



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.

Agradecimientos

Raúl te agradezco ser parte de este mí gran proyecto de vida, por ser mi apoyo incondicional y mi refugio, gracias por compartir desvelos, ilusiones y malos momentos, por tu presencia y paciencia a lo largo de estos 4 años e impúlsame a llegar hasta este momento.

Humbertito (+) agradezco a la vida tu presencia en mi camino, tu luz, aunque breve fue lo suficientemente poderosa para generar un invaluable aprendizaje y motivar este sueño que hoy se vuelve realidad.

Familia gracias a todos padres, hermanos, sobrinos, a los que están y a los que ya han partido, porque todos me han brindado siempre su confianza, cariño y apoyo incondicional.

Amigos, compañeros de trabajo y estudio, profesores, gracias todos por ser una luz en el camino.

Maestra Gabriela Leticia Sánchez Martínez, gracias por todo el apoyo que me ha brindado desde los inicios de la carrera, por ser ejemplo por seguir en el ejercicio profesional y mi guía para concluir este proceso de intenso aprendizaje.

Índice

Introducción

Capítulo I EVC. Incidencia, clasificación, factores de riesgo y prevención.

1.1 Incidencia	7
1.2 Clasificación	9
1.2.1 EVC Isquémico	9
1.2.2 EVC Hemorrágico	10
1.3 Factores de riesgo	11
1.3.1 No modificables	11
1.3.2 Modificables	13
1.4 Prevención.	14

Capítulo II Recuperación, secuelas y rehabilitación

2.1 Recuperación	20
2.2 Secuelas sensoriales.....	22
2.3 Secuelas motrices	24
2.4 Secuelas neuropsicológicas.....	25
2.5 Rehabilitación.....	27

Capítulo III Impacto psicológico en el sobreviviente y su familia

3.1 Duelo en el sobreviviente y su familia	30
3.2 Repercusiones en el cuidador primario, rol de la familia y redes de apoyo....	34
3.3 Modelo de intervención psicológica aplicable	36
Discusión	41
Conclusiones	43
Referencias	46

Introducción.

Actualmente las enfermedades no transmisibles (ENT), se encuentran entre las principales causas de discapacidad y muerte; el 71% de las muertes que ocurren en el mundo tienen su origen en enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma; enfermedades cardiovasculares como el evento vascular cerebral (EVC) y el ataque al corazón; al igual que el cáncer y la diabetes, las ENT son responsables del 80% de muertes prematuras en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El evento vascular cerebral (EVC) representa un grave y creciente problema de salud que está estrechamente relacionado con el envejecimiento poblacional, es uno de los motivos primordiales para el ingreso de pacientes en áreas de cuidados intensivos, y una de las causas más importantes de mortalidad, discapacidad funcional y demencia a nivel mundial, este padecimiento deja en los sobrevivientes deficiencias que comprometen su salud física, cognitiva y psicológica (Secretaría de Salud del Estado de Puebla, 2019).

De acuerdo con la OMS el EVC se define como un síndrome clínico que se caracteriza por el rápido desarrollo de signos de afección neurológica que persisten más de 24 horas, se origina por la obstrucción en el paso de sangre a una zona específica del cerebro, está considerado como la segunda causa de muerte global, y la primera de discapacidad en el mundo. Su aparición se ha vuelto frecuente aún en edades tempranas, lo cual está directamente relacionado con los factores de riesgo asociados. Ocasiona alteraciones neurológicas, y deja secuelas importantes que transforman significativamente la vida de quien lo padece (SSP, 2019).

Dada la importancia de las repercusiones que causa este padecimiento, no solo en la vida del enfermo, sino en su entorno familiar y social, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo aportar información confiable y actual sobre el EVC, sus principales características, sintomatología, las causas que lo originan, los factores de riesgo y prevención, así como el impacto psicológico que conlleva, ya que representa además de un desgaste emocional y económico, un riesgo para la salud mental tanto del sobreviviente como de sus cuidadores y núcleo familiar.

A través de una revisión y recopilación de información obtenida de la literatura científica más reciente al respecto, se busca conocer los modelos de tratamiento psicológico que se utilizan comúnmente para este caso, proponer alternativas de mejora en la intervención que faciliten el tránsito por los procesos de recuperación, duelo, aceptación y rehabilitación, fomentando el aprovechamiento de recursos y el desarrollo de habilidades socioafectivas, psicológicas, dirigidas a establecer un entorno funcional y saludable que genere una mejor calidad de vida para el sobreviviente y la familia.

Capítulo I EVC. Incidencia, clasificación, factores de riesgo y prevención

De acuerdo González y Landinez (2016), el evento vascular cerebral es una enfermedad que aparece súbitamente, se desarrolla rápidamente y puede causar la muerte, engloba diversos signos neurológicos específicos, los cuales pueden ser focales o generales y persisten por un espacio de tiempo mayor a 24 horas, sin que exista otro origen que el vascular.

Arauz y Ruiz-Franco (2012), señalan que el EVC ocurre por deficiencias de tipo circulatorio en el cerebro; se deriva de un proceso patológico primario en uno o más vasos sanguíneos cerebrales, como resultado de diversas patologías que inciden en el proceso vascular del sistema nervioso. Se clasifica en dos tipos: isquémico y hemorrágico. La gravedad y consecuencias dependen del área del cerebro en que ocurre y la extensión del daño.

Los factores predisponentes a su aparición se han estudiado ampliamente y se pueden clasificar en modificables y no modificables. Algunos países como es el caso de España cuentan con protocolos específicos de tratamiento del ictus, como se denomina a la fase aguda, en las cuales se proporciona atención oportuna y eficaz, permitiendo minimizar las muertes y evitar al máximo las secuelas (Oyanguren, Eimil, Gil, González, Joen, 2015).

1.1 Incidencia

González y Landinez (2016), destacan que el índice de mortalidad por esta causa es alto en diversas poblaciones del mundo, siendo superiores en Europa del Este, África Central y Norte de Asia; mientras que las menores se ubican en Europa Occidental y Norteamérica.

De acuerdo con datos publicados por la OMS (citados por Arauz y Ruiz-Franco, 2012), este padecimiento afecta a unos 16.9 millones de la población mundial al año, su incidencia es de 1.5 mayor en hombres que en mujeres, representa un problema de salud pública y se considera la segunda causa de muerte global (9.7%), su índice de recurrencia fluctúa entre los dos y cuatro años del 10 al 22%; sin embargo, este podría modificarse en un 80% adoptando medidas de prevención adecuadas. Se prevé que la tasa de mortalidad se vea incrementada hasta en un 44% para el 2030.

Asimismo, Arauz y Ruiz-Franco (2012), señalan que el término ictus de origen latín, significa golpe y se le ha denominado así dada su repentina aparición. En México entre el 2000 y 2008, se incrementaron las muertes por esta causa en personas menores de 65 años. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, el EVC es la tercera causa de muerte general y está entre las cinco causas principales de incapacidad física y laboral; entre el 15 y 25 % de los sobrevivientes adquieren secuelas que van de moderadas a graves y cerca del 40% desarrollan dependencia total o parcial, mientras un 30% tiende a desarrollar demencia en los primeros meses posteriores al evento (Arauz y Ruiz-Franco, 2012)

El porcentaje de discapacidad por esta causa es mayor que el de la mortalidad, el 26% de pacientes en el rango de los 65 años, resultan con dependencia para las actividades cotidianas y un 46% presenta alteraciones en la cognición. Su incidencia en países desarrollados se ha reducido en un 42%, mientras que en países en vías de desarrollo se ha elevado al 100% durante los últimos 40 años (SSP, 2019).

1.2. Clasificación

El EVC es una enfermedad cerebrovascular que afecta un área del encéfalo, puede ser de forma transitoria o permanente, se divide en isquemia o hemorragia. Consiste en la afectación de uno o varios vasos sanguíneos cerebrales, por un proceso patológico ocasionado por un conjunto de trastornos como el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea (González y Landinez 2016).

1.2.1 EVC Isquémico

González y Landinez (2016), señalan que la isquemia cerebral, representa el 85% de los casos de EVC que ocurren en el país, esta se clasifica en dos tipos:

- Ataque Isquémico Transitorio (AIT) se refiere a la aparición por espacio temporal de una hora como máximo, de signos de déficit neurológico, con ausencia de lesión isquémica observable a través de estudios de neuroimagen. Los más utilizados son la tomografía axial (TAC) y la imagen de resonancia magnética (IRM).
- Infarto Cerebral (IC) se define como el infarto del sistema nervioso central, relacionado a la manifestación de signos de deficiencia neurológica focal o global de origen vascular por un tiempo mayor a 24 horas, con evidencia de lesión isquémica en el cerebro o la retina, El infarto cerebral representa la muerte de un área determinada en el cerebro, a causa de la escasa o nula irrigación sanguínea, debido a la presencia de un émbolo (coágulo), proveniente de otra parte del cuerpo o bien de la oclusión en el área afectada, por lo general provocada por arterosclerosis, también se le conoce con el nombre de trombosis o embolia). Una vez que se produce la oclusión del vaso sanguíneo, se corta el flujo de sangre al cerebro, se presenta la pérdida de energía, hasta llegar a la muerte neuronal, se pueden observar síntomas de alteraciones en el habla o la visión, falta de sensibilidad, debilidad en una parte del cuerpo, parálisis facial entre otras.

1.2.2 EVC Hemorrágico

El evento vascular cerebral hemorrágico representa el 10 al 15% de los casos, ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se colapsa y sangra de forma espontánea, provocando una hemorragia que daña las células cerebrales. En este tipo de evento el daño es prácticamente inevitable por la naturaleza irritante de la sangre (González y Landínez 2016).

Asimismo, mencionan que tiene un desarrollo veloz y progresivo, se presenta elevación en la presión intracraneal. Uno de cada 6 casos pertenece a esta categoría, se acompaña de una serie de síntomas como:

- a) Dolor de cabeza súbito e intenso.
- b) Pérdida del sentido, si este es prolongado puede tratarse de un coma.
- c) Vómito.
- d) Entumecimiento.
- e) Dificultad para mover los músculos de la cara, una extremidad o un lado del cuerpo.
- f) Dificultades para hablar.
- g) Confusión, convulsiones y mareos.

Según González y Landínez (2016) se divide en 2 categorías

- 1) Hemorragia intracraneal, la cual se origina dentro del cerebro, localizada en distintas zonas.
 - Profunda, se ubica en el área subcortical, profundamente en los ganglios basales y el tálamo, el principal factor de riesgo es la hipertensión arterial (HTA).
 - Lobar, puede encontrarse en cualquier punto de los hemisferios (frontal, parietal, temporal, occipital) las principales causas son tumores, malformaciones vasculares, tratamiento antitrombótico entre otras.

- Cerebelosa, tiene ubicación de origen en el cerebelo y la causa más común es la hipertensión, si tiene una extensión mayor a 3 cm su curso puede ser progresivo y mortal.
- Tallo cerebral, se localiza mayormente en la protuberancia o puente; generalmente son graves a menos que se trate de hemorragias puntiformes.
- Intraventricular, tiene su origen al interior de los ventrículos.

2) Hemorragia subaracnoidea, esta indica que el sangrado ocurre en el espacio cerebral subaracnoideo, es decir el área de las membranas que recubren el cerebro, su causa más común es la rotura de un aneurisma congénito.

1.3 Factores de riesgo

Según Berengue y Pérez (2016) el EVC es la consecuencia del rompimiento o taponamiento de un vaso sanguíneo que irriga al cerebro originando que las células nerviosas que circundan la zona afectada dejen de funcionar o mueran al no recibir el oxígeno necesario, la aparición de esta enfermedad está asociada a diversos factores de riesgo, su detección y control oportuno puede prevenir el padecimiento considerablemente, sin embargo, el riesgo de un evento vascular cerebral aumenta en función de la cantidad y severidad de los factores predisponentes, algunos de ellos modificables.

1.3.1 No modificables

De acuerdo con Mesa, Hernández y Parada (2017), los factores de riesgo no modificables son características individuales que no se pueden cambiar y predisponen la aparición del EVC.

- a) Edad. La enfermedad puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, sin embargo, es más común en mayores de 60 años. De acuerdo con diversos estudios epidemiológicos después de esta edad, el riesgo aumenta cada década, la prevalencia en poblaciones que presentan dos o más factores de riesgo asociados se eleva con la edad.
- b) Género. El factor hormonal representa una protección en la mujer; sin embargo, cuando inicia la etapa de la menopausia el riesgo de un EVC se incrementa, de modo que, una vez concluida la etapa reproductiva de la mujer, el riesgo es igual para ambos sexos, aunque varios autores consideran que la calidad de vida no está en función del género.
- c) Raza y etnia. Las personas afrodescendientes, hispanas y asiáticas, tienen mayor riesgo.
- d) Genética. De acuerdo con el estudio de Framingham realizado en 2002, citado por Balcells en la revista Neurociencias and History (2016), los hijos de personas que han sufrido un EVC, elevan 1.5 veces el riesgo de padecerlo; además se ha encontrado que los genes PDE4D (gen de fosfodiesterasa 4) y ALOX5AP (gen de la proteína activadora de la lipoxigenasa 5) aumentan el riesgo. Recientemente se ha observado una forma hereditaria de EVC (CADASIL) que manifiesta cambios en la sustancia blanca del tipo leucoencefalopático y deterioro cognitivo. Por otra parte, los genes que codifican la estructura de las paredes de los vasos cerebrales que presentan malformaciones, predisponen el desarrollo de la hemorragia subaracnoidea y malformaciones cavernosas entre otras.

1.3.2 Modificables

Moschini (s/f) destaca que los factores de riesgo considerados modificables comprenden las enfermedades vasculares crónicas, las cuales, al no estar debidamente detectadas y controladas, representan un riesgo potencial para el surgimiento de EVC, así como modificación de hábitos que son nocivos para la salud.

De acuerdo con Oblitas (2016), la adopción de conductas saludables parece relacionada con la vulnerabilidad percibida por la persona respecto a la amenaza que representa para su salud, así como la percepción en cuanto a la severidad de sus consecuencias.

Berengue y Pérez (2016), Consideran que los factores de riesgo modificables generalmente son enfermedades crónicas, hábitos y conductas que mantienen las personas cuyas consecuencias pueden derivar en EVC, por ejemplo:

- 1) Hipertensión arterial (HTA). Es el factor modificable de mayor prevalencia e importancia, es un trastorno cardiovascular, con prevalencia del 20% de la población adulta, mismo que se ve aumentado con la edad, en personas mayores de 65 llega a ser del 50%. Favorece aparición de aterosclerosis, genera cambios funcionales y estructurales de la circulación cerebral lo cual se relaciona con patología vascular cerebral, por lo que es importante llevar un control adecuado de la HTA y prevenir la aparición y recurrencia del EVC.

- 2) Tabaquismo. Representa un factor modificable que está estrechamente relacionado con diversas enfermedades entre ellas el EVC. Se le atribuyen una quinta parte de las muertes por eventos cardiovasculares, ya que la nicotina activa el sistema nervioso simpático, lo que eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El tabaco es una de las principales causas de enfermedades prevenibles y muertes prematuras, como consecuencia del efecto de los agentes del tabaco sobre diversas reacciones metabólicas (Berengue y Pérez 2016). El consumo de tabaco, así como la exposición al humo, causa del 17% de muertes por EVC a nivel mundial (OMS, 2018).
- 3) Diabetes. La relación entre diabetes y evento vascular cerebral es muy estrecha, el riesgo es alto en adultos jóvenes y aún mayor en mujeres, ya que padecer diabetes tipo 2 eleva el riesgo de 2 a 4 veces más que en el resto de la población, incrementando un mal pronóstico y la probabilidad de recurrencia. De acuerdo con el estudio Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke (1980), se reveló que el 36% de los pacientes con EVC eran diabéticos y más jóvenes que los no diabéticos (Tejada y Redondo, 2010).
- 4) Obesidad. Está ligada con diabetes, dislipidemia y niveles elevados de colesterol (LDL), así como intolerancia a la glucosa. Entre sus complicaciones está la aterosclerosis que es la acumulación de grasa en las arterias, lo cual favorece la generación de trombos que repercuten en el desarrollo del evento vascular cerebral (Berengue y Pérez 2016).

1.4 Prevención

Arauz y Ruiz- Franco (2012), mencionan que la enfermedad cerebral vascular tiene una importante repercusión en la calidad de vida tanto del paciente, como de su familia; por ello resulta indispensable la prevención, que representa sin duda la mejor opción para reducir las tasas de incidencia y mortalidad.

Esta se lleva a cabo en 3 modalidades:

1.- Prevención primaria. Está enfocada a evitar la aparición de EVC, se basa en el control de factores de riesgo asociados considerados modificables, como es la atención y supervisión de enfermedades crónicas (hipertensión; diabetes; colesterol; cardiopatías, problemas circulatorios; obesidad) entre otras, evitar hábitos dañinos para la salud como el tabaquismo, consumo de alcohol, cannabis, cocaína y otras drogas; modificar el estilo de vida realizando actividad física, manteniendo una alimentación sana evitando el consumo de grasas saturadas, hidrogenadas y alimentos procesados, manteniendo un peso saludable y elevando el consumo agua (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

Dentro de la prevención primaria encontramos la promoción de estilos de vida saludables es importante destacar que actualmente la salud tiene un enfoque distinto, es decir, la salud es algo que el ser humano debe desarrollar a lo largo de la vida y no sólo conservar. De acuerdo con el enunciado declarado en 1947 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual no ha sido modificado desde entonces “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Blanco, 2017).

Oblitas (2016) señala que a partir de dicha concepción es que la salud se aborda como un aspecto multidimensional en el cual intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. Resulta importante señalar que el aspecto psicológico juega un papel preponderante en la salud, ya que el estado del ánimo impacta directamente sobre ella, tanto de forma negativa como positiva, de tal modo que el sentir seguridad y apoyo cuando se enfrenta una situación de estrés o enfermedad se torna relevante en el proceso de solución o recuperación. Precisamente el estrés es uno de los estados que genera mayores efectos negativos en la salud, pues está estrechamente relacionado con algunas enfermedades graves como el cáncer, la enfermedad cardíaca, la hipertensión, entre otras.

Existen evidencias de que en países desarrollados se ha incrementado la mortalidad relacionada con enfermedades crónicas y sus consecuencias como hipertensión, diabetes, cáncer, SIDA, o conductas como el tabaquismo, que causa aproximadamente el 15% de muertes en países desarrollados, a la vez que los padecimientos infecciosos cobran cada vez menos vidas. Es notable que la conducta influye en el desarrollo y mantenimiento de la salud (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

En cuanto a los factores psicológicos, la ansiedad y el estrés están vinculados al proceso salud-enfermedad; la ansiedad es una sensación que se experimenta en situaciones de amenaza y es necesaria para mantenernos a salvo, sin embargo, al presentarse en un nivel alto, pierde su utilidad y genera reacciones adversas como el pánico, crisis nerviosas y trastornos psicológicos. Enterarse de que se padece una enfermedad que puede poner en riesgo la vida, conlleva un alto nivel de estrés y ansiedad (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

Algunas de las acciones encaminadas a adoptar un estilo de vida saludables son:

- Realizar actividad física.
- Llevar una alimentación adecuada.
- Evitar el consumo de sustancias.
- Mantener control emocional, evitando la ansiedad y el estrés.
- Adoptar medidas de seguridad, autocuidado y prevención, evitando conductas de riesgo.
- Adherencia al tratamiento.

2.- Prevención secundaria. Representa la atención inmediata de la fase aguda, es un aspecto fundamental dentro de la prevención. Se basa en el conocimiento de los síntomas que puede presentar la persona que cursa un evento vascular cerebral, ya que en su mayoría los pacientes o familiares no los identifican claramente y pueden confundir el padecimiento con otros y retrasar así la atención oportuna. Entre dichos síntomas están la debilidad, parálisis facial, dificultad para mover una extremidad o lado del cuerpo, alteraciones en el lenguaje, pérdida de la visión, torpeza al caminar, dolor de cabeza agudo y repentino, vómito, entre otros. Al notar la presencia de esta sintomatología es vital acudir al hospital, pues el tiempo que se demora en recibir atención especializada, determina la evolución y pronóstico del padecimiento, así como la recuperación del paciente (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

3.- Prevención Terciaria. Se aplica una vez que se ha presentado la isquemia o hemorragia cerebral; se enfoca en evitar la aparición de nuevos eventos, a través de la atención a los factores de riesgo, las secuelas y la rehabilitación dirigida a proporcionar una buena calidad de vida para el paciente y su familia (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

De acuerdo con lo expuesto en este capítulo, el EVC es una enfermedad grave de origen vascular que se presenta abruptamente y se desarrolla rápidamente poniendo en riesgo la vida; presenta una serie de deficiencias neurológicas que permanecen por más de 24 horas; genera secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que afectan considerablemente la calidad de vida del enfermo y su familia. Se clasifica en isquemia y hemorragia cerebral. Tiene una alta prevalencia, tiene mayor incidencia en hombres que en mujeres, es la tercera causa de muerte a nivel mundial, es un factor determinante en la mortalidad prematura, discapacidad e incapacidad en el mundo. Por ello es de vital importancia realizar campañas que atiendan a los tres tipos de prevención que se requieren para este padecimiento, abarcando el conocimiento de la sintomatología, clasificación y sus causas; entre las cuales están los factores de riesgo, tanto modificables (ENT y estilos de vida no saludables) como no modificables (edad, género, raza, EVC previo etc.), se debe enfatizar las medidas que es necesario adoptar desde la aparición de la fase aguda y la recuperación con la finalidad de evitar la recurrencia (Arauz y Ruiz-Franco, 2012; Berengue, Pérez, 2016 y González y Landinez 2016).

Capítulo II Recuperación, secuelas y rehabilitación

Oyanguren, et al (2015), mencionan que alrededor del 50% de pacientes que padecen ECV, tienen riesgo de morir durante los seis meses posteriores al evento. Quienes logran sobrevivir, generalmente adquieren secuelas neurológicas importantes, que derivan en discapacidad significativa o incapacidad permanente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha clasificado estas discapacidades de la siguiente manera: motora y de locomoción, de comunicación, emocional, cognitivo, visual y auditiva.

Las secuelas causan diversos grados de dependencia, por lo que es difícil que durante el primer año después del evento el sobreviviente esté en condiciones de trabajar, incluso puede requerir apoyo en las actividades cotidianas como vestirse, el aseo personal o la alimentación. La discapacidad física puede ser simultánea o secundaria al padecimiento, permanente o transitoria, y en algunos casos la persona pierde completamente su independencia y queda postrada en cama (Oyanguren et al, 2015).

Para tener una perspectiva más eficaz de las zonas donde se localizan las funciones cerebrales que pueden resultar afectadas severamente después de un EVC, es importante entender un poco la neuroanatomía y fisiología cerebral, cabe mencionar que las funciones cerebrales están cruzadas, es decir, el daño que ocurre en un lado del cerebro tendrá su expresión en el lado opuesto (aplica para la sensibilidad, la visión, la fuerza muscular, el equilibrio o la coordinación) (Oyanguren et al, 2015).

El sistema nervioso (SN) se compone de SN central (SNC): encéfalo, médula espinal; y SN periférico. Las lesiones originadas por un ECV se localizan en el encéfalo, el cual está integrado de tres partes, cada una con funciones específicas (Oyanguren et al, 2015).

1) Telencéfalo: comprende los hemisferios cerebrales donde se encuentran los lóbulos: frontal (función motora, planificación de la conducta y control emocional, lenguaje parte inferior del hemisferio izquierdo área de Broca), temporal (lenguaje porción lateral superior área de Wernicke, procesamiento auditivo, memoria); parietal (información sensorial y propioceptiva, percepción del espacio); occipital (información visual); ganglios basales (intervienen en múltiples funciones, especialmente motoras) y el sistema límbico (emociones inconscientes) (Geffner s/f).

2) Diencéfalo: comprende el tálamo (procesa información sensitiva, motora e interviene en el nivel de atención y alerta); subtálamo; hipotálamo (regulación de funciones anatómica y hormonales) y glándula pineal (regulación de ritmos cardiacos, estado de vigilia y secreción de hormonas como la melatonina) (Roa y Del Sol, 2014).

3) Tronco encefálico: comprende el mesencéfalo; protuberancia y bulbo raquídeo; cerebelo (coordinación motora, ritmo, ajuste y aprendizaje de movimientos. (Geffner s/f).

2.1 Recuperación

De acuerdo con Navarro, Pino, Rodríguez, Murillo, Jiménez, (2008), el EVC puede llevar a la muerte en corto tiempo. Los pacientes que llegan al servicio de emergencias médicas pueden presentar isquemia o hemorragia cerebral durante el ictus, el índice de mortalidad en esta fase está relacionado con las complicaciones que se presenten, por lo cual es de suma importancia que se actúe con rapidez y eficacia desde los primeros momentos de atención.

Al ingreso del paciente, la prioridad es preservar la vida y evitar al máximo el daño cerebral, atendiendo las complicaciones existentes, por medio de fármacos y medidas de neuro-protección no farmacológicas. Las primeras acciones están dirigidas a evaluar las causas del evento y proporcionar el soporte vital. De acuerdo con las condiciones de la persona, puede requerirse intubación orotraqueal y conectarla a un equipo de respiración asistida. El paciente intubado requiere de aspiraciones frecuentes, adaptar una sonda nasogástrica, un catéter vesical para el control de la diuresis, vigilar continuamente el nivel del coma mediante la escala de Glasgow ⁽¹⁾ y vigilar los signos vitales constantemente (Navarro et al 2008).

Para un diagnóstico completo se requiere realizar estudios de laboratorio; un examen neurológico que permita conocer el puntaje de Glasgow del coma y otras escalas; evaluar la tensión arterial; realizar estudios de electrocardiograma y tomografía axial computarizada para determinar el tratamiento a seguir. Al iniciar el tratamiento, el paciente es trasladado a una sala de cuidados intensivos, donde se cuenta con equipo y personal capacitado para brindarle atención médica especializada, dando continuidad a las medidas iniciales establecidas en el servicio de urgencias (Navarro et al, 2008).

Por el contrario, si el paciente está consciente, es necesario mantener comunicación verbal con él para brindarle seguridad, suspender el alimento durante las primeras 12 hrs; alimentar y medicar por vía intravenosa, vigilar la tensión arterial y la glucemia para mantenerlas dentro de los rangos normales; pasadas las 12 hrs la alimentación es líquida o blanda. Es importante realizar cambios de postura frecuentemente para evitar la aparición de escaras en las zonas de apoyo, dar movimiento a las extremidades para evitar complicaciones circulatorias (Navarro et al, 2008).

(1) La Escala de Coma de Glasgow: parámetro que se utiliza actualmente en la evaluación del nivel de consciencia, diseñada por los neurocirujanos ingleses Graham Teasdale y Bryan Jennett, en 1974, utiliza criterios objetivos con valor numérico asignado, se emplea para: 1) decidir o justificar ciertos tipos de tratamiento en relación con la gravedad de la lesión, 2) comparar diferentes series de lesiones, y 3) predecir el grado de recuperación final esperada. (Muñana, J., Ramírez, A, (2013).

2.2 Secuelas sensoriales

De acuerdo con Oyanguren et al, (2015), los déficits o secuelas sensoriales originadas por un EVC, responden a lesiones que se localizan en el lóbulo parietal, el cual se encarga del procesamiento de la información sensorial proveniente de las diversas áreas del cuerpo.

Algunas funciones son controladas por uno de los lóbulos parietales, comúnmente es el izquierdo el lóbulo dominante, mientras que el lóbulo no dominante (usualmente el derecho) maneja otras funciones como la percepción del propio cuerpo y su relación con el espacio a su alrededor (Oyanguren et al, 2015).

Si la lesión se localiza en la parte delantera de uno de los lóbulos parietales, puede generar pérdida de la sensibilidad, alteraciones en las sensaciones del lado opuesto, problemas para diferenciar entre sensaciones de dolor, calor o frío, así como para reconocer objetos a través del tacto, de acuerdo con su textura y forma (Oyanguren et al, 2015).

Cuando el daño está en la parte media del lóbulo el paciente no podrá diferenciar entre el lado izquierdo y el derecho, presentará dificultades al escribir y para determinar dónde se sitúan las partes de su cuerpo, es decir, se afecta la propiocepción.

De acuerdo con Emil y Gil, (2015), entre las lesiones sensoriales podemos mencionar

- 1) Apraxia: se manifiesta con disminución en la capacidad para realizar tareas sencillas como peinarse o vestirse, así como gestos previamente aprendidos.

- 2) Agnosias visuales; ocasionan dificultades para reconocer partes del mismo cuerpo, disminución o pérdida del campo visual inferior, problemas para nombrar objetos, realizar operaciones matemáticas, pueden existir dificultades visoespaciales, el paciente puede no reconocer que tiene este trastorno e ignora el lado de su cuerpo contrario a donde se encuentra el daño o presentar crisis sensitivas en el lado contralateral del daño.
- 3) Parestesia: se presentan sensaciones de hormigueo, picazón, entumecimiento, punzadas, en diferentes partes del cuerpo, comúnmente en brazos, piernas, pies o manos, generalmente está asociada al dolor.

El daño en el sistema nervioso genera diversos síndromes de dolor crónico, conocido como dolor neuropático, del mismo modo, pueden producirse señales falsas de dolor. Uno de los síndromes más frecuentes es el talámico, su tratamiento es difícil aún con medicamentos. El dolor puede tener origen en la debilidad muscular de los miembros, en la falta de movimiento o por permanecer en una postura por tiempo prolongado, lo que daña los ligamentos de la articulación (articulación congelada) (Emil y Gil, 2015).

El dolor crónico o neuropático en el sobreviviente de EVC, puede aparecer en brazos, piernas, tronco o rostro, el patrón más frecuente es el hemicorporal, generalmente aparece en los primeros meses posteriores, puede desaparecer con el tiempo, sin embargo, hay casos documentados de aparición tardía o dolor permanente, el dolor puede aparecer espontáneamente o ser evocado por estímulos nociceptivos, los pacientes los describen como un ardor, punzada, opresión fuerte, dolor lacerante o tirante, suele agravarse al movimiento, tacto o estrés, se asocia con alteraciones sensitivas vinculadas a hipoestesia o hiperestesia, son comunes los dolores articulares del hombro, secundario a espasticidad, los pacientes pueden confundirlos con dolor de origen artrítico, es común que el dolor sea intenso y localizado en la extremidad o zona que ha permanecido sin movimiento por espacios de tiempo prolongados (Devesa, Mazadiego, Baldomero, Mancera, 2014).

El dolor se desarrolla después de una lesión producida a cualquier nivel del sistema nervioso, el sistema nervioso simpático puede estar involucrado, los síndromes de dolor neuropático centrales parecen involucrar la reorganización del procesamiento somato sensitivo central (Devesa et al, 2014).

2.3 Secuelas motrices

Eimil y Gil (2015), mencionan que en este y los otros tipos de secuelas el nivel de discapacidad están en función del área y la extensión del daño, específicamente entre las secuelas motrices se encuentran las parálisis y problemas en la coordinación que se manifiestan en la parte del cuerpo contraria al lado afectado del cerebro, este tipo de secuelas pueden originarse también por lesiones medulares, sin embargo, en el caso del EVC se trata concretamente de lesiones del encéfalo, la extensión de la lesión puede afectar el rostro, extremidades, una parte del cuerpo o todo el cuerpo, ocasionando :

- a) Parálisis facial: ocurre por el daño en alguno de los nervios faciales o séptimo par craneano, que se localiza por debajo del oído y se extiende a los músculos de cada lado del rostro. Éstos controlan los movimientos o expresiones faciales como el parpadeo o la sonrisa, son responsables de enviar impulsos nerviosos a las glándulas salivares, lacrimales y transmitir sensaciones de la lengua y sentido del gusto, al obstruirse la función de los nervios faciales, se presenta debilidad, dando origen a la parálisis facial.
- b) Incoordinación: se presenta por la falla de las conexiones del área premotora y los ganglios basales, dando lugar a entumecimiento, rigidez, temblor, lentitud en el movimiento, o bien entre el área premotora y el cerebelo, entonces ocurren movimientos atáxicos (ver punto e).

- c) **Hemiplejia:** se produce por el daño en las vías que conducen los impulsos nerviosos del encéfalo, la causa más común es la obstrucción en la irrigación sanguínea al cerebro, anulando el movimiento, es más común en la edad adulta, principalmente en varones. La dificultad en el movimiento puede tratarse sólo de hemiparesia que es una debilidad menor en los músculos y articulaciones; la hemiplejia implica alteraciones en el tono muscular y por ello, la pérdida del control voluntario del movimiento.
- d) **Disfagia:** Es un trastorno en la deglución, su origen es neurológico, puede ser secundario a traqueotomía o uso de fármacos, ocasiona problemas en la preparación oral del bolo alimenticio y su paso hasta el estómago, provoca dificultad para masticar, tragar, tos, variaciones en la voz y babeo excesivo.
- e) **Ataxia:** Se define como la falta de control muscular, afecta la coordinación en movimientos voluntarios como mantener el equilibrio, la postura corporal, caminar y los movimientos oculares. Se origina por daño neurológico en el cerebelo, puede ser causada por eventos cerebrovasculares, o bien por tumores, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, o tener un origen genético.
- f) **Incontinencia:** Es una deficiencia que ocurre regularmente en un gran porcentaje de los casos, se relaciona con las secuelas motoras y sensitivas, el paciente no tiene control sobre su vejiga o esfínteres, se ve sometido a episodios de descontrol que le generan estrés, también puede presentarse estreñimiento, la incontinencia repercute negativamente en la emocionalidad del paciente.

2.4 Secuelas neuropsicológicas

Oyanguren et al, (2015), mencionan que en el cerebro existe la dominancia hemisférica, es decir si determinadas áreas del lado izquierdo del cerebro resultan afectadas, algunas funciones como el lenguaje tendrán secuelas severas, sin embargo, esto no ocurrirá si se afectan las mismas áreas ubicadas en el hemisferio

derecho, ya que este se encarga de las funciones finas del lenguaje, cuando existe daño en el hemisferio derecho, se presentan deficiencias como la disprosodia, que es una alteración en el ritmo de inflexión del lenguaje, dando como resultado un discurso emocionalmente plano y monótono.

Entre las secuelas más comunes que afectan al lenguaje están las afasias, un trastorno en la producción o comprensión del lenguaje tanto hablado como escrito, a causa de una lesión cortical en el hemisferio dominante, que generalmente es el izquierdo, la cual afecta los mecanismos básicos del lenguaje. Al menos un 25% de personas que han padecido EVC presentan estas secuelas de lenguaje, en las cuales se ve disminuida la capacidad del habla, escritura y comprensión, el lenguaje interno no se genera de forma correcta, disminuye la fluidez en la producción verbal. En la mayoría de las afasias se pierde la capacidad de nominación es decir de nombrar los objetos (Eimil y Gil, 2015).

- Afasia expresiva: ocurre cuando la secuela es ocasionada por daño en los centros cerebrales del control del lenguaje, conocida como área de Wernicke en el lóbulo parietal dominante, la cual se encuentra en la parte izquierda del cerebro, provoca dificultad para expresar las ideas con palabras y formar frases coherentes, en la patología cerebrovascular, es común que exista problema en la arteria cerebral media. Cuando el daño se encuentra en el área motora o de Broca localizada en lo lóbulo frontal izquierdo generalmente se altera la emisión de palabras conservando la comprensión razonable, ya que la persona entiende la mayoría de las palabras (Eimil y Gil, 2015).
- Afasia transcortical: en este tipo el fascículo arqueado que une las áreas motoras con las auditivas y visuales se conserva, de tal forma que se mantiene la capacidad de repetir las palabras (Eimil y Gil, 2015).
- Afasia Global: es la forma más grave de afasia, es originada por daño en múltiples áreas del cerebro que abarcan la función del lenguaje, en cuyo caso se pierde en su totalidad la capacidad lingüística y al paciente le es imposible

comprender las palabras o expresar sus ideas a través de él. El 50% de casos de este tipo de afasia son secundarias a EVC (Eimil y Gil, 2015).

El tratamiento de las afasias secundarias a EVC requiere considerar la influencia de diversos factores como sus características específicas, la comorbilidad física, emocional y psicológica, la presencia de trastornos psiquiátricos previos y el impacto que tiene en la calidad de vida del sobreviviente (Berthier, 2008).

2.5 Rehabilitación

En la rehabilitación de sobrevivientes de EVC, es necesario tener presente que puede existir discapacidad o incapacidad, dependiendo de la severidad de las secuelas adquiridas, este proceso requiere de tratamiento multidisciplinario. Actualmente existen lugares donde se brindan programas de atención integral eficaces para la disminución de la dependencia y mortalidad; después de un año de librar la fase aguda, los sobrevivientes que han recibido este tipo de atención tienen una mayor probabilidad de recuperar su independencia (Devesa et al, 2014).

La rehabilitación posterior al ECV se inicia en dos fases, hospitalaria y post-hospitalaria, la primera está enfocada a prevenir las complicaciones, en la segunda fase resulta fundamental el involucramiento de la familia, estas fases constan de varios periodos. (Devesa et al, 2014).

1) Periodo agudo. Inicia con la situación de emergencia, su principal síntoma es la hipotonía, es decir el tiempo que el paciente está hospitalizado y permanece en cama. Las medidas que se requieren durante este periodo van desde cambios de postura constantes; ejercicios respiratorios, prevenir las posturas viciosas como la hipertonía postural, el hombro doloroso o el equinismo, a través de posturas protectoras y movilizaciones pasivas, uso de colchones anti escaras, el entrenamiento en la auto movilización (favorecer el equilibrio del tronco), la estimulación temporal, así como terapia ocupacional para obtener autonomía en cama (Devesa et al, 2014).

2) Periodo subagudo. Se caracteriza por la aparición de la espasticidad e hiperreflexia, destacando la recuperación motora con el inicio de la fase de trabajo activo del paciente. En esta fase se va ganando fuerza y coordinación, de forma concreta es la fase de verdadera rehabilitación, ya que el paciente participa activamente en la recuperación de su funcionalidad, generalmente consta de un periodo aproximado de 3 meses, según el caso. En esta fase se pueden constatar cambios como corrección de deformaciones de tipo ortopédico, se aplican técnicas para regular la espasticidad cómo realizar movilizaciones pasivas, aumentando movimientos activos asistidos en el lado parético, potenciando el tono muscular e implementando una reeducación propioceptiva. Se puede hacer uso de la electroestimulación para prevenir el hombro congelado (Devesa et al, 2014).

3) Periodo de estado. Se refiere concretamente al tratamiento que ha llevado a la estabilidad del cuadro clínico. La recuperación a partir de esta fase será relativa, de tal forma que los esfuerzos terapéuticos estarán centrados a la adaptación de las circunstancias y entorno del paciente; se caracteriza por la planeación y establecimiento de objetivos alcanzables a través de técnicas que se evaluarán progresivamente, la rehabilitación debe ser siempre desde una visión individualizada encaminada a la recuperación de la funcionalidad global (Devesa et al, 2014).

El programa de rehabilitación debe constar de cuatro objetivos específicos (Devesa et al, 2014).

1.- Prevención y tratamiento de complicaciones. - se enfoca en la prevención de nuevos eventos y la atención de las complicaciones propias del EVC como son la disfagia, la incontinencia, aparición de úlceras, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, desnutrición, deshidratación, caídas, trastornos del sueño, síndromes de dolor crónico, etc. (Devesa et al, 2014).

2.- Mantenimiento y recuperación de las funciones orgánicas. - se refiere a una recuperación física del paciente en aspectos como la respiración, la deglución, la movilización, el manejo de cuadros infecciosos, etc. (Devesa et al, 2014).

3.- Recuperación de las capacidades perdidas. - una vez que se tienen identificados los déficits motrices, cognitivos, sensoriales, visuales, emocionales y orgánicos, se promueve la integración funcional motora, sensitiva, de forma progresiva, a través de un programa de rehabilitación, considerando la intensidad de las deficiencias, mediante técnicas de terapia ocupacional, estimulación propioceptiva, para fomentar la movilidad e independencia del enfermo (Devesa et al, 2014).

4.- Adaptación a funciones residuales. - Considera la aceptación y adaptación a las circunstancias específicas del individuo, fomentando el desarrollo de habilidades y recursos físicos, psicológicos y sociales, propiciando que el sobreviviente se reincorpore a sus actividades familiares y laborales (Devesa et al, 2014).

Con base en lo revisado en el presente capítulo es importante señalar que los procesos de recuperación y rehabilitación están determinados por el tipo de lesión, el área donde se encuentre y la extensión del daño, existe una vasta variedad de lesiones y secuelas que el enfermo puede adquirir, ya sean sensoriales, motrices o neuropsicológicas. Todas tienen una repercusión importante en la calidad de vida del sobreviviente y su familia. La atención hospitalaria y post hospitalaria son fases fundamentales en el inicio de la rehabilitación y adaptación a las nuevas circunstancias; el programa de rehabilitación debe estar diseñado de forma individualizada y adaptado a las necesidades específicas de cada persona. La terapia física, ocupacional y psicológica son parte de un programa de intervención multidisciplinario para la atención de pacientes que han sufrido un EVC, con la cual debe involucrarse activamente la familia, el equipo médico y los especialistas en rehabilitación física y salud mental (Berthier, 2008; Devesa et al, 2014; Eimil y Gil 2015).

Capítulo III Impacto psicológico en el sobreviviente y la familia

Cid, Montes de Oca y Hernández (2014), señalan que la familia constituye el grupo social primario ya que desde el nacimiento el ser humano está integrado a ella, el vínculo familiar y las funciones que cumple cada uno de sus miembros en los diversos contextos de la vida no cambian, son los tipos de familia los que se han diversificado; sin embargo, conserva su estatus como base de la sociedad, su valor afectivo y educativo. Las relaciones familiares proveen estabilidad psicológica y emocional, por lo tanto, tienen efecto en la salud y la calidad de vida.

Perder la salud o tener un enfermo crónico en el entorno familiar, conlleva el inicio de un proceso de duelo que implica varios retos. Para avanzar con éxito hacia la aceptación, se requiere de una adecuada integración y cohesión familiar, así como de la práctica de dos factores clave: comunicación y paciencia.

3.1 Duelo en sobrevivientes de EVC y familiares

El proceso de duelo por enfermedad y muerte de un familiar se vive especialmente cuando la persona enferma tiene una edad avanzada, o bien se trata un enfermo con pocas posibilidades de recuperación. En el caso de sobrevivientes de EVC, la familia es sometida a un proceso de duelo anticipado, desde que inicia la emergencia de la fase aguda, posteriormente durante el proceso de recuperación se viven momentos de tensión extraordinaria, la salud del familiar puede tener altas y bajas, diagnósticos de muy mal pronóstico, no solo con amenaza de perder la vida, sino de adquirir secuelas severas que lleven al familiar a quedar en estado de postración o con pérdida de su independencia y funcionalidad. El duelo es pues un proceso que se vive en el caso del EVC, aun cuando el familiar este con vida, ya que probablemente nunca volverá a ser la misma persona, tal vez nunca vuelva tener la misma destreza para muchas actividades o incluso nunca volver a caminar. Una vez que el enfermo se ha recuperado de la fase aguda y puede notar las deficiencias en su organismo, es que inicia verdaderamente un proceso de duelo,

con todas las aristas que este puede presentar, lleno de emociones y situaciones complejas y difíciles de procesar. Resulta entonces fundamental contar con el apoyo profesional para afrontar esta etapa (Kübler-Ross y Kessler, 2016).

De acuerdo con el modelo de Kübler-Ross y Kessler (2016), las etapas del duelo son:

- 1) Negación: La persona manifiesta su negativa e incredulidad ante la pérdida.
- 2) Ira: Se presenta una reacción de ira y frustración por lo ocurrido.
- 3) Negociación: Se intenta a través de algo a cambio revertir el suceso, generalmente esta negociación es con Dios o un ente superior, de acuerdo con las creencias de la persona, esta etapa puede estar presente desde el inicio de la emergencia previa a la pérdida.
- 4) Depresión: La persona cobra conciencia y certeza de la pérdida, esta suele ser la etapa más complicada. Se caracteriza por una sensación de vacío y dolor emocional intenso, agotamiento físico, irritabilidad, alteraciones del sueño, falta de apetito.
- 5) Aceptación: Consiste en la aceptación e integración de la pérdida, logrando retomar la vida, después de una profunda introspección y análisis del aprendizaje obtenido a través de la pérdida.

Estas etapas no siguen un orden y se acompañan de una intensa emocionalidad, sensaciones físicas, cogniciones, alteraciones de la percepción y cambios conductuales (Kübler-Ross y Kessler, 2016).

El duelo es pues un proceso psicológico que se presenta tras una pérdida, la intensidad y duración depende de las circunstancias y creencias de cada persona. Para su resolución, de acuerdo con Kübler-Ross y Kessler (2016), es necesario elaborar el trabajo de duelo, trabajando de una serie de recursos individuales:

- Recursos de afrontamiento y adaptación
- Recursos de apoyo (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.).
- Estrategias de recuperación psicológica.

La elaboración del duelo implica mucho aprendizaje y la adopción de nuevas formas de pensar, de vivir y de comunicarse hacia el interior y al exterior; esto genera estados de ansiedad y temor (Kübler-Ross y Kessler, 2016).

De acuerdo Worden (2013), el doliente requiere aceptar su realidad intelectual y emocionalmente, a través del manejo adecuado del dolor y la emocionalidad. A lo largo del ciclo vital el ser humano atraviesa por pérdidas inevitablemente, algunas inherentes al desarrollo y otras ocasionadas por causas externas.

Cid, Montes de Oca y Hernández (2014), destacan que el dolor físico y el sufrimiento de quien ha sobrevivido a un EVC, es muy grande ya que la persona se ha perdido a sí misma, ha perdido su independencia y la forma de relacionarse con su entorno socioafectivo; sin embargo, éste no lo atraviesa en soledad, los familiares lo viven en función del vínculo que mantienen con su ser querido.

Una vez que ha pasado la incertidumbre de la fase aguda, aparece la consternación derivada de constatar las secuelas adquiridas, los cuidados y cambios que éstas implican. Desde que ocurre la emergencia el sobreviviente y su familia quedan expuestos a una situación de vulnerabilidad psicológica, desgaste físico, económico, emocional. La dinámica familiar cambia radicalmente, en este sentido resulta prioritario contar con apoyo profesional para transitar el proceso de adaptación ya que tanto el enfermo como la familia requieren de comprensión y apoyo.

El duelo por la discapacidad en sobrevivientes de EVC, consiste en vivir la experiencia del dolor emocional, ocasionado por la pérdida de la funcionalidad, como consecuencia de las secuelas adquiridas que le causaron una discapacidad o incapacidad temporal o permanente, reversible o irreversible, que lo limitan en su cuidado personal, la realización de acciones básicas como el vestirse, comer, trabajar o estudiar, generando en él un sentimiento de minusvalía y limitación social, que le impide desarrollarse con normalidad en los todos los ámbitos (Mesa et al, 2017).

La familia de un sobreviviente de EVC vive un pre-duelo, es decir vive un proceso de duelo completo, en el cual se cree que el ser querido ha muerto definitivamente porque ha perdido su estado de salud, consideran que quien está a su lado ha sido transformado por la enfermedad a tal grado que no se le reconoce más como la persona que era (Meza Davalos, García, Torres, Castillo, Sauri, Martínez, 2008).

Cada familiar pasa por las etapas del duelo de forma distinta, los factores psicosociales, la economía, la educación, las creencias y las redes de apoyo que cada individuo concibe como una forma de estabilidad en su vida cotidiana, se ven afectados severamente, por el impacto que las consecuencias del EVC provoca en los más allegados al enfermo. Con el tiempo estos factores tienen influencia negativa sobre la calidad de vida de todos los miembros de la familia, afectando todos los ámbitos de esta, como el desarrollo de actividades cotidianas que antes eran placenteras, impactando la relación del enfermo con familiares, amigos y demás integrantes del círculo social (Mesa et al, 2017).

3.2 Repercusiones en el cuidador primario, rol de la familia y redes de apoyo

Rimoldi et al. (2015), mencionan que el papel del cuidador tiene repercusiones importantes para quien lo ejerce. El cuidador es responsable de brindar al enfermo atención y apoyo en las actividades básicas de la vida, según sea la discapacidad que presente. Por esta razón puede verse sometido a un fuerte estrés, que puede derivar en trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, cansancio crónico, entre otros, mermando su calidad de vida y por ende la del enfermo.

Es importante atender el estrés de forma temprana, o los síntomas pasarán a ser parte del síndrome de sobrecarga emocional o síndrome de Burnout, el cual abarca un grupo de problemas psicológicos, socioeconómicos y físicos que afectan a familiares-cuidadores que a pesar de su buena voluntad ven limitada su motivación y capacidad de colaborar activamente en el proceso de rehabilitación (Rimoldi et al, 2015):

Existe evidencia de que la relación paciente-cuidador juega un papel preponderante durante el proceso de rehabilitación, de tal forma que, si el cuidador presenta síntomas depresivos, puede generar deficiencias en la efectividad y adherencia al proceso por parte del enfermo. Se requieren cuidados específicos, los cuales están determinados por la gravedad de las secuelas posteriores a la recuperación, el cuidado puede proporcionarse en dos tipos (Rimoldi et al, 2015).

El cuidado informal, puede realizarlo un familiar o amigo cercano, es voluntario y no tiene origen institucional, no hay una remuneración económica a cambio y generalmente no cuentan con una capacitación; sin embargo, existe un alto grado de compromiso al llevar a cabo esta labor, regularmente lo realiza el cónyuge o el familiar femenino más cercano como la madre o una hermana, asumiendo la responsabilidad casi total de esta labor (Rimoldi et al, 2015).

El cuidado formal. Esta labor es realizada por un profesional especializado contratado por la familia de forma privada o bien que forma parte de la atención brindada por una institución, comúnmente este tipo de cuidador comparte con algún familiar el rol de cuidador primario (Rimoldi et al, 2015).

La salud familiar es un proceso en constante cambio en el cual inciden drásticamente las dificultades o eventos inesperados por los que atraviesan sus miembros, la recuperación del equilibrio familiar durante y después de dichos eventos, está influida por las habilidades adaptativas que se han generado en conjunto y la forma particular de afrontar las crisis. Un aspecto clave es el ajuste de los elementos internos y externos que sustentan la salud mental y física de los miembros, sumándose las redes de apoyo social como la familia extensa, amigos, instituciones o grupos de apoyo.

De acuerdo con Quemada y Mimentza (2017), después de un EVC se originan una serie de deficiencias neurológicas y psicológicas, provenientes de la patología cerebral, un ejemplo claro son la afasia y el síndrome demencial que pueden ser identificados de forma rápida; sin embargo, algunos cambios conductuales y de personalidad, el deterioro cognitivo y síntomas emocionales como la tristeza, la ansiedad, la anhedonia, etc. pueden pasar inadvertidos durante el tratamiento de la fase aguda, donde la prioridad es preservar la vida sin dar mucha importancia a los síntomas de cambios mentales o conductuales.

3.3 Modelo de tratamiento psicológico para el paciente y su familia

Generalmente las personas que han sufrido un EVC, así como los familiares enfocan sus esfuerzos en el proceso de rehabilitación física, ya que la discapacidad genera una fuerte carga económica y emocional; sin embargo, la atención en el aspecto psicológico tiene un papel preponderante en la rehabilitación y la recuperación de la salud (Álvarez, Ortiz y Melo, 2017).

1.- Grupos de autoayuda

Álvarez, Ortiz y Melo (2017), mencionan que un grupo de autoayuda representa un foro a través del cual un conjunto de personas se une para compartir su experiencia y emociones sobre un problema o situación común, con el objetivo de superarla y generar un cambio social y personal en sus vidas, así como en la forma de enfocar la situación.

Según Álvarez, Ortiz y Melo (2017), los grupos de autoayuda cumplen una serie de características:

- a) Comparten necesidades, experiencias y emociones comunes, que generan empatía y fomentan la ayuda mutua.
- b) Los integrantes del grupo participan de forma voluntaria.
- c) Realizan reuniones periódicas y constantes que desarrollan el sentido de compromiso y confianza.
- d) Son grupos reducidos, cohesionados y bien integrados.

Los grupos de apoyo o autoayuda favorecen la comunicación y la expresión de la emocionalidad de sobrevivientes de EVC y sus familiares, proporcionan estrategias de contención y comunicación.

En la Ciudad de México se imparten cursos en cuidados paliativos y cuidado del enfermo crónico, como son los enfermos que mantienen estado vegetativo o postración a causa de EVC, las sedes son el Hospital Juárez de México, Hospital General, Hospital de Enfermos Crónicos Gustavo Baz Prada entre otros, en el Instituto de Rehabilitación y Centro Médico Siglo XXI, se realizan conferencias y seminarios respecto al tema de la inclusión y reinserción laboral del enfermo con discapacidad adquirida por EVC y otras causas.

2.- Psicoterapia

García y Carro (2011), señalan que el abordaje psicológico de las personas que han sobrevivido a un evento vascular cerebral, y de sus familiares y/o cuidadores, es una labor que requiere de sensibilidad y compromiso por parte del profesional de la salud mental, ya que las condiciones son especiales, tanto en el enfermo como su círculo más cercano.

Uno de los modelos de intervención psicológica más utilizados en psicoterapia clínica es el enfoque cognitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual tiene su antecedente en la Terapia Racional, formulada por Albert Ellis en 1950, posteriormente la llamó Terapia Racional Emotiva y para 1990, adquiere finalmente el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Esta terapia enfatiza la relevancia que existe entre el pensamiento, las emociones y las conductas, relacionadas con la aparición y mantenimiento de trastornos psicológicos, desde una particular perspectiva humanística y filosófica (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

El origen de la perturbación emocional de las personas está en sus percepciones o ideas, a las cuales Ellis denominó creencias o pensamientos irracionales, esto sugiere que las personas razonan con una cierta rigidez, derivada de la forma en que perciben la realidad (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

La TREC es una de las principales terapias cognitivo-conductuales, tiene sustento teórico-conceptual en la psicología cognitiva y el conductismo y es un punto de origen para los demás tipos de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

Los diversos autores de la terapia cognitivo conductual como son Lega, Caballo, Ellis, coinciden en ciertos principios básicos:

- a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas es decir a interpretaciones, percepciones y evaluaciones de los acontecimientos ambientales.
- b) La cognición disfuncional media la perturbación emocional y conductual.
- c) Las cogniciones se pueden evaluar y registrar.
- d) El cambio cognitivo produce cambios emocionales y conductuales.
- e) Las intervenciones cognitivas y conductuales son importantes para el cambio.

Las terapias cognitivo-conductuales ocupan técnicas tanto cognitivas como conductuales en el proceso de cambio terapéutico, se abocan a la Investigación de patrones disfuncionales de pensamiento y conducta actuales. Elaboran una historia clínica, aunque no se ocupan mucho en lo pasado, realizan un análisis funcional de la conducta, para evaluar la interacción entre cogniciones, emociones y conductas de la persona en su contexto, así como sus consecuencias. Se apoyan en técnicas enfocadas al cambio durante sesiones terapéuticas breves; miden progresos mediante la verificación empírica y la cuantificación; generan un compromiso entre consultante y terapeuta para lograr un objetivo común, por medio de la realización de tareas dirigidas al fomento de la autoeficacia, buscando el funcionamiento autónomo del individuo, priorizando el entrenamiento en habilidades de aprendizaje y modificación o reducción de conductas, emociones y pensamientos disruptivos;

promoviendo la funcionalidad global mediante el establecimiento de objetivos específicos y claros (García y Carro, 2011).

La TCC utiliza el diálogo socrático para llevar al individuo a un debate intrapersonal acerca de sus creencias y conductas, poniendo a prueba su lógica, confrontando con la apertura de pensamiento hacia la generación de nuevas alternativas, fomentando la autocrítica, centrándose en la resolución de problemas a partir de la identificación de creencias irracionales que subyacen a éstos. Sigue una planeación de actividades y cuentan con una base empírica y metodológica. La eficacia de la TCC en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos se ha comprobado de forma amplia (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

Para establecer el diseño de tratamiento psicológico para sobrevivientes de EVC y su familia es necesario contar con una evaluación neurocognitiva, que ayudará al establecimiento de las variables psicológicas que puedan influir en el desarrollo de la intervención, para lo cual es importante considerar el manejo de la ansiedad y otros trastornos emocionales, integrando ejercicios de relajación y activación física, acordes a las condiciones físicas del enfermo (García y Carro, 2011).

En el caso de personas que presentan deterioro cognitivo, es fundamental la intervención neurocognitiva, es ideal combinarla con estrategias terapéuticas y psicológicas como:

1) Estimulación cognitiva

- Integral
- Específica (enfocada al lenguaje, memoria, atención).
- Orientación a la realidad.

2) Intervención conductual (control emocional y ejercicios de relajación).

3) Terapia ocupacional (arteterapia, musicoterapia).

4) Reestructuración cognitiva. Consiste en el entrenamiento para la identificación de pensamientos perturbadores o irracionales, que tiene la persona cuando atraviesa por situaciones problemáticas o estresantes, con la finalidad de evaluarlos y debatirlos, poniendo en duda su sustento, para posteriormente modificarlos por pensamientos flexibles (García y Carro, 2011).

5) Psicoeducación. Representa aprendizaje para el cuidado de la salud, a través de información científica sobre diversos trastornos y enfermedades, así como su prevención, causas y consecuencias, con la finalidad de que la persona esté en condiciones de tomar decisiones que mejoren su salud y calidad de vida (García y Carro, 2011).

6) Entrenamiento familiar en habilidades de resolución de problemas: se brinda a la persona herramientas para identificar los problemas adecuadamente y proponer alternativas de solución reales y en base a ellas tomar decisiones (Caballo, 2007).

En relación con lo mencionado en este capítulo, el sobreviviente de EVC y su familia se enfrentan desde el inicio del padecimiento a un proceso de pre-duelo, pues es muy probable que el ser querido no regrese a las condiciones de salud y vida que mantenía antes del evento, lo que genera un dolor emocional intenso para el grupo familiar. La dinámica familiar cambia drásticamente y los miembros se ven obligados a la readaptación. Al iniciarse los procesos de recuperación y rehabilitación, la integración familiar tiene un papel preponderante en el impacto psicológico que enfrentarán, la comunicación, los recursos y habilidades con que cuenten como grupo, serán factores determinantes para facilitar la toma de decisiones relacionadas con el cuidador primario y la logística a seguir para la rehabilitación del sobreviviente. Por otra parte, es fundamental llevar un tratamiento multidisciplinario que abarque los aspectos físicos, cognitivos y psicosociales, considerando no solo la figura del enfermo, sino a los cuidadores, núcleo familiar y redes de apoyo, ya que todos están en una situación vulnerable, que requiere intervención profesional especializada en las diversas áreas involucradas (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

Discusión

Con base en la investigación realizada y el análisis de la información obtenida de la literatura científica, es importante destacar que el evento vascular cerebral es un grave problema de salud a nivel mundial, que se desarrolla rápidamente y tiene alto índice de mortalidad y recurrencia; genera secuelas permanentes que dañan severamente la salud física, emocional y mental de los sobrevivientes. Es por ello por lo que los psicólogos como profesionales de la salud mental enfrentan un reto en la intervención del proceso adaptativo del sobreviviente de EVC y su familia, puesto que se trata de una enfermedad que arrebató a las personas su salud, funcionalidad, estabilidad económica, autoestima, control emocional e independencia.

Durante el proceso de rehabilitación generalmente se prioriza el restablecimiento físico y funcional de la persona, ya que en su mayoría los sobrevivientes adquieren secuelas que los incapacitan para trabajar o realizar las necesidades básicas de la vida. Para la familia es complicado acceder a una atención multidisciplinaria, ya sea por cuestiones económicas, de movilización del enfermo, o bien falta de redes de apoyo.

En este contexto, si bien es importante implementar campañas dirigidas a la prevención de los factores de riesgo modificables, mediante la adopción de estilos de vida saludable y el apego a tratamiento de personas que ya padecen enfermedades crónicas o EVC previos, es esencial atender el aspecto emocional y psicosocial de los involucrados, como lo establece la información recopilada. Es a través de grupos de apoyo que se forman en las mismas instituciones de salud donde se ha atendido a los enfermos, que se brinda contención y entrenamiento en los cuidados que se requieren en la etapa posterior a la fase aguda.

De acuerdo con el objetivo del presente trabajo en relación a proponer mejoras en el modelo de intervención psicológica, que impacten de forma directa y positiva al proceso de rehabilitación, se plantea el diseño de un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades específicas que se puede implementar de forma sencilla para complementar la labor que brindan los grupos de apoyo, es decir proporcionando estrategias basadas en la TCC, que fomenten el desarrollo de: habilidades sociales, comunicación asertiva, solución de problemas, reestructuración cognitiva, psicoeducación, entrenamiento en relajación progresiva, técnicas de respiración, aspectos básicos de tanatología; que coadyuven en el pre-duelo. Todo encaminado a dotar a la familia y al propio enfermo (según sus condiciones físicas y neurológicas), de recursos que les permitan llevar un proceso de rehabilitación integral sin que medie una inversión económica como sería el caso de la psicoterapia individual a la que pocas personas tienen acceso.

Específicamente la mejora que se plantea es el diseño de una serie de cursos- taller que se impartan a la par con los ya establecidos, en el entendido de que el conocimiento de las causas, sintomatología, consecuencias y tratamiento del EVC es de gran utilidad para sobrevivientes y sus familiares. Sin embargo, es fundamental contar con el entrenamiento necesario para generar habilidades de afrontamiento, minimizar el estrés, evitar la aparición trastornos depresivos en los cuidadores, y acompañar al sobreviviente en la aceptación de su nueva condición de vida, con un enfoque real y ánimo positivo, aun si los enfermos se encuentran postrados, los familiares pueden beneficiarse del entrenamiento.

Conclusiones

El evento vascular cerebral es un padecimiento de origen vascular, que aparece de forma súbita, se desarrolla rápidamente y puede llevar a la pérdida de la vida. Se caracteriza por síntomas neurológicos que perduran por más de 24 horas, se puede presentar como isquémica o hemorragias cerebrales, se causa por la obstrucción del flujo sanguíneo a una determinada zona del cerebro (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

Es considerado como la segunda causa de muerte global y la primera de discapacidad a nivel mundial, se presenta en etapas de edad avanzada, sin embargo, se ha vuelto frecuente en personas menores de 50 años. El EVC genera alteraciones neurológicas, y deja secuelas importantes que afectan la funcionalidad de las personas que lo padecen (SSP, 2019).

Los factores de riesgo para sufrir un EVC se dividen en: modificables, como son las enfermedades crónicas y los hábitos nocivos para la salud; no modificables como edad, género, raza, etc. (Berengue y Pérez, 2016).

La prevención se da en 3 fases: prevención primaria, consiste en evitar la aparición un EVC, mediante el control de factores de riesgo asociados; prevención secundaria, es atención inmediata de la fase aguda, es importante conocer los síntomas que pueden presentarse, con la finalidad de brindar atención oportuna; la prevención terciaria se refiere a una vez que ha ocurrido el EVC, tomar las medidas necesarias para evitar sus recurrencia, atendiendo las secuelas y factores de riesgo (Arauz y Ruiz-Franco, 2012).

El evento vascular cerebral, genera secuelas severas que ocasionan dependencia y discapacidad. Pueden ser de diversos tipos (sensoriales, motrices, neuropsicológicas), según el área afectada y la extensión del daño; la persona puede requerir apoyo para las funciones básicas de la vida cotidiana, o permanecer en cama debido a la falta de movilidad total. (Oyanguren et al, 2015).

La rehabilitación del ECV ocurre en dos etapas: la hospitalaria, donde se previenen y controlan las complicaciones de la fase aguda; y post- hospitalaria, que se enfoca en los cuidados del enfermo en casa, con el apoyo familiar (Devesa et al, 2014).

Los familiares de una persona que sufre un EVC viven una etapa de pre-duelo, en la que experimentan la pérdida de su ser querido como era hasta antes del evento; por su parte el sobreviviente se pierde a sí mismo, esto le genera un agudo dolor emocional, ya que pierde su independencia y la capacidad de auto cuidado debido a las secuelas adquiridas (Kübler-Ross y Kessler, 2016).

Los cuidadores pueden ser familiares cercanos que adoptan la responsabilidad del enfermo o bien personal capacitado que es contratado por los familiares, el rol del cuidador primario tiene repercusiones importantes en la salud emocional y entorno social de quien lo ejerce, ya que puede presentar síntomas de estrés que requieren atención temprana antes de que puedan derivar en trastornos del estado del ánimo como es la depresión, ansiedad o cansancio crónico (Rimoldi et al, 2015).

El tratamiento psicológico para los sobrevivientes de EVC y sus familias se brinda en dos vertientes, una es en grupos de apoyo, generalmente se encuentran en las instituciones de salud donde son atendidos los enfermos, pueden estar organizados por los mismos familiares o bien por personal de la institución, en estos grupos las personas comparten experiencias y conocimientos, se brindan apoyo emocional y contención (Álvarez, Ortiz y Melo, 2017).

La otra alternativa es acudir a psicoterapia con un profesional, este tratamiento representa un gasto extra a los que ya se generan por las situación del paciente como pueden ser gastos en medicamentos, pago de personal para el cuidado del enfermo, apoyos para la movilidad como silla de ruedas, bastones, adaptadores para baño, colchones anti escaras, etc., lo cual dificulta que las familias consideren acudir a sesiones ya que no es solo el sobreviviente quien requiere tratamiento, lo ideal es que la familia nuclear y quien funge como cuidador primario tengan acceso a ella (García y Carro, 2011).

El enfoque más utilizado en psicoterapia para este tipo de casos es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que ha comprobado ser eficaz en diversos trastornos psicológicos. Para los sobrevivientes de EVC y familiares es necesario el diseño de un programa de intervención individualizado, adaptado a las necesidades del enfermo y su núcleo familiar para lo cual es necesario una evaluación neurocognitiva, y un análisis funcional de la conducta, para establecer las variables psicológicas que pueden influir el proceso de intervención.

En general el EVC es un padecimiento que conlleva una fuerte carga de dolor físico y emocional para quienes lo enfrentan, modifica el sistema familiar desde su raíz y cambia radicalmente la vida del sobreviviente, por ello es importante su atención integral y fundamentalmente la atención psicológica del enfermo que ha sobrevivido a la fase aguda, así como de su familia y redes de apoyo.

Referencias

Álvarez, M., Ortiz I., Merlo M., (2017), *Grupos de apoyo mutuo en salud mental*, Revista Electrónica de Portales Médicos.com Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/grupos-de-apoyo-mutuo-salud-mental/>

Arauz, A., Ruiz-Franco, A., (2012), *Enfermedad vascular cerebral*, Ref. Fa. Mec. (Méx.) Vol. 55, No. 3, Ciudad de México mayo-junio. 2012. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003

Berenguer L., Pérez A., (2016), *Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio*, MEDISAN 2016; 20(5):621, Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san05205.pdf>

Balcells, M. (2016), *Neurosciences and History* v. 4 (1) p 43-46, recuperado de: <http://nah.sen.es/es/111-revistas/vol4/numero-1/219-el-estudio-framingham>

Berthier M., (2008), *Afasia secundaria a accidente cerebrovascular*, Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasia_secundaria_a_ave.pdf

Blanco, L (2017) *La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS) pp 1. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/45>

Caballo V., (2007) *Manual del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol. 1, trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, Siglo XXI España Editores, primera reimpresión 2007.

Cándido H., Morais de Gouveia A., De Souza A., De Lima C., Da Silva M., De Araujo T., (2012), *Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, sept.-oct. 2012. Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae

Cid M., Montes de Oca R., Hernández O. (2014), *La familia en el cuidado de la salud*, Rev. Med. Electrón. Vol. 36 No. 4, Matanzas Jul-ago. 2014, Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008

Devesa, I., Mazadiego, M., Baldomero, M., Mancera, M., (2014), *Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC)*, Revista Mexicana de Medicina física y rehabilitación. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf

Eimil M., Gil M, (2015), Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, Medical & Marketing Communications C/Riaño. Recuperado de: <http://www.amn-web.com/wp-content/uploads/2016/12/manual-de-enfermeria-pacientes-con-ictus.pdf>

García J., Carro J., (2011), *El tren de la intervención cognitiva*, Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID), Grupo de Investigación Neuropsicología Cognitiva, Universidad de Salamanca, 1ª Edición Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Madrid. Recuperado de: http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guia_pacid_web.pdf

Geffner D. (s/f), *El cerebro organización y función*, cap. 2. pdf recuperado de: <https://www.svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap2.pdf>

González, R., Landinez, D. (2016) *Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral*, Archivos de Medicina, vol. 16, núm. 2, Julio-diciembre 2016, pp. 495-507. Universidad de Manizales Caldas, Colombia. recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945026.pdf>

Kübler-Ross, E., Kessler D. (2016) *Sobre el duelo y el dolor*, Ediciones luciérnaga.

https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., (2017), *Terapia Racional Emotiva Conductual, Una versión teórico-práctica actualizada*, Editorial Paidós Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia.

Mesa Davalos, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., Martínez, B. (2008), *El proceso de duelo, un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas, 2008, 13(1)28-31. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Mesa, Y., Hernández, T., Parada, Y., (2017), *Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus*, Rev. Habana Cienc. Med. vol. 16, (5), La Habana sept.-oct. 2017. recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500007

Moschinni, J. (Sin fecha), *Manejo de presión arterial en pacientes con stroke isquémico agudo*, Servicio de Neurología, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez", Sociedad Neurológica Argentina, Buenos Aires Argentina. Recuperado. http://www.sna.org.ar/web/admin/art_doc/189/Manejo_de_la_presion_arterial_en_pacientes_con_stroke_isquemico_agudo.pdf

Muñana, J., Ramírez A. (2013), *Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado*. Rev. Enfermería Universitaria 2014, Vol. 11, no. 1, pp. 24-35.

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632014000100005&lng=es&nrm=iso

Navarro P., Pino F., Rodríguez R., Murillo F., Jiménez M. (2008). *Manejo inicial de ICTUS isquémico agudo*. Revista Medicina Intensiva, vol. 32, no. 9, dic. 2008
Recuperado de:

<http://www.medintensiva.org/es-manejo-inicial-del-ictus-isquemico-articulo-S0210569108757206>

Oblitas, L. (2016), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, 4ª. ed. Cenegag.

OMS, 2018, *El tabaco rompe corazones*, WHO/NMH/PHD/18.4, recuperado de:

<https://www.who.int/tobacco/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016), *Enfermedades no transmisibles*.

Recuperado de: https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/

Oyanguren B., Eimil M., Gil M, González M., Joen B. (2015), Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, Medical & Marketing Communications C/Riaño. Recuperado de:

<http://www.amn-web.com/wp-content/uploads/2016/12/manual-de-enfermeria-pacientes-con-ictus.pdf>

Quemada, J.; Mimentza, N. (2017), *Trastornos Emocionales y Conductuales post-ICTUS*, revista Informaciones Psiquiátricas, no. 228. Recuperado de:

<https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/trastornos-emocionales-y-conductuales-tras-el-ictus/>

Rimoldi M., González F., Cáceres M., Pruvost M., Miranda A., Viale M., (2015), *Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular*, Revista Neuropsicología Latinoamericana ISSN 2075-9479 Vol. 7 No. 1. 2015, 12-23. Recuperado de:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v7n1/v7n1a02.pdf>

Roa, I., Del Sol, M. (2014), *Morfología de la glándula pineal*, Revisión de la literatura Int. J. Morphol, 32(2) p. 515-521.

Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art23.pdf>

Rodríguez, M. (2016), Boletín no. 14, CONAMED-OPS, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de México, *Mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebrovasculares en las principales instituciones públicas de salud de México*. Sept.-oct. 2016. Recuperado de: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/mortalidad.pdf>

Secretaría de Salud del Estado de Puebla (mayo, 2019) *Día mundial de la enfermedad cerebral vascular*. Recuperado de: <http://ss.pue.gob.mx/dia-mundial-de-la-enfermedad-vascular-cerebral/>

Tejada J., Redondo L. (2010), *Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en los pacientes con diabetes*, Revista avances en diabetología, v.26, núm. 6, pp 397-402, recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-los-S11343230106600>

Worden W. (2013) *El tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*, Ediciones Paidós, Barcelona.