

LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES HEMIPLÉJICOS.

INFLUENCE OF THE FAMILY WITH HEMIPLEGIC PATIENTS IN THE OCCUPATIONAL THERAPY

DECS: Hemiplejía, autonomía; independencia,
MESH: Hemiplegia, Autonomy, Independence,



Autora:

Dña. Andriana Carmen Mella Rodríguez.

Lic. Terapia Ocupacional. Servicio Integral de Rehabilitación José. Jacinto. Milanes.

Contacto: observatorio.mtz@infomed.sld.cu

Como citar este documento:

Mella Rodríguez AC. La influencia de la familia en la Terapia Ocupacional con pacientes hemipléjicos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; 7(12): [35p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num12/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 02/04/2010

Texto aceptado: 29/08/2010

Inroducción

Hasta hace poco tiempo los pacientes hemipléjicos eran considerados como enfermos incurables, reduciéndose la atención médica a un seguimiento clínico evolutivo con medidas terapéuticas eminentemente sintomáticas encaminadas a atenuar los efectos indeseables de las complicaciones inherentes a la evolución natural de la enfermedad. Todavía no existe una completa comprensión de los problemas, pero los avances han hecho cambiar la perspectiva para estos pacientes hacia un mayor optimismo. La gran incidencia de los accidentes cerebro vascular (ACV) grave resultan en una hemiplejía, hace que este tipo de trastorno merezca una especial atención dentro del ámbito de la rehabilitación.

La hemiplejía como su nombre lo indica, es la parálisis de un hemicuerpo. Puede ser provocada por diferentes causas como son

RESUMEN

Se lleva a cabo un estudio descriptivo, transversal y perspicaz (perceptivo) con el objetivo de evaluar la influencia de la familia de los pacientes hemipléjicos en la terapia ocupacional, del Señor "José Jacinto Milanese", en Milán. La muestra se formó por 15 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se llevó a cabo una entrevista donde fueron almacenados un listado de datos. Más tarde, estos pacientes fueron evaluados con la escala de discapacidad de Rossete, para medir el nivel de autonomía, los cuales fueron clasificados en independientes, semi-independiente y dependientes de acuerdo a las categorías donde los parientes se localizaron y se les aplicó el estudio para saber sus conocimientos de la discapacidad y su rehabilitación. Los datos fueron procesados/representados en cuadros/gráficas contingencias a través de frecuencias absolutas. En el trabajo, predomina solamente la independencia para la capacidad de orientación, la semi-independencia para el desplazamiento y las necesidades físicas. Fue evidente la falta de motivación para ocupar el tiempo libre, las dificultades en la coexistencia y en las relaciones familiares, prevaleciendo las crisis de desorganización en el seno de la familia; así como la ausencia de preparación y la ignorancia de la familia respecto a la enfermedad.

SUMMARY

ONE carries out a descriptive, traverse and perceptive study with the objective of evaluating the influence of the family in the occupational Therapy of the hemiplegics patients of the SIR "José. Jacinto. Milanese" located in Milanese. The sample was constituted by 15 patients that fulfilled the inclusion approaches. To these they are carried out an interview, which was stored in schedule of gathering of data. Later on they were evaluated with the Scale of discapacidad of Rosette, to measure the level of autonomy of these patients, which were classified in independent, semi-independent and clerk according to the categories where the relatives were located he/she is applied surveys to know their knowledge on the discapacidad and their rehabilitation. The data were processed in charts of contingencies through of absolute frequencies. In the work I only prevail the independence for the orientation capacity, the semiindependencia for the displacement and the physical necessities and it was evident the motivation lack to occupy the free time, the difficulties in the coexistence and the family relationships, prevailing the disorganization crises in the family breast, as well as the preparation lack and ignorance of the family on the illness.

constituye un de las enfermedades mas frecuentes de todo la medicina.

La mortalidad que ocasiona ocupa el tercer lugar de todas las patologías, con el 10% del total de muerto. La discapacidad residual es la mas importante y frecuente en todas las enfermedades y las posibilidades de recurrencia son elevadas. La asistencia al enfermo vascular cerebral es larga y de gran complejidad y los pacientes con esta enfermedad ocupan uno de los porcentajes más altos de camas hospitalarias. La mayoría de las veces la hemiplejía del adulto obedece a lesiones vasculares como embolia o trombosis el 80%, hemorragia, tumores o traumatismo.

una Parálisis Cerebral Infantil (PC), un trauma craneoencefálico y un accidente cerebro vascular encefálico, esta ultima constituye la de mayor incidencia en la aparición del síndrome hemipléjicos.

El síndrome hemipléjico es una lesión en el sistema nervioso que se caracteriza por imposibilidad de realizar activamente el movimiento o pérdida de la motilidad voluntaria en una mitad vertical del cuerpo debido a una alteración orgánica en un punto cualquiera de la vía piramidal.

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es uno de los principales problemas de la salud publica en todo los países industrializado y

En Cuba ocupa la tercera causa de muerte precedida solo por enfermedades del corazón y tumores malignos; en los Servicios Integrales de Rehabilitación (SIR) son la cuarta causa de asistencia. Por su inicio brusco constituyen un impacto devastador sobre la vida de la persona, el paciente puede estar asistiendo a la escuela, preparándose para un empleo, jubilado o próximo a jubilarse. En todos los casos, el paciente puede sufrir la amenaza de no regresar al estilo de vida y ocupación anterior.

Las secuelas motoras y psíquicas por este defecto neurológico suelen invalidar total o parcialmente a los enfermos, produciendo reduciendo de la actividad individual al realizar las actividades de la vida diaria (discapacidad) como alimentarse, vestirse, higiene personal, se presentan modificaciones en sus funciones intelectuales y en diferentes procesos psíquicos tales como: la memoria, el pensamiento, la atención y otras; además aparecen cambios de la personalidad como: la irritabilidad intolerancia, la frustración y tendencia a la depresión sobre ellos. El Dr. Davies expuso que "La vida del paciente hemipléjico esta llena de características especiales. Es un ser humano que lleva a cuesta su mitad del cuerpo paralizado, sufre además deterioro físico y hundimiento de toda su personalidad incluyendo la disminución de su capacidad intelectual de expresión o comunicación". Esto afecta además a la familia ya que muchos requieren ayuda de otra persona, por lo que se crea una crisis familiar con alteraciones del funcionamiento y la dinámica de la misma.

Solo el 45% de los pacientes egresados de los servicios agudos son dado de alta con capacidad independiente, por ello es responsabilidad de todos, identificar las necesidades de rehabilitación, no solo físicos y sociales de estos pacientes y en conjunto con el rehabilitador actuaran para disminuir el grado de discapacidad del mismo en interacción con la comunidad y las organizaciones sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define La Terapia Ocupacional como un conjunto de medios médicos, sociales, educacionales y profesionales destinado a restituirle al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia , en el caso de los pacientes hemipléjicos el objetivo principal de la rehabilitación es restablecer al máximo posible las capacidades física, sociales ,mentales y vocacionales del paciente para reintegrarlos a la sociedad con un mínimo de discapacidad y un máximo de independencia, otros objetivos lo constituyen la prevención y disminución de disfunciones funcionales de la invalidez, el mantenimiento de las funciones no comprometidas en el hemicuerpo afectado, la recuperación de las incapacidades, la integración a la sociedad, el apoyo psicológico y evitar las complicaciones , además de las complicaciones en el entorno donde se describen el paciente y su familia.

Para alcanzar este objetivo es necesario la participación de un equipo de profesionales (Fisiatras, Médico de la familia, personal de Enfermería, Logopedia, fisioterapeuta, Terapistas Ocupacionales, psicólogos, entre otros), sin olvidar a la familia la que se considera el miembro mas importante de este equipo. Ningún profesional sin equipo puede tener completo éxito si trabaja solo. Una hora de tratamiento acabaría siendo muy poco o simplemente nada si el resto del día o noche no se siguen los mismos pasos. Todos los miembros del equipo muestran convencimiento y animo para llevar a cabo su procedimiento terapéutico siguiendo líneas similares y por supuesto los familiares del paciente son una parte integrante del equipo. Además deben ser incluidos de la participación y del aprendizaje, se les muestran como pueden contribuir ayudando de distintas formas terapéuticas.

La familia muestra para su buen funcionamiento como todo sistema tener una organización interna y esta se puede ver afectada por múltiples causas, una enfermedad somática en uno de sus miembros puede a veces desorganizar la vida familiar, la invalidez de unos de sus miembros producen cambios negativos en la dinámica familiar, crea necesidades extras que producen desajustes en la vida cotidiana de todos y además un desequilibrio afectivo importante, por ello

un tratamiento importante rehabilitador integral incluye además de actividades para la recuperación funcional y cognitiva del paciente tanto en la clínica como en el casa, una evaluación integral al paciente que trae como beneficio conocer el estado físico y psíquico de este, su situación económica, dependencia de las actividades de la vida familiar, entorno familiar, para llegar a un diagnóstico actualizado en que se encuentra sobre el cual se deberá actuar posteriormente con estrategias de intervención que mejoran bienestar y calidad de vida no solo del paciente sino también de sus familiares.

La participación de la familia en la rehabilitación del paciente hemipléjico puede constituir una fuerza motivadora, para una recuperación satisfactoria, así como una mayor adaptación del paciente al medio social y familiar, es por ello que nos decidamos llevar a cabo esta investigación por la dimensión del problema y el poco conocimiento sobre el material de rehabilitación que poseen los familiares de estos pacientes.

Por la importancia que se le atribuye a la participación de la familia en la rehabilitación del paciente es que nos proponemos la elaboración de un taller para la capacitación de los familiares de los pacientes hemipléjicos de área de Milanes dando reporte al problema de ¿Cómo contribuir a la capacitación de los familiares de los pacientes hemipléjicos que son rehabilitados en el SIR de Milanes?

Siendo el objeto de estudio la rehabilitación del paciente hemipléjico. Teniendo como campo de acción la influencia de la familia en la rehabilitación del paciente hemipléjico.

Sobre la base de las consideraciones ofrecidas asumimos como objetivo general.

- La elaboración de un taller para la capacitación de las familias en la rehabilitación del paciente hemipléjico.

Como objetivo específico tenemos:

- Evaluar integralmente al paciente.
- Evaluar el conocimiento de la familia sobre los Accidentes Cerebro Vasculares, secuela y rehabilitación.
- Valorar como ha influido la familia en el comportamiento de estos pacientes

2. Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo para evaluar la influencia de la familia en la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos que reciben tratamiento en el SIR anexo al policlínico "José. J. Milanes" en el área de Milanes, a los cuales se le llevó el consentimiento informado (anexo 1) donde se recogió por escrito su aprobación para participar en la investigación.

El universo estuvo constituido por 21 pacientes que reciben tratamiento en el SIR de Milanes y la muestra quedó conformada por 15 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterio de inclusión

- Paciente que asisten al tratamiento con sus familiares.
- Paciente con disposición de colaborar independientemente de sus causas.
- Pacientes mayores de 40 años.
- Pacientes que viven con familiares.
- Pacientes con no menos de 2 años de evolución.

Criterios de exclusión

- Afásicos sensoriales o mixtos.
- Pacientes y familiares que no cooperan con el interrogatorio.

- Pacientes que viven con familiares.
- Pacientes que viven solos.

A estos pacientes se le realizó una entrevista para recoger información acerca de datos sociodemográficos, tiempo de evolución, enfermedades asociadas, lo cual fue almacenada en una planilla de recolección de datos (Anexo2).

Posteriormente fueron evaluados por medio de la encuesta de discapacidad de Rosetón (anexo 3), la cual consta de 6 aspectos para determinar el nivel de autonomía dado por la Organización Mundial de la Salud, de fácil manipulación para tener una sola hoja.

1. Capacidad para orientarse en relación con su entorno y para responder a su exigencia. Orientación con respecto al entorno, incluida la reciprocidad e interacción.

1) Visión: Capacidad para ver de uno de dos ojos.

2) Audición: Capacidad para oír de uno o dos oídos.

- Independiente: Si a pesar de existir la diferencia la persona logra orientarse con la visión o audición sin ayuda (categoría 5 y 4).
- Semiindependiente: Requiere ayuda de ortesis (espejuelos o audífonos) para orientarse (categoría 3 y 2 en los casos de la audición).
- Dependiente: Requiere ayuda permanentemente para orientarse (categoría 1), ya que es acústicos o con visión sobre normal no útil. Es el caso de la audición, el paciente tiene una audición no aprovechable o no llega a comprender el lenguaje como sistema de señales.

2. Independencia en relación con las necesidades físicas.

1) Alimentación: Comer con cubiertos y utilizar vasijas para tomar según su cultura.

- 2) Higiene personal: Lavarse el cabello, cara y cuerpo así como secarlo, cepillarse los dientes y peinarse.
- 3) Vestido: Colocarse prendas de vestir de la cintura hacia arriba y hacia abajo, desvestirse y calzarse.
- 4) Movilidad física: Movimientos de los cuatros miembros.
- 5) Micción: Evacuar la vejiga en forma espontánea.

Se considera las siguientes cualidades en el desempeño de la actividad.

- Independiente: La persona puede realizar la actividad por si sola, igual que las demás personas de su edad (categoría 5); dentro de la realización independiente la persona pueda ejecutar la actividad con dificultad (categoría 4).
- Semiindependiente: La persona ayuda para lograr, desempeñar la actividad ya sea mecánica para suplir la diferencia (categoría 3) o de otra para lograr el autoservicio (categoría 2).
- Dependiente: La persona requiere ayuda para lograr desempeñar la actividad. En el caso de la micción el paciente es dependiente de un colector por presentar sonda o incontinencia urinaria.

3. Desplazamiento eficaz dentro de su entorno.

Se hace referencia a la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades características asociadas con el movimiento de un lugar a otro.

- 1) Desplazamiento dentro del hogar: Andar dentro de su casa.
- 2) Desplazamiento fuera del hogar: Salir fuera de su casa (se incluye el patio).

Se considera:

- Independiente: Normal en la forma que lo realizan los demás lo considerados como tales (categoría 5). Si lo realiza con dificultad se categoriza como 4. Se considera el ascenso y descenso de escaleras.
- Semiindependiente: Las personas requiere ayuda, ya sea de un adminículo de apoyo o de una ortesis que mantenga la postura

adecuada del miembro inferior para desplazarse (categoría 3) o requiere ayuda de una persona para ejecutar la acción (categoría 2).

- Dependiente: Requiere ayuda total de otra persona (categoría 1).

4. Ocupar el tiempo libre.

1) Actividades recreativas (físicas o intelectuales, según prefiera).

- 5. Los realizan libremente (no existe dificultad objetiva, ni subjetiva).
- 4. No los realizan por falta de medios.
- 3. Los realiza con dificultad, con ayuda de personas o instrumentos.
- 2. Nos lo realiza por falta de cooperación de otras personas.
- No tiene motivaciones para disfrutar el tiempo libre con los medios a su alcance.

5. Participar y mantener relaciones con los demás.

1) Comunicación verbal y no verbal (expresión).

- 5. Normal, se expresa en oraciones completas.
- 4. Lenguaje verbal emitido con dificultad pero se comprende (oraciones completas).
- 3. Expresión pobre, se entiende con dificultad (frases cortas).
- 2. Expresión pobre, solo se hace entender para sus necesidades.
- No se expresa.

2) Comprensión (del lenguaje verbal o por señas).

- 5. Comprende bien el lenguaje.
- 4. Comprende lo que se expresa con poca dificultad.
- 3. Logra comprender con dificultad moderada.
- 2. Logra comprender con exagerada cooperación del interlocutor.
- No comprende lo que se le quiere expresar.

3) Escritura

- 5. Normal.

-
- 4. La realiza con dificultad pero es legible.
 - 3. Necesita de medios auxiliares (maquina de escribir, aditamentos en el bolígrafo)
 - 2. Necesita la ayuda de una persona para realizar la acción.
 - Incapacidad total para la escritura de cualquier tipo.
- 4) Participación en las tareas en el hogar.
- 5. Normal.
 - 4. Realiza las tareas asignadas en el hogar.
 - 3. Necesita ayuda para las tareas del hogar o aditamentos para realizarlas.
 - 2. Se niega a realizar las tareas del hogar.
 - Incapacidad para cooperar en las tareas del hogar.
- 5) Relaciones sexuales (si no tiene pareja no compruebe este aspecto).
- 5. Satisfactoria para ambos componentes de la pareja.
 - 4. La realiza con dificultad.
 - 3. Necesita ayuda (asesoramiento, medios facilitadores).
 - 2. Su pareja no coopera.
 - La pareja no siente la necesidad de esta relación.
- 6) Relación de convivencia.
- 5. La familia comprende y coopera con el paciente (medio favorable).
 - 4. La familia no ayuda al paciente todas las veces que lo necesita (medio poco favorable).
 - 3. La familia sobreprotege al paciente (sobreprotección).
 - 2. La pareja no coopera con el paciente (adverso).
 - El paciente vive sola.
- 7) Integración social (incluye asociación de minusválidos).
- Comparte con su micro medio social.

- Participación inhibida (timidez), vergüenza y otras (problemas que no le permiten acercamiento a las demás personas)
- 3. Relaciones reducidas (solo se relaciona con su familia).
- Alineación (el individuo no puede convivir, ni integrarse al hogar y a la familia).
- Aislamiento social (individuo cuya capacidad de relación social no se puede precisar por encontrarse aislado).

8) Barreeras arquitectónicas en el hogar (barreeras que limitan el acceso a todos los sitios, puertas, esteras, quicios, escaleras sin pasamanos, espacios mal utilizados).

- 5. No existen.
- 4. Existen y el paciente puede saltarlas.
- 3. Existen y el paciente con dificultad logra vencerlas.
- 2. Existen y el paciente no logra saltarlas.
- N se puede subsanar las barreras arquitectónicas (puertas estrechas, quicios, escaleras).

6. Autosuficiencia económica.

- 5. Trabaja normalmente.
- 4. Trabaja en condiciones especiales, su discapacidad requiere determinadas condiciones laborales .Ejemplo: Taller protegidos, trabajos en el domicilio, trabajos protegidos).
- 3. Recibe ayuda económica de la familia.
- 2. Recibe prestaciones económicas de la Seguridad Social.
- Jubilado o teniendo edad laboral y no trabaja.

De acuerdo ala escala anterior se clasificaron los pacientes, según el nivel de autonomía en:

Independiente

Categoría 5: Pacientes que realizan todas las actividades de forma normal.

Categoría 4: Pacientes que realizan todas las actividades, pero con dificultad.

Semiindependientes

Categoría 3: Requieren el auxilio de dispositivos mecánicos o de una persona para realizarlos. Ejecución ayudada.

Categoría 2: Necesitan de ayuda de una persona parcialmente para realizar las actividades.

Dependiente

Categoría 1: Necesitan ayuda ejecutar la totalidad de las actividades de la vida diaria.

A continuación se les aplicó a los pacientes una encuesta, para conocer la situación psicológica del paciente (anexo 4) validada por el Ministerio de Salud Pública.

Con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de los familiares sobre los AVE, su y la influencia que ejerce la discapacidad en el funcionamiento familiar. Se elaboró una encuesta con 10 preguntas.

El instrumento evalúa cuestiones como la preparación de la familia para enfrentar la rehabilitación de sus miembros, su capacidad de reorganizarse, así como su disposición para aceptar ayuda en la solución de problemas que pueden presentarse y afectan la rehabilitación del paciente.

Los encuestados solo debían marcar las opciones afirmativas o negativas según su opinión. Sobre el tema de las respuestas marcadas negativas surgieron los temas a tener en cuenta para la elaboración de este artículo.

Variables	Escala de clasificación	Definición operacional
1. Edad (cualitativa continua).	-15-65 años y mas	-Según años cumplidos.
2. Sexo (cualitativa nominal dicotómica).	-Masculino o Femenino.	-Según sexo biológico.
3. Enfermedades asociadas	-Hipertensión arterial. -Diabetes Mellitus. -Cardiopatía Isquémica. -Hiperlipidemia -Artrosis. -Hipertensión Arterial /Diabetes Mellitus. -Hipertensión Arterial/ Cardiopatía Isquémica. -Hipertensión Arterial/Artrosis.	-Según patologías.
4. Procedencia (cualitativa nominal dicotómica).	-Urbana. -Rural.	-Area donde vive.
5. Diagnostico clínico(cualitativa nominal)	-Hemipléjico. -Hemiparesia.	-Por la patología que presenta.
6.Nivel de autonomía(cualitativa nominal)	-Independiente. -Semii independiente. -Dependiente.	-Se considero según la Escala de Rosetón.
7. Situación psicológica (cualitativa nominal).	.-Depresión. -Llanto inmotivado. -Ansiedad. -Estorbo.	-Por la encuesta psicológica.
8. Nivel de preparación de la familia (cualitativa nominal).	-Adecuada. -Inadecuada.	Según encuestas

Variables de estudio. Tabla nº1

Con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de los familiares sobre los AVE, su y la influencia que ejerce la discapacidad en el funcionamiento familiar. Se elaboro una encuesta con 10 preguntas.

El instrumento evalúa cuestiones como la preparación de la familia para enfrentar la rehabilitación de sus miembros, su capacidad de reorganizarse, así como su disposición para aceptar ayuda en la solución de problemas que pueden presentarse y afectan la rehabilitación del paciente.

Los encuestados solo debían marcar las opciones afirmativas o negativas según su opinión. Sobre el tema de las respuestas marcadas negativas surgieron los temas a tener en cuenta para la elaboración de este artículo.

En el estudio se operacionaron las variables de la tabla nº1.

3. Técnica de procedimiento y análisis de la información

El procedimiento estadísticos consistió en la utilización de tablas de contingencias donde se reflejaron a través de las frecuencias absolutas resultantes de las fuentes de información utilizadas y realizamos estimaciones de frecuencias esperadas, sometiendo los resultados obtenidos a la prueba de hipótesis, utilizando el 99.9% de nivel de confiabilidad y un nivel de significación o probabilidad de cometer error de estimación $\alpha = 0.1$ para lograr tablas mas ilustrativas , utilizamos además de calculo de las frecuencias relativas que corroboraron en términos de porcentajes, los resultados obtenidos en la prueba de Chi cuadrado .La redacción del informe final se realizo mediante editor de textos Microsoft Word para Windows XP.

4. Análisis y discusión de los resultados

En relación a la distribución de los pacientes por edad y sexo (tabla 1) en la muestra de estudio se constato que de 10 pacientes que representa el 66.7% están entre los 40 y 65 años y 5 (33.3 %) rebasan los 66 años .En cuanto a sexo predomino el masculino con 9 pacientes para un 60%, también se observo un predominio del mismo entre los 40 y 65 años 6 pacientes para un 40%.

Edad en años	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
40 y 65	6	40%	4	20%	10	66.7%
66 y mas	3	20%	2	10%	5	33.3%
Total	9	60%	6	40%	15	100%

Las personas mayores tienen un riesgo más alto de sufrir un accidente cerebro vascular que es el resto de la población.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad.

Por cada década después de los 55, el riesgo de accidente cerebro vascular se duplica.

En relación con las enfermedades asociadas (tabla 2) se observó que la hipertensión arterial por sí sola está presente en los 10 pacientes (66.7%) y en 2 casos se asocia a otras enfermedades (13.3%) y en segundo lugar se destacan las cardiopatías en 2 pacientes y la artrosis en 1 paciente 6.7%.

Estos resultados responden a un incremento del envejecimiento poblacional en nuestro país con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas, lo que

Enfermedades Asociadas	No	%
Hipertensión Arterial	10	66.7
Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus.	1	6.7
Hipertensión Arterial/Cardiopatía Isquémica.	1	6.7
Cardiopatía Isquémica.	2	13.3
Artrosis	1	6.7

corresponde con lo hallado en estudios similares. Esta composición según la edad y el estado de salud evidencia la necesidad de una atención integral en equipo, con la participación de diversos especialistas.

Tabla 2. Enfermedades asociadas más frecuentes en nuestro estudio.

Diagnostico	Derecho		Izquierdo		Total	
	No	%	No	%	No	%
hemiplejía	8	53.3	7	46.7	15	100

Tabla 3. Composición de la muestra según diagnóstico.

En la tabla 3 se representa la composición de la muestra según el diagnóstico en cuanto al hemicuerpo afectando el derecho n 8 pacientes

(53.3%), predominó sobre el izquierdo 7 pacientes (46.7), este resultado varía en todos los estudios revisados.

La frecuencia referida de hemiplejía derecha sobre la izquierda depende de la etiología y extensión de la lesión y puede ser presumiblemente atribuible en este estudio al tiempo de evolución

Tiempo de evolución	No	%
Menos de 6 meses	4	26.7
De 6 meses a 2 años	11	73.3
Total	15	100

Tabla 4. Composición de la muestra según tiempo de evolución.

de las secuelas (tabla 4) , con menos de 6 meses de evolución hubo 4 pacientes (26.7%) , de 6 meses a 2 años 11 pacientes 73.3%.

Capacidad de orientación	No	%
Independiente	13	86.6
Semiindependiente	1	6.7
Dependiente	1	6.7
Total	15	100

Tabla 5. Evaluación de los pacientes en cuanto a la capacidad de orientación.

En la tabla 5 se muestra la capacidad de orientación, donde se observa que 13 pacientes son independientes para un 86.6 %, 1 es semiindependiente (6.7%) y 1 dependiente (6.7%) por trastornos visual no corregido.

La deficiencia en cualquiera de los múltiples sistemas que contribuyen a la estabilidad ortostática (visión y audición) no solo limita el alcance y el tipo de actividad. Junto con la vista, el sistema vestibular no ayuda a determinar si es el mundo o nosotros los que se mueven, facilitando la orientación.

Necesidades Físicas	Dependientes		Semiindependientes		Independientes	
	No	%	No	%	No	%
Alimentación	2	13.3	3	20	10	66.7
Higiene personal	3	20	6	40	6	40
Vestido	3	20	6	40	6	40
Movilidad física	4	26.6	7	46.6	4	26.6
Micción	1	6.7	7	46.6	7	46.6

Tabla 6. Evaluación de los pacientes en cuanto a la independencia en las necesidades físicas.

Al analizar la evaluación de la independencia en relación con las necesidades físicas (tabla 6)

se considero, en cuanto a la alimentación : 2 pacientes (13.3%) como dependiente y 3(20%) semiindependiente , la higiene personal 6(40%)pacientes semiindependientes y 3(20%) como dependientes , en el vestido 6 pacientes (40%) semiindependientes y 3 (20%) dependientes y en cuanto a la movilidad física 7 pacientes (46.6%) semiindependientes y 4 pacientes (26.6%) dependientes.

Estos resultados pudieron estar influidos por el número de pacientes que recibieron rehabilitación insuficiente, así como sobreprotección familiar.

Para la micción se observo que 7 pacientes (46.6%) fueron semiindependientes y 1(6.7%) dependientes, este resultado estuvo dado fundamentalmente por las

dificultades para el acceso al baño debido a la incapacidad física o la presencia de barreras arquitectónicas que lo impedían.

Desplazamiento eficaz dentro de su entorno.	Dependientes		Semiindependientes		Independientes	
	No	%	No	%	No	%
Dentro del hogar.	3	20	8	53.3	4	26.6
Fuera del hogar.	4	26.6	8	53.3	3	20

Tabla 7. Evaluación de los pacientes en cuanto al desplazamiento dentro de su entorno.

Con respecto al desplazamiento eficaz dentro de su entorno (tabla 7) se constato que dentro del hogar habían 8 pacientes (53.3%) que eran semiindependientes y 3(20%) dependientes y fuera del hogar 8 pacientes (53.3%) semiindependientes y 4(26.6%) dependientes.

Este resultado se debe entre otras causas, según otros autores a la presencia de barreras arquitectónicas en el hogar y ecológicas en el exterior, no contar con el medio auxiliar idóneo para el desplazamiento o no haber recibido medios orientados al respecto.

Ocupación del tiempo libre	5		4		3		2		1	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Actividades recreativas	-	-	2	13.3	2	13.3	4	26.6	7	46.6

Tabla 8. Evaluación de los pacientes según la ocupación del tiempo libre.

En la evolución de los pacientes para ocupar el tiempo libre (tabla 8), se observo que 7 pacientes (46.6%), no disfrutaban de las actividades recreativas por falta de motivaciones, dicho resultado esta dado fundamentalmente por trastornos psicológicos inherente a estos pacientes, de ahí los beneficioso de una buena orientación y un buen funcionamiento familiar en la ocupación del tiempo libre de pacientes hemipléjicos, similar resultados se aprecian en la literatura revisada.

Participación y relación con los demás.	5		4		3		2		1	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Expresión	3	20	7	46.7	2	13.3	2	13.3	0	-
Comprensión	12	80	3	20	0	-	0	-	0	-
Escritura	-	-	2	13.3	3	20	2	13.3	8	53.3
Participación en las tareas del hogar	0	-	2	13.3	7	46.7	1	6.7	5	33.3
Relaciones sexuales	1	6.7	4	26.6	2	13.3	2	13.3	6	40
Relaciones de convivencia familiar	2	13.3	3	20	8	53.3	2	13.3	-	-
Integración social	3	20	3	20	8	53.3	1	6.7	-	-
Barrera arquitectónicas	2	13.3	4	26.6	5	33.3	2	13.3	2	13.3

Tabla 9. Evaluación de la participación y relación con los demás.

En relación a la participación de los pacientes con los demás , se constato como se observa en la(tabla 9) ,en la expresión predomino la categoría 4 con el 46.7%(lenguaje verbal emitido con dificultad, pero se comprende),la comprensión no estuvo afectada en el 80%, en la escritura predomino la categoría 1(incapacidad total) con 8 pacientes (53.3%), en el caso especifico estos pacientes se evidencio la necesidad de continuidad de interconsultas y continuidad del tratamiento con el Terapista Ocupacional y el Logopeda para la corrección de los mismos.

Para la participación en las tareas del hogar predomino la categoría 3, con 7 pacientes (46.7%) necesitan ayudas para realizar las tareas del hogar o aditamentos para realizarlas .Dado por la sobreprotección familiar, las limitaciones psíquicas y físicas del paciente. Debe resaltarse la importancia de este aspecto en el caso de las mujeres quienes son el eje fundamental del hogar y la familia en nuestra sociedad.

En las relaciones sexuales predominó la categoría 1 con 6 pacientes (40%) (Su pareja no sentía la necesidad de estas relaciones). Lo cual puede atribuirse a que el 40% de la muestra estudiada tienen una edad superior a los 65 años,

con factores culturales legados de generaciones anteriores, lo que asociado a los trastornos inherentes al hemipléjico hace que se asuma una actitud negativa en este sentido.

Para las relaciones de convivencias predominó la categoría 3 (la familia sobreprotege al paciente) de lo antes mencionado pudimos analizar a 8 pacientes para un 53.3%, este resultado evidencia la necesidad de una interrelación médico- psicólogo- familia, que permite el equilibrio familiar y la ayuda al paciente.

En la integración social predominó la categoría 3 (solo se relaciona con su familia) con 8 pacientes para un 53.3 %. Atribuido a una inadecuada atención a las necesidades sociales del paciente que lo manifiesta, la necesidad de una rehabilitación social teniendo como base la comunidad y la familia.

En cuanto a las barreras arquitectónicas predominó la categoría 3 (existen y el paciente logra vencerlas con dificultad) con 5 pacientes para el 33.3%. En todos los casos se hace necesario orientar a la familia en base subsanar las barreras arquitectónicas que impidan o limiten al paciente.

Autosuficiencia económica	Categorías									
	5		4		3		2		1	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Encuestados	-	-	-	-	5	33.3	6	40	4	26.6

Tabla 10. Evaluación de los pacientes según la autosuficiencia económica.

En cuanto a la insuficiencia económica se comprobó que el 40% de los pacientes reciben prestaciones

económicas de la Seguridad Social lo que los ubican en la categoría 2.

En la medida que el paciente hemipléjico tenga una mayor autonomía e independencia, se favorece también su estado emocional, ello permite la satisfacción de poder ayudar en el hogar y así mejorar la percepción que

poseen los pacientes sobre las relaciones familiares. Se conoce además que los familiares unidos con tendencia a la armonía, equilibrio y con interacciones en sentido positivo, muestran mejores capacidades adaptativas que predicen el éxito en el enfrentamiento a frustraciones existenciales, así como la reestructuración de la convivencia familiar de manera moderada ante eventos generadores de sufrimiento.(26)

Se evaluó la situación psicológica de los pacientes (tabla11), constatándose entre las características más frecuentes la depresión con 10 pacientes (66.6%), la consideración como estorbo para la familia 7 (46.6%) con menos frecuencia se mostró la ansiedad con 5 pacientes (33.3%), el llanto inmotivado 4(26.6%) y la excitación ligera3 (20%).

Situación psicológica	No	%
Depresión	10	66.6
Llanto inmotivado	4	26.6
Ansiedad	5	33.3
Excitado	3	20
Considerado como estorbo	7	46.6
Funcionamiento familiar alterado	12	80

Tabla 11. Evaluación de los pacientes según la situación psicológica.

La dinámica y el funcionamiento familiar se afecto en 12 pacientes (80%) constatándose que la crisis familiar de desorganización predomino, ya que algún miembro de la familia dejo de realizar sus labores habituales para atender al hemipléjico, por lo que el mismo se siente como una carga y disminuye su autoestima y autovaloración.

La calidad de la vida como medida para el impacto de una enfermedad en un individuo, un valor predictorio para la función y el bienestar físico, además que la hemiplejía tiene un impacto sobre el funcionamiento físico, esta constituye la dimensión mas afectadas, pero el resultado final dependerá de la habilidad de adaptación a la nueva situación y esta será mejor en la medida en que se implemente mejores tratamientos psicológicos.

Familiares que asisten al tratamiento con el paciente.	Cantidad					
	1		2		3 o mas	
	No	%	No	%	No	%
	9	60	4	26.6	2	13.3

Tabla 12. Participación de la familia en la rehabilitación.

En cuanto a la participación de la familia se puede constatar que en 9 pacientes (60%) solo participaba un miembro de la familia en las secciones de tratamiento, aspecto a tener en cuenta por la influencia que ejerce sobre el paciente.

Considera haber recibido buena preparación para la rehabilitación de su familiar.	SI		NO	
	No	%	No	%
	4	26.6	11	73.3
Necesitan mas orientación	13	86.6	2	13.3

Tabla11. Conocimiento familiar sobre el ACV y su rehabilitación.

En cuanto al conocimiento de los familiares sobre los accidente cerebro vasculares y su rehabilitación (tabla 11) el 73.3% de las familias encuestadas consideran no estar bien preparada para enfrentar el reto que representa la rehabilitación de unos de sus miembros , 13 de estos familiares 86.6% reflejaron la necesidad de ampliar sus conocimientos sobre los ACV para dar respuestas a las situaciones cotidianas que puedan presentarse en la vida diaria del paciente que no puedan ser resueltos sin una adecuada preparación de la familia .

Es importante señalar que en la mayoría de los casos ,13 pacientes (86.6%) conviven con los hijos que en casi todos los limitan, por sobreprotección a sus padres a la realización de las actividades de la vida diaria de forma independiente, en acciones por desconocimiento sobre la forma en que estos deben realizarlas, y en otros porque sienten la necesidad de hacerlos por ellos, provocando que el paciente demore mas tiempo en completar su rehabilitación.

5. Conclusiones

Con nuestro artículo queremos demostrar el papel tan importante que tiene la familia en la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos. Y como nosotros el personal de la salud (Fisiatras, Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeutas ocupacionales) somos el eslabón para darles las herramientas para una mejor calidad de vida para sus familiares. A través de talleres de capacitación, de charlas educativas, de dinámicas familiares, orientando pautas de tratamiento para el hogar, encaminados a restaurar los objetivos físicos – funcionales, prevocacionales, sociales, educativos y psicológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Jacob M. La discapacidad y la enfermedad crónica en la infancia: problemas éticos y sociales. *Ped Int* 2007; XI (10):919-925.
2. Vigotsky, L.: *Imaginación y Creación en la Actividad*. Editorial Pueblo y Educación. 1999.959-13-1078-1
3. Moreno Castañeda, M.J.: *Psicología del desarrollo*. Selección de Lecturas. Editorial Pueblo y Educación. 2003. 959-13-1078-1
4. Pérez Álvarez, L: *La Escuela para padres de niños discapacitados, una Forma de intervención familiar comunitaria*. Proyecto Esperanza. 2004. Camaguey.
5. Ludington-Hoe S. *Cómo despertar la inteligencia de su hijo*.
6. Illingworth RS. *El desarrollo infantil en sus primeras etapas, normal y patológico*. Edit. Médica y técnica S.A. 1989.
7. Bobath K. *Bases neurológicas para el tratamiento de la parálisis cerebral*. 2da Edición 1989, Edit Médica Panamericana.
8. Bobath-Kong. *Trastornos cerebro motores en el niño*. Madrid: Panamericana; 1986.
9. García Peñas JJ. *Examen Neurológico del Lactante*: Sociedad de Pediatría de la Atención Primaria de Extremadura. SPAPex; 2007.
10. Vojta V. *Alteraciones Motoras Cerebrales Infantiles: Diagnóstico y tratamiento Precoz*. 9788471124968. Ed Mórel; 2005.
11. Macías Merlo L, Fagoada Mata J. *Fisioterapia en Pediatría*. Ed. Mc.Graw-Hill. Interamericana; 2003.
12. Tardieu C, Lespargot A, Tabary C, Bret MD. For how long must the soleus muscle be stretched each day to prevent contractura? *Devel Med Chile Neurol (Chile)*. 1998.
13. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale on muscle spasticity. *Phys Ther*. 1986; 6206-207.
14. Campbell SK et al. Construct validity of the Test of Infant Motor Performance. *Physical Therapy*. 1995; 75: 585-596.

Anexos

Anexo 1

Acta de consentimiento informado:

Yo----- estoy de acuerdo en participar en la Investigación clínica , para evaluar a los pacientes hemipléjicos, en el cual se me ha explicado , que se llevara a cabo para las limitaciones de la vida diaria mas importantes y lograr mejorar la calidad de vida .El consentimiento es voluntario y la negativa a participar en el estudio no me invalida a recibir tratamiento y no me limita de continuar asistiendo a las consultas de la especialidad .Luego de haber revisado todos los aspectos he decidido participar en el estudio y para que así conste y por mi propia voluntad firmo el presente documento en presencia del Terapeuta que me ha dado la explicación a los ---- días del mes ----- del año.

Firma de la paciente

Firma del Terapeuta.

Anexo 2.

Planilla de recolección de datos.

- ❖ Nombres y apellidos:
- ❖ Edad:
- ❖ Sexo:
- ❖ Ocupación:
- ❖ Nivel de escolaridad:
- ❖ Precedencia:
- ❖ Diagnostico: Hemiplejía Derecha_____
- Hemiplejía Izquierda_____
- ❖ Tiempo de evolución: Menos de 6 años_____
- De 6 meses a 2 años_____

- ❖ Enfermedades asociadas:
 - Hipertensión arterial_____
 - Diabetes mellitus_____
 - Cardiopatía isquémica_____
 - Artrosis_____
 - Hipertensión arterial asociada a la Diabetes mellitus_____
 - Hipertensión arterial asociada a la Artrosis_____
 - Hipertensión arterial asociada a la Cardiopatía isquémica_____
 - Otras enfermedades_____

Anexo 3

Escala de discapacidad de Rosetón

1) Capacidad para orientarse:

- Visión
 - a) Independiente_____
 - b) Semiindependiente_____
 - c) Dependiente_____
- Audición:
 - a) Independiente_____
 - b) Semiindependiente_____
 - c) Dependiente_____

2) Independencia en las necesidades físicas:

- Alimentación_____
- Higiene personal_____
- Vestido y otras_____
- Motilidad física_____
- Micción_____

3) Desplazamiento eficaz dentro del entorno:

- Desplazamiento dentro del hogar_____
- Desplazamiento fuera del hogar_____

4) Ocupación del tiempo libre:

- Actividades recreativas

5) Participar y mantener relaciones con los demás:

- Comunicación verbal_____
- Comunicación no verbal_____
- Comprensión_____
- Escritura_____
- Participación en las tareas del hogar_____
- Relaciones sexuales_____
- Integración social_____
- Barreiras arquitectónicas_____

Escala de discapacidad de Rosetón (continuación)

6) Autosuficiencia económica

Nivel de autonomía

1) Capacidad para orientarse en relación con su entorno.

A. Visión

5. Normal

4. Con visión subnormal logra realizar sus actividades de la vida diaria.

3. Requiere ayuda por medio de instrumentos (espejuelos) para realizar las actividades de la vida diaria.

2. Necesita ayuda parcial de una persona para realizar sus actividades de la vida diaria.

1. Con visión subnormal es dependiente de otra persona para todas las actividades.

a) Categoría independiente(CI) 5 y 4

b) Categoría semiindependiente(CS) 3 y 2

c) Categoría Dependiente(CD) 1

B. Audición

5. Normal.

4. Puede orientarse con la utilización de un audífono (aunque no lo tenga).

3. A pesar del audífono no logra orientarse.

2. Necesita cooperación del interlocutor para ser comprendido.

1. Resto de audición no aprovechable o no llega a comprender el lenguaje como sistema de señales.

a) Categoría independiente(CI) 5 y 4

b) Categoría semiindependiente(CS) 3 y 2

c) Categoría Dependiente(CD) 1

2) Independencia en relación a las necesidades físicas.

C. Alimentación (incluye comer con cubiertos y tomar en vasijas).

5. Puede realizarlo de forma normal.

4. Puede realizar la actividad, solo con dificultad para utilizar cubiertos o tomar en vasijas.

Escala de discapacidad de Rosetón (continuación)

3. Puede realizar la actividad con instrumentos adaptativos.
2. Necesita ser ayudado por una persona.
1. Totalmente dependiente.

D. Higiene personal (comprende el baño y secado, el lavado de cabeza, peinarse y cepillarse).

5. Realiza todas las actividades de forma normal.
4. Las realiza solo con dificultad
3. No logra realizar todas las actividades.
2. Necesita ayuda en algunas actividades.
1. Totalmente dependiente para todas las actividades.

E. Vestidos y otras (incluye quitarse y ponerse la ropa, calzado y medias).

5. Realiza normalmente las actividades.
4. Las realiza solo con dificultad (todas las actividades).
3. Necesita instrumentos para realizar las actividades o de corrección, facilitando a las prendas de vestir o para realizar parte de la actividad.
2. Necesita ayuda de otra persona.
1. Totalmente dependiente para la actividad.

F. Motilidad física.

5. Realiza los movimientos de forma normal.
4. Logra realizar todos los movimientos de los miembros afectados.
3. Necesita un aparato para mover el miembro afectado.
2. Necesita ayuda parcial de una persona para moverse.
1. Sus movimientos son nulos, necesita ayuda total de una persona.

G. Micción.

5. Normal.
4. Sin dificultad a llegar a contener hasta 4 horas.
3. Se le dificultad el acceso al baño, pero logra prepararse para la micción
2. Necesita de la ayuda de una persona para la micción.
1. Dependiente a un colector.
 - a) Categoría independiente(CI) 5 y 4
 - b) Categoría semiindependiente(CS) 3 y 2
 - c) Categoría Dependiente(CD) 1

Escala de discapacidad de Rosetón (continuación)

Para la micción es dependiente si se encuentra en categoría (1-2)

3) Desplazamiento eficaz dentro de su entorno.

H. Desplazamiento dentro del hogar.

5. Lo realiza de forma normal.
4. Puede desplazarse solo, aunque con dificultad, sube y baja escaleras o quicio.
3. Puede desplazarse pero no sube y baja escaleras y quicios.
2. Necesita ayuda de una persona para desplazarse en ciertos lugares del hogar.

1. Necesita ayuda total de una persona.

I. Desplazamiento fuera del hogar.

5. Normal.
4. Puede realizarlo solo pero con dificultad.
3. Necesita ayuda mecánica para el desplazamiento.
2. Necesita una persona que lo ayude parcialmente.
1. Necesita ayuda total de una persona.
 - a) Categoría independiente(CI) 5 y 4
 - b) Categoría semiindependiente(CS) 3 y 2
 - c) Categoría Dependiente(CD) 1

4) Ocupar su tiempo libre.

J. Actividades recreativas (físicas o intelectuales, según prefiera).

5. Las realiza libremente (no existe dificultad objetiva, ni subjetiva).
4. Nos las realiza por falta de medio.
3. Las realiza con dificultad, con ayuda de personas o instrumentos.
2. Nos la realiza por falta de cooperación de otras personas.
1. No tiene motivaciones para disfrutar el tiempo libre con los medios a su alcance.

5) Participar y mantener relaciones con los demás.

K. Comunicación verbal y no verbal (expresión).

5. Normal, se expresa en ocasiones completa.
4. Lenguaje verbal emitido con dificultad pero se comprende (oraciones completa).

Escala de discapacidad de Rosetón (continuación)

3. Expresión pobre, se entiende con dificultad (frases cortas).
2. Expresión pobre, solo se hace entender para sus necesidades.
1. No se expresa.

L. Comprensión

5. Comprende bien el lenguaje.
4. Comprende lo que se le expresa con poca dificultad.
3. Logra comprender con dificultad moderada.
2. Logra comprender con exagerada cooperación del interlocutor.
1. No comprende lo que se le quiere expresar.

M. Escritura.

5. Normal.
4. La realiza con dificultad pero es legible.
3. Necesita de medios auxiliares (maquina de escribir, aditamentos en el bolígrafo).
2. Necesita ayuda de una persona para realizar la acción.
1. Incapacidad total para la escritura de cualquier tipo.

N. Participación en las tareas de hogar.

5. Normal
4. Realiza las tareas asignadas en el hogar.
3. Necesita de ayudas para las tareas del hogar o aditamentos para realizarlas.
2. Se niega a realizar las tareas del hogar.
1. Incapacidad para cooperar en las tareas del hogar.

Ñ. Relaciones sexuales (si no tiene pareja, no se comprueba este aspecto).

5. Satisfactoria para ambos componentes de la pareja.
4. La realiza con dificultad.
3. Necesita ayuda (asesoramiento, medios facilitadores).
2. Su pareja no coopera.
1. La pareja no siente la necesidad de estas relaciones.

O. Relaciones de convivencia.

5. La familia comprende y coopera con el paciente (medio favorable).
4. La familia no ayuda al paciente todas las veces que lo necesitan (medio poco favorable).

Escala de discapacidad de Rosetón (continuación)

3. La familia sobreprotege al paciente (sobreprotección).

2. La familia no coopera con el paciente (adversa).

1. El paciente vive solo.

P. Integración social (incluye las asociaciones).

5. Comparte con su macro medio social.

4. Participación inhibida (timidez, vergüenza, y otros problemas que no le permiten acercamiento a las demás personas.)

3. Relaciones reducidas (solo se relaciona con su familia).

2. Alineación (el individuo no puede convivir ni integrarse al hogar y la familia).

1. Aislamiento social (individuos cuya capacidad de relación no se puede precisar por encontrarse aislado).

Q. Barreras arquitectónicas en el hogar (barreras que limitan el acceso a todos los sitios).

5. No existen.

4. Existen y el paciente puede saltarlas.

3. Existen y el paciente con dificultad logra vencerlas.

2. Existen y el paciente no logra vencerlas.

1. No se puede subsanar las barreras arquitectónicas (puertas estrecha, quicios y escaleras).

6) Autosuficiencia económica.

5. Trabaja normalmente.

4. Trabaja en condiciones especiales, su discapacidad requiere determinadas condiciones laborales. Ejemplo: Talleres protegidos, trabajo en domicilio, empleo protegido.

3. Recibe ayuda económica de la familia.

2. Recibe prestaciones económicas de la Seguridad Social.

1. Jubilado o teniendo edad laboral no trabaja.

Anexo 4

Situación psicológica del paciente hemipléjico

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Nivel escolar: _____
4. Ocupación: _____
 - 1) Antes de contraer la enfermedad usted era (marque con una x).
 - a) Ansioso _____
 - b) Siempre estaba alterado _____ y ahora _____
 - c) Llanto fácil _____
 - d) Predomina en usted el mal humor _____
 - e) No puede estar mucho tiempo en el mismo lugar _____
 - f) Le gustaba participar en actividades recreativas _____
 - g) Se incomodaba fácilmente _____
 - h) Padecía de hipertensión arterial(H T A) _____
 - i) Fumaba _____
 - 2) Anteriormente tenía buenas relaciones personales:
Si _____ No _____ y ahora
Si _____ No _____
 - 3) Anteriormente como eran las relaciones con su familia:
Buenas _____ Regulares _____ Malas _____ y ahora
Buenas _____ Regulares _____ Malas _____
 - 4) ¿Se considera usted un estorbo para su familia?
Si _____ No _____
 - 5) Como lo atienden:
Bien _____ Regular _____ Mal _____
 - 6) ¿Con que frecuencia el medico lo visita?
 - a) Cada 2 días _____
 - b) Semanal _____
 - c) Cada 15 días _____
 - d) Una vez al mes _____
 - e) Cada 3 mes _____
 - f) Nunca _____

Situación psicológica del paciente hemipléjico (continuación)

7) ¿Como considera la atención por parte de tu familia?

Bien____ Regular_____ Mal_____

8) ¿Se considera actualmente?

- a) Querido_____
- b) Despreciado_____
- c) Importante_____
- d) Incapaz_____
- e) Inferior a los demás_____

9) ¿Las relaciones afectivas e intimas con su pareja?

- a) Se han mantenido igual_____
- b) Han disminuido_____
- c) Han desaparecido_____

10) ¿Actualmente son frecuentes?

- a) Las pesadilla_____
- b) Dolores de cabeza_____
- c) Los actos sexuales fallidos_____
- d) Ideas de minusvalías_____

11) ¿Consideras que las demás personas?

- a) Le tienen lastima _____
- b) Se ríen de usted_____
- c) Lo ven como antes_____

Anexo 5

Encuesta a familiares

- 1) ¿Recibió después del alta hospitalaria de su familiar información sobre los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), su secuela y rehabilitación?
Si_____ No_____
- 2) ¿Permite usted que su familiar realice las actividades de la vida diaria de forma independiente?
Si_____ No_____
- 3) ¿Se siente preparado para cuidar mejor a su familiar?
Si_____ No_____
- 4) ¿Piensa que su familiar depende de usted?
Si_____ No_____
- 5) ¿Todos los miembros de su familia cooperan en la rehabilitación de su paciente?
Si_____ No_____
- 6) ¿Se han cambiado las responsabilidades domesticas luego de la enfermedad de de su familiar?
Si_____ No_____
- 7) ¿Desearía que otras personas participaran en la rehabilitación de su familiar?
Si_____ No_____
- 8) ¿Luego de la enfermedad de su familiar ha hecho cambios en la estructura de su casa para mejorar la accesibilidad de este?
Si_____ No_____
- 9) ¿Piensa que pudiera cuidar mejor a su familiar?
Si_____ No_____
- 10) ¿Son frecuentes los conflictos en su familia después de la enfermedad?
Si_____ No_____
- 11) ¿Participa junto a su familiar en actividades recreativas o deportivas?
Si_____ No_____
- 12) ¿Es la familia el integrante mas importante del equipo de rehabilitación?
Si_____ No_____

Encuesta a familiares (continuación)

13) ¿Ha buscado información y consejos de personas en u otras familias que hayan enfrentado los mismos o similares problemas?

Si _____ No _____

14) ¿Considera usted necesario recibir mas información sobre los ACV y su tratamiento rehabilitador?

Si _____ No _____

15) ¿Esta satisfecho con la atención que recibe su familiar en el Servicio Integral de Rehabilitación (SIR)?

SI _____ No _____

16) ¿Puede llegar a ser independiente su familiar?

Si _____ No _____