación en el área de terapia ocupacional.

Terapeuta: Psic. José Castellanos

Observadora: Deny Arguelles Maldonado

4.2.2 Caso 2

Entrevista de O

La paciente O llega a sesión para ser entrevistada, vistiendo una falda larga de color café y blusa blanca. Es de complexión robusta, mide aproximadamente 1.60 m. de tez morena. Presenta labilidad emocional.

Menciona que su padecimiento actual fue a causa de hipertensión arterial, en donde su problema le ha traído muchas consecuencias a nivel personal, social y familiar. O menciona sentirse sola, enojada y en estos momentos se encuentra sin trabajo. Con respecto a la relación familiar la paciente vive con su hijo y su nuera, ya que su esposo falleció en un accidente automovilístico. De igual forma menciona que la relación y comunicación con su hijo es complicada y distante a causa de su nuera, comenta que a pesar de que viven en la misma casa no se ven mucho.

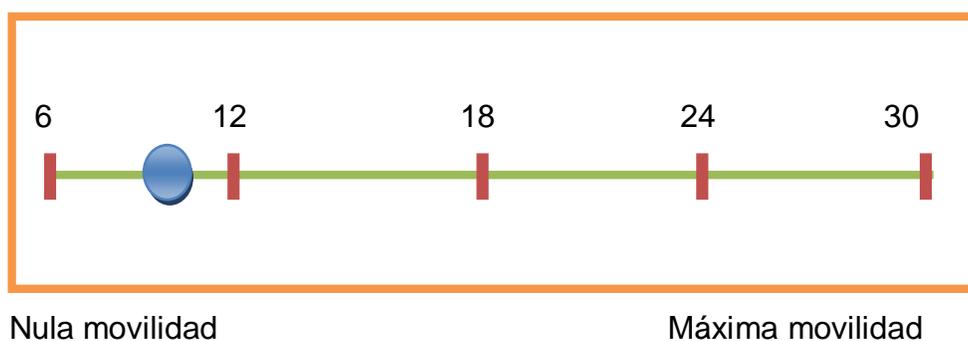
O refiere extrañar a su esposo, sentirse “inútil” al no poder hacer nada por si sola y estar dependiendo de su nuera, también menciona que tuvo que dejar su trabajo de comerciante y se siente impotente al no poder trabajar como antes. La paciente se siente enojada consigo misma, se percibe como una carga para su familia al grado

de no aceptar el verse con un problema. Piensa que las demás la ven como un objeto y se burlan de su estado. O presenta un estado de conciencia confusa, orientada en tiempo espacio y persona, no se presentan alucinaciones visuales o auditivas.

Escala Manual Muscular de Rehabilitación en Terapia Física

Sesión 1

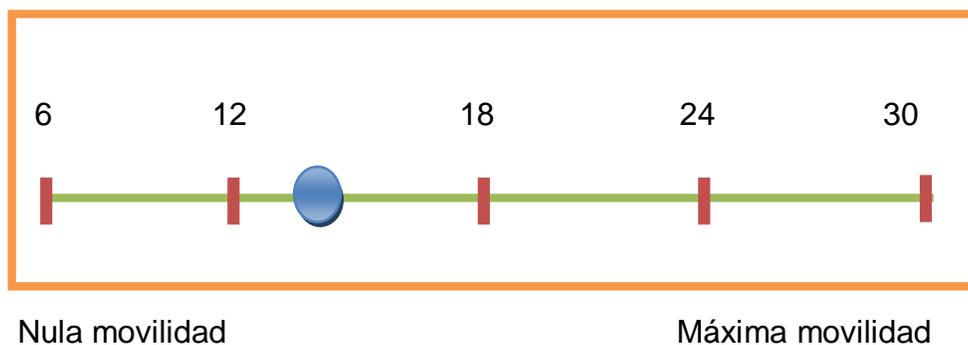
1. ¿Existe fuerza muscular en la extremidad dañada?



Interpretación:

De acuerdo a la prueba realizada, el examinado muestra el mas del 6% por ciento de fuerza en la extremidad, lo cual indica poca movilidad en la extremidad dañada.

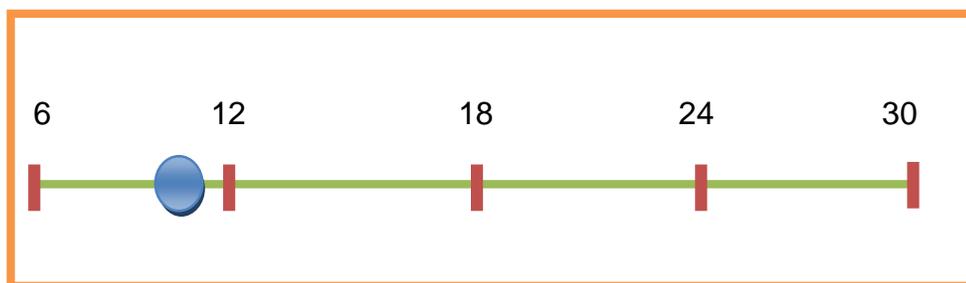
Sesión 20



Interpretación:

Es notoria la diferencia de fuerza que el paciente muestra, sin embargo es poco el avance a comparación de la primera sesión

2. ¿El musculo dañado realiza alguna contracción palpable aunque no se evidencie el movimiento?

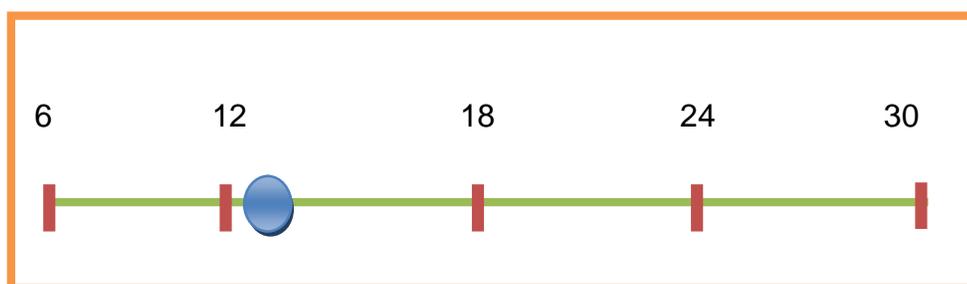
Sesión 1

Nula movilidad

Máxima movilidad

Interpretación:

Es palpable y se hace presente la contracción con más del 6%, lo cual refiere poca movilidad.

Sesión 20

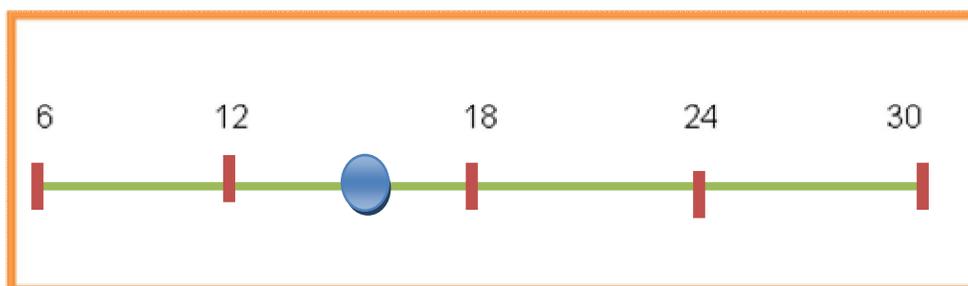
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se hace evidente el poco avance de rehabilitación de la extremidad dañada a solo un 12%.

3. ¿El musculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se le libera del efecto de la gravedad?

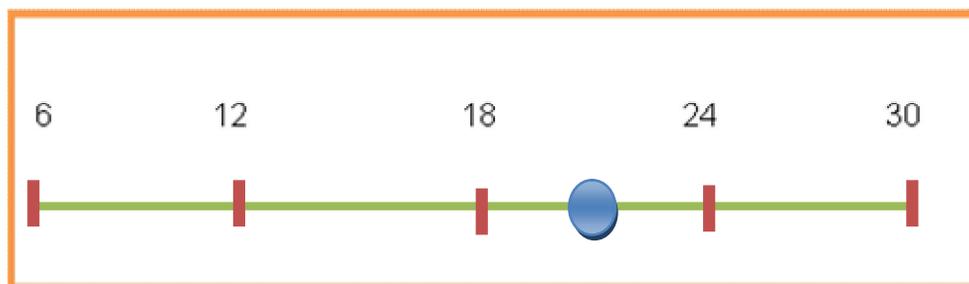
Sesión 1

Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

En la escala aplicada se observa que el paciente es capaz de realizar el movimiento de articulación de su extremidad una vez que se libera del efecto de gravedad.

Sesión 20

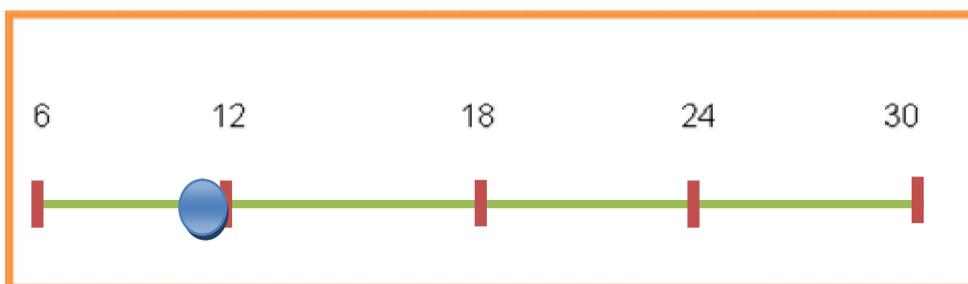
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

A comparación de la primera sesión, se puede observar en que el movimiento es mayor cuando se libera del efecto de gravedad.

4. ¿El movimiento del musculo es posible en toda su amplitud con resistencia manual moderada?

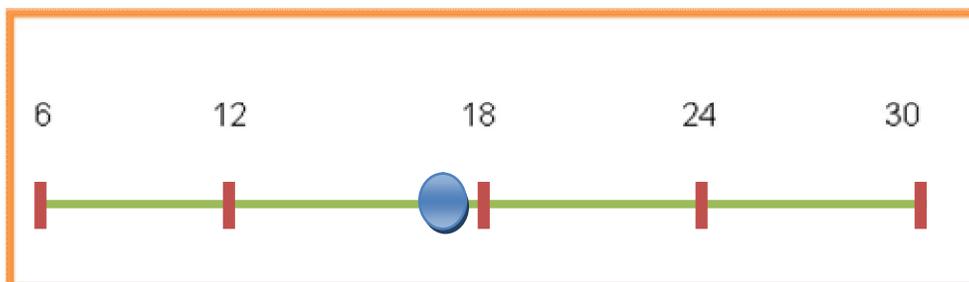
Sesión 1

Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar en la escala, que el movimiento, aplicando una resistencia moderada está en un 12%

Sesión 20

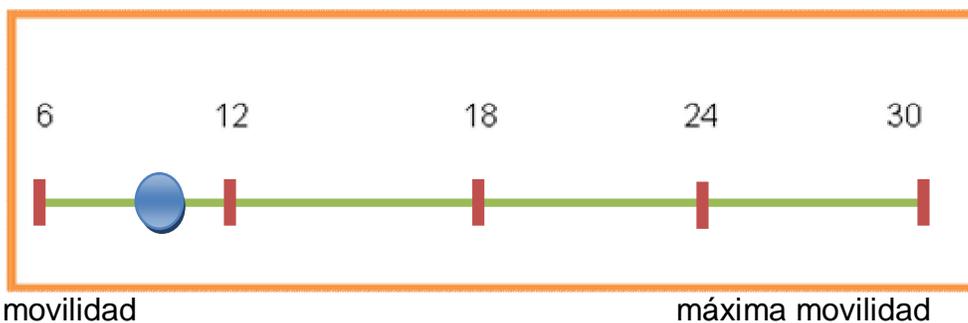
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

La sesión número 20 se observa que ha habido un avance en cuanto a la movilidad con resistencia moderada, sin embargo ha sido poco.

5. ¿El musculo soporta una resistencia manual máxima?

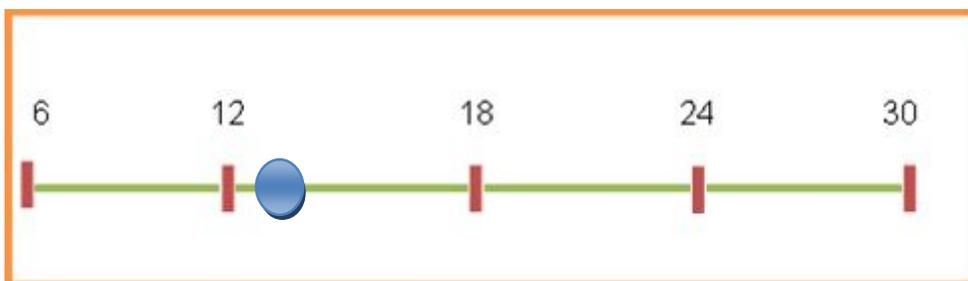
Sesión 1

Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar que el musculo del paciente dañado soporta ligeramente una resistencia manual, por lo cual la movilidad es buena.

Sesión 20

Nula movilidad

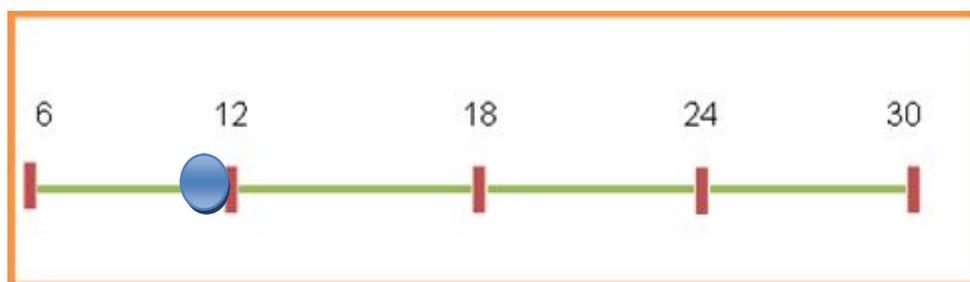
máxima movilidad

Interpretación:

El musculo del afectado es capaz de soportar una resistencia manual más amplia a comparación de la primera sesión de terapia física

6. ¿La extremidad dañada tiene arco de movilidad en 90°?

Sesión 1



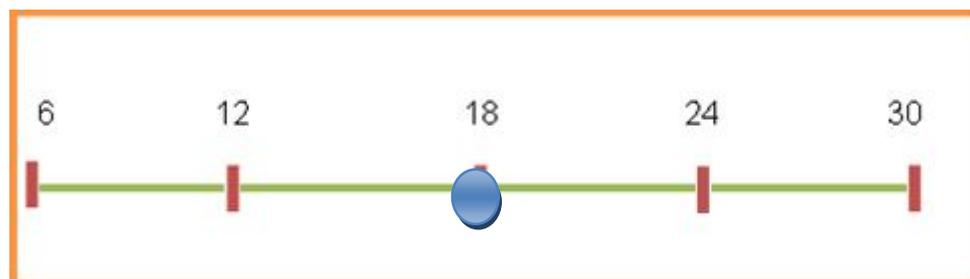
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

La extremidad dañada del paciente tiene movilidad del 12% en un arco a 90° lo cual indica buena movilidad para ser la primera sesión.

Sesión 20



Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar la diferencia de la primera sesión de rehabilitación física en donde la movilidad se presentaba en un 12%, mientras que en la sesión 20 se puede observar un 18 % de avance.

Observación naturalista

Nombre: O. A. C.

Sexo: Femenino

Tipo de sesión: Terapia Ocupacional

Duración: 1 hora

No. de sesión: 1

Descripción:

La paciente de nombre O. es referida por primera vez a terapia ocupacional, tras haber sufrido un accidente cerebrovascular, en donde la rehabilitación se centra en la motricidad fina de ambas extremidades.

O. llega sola a su terapia de rehabilitación, al ser atendida por la terapeuta, esta le pregunta si hay algún familiar que la pueda acompañar, la paciente responde que su hijo llegara más tarde, ya que trabaja, sale tarde y solo la puede ir a dejar a la institución. Al iniciar los ejercicios, O. denota frustración, enojo y rompe en llanto, menciona que no puede hacerlo, que le cuesta mucho trabajo y que se siente "inútil" al no poder hacer algo tan simple.

No. de sesión: 10**Descripción:**

La paciente llega a sesión, esta vez acompañada por su nuera, cabe mencionar que los familiares de O. la acompañan esporádicamente. Se observa poco avance en la rehabilitación motriz, de igual forma en dicha sesión manifiesta molestia cada que su nuera se acerca a ayudarle con algún ejercicio, la postura que se mantiene no difiere de las primeras sesiones así como el silencio que total al realizar actividades.

No. De sesión 20**Descripción:**

O. llega a última sesión para la revaloración y de nuevo llega sola. El avance de rehabilitación se observa demasiado lento, no se observa diferencia total en el avance de las sesiones, aunado a que la paciente no acude a las fechas de tratamiento establecidas por el terapeuta. De acuerdo a las observación durante las sesiones establecidas puedo inferir que el factor faltante y el más importante para rehabilitación de O. Es el apoyo físico y moral de su familia. Se hizo una revaloración a la paciente y se anotaron 20 sesiones más de rehabilitación en el área de terapia ocupacional.

Terapeuta: Psic. José Castellanos

Observadora: Deny Arguelles Maldonado

4.2.3 Caso 3

Entrevista de E.

La paciente E llega a sesión para ser entrevistada, vistiendo un pantalón de vestir color café y blusa color beige. Es de complexión delgada, mide aproximadamente 1.50 m. de tez morena clara.

Menciona que su padecimiento actual fue a causa de diabetes. E menciona sentirse acomplejada, dice que su herramienta de trabajo principal que son sus manos no le responden y no puede encontrar un trabajo en el que la acepten. La paciente vive con su esposo y su hija, Menciona que ella trabajaba de cocinera en una fonda, mientras que su esposo trabaja como albañil, Su hija es madre soltera de un niño de 2 años. Con respecto a la relación familiar, E dice que se lleva muy bien con su hija y que su adoración es su nieta, sin embargo comenta que la relación con su esposo se ha deteriorado desde que sufrió el ACV, casi no lo ve, solo cuando él se va y llega de trabajar. Argumenta que se siente culpable de lo que le sucedió. Hace énfasis en la comunicación y el apoyo que su hija le brinda, diciendo “Mi hija ha sido mi apoyo, ella me ayuda y todos los días me da ánimo y sé que tengo que estar bien para mi nieta”

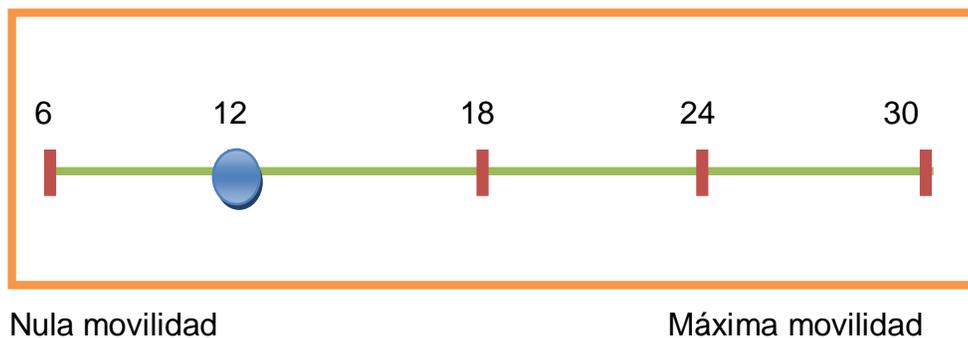
E. comenta que su vida cambio totalmente a raíz del ACV que sufrió. La paciente se siente enojada consigo misma y se percibe como una carga para su familia.

La paciente esta, orientada en tiempo espacio y persona. No se presentan alucinaciones visuales o auditivas, sin embargo se manifiesta una ligera pérdida de memoria y dificultad al hablar.

Escala Manual Muscular de Rehabilitación en Terapia Física

Sesión 1

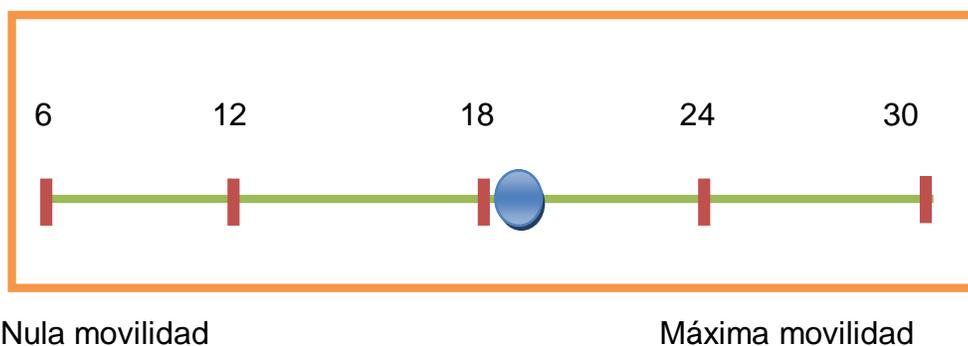
1. ¿Existe fuerza muscular en la extremidad dañada?



Interpretación:

De acuerdo a la prueba realizada, el examinado muestra el 12% por ciento de fuerza en la extremidad, lo cual indica moderada movilidad en la extremidad dañada.

Sesión 20

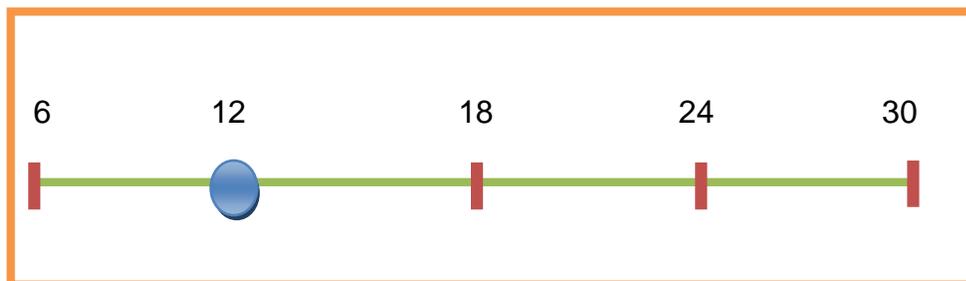


Interpretación:

Es observable la diferencia de fuerza que el paciente muestra, el avance ha sido el óptimo comparación de la primera sesión

2. ¿El musculo dañado realiza alguna contracción palpable aunque no se evidencie el movimiento?

Sesión 1



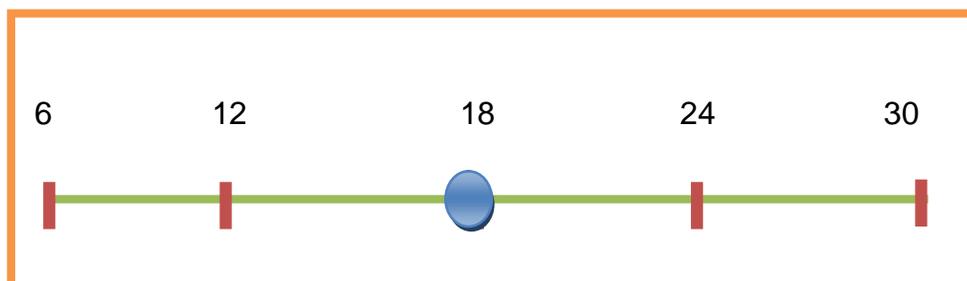
Nula movilidad

Máxima movilidad

Interpretación:

Es palpable y se hace presente la contracción con más del 12%, lo cual refiere moderada y buena movilidad.

Sesión 20



Nula movilidad

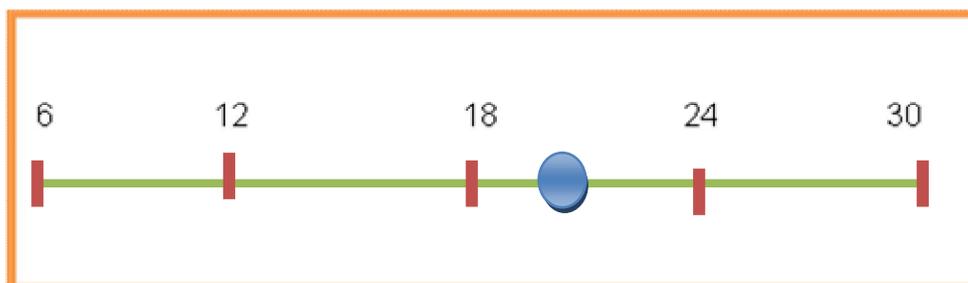
máxima movilidad

Interpretación:

Se hace notorio el avance de rehabilitación de la extremidad dañada a un 18% lo que indica muy buen pronóstico de rehabilitación

3. ¿El musculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se le libera del efecto de la gravedad?

Sesión 1



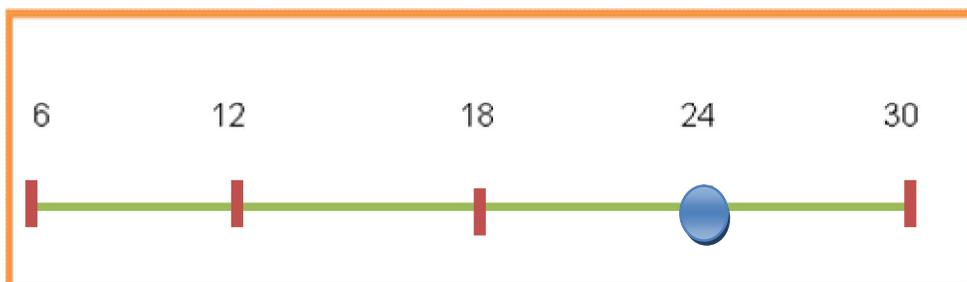
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

En la escala aplicada se observa que el paciente es capaz de realizar el movimiento de articulación de su extremidad una vez que se libera del efecto de gravedad.

Sesión 20



Nula movilidad

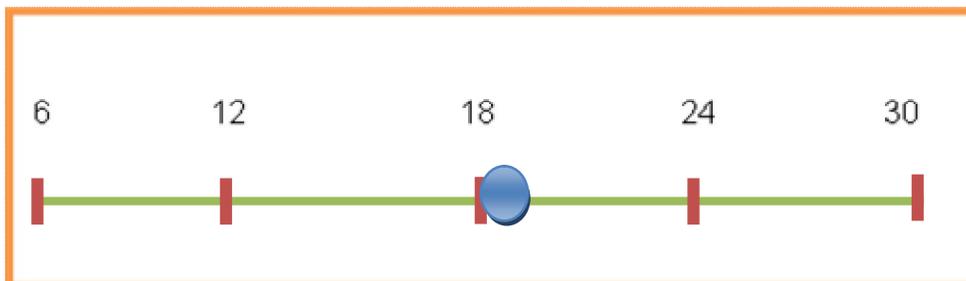
máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar que el movimiento es mayor cuando se libera del efecto de gravedad.

4. ¿El movimiento del musculo es posible en toda su amplitud con resistencia manual moderada?

Sesión 1



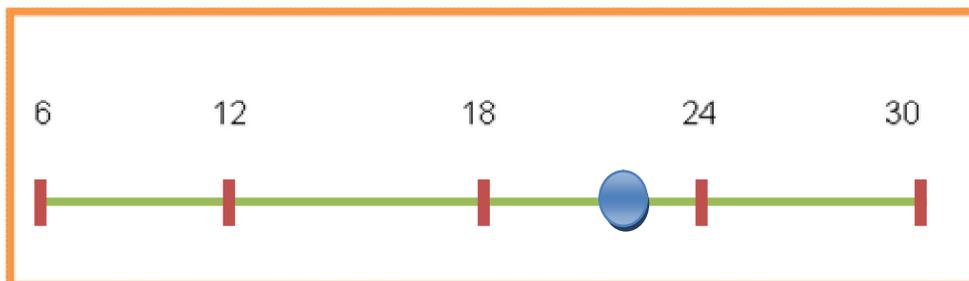
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar en la escala, que el movimiento, aplicando una resistencia moderada está en un 18% lo cual indica un pronóstico favorable.

Sesión 20



Nula movilidad

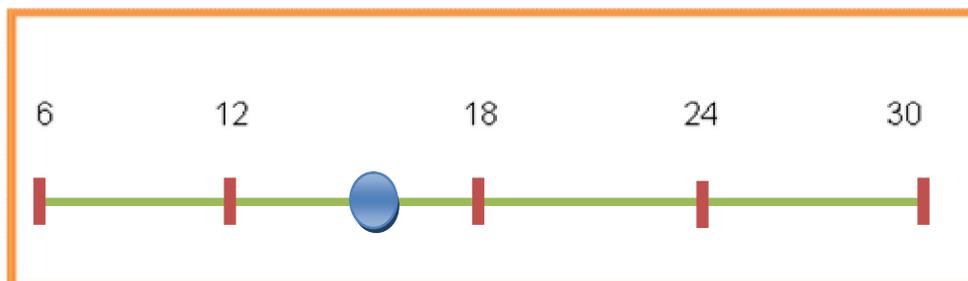
máxima movilidad

Interpretación:

La sesión número 20 se observa que ha habido un avance en cuanto a la movilidad con resistencia moderada.

5. ¿El musculo soporta una resistencia manual máxima?

Sesión 1



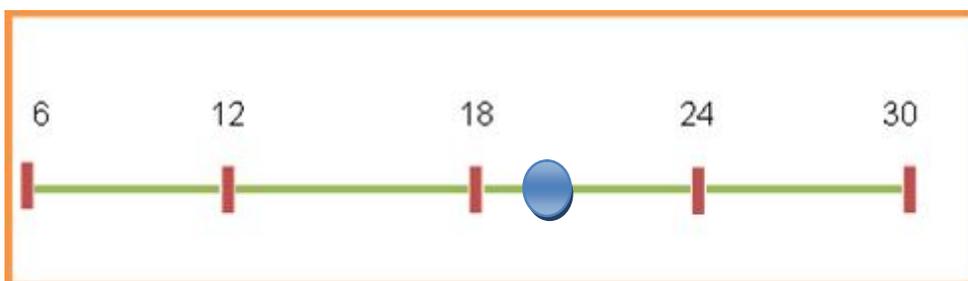
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar que el musculo del paciente dañado soporta moderadamente una resistencia manual, por lo cual la movilidad se mantiene con pronóstico favorable.

Sesión 20



Nula movilidad

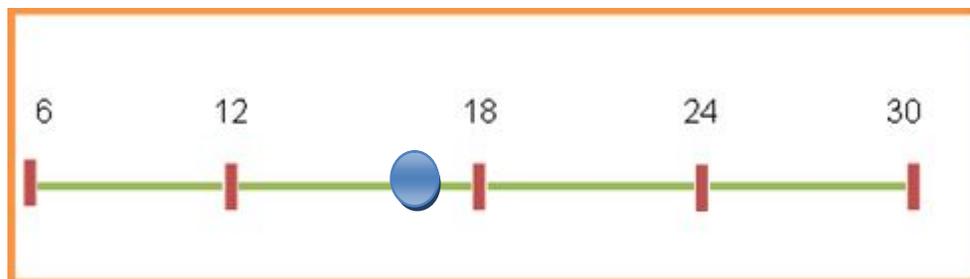
máxima movilidad

Interpretación:

El musculo del afectado es capaz de soportar una resistencia manual más amplia a comparación de la primera sesión de terapia física

6. ¿La extremidad dañada tiene arco de movilidad en 90°?

Sesión 1



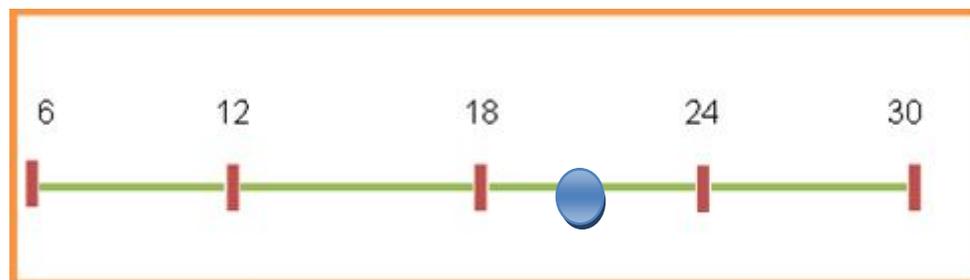
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

La extremidad dañada del paciente tiene movilidad moderada del 12% en un arco a 90° lo cual indica buena movilidad para ser la primera sesión.

Sesión 20



Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar la diferencia de la primera sesión de rehabilitación física en donde la movilidad se presentaba en un 12%, mientras que en la sesión 20 se puede observar un 18 % de avance.

Observación naturalista

Nombre: E.C.C

Sexo: Femenino

Tipo de sesión: Terapia Ocupacional

Duración: 1 hora

No. de sesión: 1

Descripción:

La paciente de nombre E. es referida por primera vez a rehabilitación en terapia ocupacional, tras haber sufrido un accidente cerebrovascular, en donde la rehabilitación se centra en la motricidad fina derecha.

E. llega acompañada por su hija y nieta a su terapia de rehabilitación, al ser atendida por el terapeuta, Al iniciar los ejercicios, se observa tranquilidad y E permanece en silencio y atenta a las indicaciones del terapeuta, la hija de la paciente se mantiene en todo momento a su lado ayudándole a realizar y explicándole los ejercicios. Se observa frustración en la paciente al ir subiendo de nivel las actividades y con un lenguaje un tanto confuso le menciona a la terapeuta que le cuesta mucho trabajo realizar el ejercicio y comienza a llorar. En seguida su hija le dice que ya le falta poco para acabar y que le “eche ganas” acompañado de una caricia en el hombro.

No. de sesión: 10**Descripción:**

La paciente llega a sesión, acompañada solo por su hija al igual que en sesiones anteriores. Se observa una diferencia considerable en la motricidad a comparación de la primera sesión. En dicha sesión manifiesta un grado de frustración menor a diferencias anteriores, se expresa, platica con los demás pacientes a pesar de su problema de lenguaje.

No. De sesión 20**Descripción:**

E. llega a última sesión para ser revalorada, está acompañada por su hija, nieta y esta vez por su esposo. Se observa en ella ansiedad aunque en el avance de rehabilitación se observa mejoría. De acuerdo a las observación durante las sesiones establecidas puedo inferir q la rehabilitación de E es buena y va de acuerdo a su propia capacidad. Es capaz de realizar con mayor seguridad sus ejercicios. El terapeuta al revalorarla le otorga 15 sesiones más de rehabilitación en Terapia Ocupacional.

Terapeuta: Psic. José Castellanos

Observadora: Deny Arguelles Maldonado

4.2.4 Caso 4

Entrevista de J.

El paciente J llega a sesión para ser entrevistado, vistiendo una bermuda de color café y playera color blanca. Es de complejión robusta, mide aproximadamente 1.70 m. de tez morena.

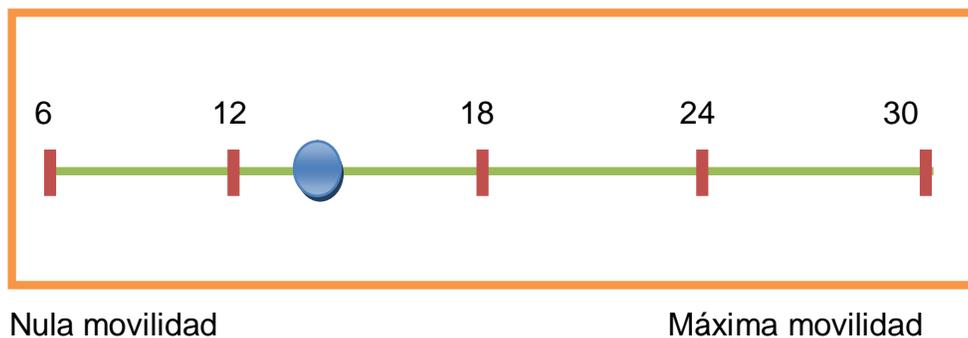
Menciona que su padecimiento actual fue provocado por hipertensión arterial. J menciona sentirse más tranquilo a diferencia de tiempo atrás cuando surgió su problema. J es ya jubilado, por lo cual hace énfasis en la tranquilidad económica. Sin embargo dice que el ACV que sufrió le cambió la vida de una forma drástica. El paciente vive con su esposa, ya que sus hijos están casados y viven en Pachuca. Menciona que él y su esposa son maestros y se mantienen con la jubilación de él y el sueldo de ella. Con respecto a la relación familiar, J comenta que se lleva muy bien esposa e hijos a pesar de que viven lejos. Menciona que su esposa ha sido una “guerrera” ya que no lo ha dejado caer y sentirse solo. De igual forma dice que en el momento que sufrió el ACV se vio totalmente desvalido, con mucho enojo, coraje con el mismo y con Dios. Argumenta que se siente culpable de lo que le pueda suceder a su esposa, ya que ella se enferma constantemente de la tos. Hace énfasis en la comunicación y el apoyo que le brinda su familia. Hoy en día J se ve con ánimo y esperanza para rehabilitarse óptimamente y en palabras de él “para vivir los últimos años de vida disfrutando de su familia”

El paciente esta, orientado en tiempo espacio y persona. No se presentan alucinaciones visuales o auditivas.

Escala Manual Muscular de Rehabilitación en Terapia Física

Sesión 1

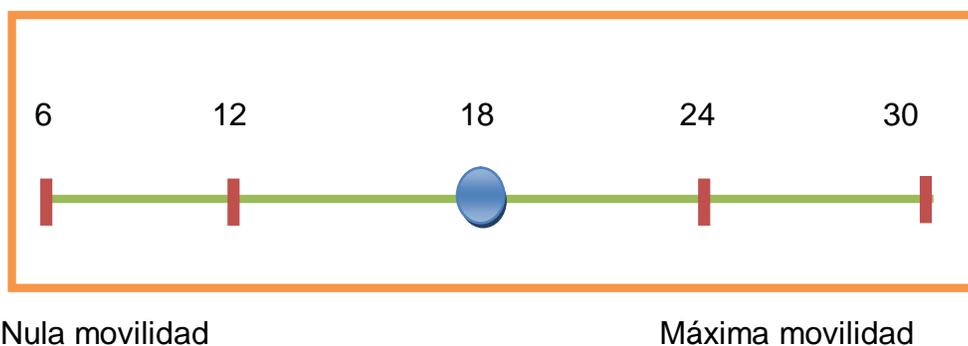
1. ¿Existe fuerza muscular en la extremidad dañada?



Interpretación:

De acuerdo a la prueba realizada, el examinado muestra el mas del 12% de fuerza en la extremidad, lo cual indica moderada movilidad en la extremidad dañada.

Sesión 20

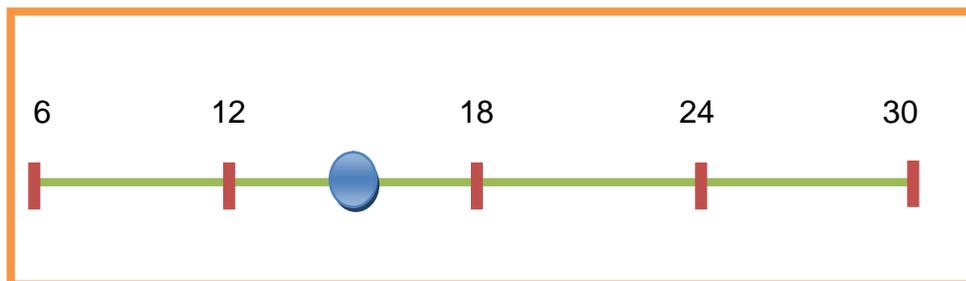


Interpretación:

Es notoria la diferencia de fuerza que el paciente muestra, lo cual infiere buen avance de rehabilitación.

2. ¿El musculo dañado realiza alguna contracción palpable aunque no se evidencie el movimiento?

Sesión 1



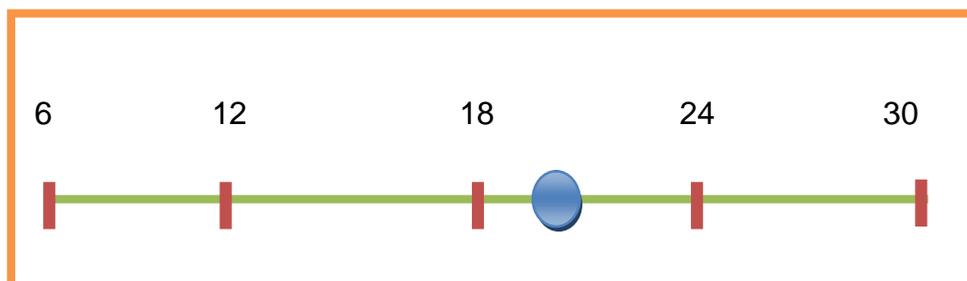
Nula movilidad

Máxima movilidad

Interpretación:

Es palpable y se hace presente la contracción con más del 12%, lo cual refiere una buena movilidad.

Sesión 20



Nula movilidad

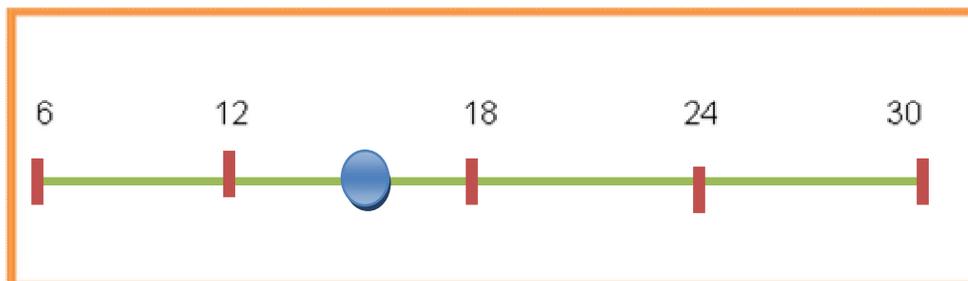
máxima movilidad

Interpretación:

Se hace evidente el buen avance de rehabilitación de la extremidad dañada con miras a un pronóstico favorable.

3. ¿El musculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se le libera del efecto de la gravedad?

Sesión 1



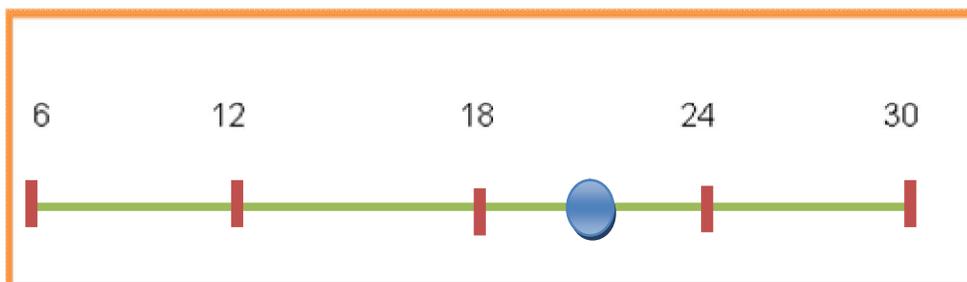
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

En la escala aplicada se observa que el paciente es capaz de realizar el movimiento de articulación de su extremidad una vez que se libera del efecto de gravedad.

Sesión 20



Nula movilidad

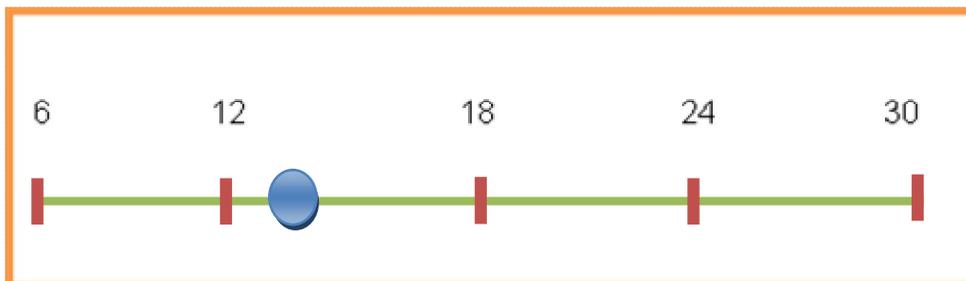
máxima movilidad

Interpretación:

A comparación de la primera sesión, se puede observar en que el movimiento es mayor cuando se libera del efecto de gravedad.

4. ¿El movimiento del musculo es posible en toda su amplitud con resistencia manual moderada?

Sesión 1



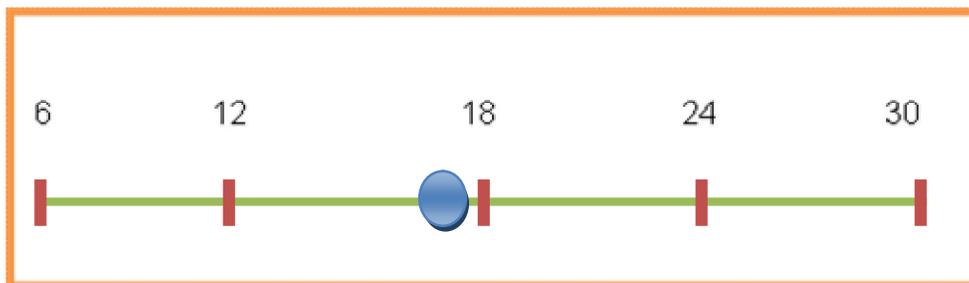
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar en la escala, que el movimiento, aplicando una resistencia moderada está en un 12%

Sesión 20



Nula movilidad

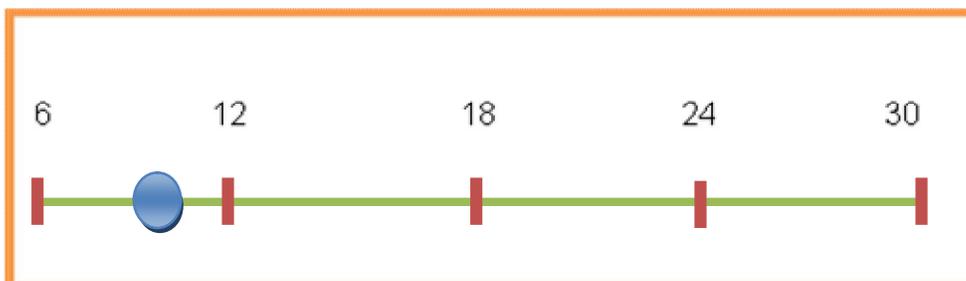
máxima movilidad

Interpretación:

La sesión número 20 se observa que ha habido un avance en cuanto a la movilidad con resistencia moderada, sin embargo ha sido poco.

5. ¿El musculo soporta una resistencia manual máxima?

Sesión 1



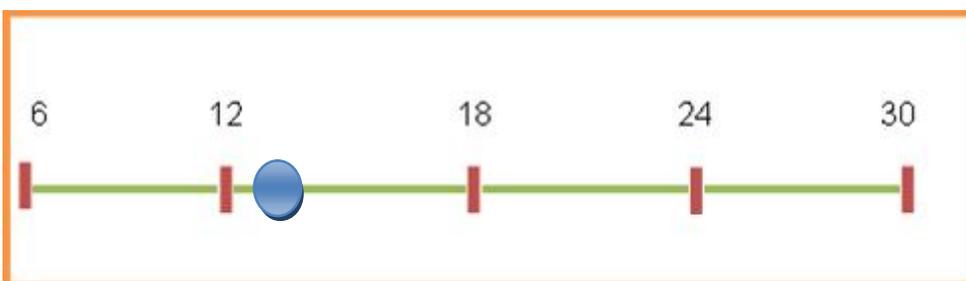
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar que el musculo del paciente dañado soporta ligeramente una resistencia manual, por lo cual la movilidad es buena.

Sesión 20



Nula movilidad

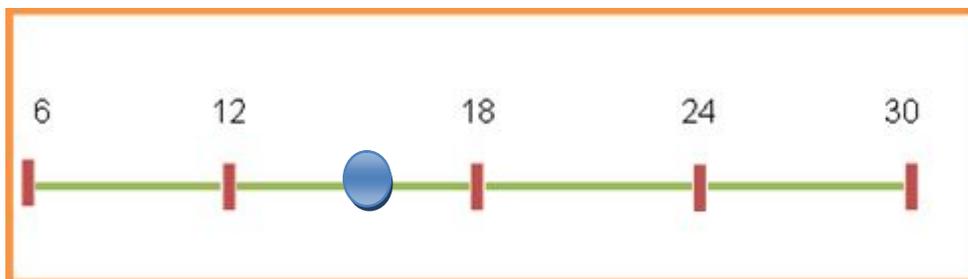
máxima movilidad

Interpretación:

El musculo del afectado es capaz de soportar una resistencia manual más amplia a comparación de la primera sesión de terapia física

6. ¿La extremidad dañada tiene arco de movilidad en 90°?

Sesión 1



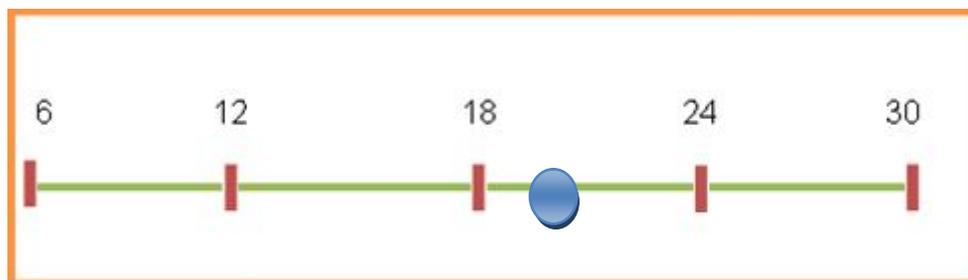
Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

La extremidad dañada del paciente tiene movilidad del 12% en un arco a 90° lo cual indica buena movilidad para ser la primera sesión.

Sesión 20



Nula movilidad

máxima movilidad

Interpretación:

Se puede observar la diferencia de la primera sesión de rehabilitación física en donde la movilidad se presentaba en un 12%, mientras que en la sesión 20 se puede observar un 18 % de avance.

Observación naturalista

Nombre: J.M.H

Sexo: masculino

Tipo de sesión: Terapia Ocupacional

Duración: 1 hora

No. de sesión: 1

Descripción:

El paciente de nombre J. es referido por primera vez a rehabilitación en terapia ocupacional, tras haber sufrido un accidente cerebrovascular, en donde la existe un diagnóstico de hemiplejía izquierda, cuya rehabilitación se centra en la motricidad fina.

J. llega acompañado por su esposa a su terapia de rehabilitación. Al iniciar los ejercicios, se observa tranquilidad y atención a las indicaciones del terapeuta, su esposa se mantiene atenta para ayudar a su esposo. Se observa frustración en el paciente al ir subiendo de nivel las actividades menciona que no puede hacerlo y que no se concentra. La terapeuta explica de nuevo los ejercicios y con ayuda de su esposa J. logra terminar su actividad. Cabe mencionar que se nota cansado y menciona que solo tiene ganas de irse a su casa.

No. de sesión: 10**Descripción:**

J llega a sesión, acompañado de igual forma por su esposa, como en sesiones anteriores. Se observa más tranquilidad en la forma de realizar los ejercicios, a su vez se nota la diferencia favorable en la motricidad a comparación de la primera sesión. Tiene un arco mayor de movilidad en su extremidad superior mayor a la de la primer sesión.

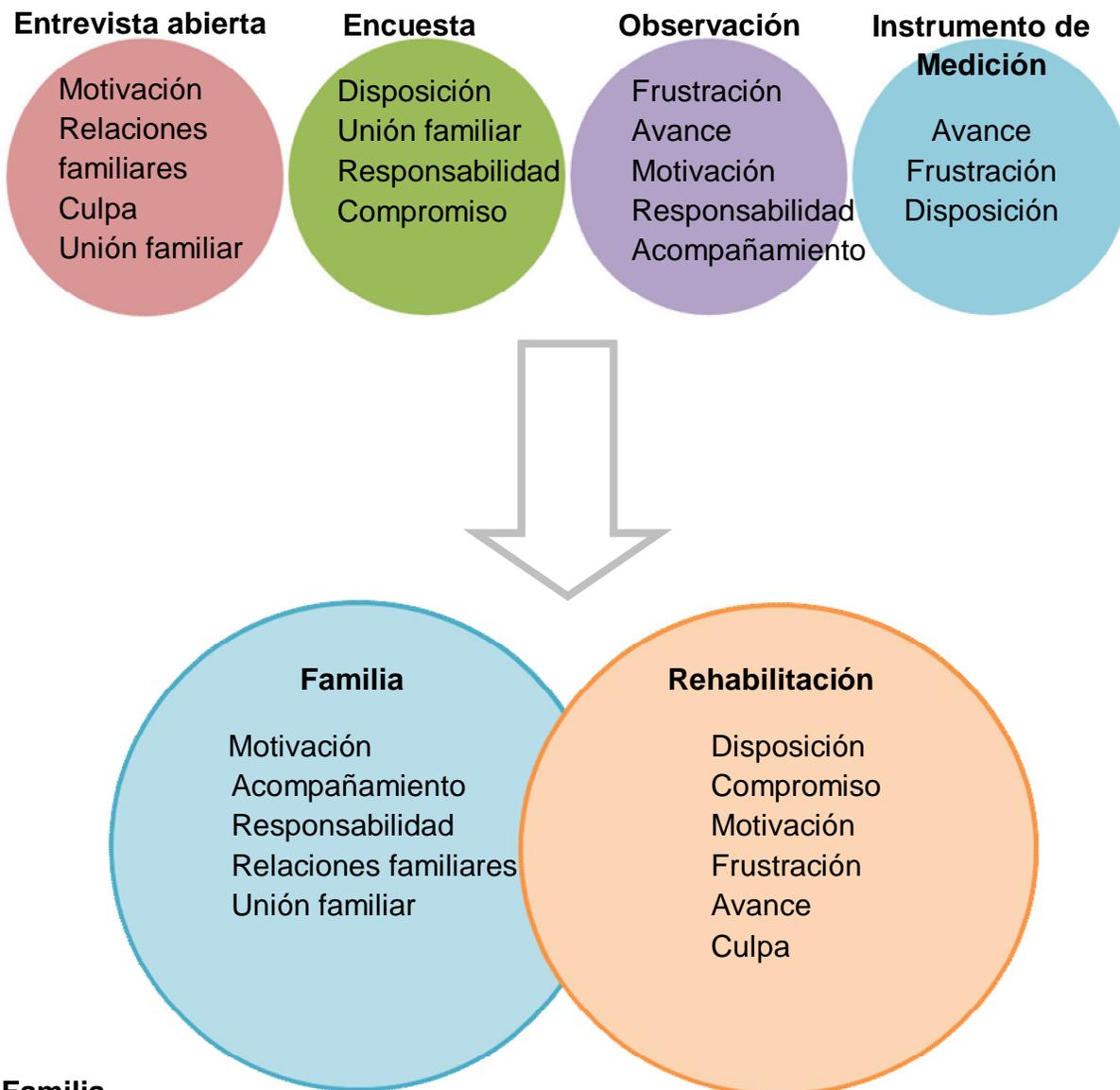
No. De sesión 20**Descripción:**

J. llega a última sesión para ser revalorado, acompañado por su esposa. Se observa el avance de rehabilitación y mejoría. De acuerdo a la observación de las sesiones establecidas puedo inferir q la rehabilitación de J es favorable ya que la movilidad y el compás de separación de sus dedos va de acuerdo a su propia capacidad y al ritmo de trabajo establecido por el terapeuta. El terapeuta al revalorarlo le otorga 15 sesiones más de rehabilitación en Terapia Ocupacional, lo cual habla de un diagnostico favorable de rehabilitación.

Terapeuta: Psic. José Castellanos

Observadora: Deny Arguelles Maldonado

4.4 Categorización de las variables



Familia

- Motivación

Esta se refleja en la esperanza de ver recuperado a su familiar afectado, en las palabras de aliento y superación que los diversos miembros de la familia depositan

sobre el paciente, así como también en la instigación física que reciben cada vez que estos se sienten desvalidos y sin fuerza al realizar sus ejercicios de rehabilitación, de igual manera se ve inmiscuida la motivación en las propias palabras del paciente al contar su historia y afrontar su problema.

- Acompañamiento

Este es sumamente importante para la rehabilitación del paciente, se puede observar en todas las sesiones de terapia (médicas, físicas y de Terapia Ocupacional) que se le brinda al paciente, sin embargo el acompañamiento se hace manifiesto en la vida diaria, ya que es la familia o algunos miembros de esta que viven el día a día y experimentan el proceso que se lleva tras sufrir un ACV.

- Responsabilidad

Esta se ve reflejada en la asistencia a sesiones y terapias de los pacientes, desde que llega por primera vez hasta que culmina el tratamiento o las sesiones determinadas por los especialistas en el área, a su vez se observa en la constancia con la que la familia se hace partícipe del problema, atendiendo las necesidades del paciente al sufrir un ACV dentro y fuera de la institución médica.

- Relaciones familiares

Esta es muy importante, ya que de la relación familiar se desprende en gran medida el avance de rehabilitación que el paciente pueda tener. Al mencionar relación familiar, se hacen presentes la comunicación y los lazos de afecto que se proporcionan al paciente y al problema del mismo, cabe mencionar que los tipos de

relación que existen son completamente diferentes en cada sujeto y familia del mismo.

- Unión familiar

Esta se presenta desde el momento en que un miembro de la familia sufre algún padecimiento, esta unión familiar se manifiesta con mayor fuerza cuando la misma comunicación y lazos familiares son los óptimos en todos los ámbitos y contextos en los que se encuentre o desenvuelva la familia. En la terapia de rehabilitación se manifiesta al presentar un avance favorable de las capacidades del paciente y en la presencia constante de la familia al acudir al tratamiento.

Rehabilitación

- Disposición

Esta se observa en la actitud del paciente al realizar sus terapias, la parte de disposición en tiempo que dedica para asistir y para hacer sus ejercicios, el espacio que se otorga entre terapia y terapia para cumplir con las que los profesionales le brindan y la forma en como el paciente realiza sus ejercicios, es decir, los ejecuta tal cual se le indicó y los termina.

- Compromiso

Este se manifiesta en la medida que el paciente asista a sus sesiones, de igual forma en como el paciente se compromete consigo mismo y con su familia para rehabilitar la parte afectada de su cuerpo, sin embargo se ve inmiscuida la parte afectiva y el agradecimiento que el paciente tiene para con su contexto familiar

- Motivación

Se refleja en cómo el paciente llega a las diversas sesiones, en el lenguaje positivo, en la forma de expresar como se siente, el ánimo en el que se encuentra, cual ha sido su avance a diferentes sesiones y en diferente momento del proceso por el cual ha pasado, pero sobre todo se puede observar en la motivación principal del paciente que es su familia.

- Avance

El avance se observa al comparar las primeras sesiones de terapia ocupacional o de terapia física en el paciente, es decir, con el transcurso del tratamiento se va rehabilitando de manera óptima la parte o extremidad afectada y al llegar a un punto de sesión establecida. Como ejemplo: esta la movilidad del brazo, el abrir a cierto grado el compás de los dedos, etc. Se menciona como “Diagnostico favorable” a aquel avance significativo de las capacidades del sujeto que presente un ACV.

- Frustración

El paciente con el afán de realizar de manera rápida y correcta diversos ejercicios se ve frustrado al no tener la movilidad o capacidad de ejecutar con destreza las actividades, al grado de preferir dejar a un lado sus ejercicios o situaciones simples de la vida diaria que realizaba antes de sufrir el daño.

- Culpa
- El sentimiento de culpa se hace presente al sentirse como una carga dentro de su familia, el paciente se siente culpable por lo que le sucedió y por lo que su familia hace o deja de hacer por él.

4.5 Análisis crítico: (Triangulación de Resultados)

Después de realizar una revisión detallada de la información obtenida a lo largo de la investigación documental y los instrumentos implementados; tales como la encuesta a la familia, la entrevista a pacientes, observación y escala de rehabilitación. Se llegó a las siguientes conclusiones, las cuales de manera general simplifican los resultados alcanzados.

Un accidente cerebrovascular es un daño a nivel cerebral, motor, cognitivo, de lenguaje y emocional que afecta en su totalidad a quien lo padece. La familia de quien sufre dicho daño de igual forma se verá afectada en sus relaciones y en su estabilidad, sin embargo es esta misma quien proveerá al afectado de motivación, de cariño y acompañamiento mediante la relación que se presente a nivel familiar.

La implicación que tiene la relación familiar en la rehabilitación de pacientes con ACV toma un valor de gran relevancia al comprobarse en los instrumentos aplicados que la relación que se establezca dentro del sistema familiar será el factor principal que determinara la rehabilitación en un porcentaje significativo a nivel motor, cognitivo y emocional.

Para realizar el análisis final de la información es importante hacer mención de los indicadores arrojados en los diferentes instrumentos y en donde se puede concluir que los instrumentos contestan a la pregunta de investigación en donde la relación familiar es de suma importancia y el factor indispensable en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular.

Dentro de la entrevista abierta realizada a pacientes se destacan las ideas de culpa, en donde mencionan: *me siento culpable por como estoy y por la carga que soy para mi familia, "si yo no me hubiera enfermado todo sería diferente"*. Cabe señalar que este indicador esclarece el sentimiento que manifiestan y que es una manera en que el paciente solicita de modo desesperado, la presencia, el apoyo moral y la comunicación de algún miembro de su familia.

Esa motivación inyectada por lo familiares para la rehabilitación de los pacientes, se observa naturalmente mediante la terapia ocupacional, dichos familiares motivan con palabras de aliento como: *"¡Vamos, tú puedes hacerlo!", "estoy a tu lado en todo momento"*. Esto se ve acompañado de una caricia por la espalda o el hombro que indican el acompañamiento constante de los familiares. De igual forma se hace manifiesta la frustración y ese pensamiento que los pacientes externan al decir: *"no puedo hacerlo", "mi mano no responde", "no sirvo para nada"* o simplemente romper en llanto al no poder realizar actividades. La observación del avance a lo largo de las sesiones se hace evidente para pacientes que constantemente cuentan con esa constancia de los familiares responsables que acuden frecuentemente a las citas.

Otro instrumento utilizado, es la encuesta aplicada a la familia en donde los resultados arrojados y graficados muestran la disposición y unión familiar que se brinda al mostrar mediante sencillas preguntas cual es el grado de atención que los familiares en su momento brindaron al paciente.

Durante el proceso de investigación la escala de rehabilitación muscular aplicada por terapeutas para saber el grado de avance que el paciente ha tenido en diferentes momentos. Es de suma importancia, ya que es aquí en donde físicamente se evidencia la rehabilitación que con constancia, compromiso, motivación y responsabilidad el paciente ha mejorado en compañía de los miembros de su familia y la relación que se establece.

4.5 El grupo Familiar y las Relaciones Familiares

Las relaciones en la familia tienen características únicas: son íntimas, continuas, variadas y complejas; se dan en situaciones de trato directo y son complementarias.

La interacción se desarrolla en tres niveles:

1. No verbal.
2. Emocional.
3. Intelectual o verbal.

La interacción no verbal se llama también sensorial o gestual. Incluye el tono de la voz, la expresión del rostro, la proximidad física entre dos personas, etc. Parece que este nivel es el de mayor influencia tanto por la asiduidad del nexo emocional entre

padres e hijos como por la falta de recursos lingüísticos de los bebés o si en algún momento se viera afectada esta parte.

El segundo nivel, la interacción emocional, reclama la intervención del sentimiento: amor o desamor, aceptación o rechazo. De igual forma los efectos de apertura, seguridad básica, confianza, autoestima, etc., que ello produce en personas con alguna afección física o emocional. En todo caso, la indiferencia produce retraso en el desarrollo o procesos que se estén viviendo.

Por último, el nivel intelectual se refiere a la expresión verbal o racional de sentimientos, ideas, juicios o valoraciones. Este nivel se sustenta en los otros dos antes mencionados. Si existe una relación afectiva, relación de apoyo mutuo y confianza entonces el proceso de avance será óptimo

Según Coulton (2003) menciona El Ajuste del individuo al medio y la Rehabilitación con ayuda de la familia de la siguiente manera:

La actitud de la familia es de gran importancia en la rehabilitación del paciente impedido ya que lo sobreprotege unas veces, otras lo rechaza y, sólo en ocasiones, lo trata correctamente. El papel de la familia lo determina su capacidad para constituir el más firme soporte de este individuo, en cuanto a su apoyo emocional. La orientación sistemática de la familia del paciente es tarea de casi todo el equipo de rehabilitación, tanto de los psicólogos y médicos. Este esfuerzo colectivo tiene especial connotación en los casos de pacientes niños, pacientes con lesiones a nivel cerebral o motor. Ya que en esta etapa de la vida el individuo cuenta con menos recursos psicológicos, es más débil y necesita aún más del apoyo de su familia (p.48).

El autor hace énfasis en las relaciones familiares como medio rehabilitador

Capítulo V: Discusión y sugerencias de Intervención

5.1 Sugerencias

De acuerdo a la experiencia y teoría acumulada, así como de los resultados obtenidos en la investigación, es necesario realizar un análisis y proponer recomendaciones a la familia y a los profesionales de salud mental, quienes pudieran en algún momento tener contacto directo con personas que sufran un ACV.

Cuando en una familia uno de los miembros es diagnosticado con alguna enfermedad, los demás consideran que son casi nulas las probabilidades de que esa persona se integre a la familia y a la sociedad de manera aceptable. El paciente identificado se convierte en una carga y las relaciones familiares se ven afectadas por el alto nivel de tensión que provoca la situación. Por lo general se piensa que la única solución es el confinamiento del paciente en una institución médica, de rehabilitación o psiquiátrica, donde debe permanecer el mayor tiempo posible en tratamiento. Es común considerar que la familia no debe estar relacionada con el padecimiento del paciente y mucho menos que puede intervenir directamente en el proceso terapéutico, Sin embargo, desde la perspectiva de la Terapia Familiar los problemas se analizan de manera familiar, no individual.

La intervención terapéutica desde la perspectiva del Modelo sistémico se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma; la unidad de intervención terapéutica es la familia. En la terapia familiar se observan las interacciones que existen dentro de la familia con el paciente identificado (P I) de esta forma se puede dar una visión global a cerca del problema.

El paciente identificado es el que presenta los síntomas ocasionados por un grupo de individuos, en este caso la familia. La importancia de mencionar la terapia familiar en esta investigación es porque se considera de gran valor el trabajo sistémico para lograr un bienestar en la familia de un miembro que sufre de ACV. Principalmente porque su ámbito de intervención no es el paciente individual, sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es solo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en el que deben actuar, sino crear una nueva manera de vivir.

Al ocurrir un ACV Los integrantes de la familia se ven afectados por la discapacidad del paciente y, muchas veces, se convierten en co-asistentes del cuidado del enfermo. Pueden verse sometidos a muchos cambios debido a la discapacidad del paciente. Los miembros de la familia con frecuencia pasan por el mismo período de dolor que el paciente cuando se produce la pérdida de una función. Las lesiones severas, una enfermedad crónica o una discapacidad pueden significar un cambio en los roles de los miembros de la familia. Por ejemplo, un ama de casa puede tener que volver a trabajar y convertirse en el sostén de la familia como consecuencia de la discapacidad de su marido; un hijo puede tener que ajustar su horario laboral para ayudar en los cuidados de su padre o su madre ancianos. Dichos cambios pueden causar estrés y conflictos en la familia. También puede haber problemas económicos debido a las facturas médicas o al desempleo, situación que añade más estrés a la familia. Los cambios en los planes de vida, las cuestiones relativas al cuidado de los hijos y la reinserción en la sociedad pueden ocasionar nuevos problemas para los pacientes y sus familiares.

El paciente y su familia pueden ayudar a disminuir algunos de los efectos adversos de la discapacidad si trabajan a la par con el equipo de rehabilitación. Esto se puede lograr con lo siguiente:

- Identificando los efectos adversos que la discapacidad produce en el seno familiar.
- Trabajando juntos para encontrar soluciones realistas.
- Participando en la educación y el asesoramiento familiar.
- Planificando el alta y la reintegración en la sociedad.

La aceptación y el apoyo de la familia en cuestión a las relaciones familiares y la comunicación pueden ayudar al paciente a recuperar la autoestima y a mejorar la imagen de sí mismo después de la discapacidad. Las actitudes positivas y la reafirmación de los seres queridos a menudo ayudan al paciente a trabajar para restablecerse. La participación, la flexibilidad y la comunicación abierta de los familiares pueden superar muchas barreras asociadas con la discapacidad. Los familiares que infunden esperanzas pueden ayudar al paciente a adaptarse y a confiar más en sus propias capacidades.

En tanto la motivación por atender a los seres queridos es a menudo grande, la carga física y emocional que soporta el cuidador puede, en ocasiones, resultar agobiante. En primer lugar, hay que considerar qué tantos cuidados se esperan de la familia una vez que el paciente sale del centro de rehabilitación. Como consecuencia, los cuidadores experimentan un estrés único. A menudo pueden sentirse aislados, ansiosos y deprimidos. Mantener una comunicación adecuada con

el equipo de atención médica y otros recursos disponibles constituye una preocupación adicional. Este rol requiere de mucho tiempo y puede ser confuso. Los múltiples roles que un cuidador o miembro de la familia debe ocupar en forma constante incluyen:

- Brindar atención física al integrante de la familia que sufre de un ACV
- Contribuir económicamente con los gastos de la casa
- Atender a otros integrantes de la familia
- Responder a los inevitables altibajos que se presentan durante los cuidados de rehabilitación.

Al Igual que los pacientes, los familiares deben ser educados para enfrentar las demandas del plan de rehabilitación que se fijan y los Temas educativos o informativos deben incluir:

- La causa y el efecto del daño o enfermedad
- Cualquier posible complicación del daño o la enfermedad e información sobre Como Reconocer estas complicaciones.
- Medicamentos, como suministrarlos,, efectos secundarios y acciones terapéuticas
- Ejercicios necesarios y técnicas de aprendizaje de las tareas
- Las tareas sociales y emocionales de una persona durante la rehabilitación
- La forma en que la persona se reinserta en la sociedad, después de la Rehabilitación. Es importante mencionar que la familia y todo el conjunto de

relaciones le brindan al paciente una esperanza de vida y proporcionan herramientas necesarias para que el proceso de rehabilitación sea favorable

Anexo A

Formato de Entrevista e Historia Clínica

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Fecha de entrevista: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Problema actual

Historia del problema.

Ideas del paciente de cómo y cuándo inicio el problema.

III. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Aspectos generales, características físicas, vestuario, limpieza, porte, actitud, movimiento, lenguaje y tono afectivo.

IV. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

Descripción de un día normal del paciente desde que se levanta hasta que se duerme.

V. CONSTELACIÓN FAMILIAR

Antecedentes patológicos

Describir como son o fueron las relaciones familiares, cantidad de hermanos, etc.

Papel del paciente dentro de la familia, (como lo consideran los demás y como se considera a si mismo)

Normas sociales y culturales del seno familiar

Cambios en la constelación familiar (abandono, muerte, enfermedades, separación.)

Defectos que encuentra en su propia familia

¿Cuáles son los principales problemas que se presentan en su familia?

¿Quién rige a la familia?

¿Qué edad tenía cuando surgió su problema?

VI. HISTORIA PERSONAL

Infancia: hábitos, salud, alimentación, etc.

Niñez: relaciones sociales, temores, recuerdos agradables, desagradables y como me sentí.

Desarrollo interpersonal: dependencia y autonomía

Presentaba algún tipo de trastorno (habla, escritura, lectura, motricidad, etc.)

Adolescencia: relaciones interpersonales, problemas en la adolescencia.

Como fue la respuesta de su desarrollo físico

Capacidades y talentos especiales

Edad adulta: logros obtenidos (personal, familiar, personal, educativo, satisfacciones, responsabilidades)

Edad adulta avanzada: ¿Cuáles son los problemas con los que se ha enfrentado más constantemente?

Relación con la pareja, con los hijos, los nietos

¿Cómo ha vivido estos años a partir de su problema?

¿Cómo se siente ahora con respecto a su problema?

¿Qué o quién ha sido su apoyo moral y físico y emocional que lo ha ayudado a salir adelante?

VII. AREA DE LA SALUD

Alimentación

Enfermedades, lesiones

Operaciones

Situaciones de sueño (tipo de sueño, descansa cuando duerme)

¿Qué opina de su salud actual?

¿Cuál es la comparación de su salud en etapas posteriores y la actual?

VIII. AREA LABORAL

Descripción de los trabajos que desempeña y desempeña (rendimiento éxitos, fracaso, ausentismo, responsabilidad)

¿Qué tipo de relación llevo o lleva en el trabajo con sus compañeros?

¿Cómo se siente con respecto a su trabajo?

IX. DIVERSIONES E INTERESES

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos y porque los considera así?

¿Con quién los realiza?

¿Asiste a fiestas?

¿Pertenece a algún tipo de grupo a fin?

Lugares que más frecuenta y porque lo hace.

X. AJUSTES SOCIALES

Como han sido sus relaciones interpersonales y como son en la actualidad

Tiene amigos (como son ellos)

¿Cuáles han sido sus amistades especiales y porque las considera así?

¿Cuál es la importancia para usted del tener amigos?

XI. DATOS MARITALES Y DE FAMILIA (VIDA CONYUGAL)

Descripción del conyugue (descripción de la relación entre ambos)

Número de hijos, edades, descripción de cada uno de ellos

Interacción de la familia en la actualidad

¿Cómo es la comunicación?

¿Cómo es la toma de decisiones?

¿Qué papeles juega cada uno?

¿Cómo se siente con respecto a su familia?

XII. DESCRIPCION DE SI MISMO

¿Cómo está actualmente?

- ¿Cómo se siente consigo mismo?
- ¿Cómo creo que me ven los demás?
- ¿Cuáles son sus preocupaciones?
- ¿Le gustaría cambiar algo?
- ¿Cómo se siente frente a su problema?

XIII. EXAMEN MENTAL

Conciencia

Orientación en tiempo espacio y persona.

Asociación y proceso de su pensamiento

Contenido del pensamiento

Percepción

Memoria

Anexo B

Universidad Nacional Autónoma De México
Centro Universitario Vasco De Quiroga De Huejutla
Licenciatura en Psicología

Encuesta a Familias

Indicaciones: Conteste las siguientes preguntas, basándose en su experiencia previa al Accidente cerebrovascular que sufrió su familiar.

1. ¿Observo que su familiar presentó Debilidad o parálisis de un brazo, una pierna, o un lado de la cara o cualquier parte del cuerpo previo al ACV?

a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

2. ¿Se percató Usted de los posibles cambios en la visión de su familiar afectado?

a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

3. ¿Observó en su familiar lenguaje mal articulado, incapacidad para hablar o entender el lenguaje y tuvo dificultades para escribir o leer?

a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

4. ¿Usted en algún momento observo dificultad en su familiar para deglutir los alimentos o presentó babeo?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

5. ¿Su familiar presento pérdida de memoria?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

6. ¿Usted ha acompañado a su familiar a sus terapias?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

7. ¿usted considera que dedica el tiempo necesario a su familiar afectado?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

8. ¿Considera que el apoyo que le brinda a su familiar ha sido el adecuado para su rehabilitación?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c)Nunca d)No

9. ¿Ha notado algún cambio o avance en la rehabilitación de su familiar?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c) Nunca d) No

10. ¿considera que la familia es parte fundamental para la rehabilitación optima de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular?

- a) Si, totalmente b) En ocasiones c) Nunca d) No

ANEXO C

Formato de Escala Manual Muscular de Rehabilitación en Terapia Física

1. ¿Existe fuerza muscular en la extremidad dañada?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

2. ¿El musculo dañado realiza alguna contracción palpable aunque no se evidencie el movimiento?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

3. ¿El musculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se le libera del efecto de la gravedad?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

4. ¿El movimiento del musculo es posible en toda su amplitud con resistencia manual moderada?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

5. ¿El musculo soporta una resistencia manual máxima?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

6. ¿La extremidad dañada se encuentra totalmente rígida (paralizada)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> definitivamente si | <input type="checkbox"/> probablemente no |
| <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> definitivamente no |
| <input type="checkbox"/> probablemente si | |

Glosario

Accidente cerebrovascular: Es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o a las que llegan al mismo.

Apoplejía: Término utilizado en la antigüedad para denominar al accidente cerebrovascular

Chivo expiatorio: Integrante de la familia, desempeñando el papel de víctima, este puede ser una persona inocente quien se convierte en el blanco de sentimientos paranoides o el objeto deliberado del sistema.

Discapacidad: O incapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.

Deglutir: Es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago.

Familia: La familia es un conjunto de personas, cuyos miembros están interrelacionados, siendo un sistema vivo y dinámico en constante transformación.

Familia nuclear: Se encuentra integrada por padre, madre e hijos; es una estructura completa a nivel familiar.

Hemiparesia: Se le denomina de dicha forma a la pérdida completa de movilidad del cuerpo

Hemiplejia: se le denomina así a la pérdida de movilidad en alguna parte del cuerpo.

Homeostasis: característica de un sistema abierto o de un sistema cerrado, mediante la cual se regula el ambiente interno para mantener una condición estable y constante.

Paciente identificado: se designa el término a la persona que manifiesta los síntomas.

Rehabilitación: Acción de habilitar de nuevo a alguien o algo a su antiguo estado, encaminado específicamente a restituir funciones cognitivas o motrices.

Sistema: Según Von Bertalanffy, se caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. Es un concepto que implica siempre: orden, totalidad, organización y estructura.

Supra sistemas: Es el contexto o medio del sistema, en el cual interactúa la familia, los amigos, los vecinos o conocidos.

Bibliografía

- Arias, A. (2008). *Rehabilitación del ACV: Evaluación, Pronóstico y Tratamiento*. [s. c.] [s. e.].
- Bertalanffy, L. (2004). *Teoría general de los sistemas*. (16ª.ed.). México, D.F: Fondo de cultura económica.
- Coulton, C. (1988). *El Ajuste del individuo al medio y la Rehabilitación*. (10ª.ed.). [s. c.]: Herder.
- Dolores, M. (1988). *El mexicano psicodinámica de sus relaciones familiares*. [s. c.]: Villicaña.
- Dominique, J. (2010). *La escafandra y la mariposa*. (1ª.ed.). México, D.F: Booket.
- Estrada, L. (2005). *El ciclo vital de la familia*. [s. c.]: Grijalbo.
- Feixas, G. y Miró, Ma. (2005). *Aproximaciones a la psicoterapia*. (15ª.ed.).Barcelona: Paidós.
- Fromm, E. (2008). *El arte de amar*. (1ª.ed.). México, D.F: Paidós.
- Minuchin, S. y Nichols, P. [s.f.]. *La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación*. [s. c.]. : Paidós.
- Mora, M. (2002). *Salud Mental en México*. (1ª. ed.). México, D.F.: [s. e.].
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. (1ª.ed.). México, D.F.: Plaza.
- Rojas, M. (1991). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. (2ª. ed.).

Sampieri, Hernández R. y Collado, Fdez. C. (2010). *Metodología de la investigación*: Mc Graw Hill.

Sánchez, D. y Gutiérrez. (2006). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. (15ª.ed.). México, D.F: Manual moderno.

Shea, T. y Baurer, A. [s.f.]. *Educación especial un enfoque ecológico*. (2ª. ed.).

[s. c.]: Mc graw Hill.

Warren, C. (2009). Diccionario de psicología. (9ª.ed.). México, D.F: Fondo de cultura económica.

Aguilar, H. (2010). Psicopatología del accidente cerebrovascular según hemisferio cerebral en la fase subaguda en una unidad geriátrica integral de ictus. (Consultado el 13 de marzo)

<http://www.seacv.org/revista/1.htm>

<http://www.neurocar2011-01%20-%20ACV.htm>

Bargiela, C. y Bargiela, M. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires: Accidente Cerebro Vascular. (Consultado el 6 de marzo del 2013).

http://www.4shared.com/file/90722174/ca970ae4/manual_acv.html

<http://www.4shared.com/file/90722329/cad55672/TrastornosMovimientoacv.html>

Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2012). Institutos Nacionales de Salud. (Consultado el 2 de febrero del 2013).

<http://www.Medlineplus.mx>