



UNIVERSIDAD DE CIENFUEGOS
CENTRO UNIVERSITARIO
MUNICIPAL CUMANAYAGUA

Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”
Facultad de Ciencias de la Cultura Física, el Deporte y la Recreación
Centro Universitario Municipal Cumanayagua
Carrera: Licenciatura en Cultura Física

*TÍTULO: Propuesta de actividades de preparación familiar para
fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes
hemipléjicos.*

*TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE
LICENCIADO EN CULTURA FÍSICA.*

Autor: Yordan Santos Rodríguez
Tutor: Ms. C. Dianelys Martínez Torres.

2021

“Año 63 del Triunfo de la Revolución”

Hago constar que los abajo firmantes acreditan que lo expuesto a continuación fue realizado en el Centro Universitario Municipal de Cumanayagua, como ejercicio de culminación de estudios en la carrera de Licenciatura en Cultura Física. Tanto el autor como la tutora autorizan que el documento sea utilizado con fines investigativos y referenciales, precisando que no podrá ser presentado en eventos sin la aprobación del autor. Conjuntamente, se asume la total responsabilidad al declarar que el informe no contiene plagio, pues la producción intelectual publicada por otras personas y que por razones obvias se ha asumido para la construcción de la tesis, se encuentra precisada en correspondencia con sus referencias.

Lic. Yordan Santos Rodríguez
Autor

Ms. C. Dianelys Martínez Torres
Tutora

Por otra parte, el que a continuación firma, avala que los textos que conforman la investigación han sido revisados según las normas de estilo bibliográfico (APA, séptima edición), concertadas por la institución para finalidades investigativas, declarando que cumple con los requisitos que debe tener esta tipología de informe.

Nombre (s) y apellidos del revisor

Firma y cuño

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)

Pensamiento

“El deporte es y debe ser uno de los medios más eficaces con que cuenta la sociedad para contribuir al fomento del bienestar y la salud de los ciudadanos, para el desarrollo del espíritu de superación y de emulación entre las personas, para la consolidación de hábitos de disciplina social, de solidaridad entre los hombres, para el cultivo de una mejor calidad de vida; en una palabra, para la realización plena del ser humano...”

Fidel Castro Ruz.

Dedicatoria

A mi novia, por su apoyo incondicional y amor infinito.

*A mi familia, compañeros y profesores por orientarme y apoyarme
hacia mi ocupación.*

Agradecimientos

A la Revolución Cubana, por los principios inflexibles que me han guiado

por hacer que todo merezca la pena.

A mis profesores, por el inagotable apoyo y sabiduría que me han

brindado durante todos mis estudios.

A mis compañeros, a los que ofrezco mi eterna gratitud.

Resumen

Hoy en día se prioriza el bienestar, la condición física y se propicia un estilo de vida que eleve el bienestar físico del hombre y en particular del paciente hemipléjico por lo que el tratamiento, la recuperación e incorporación a la práctica cotidiana de las personas diagnosticadas con esta enfermedad es una inquietud que manifiesta mundialmente el sistema de salud. El trabajo de investigación que se presenta titulado “Propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos”, que se realizó con los pacientes del Área de Salud #1 del consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos, se inserta dentro de este campo de acción ya que utiliza el rol que desempeña la familia, en consonancia con la educación física terapéutica, para el diseño de una propuesta de actividades de preparación familiar y así fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos. El medio terapéutico eficaz y profiláctico en enfermedades cerebrovasculares en que se sustenta el estudio radica en la fisioterapia, ya que incluye los procedimientos que pueden ser aplicados por parte de la familia para fortalecer el trabajo con los discapacitados. El diseño teórico metodológico permitió conocer la composición por edad, sexo, mecanismo de producción, lado afectado - dominancia, enfermedades y complicaciones asociadas; además de que la aplicación del test de evaluación de la condición física del paciente hemipléjico facilitó conocer el estado de estos. Se considera que la importancia de esta investigación viene dada, además de la propuesta de actividades, por el fortalecimiento del vínculo familia – institución de salud, donde las técnicas terapéuticas y vías de preparación permitieron preparar a las familias en cuanto a la implementación de métodos para darle tratamiento en el hogar y de esta forma favorecer el estado emocional de los pacientes hemipléjicos.

Palabras claves: preparación familiar, tratamiento de rehabilitación y pacientes hemipléjicos.

Summary

Nowadays, well-being, physical condition is prioritized and a lifestyle is promoted that increases the physical well-being of man and in particular of the hemiplegic patient, so the treatment, recovery and incorporation into the daily practice of people diagnosed with this disease is a concern that the health system manifests worldwide. The research work that is presented entitled "Proposal of family preparation activities to strengthen rehabilitation treatment in hemiplegic patients", which was carried out with patients from Health Area # 1 of the Reina popular council of the municipality of Cienfuegos, is inserted within of this field of action since it uses the role played by the family, in line with therapeutic physical education, for the design of a proposal of family preparation activities and thus strengthen the rehabilitation treatment in hemiplegic patients. The effective and prophylactic therapeutic means in cerebrovascular diseases on which the study is based lies in physiotherapy, since it includes procedures that can be applied by the family to strengthen work with the disabled. The theoretical methodological design allowed to know the composition by age, sex, production mechanism, affected side - dominance, associated diseases and complications; In addition, the application of the physical condition assessment test of the hemiplegic patient made it easier to know their status. It is considered that the importance of this research is given, in addition to the proposed activities, by the strengthening of the family-health institution bond, where the therapeutic techniques and preparation routes allowed families to be prepared in terms of the implementation of methods to give treatment at home and thus favor the emotional state of hemiplegic patients.

Key words: family preparation, rehabilitation treatment and hemiplegic patients.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Fundamentos teóricos que sustentan la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos.	8
1.1 La familia y su representación en y para la sociedad.	8
1.1.1 Las funciones. Rol y funciones: una reflexión necesaria.	9
1.1.2 La orientación y preparación familiar para el tratamiento a pacientes hemipléjicos.	12
1.2 El tratamiento rehabilitador y su importancia para los pacientes hemipléjicos.	14
1.3 Las particularidades en la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos.	17
1.4 Etapas de la hemiplejia y la rehabilitación física con apoyo familiar para el tratamiento a pacientes con ictus.	18
Capítulo 2: Marco metodológico de la investigación.	21
2.1 Población.	21
2.2 Metodología empleada.	21
Capítulo 3: Análisis de los resultados.	24
3.1 Caracterización de los pacientes hemipléjicos y sus familias para la propuesta de actividades y fortalecer el tratamiento rehabilitador.	24
3.2 Validación por especialistas de las acciones propuestas.	44
Conclusiones.	49
Recomendaciones.	50
Bibliografía.	51
Anexos.	55

INTRODUCCIÓN.

En la dinámica diaria que viven las personas hoy el ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre el sistema de salud porque retrasan de forma considerable los efectos negativos de los malos procederes, previenen enfermedades y contribuyen a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

Es innegable la influencia que tiene la actividad física sistemática de conjunto con el apoyo de personas allegadas para la expectativa de vida y su calidad en la población. Esta, correctamente estructurada y dirigida educa y desarrolla la voluntad y las capacidades físicas; donde ejerce un importante papel en la personalidad y el mejoramiento del organismo.

En el mundo millones de personas practican un programa de ejercicios diariamente a pesar de que muchas de ellas padecen de enfermedades por lo cual se promueve la actividad física entre todos los ciudadanos para proporcionar mayor salud ya que esta es la piedra angular sobre la cual se edifica el progreso social al aumentar la posibilidad de ser feliz.

La indiscutible necesidad de ser cada vez más sano ha ocupado y ocupa la labor, el esfuerzo y el intelecto de millones de hombres, por tales razonamientos la práctica del ejercicio físico se encamina a procurar un ascenso en los niveles de salud, de forma sistemática, bien dosificada y debidamente acompañada, al resultar un medio profiláctico para muchos padecimientos.

Según la UNESCO, Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994)

“la rehabilitación social en la comunidad como una estrategia de la Atención Primaria de Salud basada en la comunidad para lograr la igualdad de oportunidades y la integración social, se implementa a través de los esfuerzos combinados de las propias comunidades, sus familias y los apropiados servicios de salud, educación vocacionales y sociales, es una estrategia integral para mejorar la calidad de vida del paciente con prestación de servicios más eficaces y eficientes.” (p.11)

De ahí que el tema de la rehabilitación haya sido objeto de estudio de diferentes autores, dentro de los que se pueden encontrar Fernández Corujedo, J. (1965) y Masjuan, M. A. (1984), los cuales coinciden en la significación biológica que tiene el trabajo muscular en la vida del hombre, por lo que el trabajo estructurado, organizado y guiado aporta beneficios físicos y psíquicos, además de biológicos; en consonancia con esto también coinciden en la importancia de la práctica de ejercicios físicos como medio de educación, salud y con fines terapéuticos.

Al hablar de enfermedades crónicas no transmisibles no se pueden olvidar las enfermedades cerebrovasculares (ECV) que no son más que, según Leiva Fuentes, E. R, (2011) *“un grupo de entidades en las que se afecta de modo invariable un vaso sanguíneo del sistema nervioso.”* (p.4)

Estos padecimientos predominan en las edades medias y avanzadas de la vida y ocupan la tercera causa de muerte en países desarrollados, afectan el 5 % de la población mayor de 50 años y representan entre el 9 y el 10 % del total de fallecidos; ocurriendo más del 90 % de las muertes en personas de 50 años y más. Entre las que sobreviven el 50 % presentan alguna discapacidad.

En Cuba se mantiene como la tercera causa de muerte, fundamentalmente en pacientes mayores de 65 años, con una tendencia a aumentar en los grupos de edades más jóvenes principalmente en el sexo femenino. Según Sánchez Blanco I. (2004) *“La incidencia del Ictus oscila en alrededor de 200 casos por cada 100 000 habitantes anualmente”* (p.20)

La rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida y donde el papel de la familia es vital.

La rehabilitación es un procedimiento que enseña a los pacientes nuevas maneras de realizar tareas para circunvalar o compensar cualquier discapacidad residual como lo suelen ser la descoordinación de los movimientos de las piernas para poder caminar o

ejecutar los pasos involucrados en cualquier actividad compleja, por lo que la ayuda de familiares y técnicos de rehabilitación para que aprendan a bañarse y vestirse con el uso de una sola mano, es importante.

Durante muchos años la terapia de los hemipléjicos se reducía exclusivamente a reeducar la movilidad, con especial énfasis en la recuperación de la potencia muscular de los segmentos deficitarios. Hoy, el concepto es otro y se concibe la rehabilitación como un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

Los pacientes con hemiplejia presentan diferentes afectaciones en dependencia del grado de lesión neurológica, alteraciones motoras y de los niveles de conciencia y la edad, factores que son a su vez predictores de la mortalidad. Los factores psicosociales son también de suma importancia y constituyen un pilar fundamental en la rehabilitación de estos pacientes, responsables, además, del aislamiento del individuo del medio social en el cual se desarrolla.

El pronóstico rehabilitador depende de diversas condiciones propias del proceso patológico o del enfermo en general, así se señalan algunos como: antigüedad del síndrome hemipléjico, estado mental, edad y colaboración del paciente, complicaciones y trastornos sobreañadidos, alteraciones de la sensibilidad, peso corporal, lado corporal afecto, etiología y grado de lesión del hemipléjico.

Para el caso de Cuba, a partir de enero de 1959, el estado de conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), ha venido implementando de modo exitoso diferentes programas de salud, los que protagonizaron el desplazamiento de los primeros lugares de causa de muerte a las enfermedades infecciosas propias de los países subdesarrollados para dar paso a entidades crónicas no transmisibles que hoy constituyen los principales problemas de las ciencias médicas en los países desarrollados y en Cuba, dado su incremento conforme aumenta la expectativa de vida en este país.

De ahí que hoy existen diferentes modalidades de atención en rehabilitación, la basada en instituciones, la institucional con extensión a la comunidad y la rehabilitación basada en la comunidad que es una estrategia de la atención primaria de salud, para la rehabilitación e integración social del discapacitado, su objetivo primordial es disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad.

Este enfoque abarca la situación en que los recursos de rehabilitación están disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de esta, entre los que se encuentran las personas discapacitadas, sus familias y todos los miembros de la comunidad.

Para la rehabilitación se requiere de serenidad, optimismo y esperanza, debido a la lentitud en que suele suceder la recuperación. Los profesionales y técnicos de Medicina Física y Rehabilitación serán los encargados de establecer los vínculos con los afectados, quienes, en la mayoría de los casos, en algunos meses, a veces años, recuperan la mayor parte de sus funciones motoras e intelectuales y pueden construir nuevas oportunidades junto a su familia.

Estos problemas apuntan hacia la necesidad de preparar a los pacientes y familias para nutrirlos de conocimientos teóricos – prácticos que posibiliten el adecuado desarrollo al aplicar el Programa de Rehabilitación Cardiovascular y con ello lograr avances en el tratamiento.

Al tener en cuenta lo planteado por la investigadora sobre las referencias que llevan a la realización del estudio se determinó como diseño metodológico el siguiente:

La situación problemática queda expuesta desde la realización de una serie de observaciones a la actividades de la vida diaria y en la sala de rehabilitación del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina en Cienfuegos a pacientes hemipléjicos, donde se conoció que no se aprecian cambios significativos en su tratamiento si no son tratados a tiempo, debido a la insuficiente motivación del paciente en su tratamiento y la débil influencia familiar, unido a la falta de conocimiento sobre cómo ayudarlos para enfrentar el proceso de rehabilitación por lo que están necesitados

de una preparación sobre el tema con la intención de que sea suficiente el tratamiento a dichos pacientes y contribuir a elevar su calidad de vida.

Por todo lo antes expuesto se declara en la investigación el siguiente **problema científico**: ¿Cómo incidir en la preparación de la familia para fortalecer el tratamiento de rehabilitación a pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina en Cienfuegos?

En correspondencia con esto se determinó como **objetivo general** diseñar una propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina en Cienfuegos.

Como **idea a defender** se considera que la elaboración de una propuesta de actividades de preparación familiar contribuye al fortalecimiento del tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina.

El **objeto de investigación** estaría dado hacia el proceso rehabilitador del paciente hemipléjico del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina.

Y el **campo de acción** se centra en la preparación familiar de pacientes hemipléjicos.

Para dar respuesta al problema de investigación y llevar a vías de hechos el objetivo general se determinaron como objetivos específicos los siguientes:

1. Fundamentar teórica y metodológicamente el proceso rehabilitador del paciente hemipléjico y la preparación familiar para el tratamiento de estos.
2. Caracterizar a las familias con pacientes hemipléjicos con tratamiento rehabilitador en la sala de rehabilitación del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos.
3. Elaborar una propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos en la sala de rehabilitación del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina de Cienfuegos.

4. Validar la propuesta de actividades por especialistas.

Para elaborar los presupuestos teóricos de la investigación se tuvo en cuenta la utilización de métodos del nivel teórico que permitieron realizar una profunda revisión bibliográfica, documental y normativa para abordar la problemática de la preparación de la familia para fortalecer el tratamiento de rehabilitación a pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 perteneciente al consejo popular Reina en Cienfuegos. Entre estos se pueden citar:

Análisis-Síntesis: en el presente estudio, el análisis nos permitió estudiar de manera profunda la teoría acerca de las enfermedades cerebrovasculares, así como la incidencia de la rehabilitación después de la enfermedad en estos pacientes y su análisis por separado. La síntesis por su parte, consistió en la búsqueda de integración que amerita dicha atención, entre especialistas de distintas áreas del conocimiento.

Inducción-Deducción: este método facilitó la interpretación de los datos empíricos; así como descubrir regularidades importantes y relaciones entre los distintos componentes de la investigación.

Histórico-Lógico: permitió la búsqueda de los fundamentos que antecedieron al problema científico tratado, los resultados históricos obtenidos, su desarrollo, significación y su incidencia en los resultados actuales.

Otro aspecto importante en el proceso investigativo está determinado por los métodos empíricos que se emplean durante las distintas etapas del proceso. Durante la recopilación de datos se aplicaron un conjunto de técnicas empíricas que aportan la científicidad, tal es el caso de:

Revisión documental (anexo # 1): para la recolección de la información se revisaron los tarjeteros activo y pasivo que existen en la Sala de Rehabilitación como registro de los pacientes que acuden a tratamiento, separando los que acudían con el diagnóstico de hemiplejía.

La entrevista semiestructurada (anexo # 2), se utilizó para cumplimentar los objetivos 1 y 2, se diseñó una estructura que implemente como técnica el interrogatorio directo

reconoce los datos demográficos que caracterizan a los pacientes en estudio (edad, sexo, mecanismo de producción, lado afectado- dominancia, enfermedades y complicaciones asociadas).

La observación: A través de la observación estructurada no participante del paciente del grado de discapacidad, utilizando la clasificación vigente emitida por la Organización Mundial de la Salud, y al tener en cuenta la posibilidad de realización de las actividades de la vida diaria, para cumplimentar el principal objetivo de la investigación.

Criterio de especialistas: Se aplicó una encuesta con el objetivo de valorar la factibilidad de la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 del consejo popular Reina en el municipio de Cienfuegos.

Respecto a la población y muestra se puede decir que la investigación se realizó a una población de 42 pacientes con diagnóstico de Síndrome Hemipléjico pertenecientes al Área de Salud # 1 del consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos. Se tomó como muestra 18 pacientes hemipléjicos que asistieron a la sala de rehabilitación representando 42.86 %.

La novedad de la investigación se sintetiza en una propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos en la sala de rehabilitación del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina, a la vez que crea un vínculo familia – institución de salud, donde las técnicas terapéuticas y vías de preparación permitieron preparar a las familias en cuanto a la implementación de métodos para darle tratamiento en el hogar y de esta forma favorecer el estado emocional de los pacientes hemipléjicos.

Capítulo 1: Fundamentos teóricos que sustentan la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos.

La presente investigación sustenta las bases teóricas y metodológicas para la elaboración de la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos.

1.1 La familia y su representación en y para la sociedad.

La familia representa la célula fundamental de la sociedad además de constituir la primera escuela para todo ser humano, de ahí que represente un papel importante en la ayuda y el desarrollo capacidades y habilidades de miembros del núcleo familiar diagnosticados con patologías que llevan tratamiento rehabilitador.

Es por ello que el Estado atribuye a las familias concebidas como células básicas de la sociedad, *“responsabilidades y funciones esenciales en la educación y formación de las nuevas generaciones y el cuidado y atención a los adultos”* (Capítulo III: Derechos sociales, económicos y culturales, 2018, p.12).

Según Arés Muzio, P. (2018) en estudios realizados planteó que *“la familia es el grupo social que representa los valores de la sociedad y desempeña un papel principal en la formación y cuidado de las nuevas generaciones”* (Muzio, 2018, p.6).

Desde la perspectiva de la investigación el criterio expuesto coincide con los sustentos planteados ya que se analiza a la familia y de este modo decide trabajar con el mismo, pues considera que para lograr una adecuada preparación de la familia para el tratamiento a los pacientes hemipléjicos.

Es necesario conocer antes sus potencialidades y necesidades, que permitan trazar una serie de actividades que faciliten el fortalecimiento y tratamiento a los familiares que son diagnosticados con hemiplejia, por tanto, se debe tener presente que tanto la familia como el rehabilitador y la institución rehabilitadora compensan las necesidades que se presentan por parte de uno o de otro.

Al realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema relacionado con la familia el autor logra determinar la riqueza de criterios abordados por autores de escenarios

internacionales pero resaltan elementos por investigadores en el ámbito nacional con los que se identifican aspectos esenciales para el estudio.

Tal es el caso de lo planteado por Beltrán Álvarez (2018) quien expone que la familia *“es un elemento fundamental de la sociedad. Su naturaleza y aportes son vitales para el desarrollo integral de la humanidad”* (p5).

Otro criterio acertado sobre el tema de familia es el dado por Castro Alegret (1996) quien considera que la familia *“es para la sociedad una institución con cierto status jurídico, con una situación material determinada, con normas de la conciencia social que la regulan”* (p.49). Al analizar este planteamiento el autor pudo determinar que se analiza a la familia como el entorno donde las personas establecen su zona de confort, donde se cree el sentido de pertenencia y pertinencia hacia sus semejantes y allegados y es el escenario donde se consolidan los aspectos principales de las manifestaciones psicológicas.

En estudios realizados sobre el tema de familia Membrillo Luna (2017) señala aspectos que destacan interés desde la óptica de esta investigación ya que él la considera como la *“encargada de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique”* (p.31). En el presente estudio se tiene en cuenta el elemento familiar y el tratamiento que esta brinda a los miembros de la familia que tienen como patologías asociadas la hemiplejía y por tanto demandan protección, cuidado y guía.

En sentido general los autores analizados concuerdan en que la familia resulta una institución natural con fines propios y que por ende cumple con una serie de funciones: la biológica, la económica, la educativa y cultural para llegar a alcanzar la máxima expresión de la personalidad y donde se sustentan todas las relaciones, es la célula vital del desarrollo humano.

1.1.1 La familia. Rol y funciones, una reflexión necesaria.

La sociedad constituye un ente vivo donde las relaciones que se establecen son las que marcan el desarrollo y los vínculos armónicos con sus miembros, de ahí que el estudio que a continuación se fundamenta comience con el análisis de la familia como célula fundamental de la sociedad debido a que es reconocida por la Organización Mundial de

la Salud (OMS) (2020) como el “*conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizada en roles fijos (padre, madre, hermanos etc.)*” (p.1) Y es su accionar dentro de estos roles lo que influye positiva o negativamente en el posterior desarrollo de los niños.

La familia no solo se limita al rol de los miembros que la componen sino que abarca un poco más, porque es vista como el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo lugar... de un mismo hogar y a partir de este criterio, el autor analiza la influencia que tiene el entorno en el ambiente familiar y los lazos afectivos que son creados y la lógica influencia que estos tienen en el fortalecimiento de todo tipo de tratamientos y comportamientos en la sociedad donde se desenvuelven los pacientes hemipléjicos.

Al decir de Ares Muzio (2002) “*la definición estructural de la familia agrupa criterios diferentes: el consanguíneo, el cohabitacional y el afectivo*” (p.194) donde se identifican con el primero se denotan “*los vínculos de parentesco, resultando la ontogénesis de la familia*” (p.194) motivo por el cual se determinan los vínculos entre las familias nucleares (constituidas por padres e hijos) y las familias extendidas (incluyen además otros miembros); con respecto al segundo se distinguen a “*todas aquellas personas que cohabitan bajo un mismo techo, unidos por constantes espacio – temporales*” (p.194) y finalmente lo relacionado con lo afectivo que se ve marcado por “*todas aquellas personas que tienen un núcleo de relaciones afectivas estables*” (p.195).

Otro aspecto relacionado con la familia y que se orienta fundamentalmente a su rol dentro de la sociedad, al decir de Herrera Rivalta (2011) quien la identifica con el escenario donde se aprenden “*las primeras normas, valores, costumbres, tradiciones, creencias, mitos*” (p.15), rasgos que se interiorizan por parte de los miembros del núcleo familiar y resultan vital para el comportamiento de todas las personas consideradas familia y su trato hacia el familiar diagnosticado con hemiplejía.

El estudio respecto al tema de familia devela múltiples definiciones que llevan al autor a resumir rasgos significativos que se tomaron en cuenta para el análisis de la familia que centra la atención del estudio. Dentro de las consideraciones que se tuvieron en cuenta está la del enfoque multidisciplinario que esta tiene, porque es entendida y analizada

por disciplinas como la psicología, sociología y filosofía y en todos los casos realizan enfoques propios.

Al tener en cuenta el objeto de investigación el autor determina que las funciones de la familia son la base para un correcto desempeño de la conducta de los miembros de un núcleo familiar y dentro de estas se pueden mencionar:

La función biológica que a criterios de Beltrán Álvarez (2018) es la *“satisfacción de los deseos sexuales entre los cónyuges”* (p.7) lo que conlleva a la afectividad entre la pareja, la crianza y estabilidad emocional de los hijos.

Las familias a partir de su inserción en la sociedad inciden y condiciona la situación económica del lugar que habitan por lo que la función económica, entendida por Beltrán Álvarez (2018) como *“la capacidad de generar ingresos para el sustento de los miembros de la familia y cubrir las necesidades básicas y en la cual se ve el esfuerzo de todos sus miembros”* (p.7) resulta significativa para el desempeño de los roles familiares, elemento que incide directamente en el objeto de la investigación.

Otra de las funciones de la familia es **la educativa – cultural** que aunque es analizada por los investigadores en temas de familia, sociología y psicología como eje independiente, manifiesta su doble carácter ya que se puede visualizar dentro de las demás funciones al ser entendida según Quintana (2003) citado en la Revista Cubana de Medicina General Integral como *“una institución educativa... cuyos influjos educativos familiares son enormemente complejos y en todas direcciones”* (Un acercamiento a la función educativa de la familia: Revista Cubana de Medicina General Integral, 2018, p.31)

No obstante esta la diversidad de enfoques disciplinarios se manifiestan puntos comunes relacionados con el tratamiento que se le otorga como institución, como célula, y su vínculo con el sistema social y con el carácter de consanguinidad y afectividad de las relaciones que establece; aunque no en todas las áreas del conocimiento se refleja la multifuncionalidad que ella cumple.

Los criterios analizados por el autor de la investigación que facilitan el entendimiento familiar y reflejan el entorno o espacio en que se desenvuelven. Además, permiten

pensar en la influencia que pueda tener el modo de vida familiar, el cual ese entiende como algo programado que depende de sus condiciones de vida, de sus actividades sociales, y de las relaciones sociales de sus miembros.

Es evidente que la familia tiene una realidad objetiva que se ve en el hogar y que está, determinada por la situación material, por lo que las condiciones de vida, al tener en consideración la perspectiva del presente estudio, tienen una importante repercusión subjetiva en todos sus miembros y en mayor medida en los afectados física y mentalmente porque las relaciones que establecen entre ellos y los demás integrantes del núcleo familiar, además de satisfacer una serie de necesidades, también desarrollan complejos procesos motivacionales y afectivos estrechamente interrelacionados.

Cada familia tiene un modo de vida determinado, que depende de sus condiciones de vida, de sus actividades sociales y de las relaciones sociales de sus miembros; aquí es donde se tiene en cuenta las actividades de la vida familiar y las relaciones intrafamiliares, que son específicas del nivel de funcionamiento psicológico de este pequeño grupo humano; aunque reflejan, en última instancia, las actividades y relaciones extrafamiliares.

1.1.2 La orientación y preparación familiar para el tratamiento a pacientes hemiplejicos.

La orientación familiar resulta un tema altamente debatido por pedagogos y psicólogos puesto que se analiza con fines educativos, lo que lleva a generar un alto grado de responsabilidad pues esta orientación, analizada a partir del criterio de Alonso Rodríguez (2011) es la que promueve el *“desarrollo de mecanismos psicológicos a través de la reflexión, sensibilización y la implicación de las madres y los padres, para una mejor conducción de las acciones educativas en sus familias”* (p.25). Con la intención de que sea efectiva ofrece ayuda mediante vías y mecanismos a las familias con familiares diagnosticados con hemiplejia.

La preparación a las familias ha transitado desde el triunfo de la Revolución por un proceso de enriquecimiento y perfeccionamiento puesto que se han realizado acciones encaminadas a la superación de los rehabilitadores y estos a su vez trabajan con las familias de manera espontánea.

Para el caso de los Centros de rehabilitación, institución en la que se centra el escenario de esta investigación, el trabajo con la familia se visualiza a partir de acciones conjuntas entre las que se pueden mencionar: charlas, charlas interactivas con los familiares, consultas colectivas o individuales con los familiares, talleres de reflexión y visitas a los hogares, las que favorecieron en su conjunto el vínculo familia-institución de rehabilitación, porque se orientó hacia el logro de una garantía en materia de influencia positiva en pacientes con diagnóstico de hemiplejía y de este modo responsabilizar a las familias con el mejor tratamiento y conducta a seguir con estas personas.

A partir de la óptica de la investigación resulta importante señalar elementos claves de las vías utilizadas con vistas a lograr una adecuada orientación y preparación familiar, por lo que se especifica en cada una de estas a continuación.

Las charlas a los familiares se realizan con el fin de dar a conocer los saberes, los métodos de rehabilitación y las tareas generales de la institución de salud y la efectividad de las mismas viene dada por la adecuada preparación técnica y por la amplia relación que se tenga con los familiares.

Otro tipo de charlas y en las que las necesidades de las familias sustentan el encuentro lo son las charlas interactivas con las familias, para esto es importante que rehabilitador posea una adecuada caracterización de las familias y del nivel de desarrollo alcanzado por las niñas y los niños y demuestre con habilidades pedagógicas su influencia ante situaciones expresadas.

Los Centros de rehabilitación poseen una técnica esencial para el trabajo con la familia: la/s consulta/s con los familiares (ser individuales o colectivas) que exige del rehabilitador un amplio conocimiento especializado y psicológico y una constante superación.

Una de las vías donde los educadores inciden en la preparación familiar es en los talleres de reflexión puesto que son los que permiten transmitir experiencias, dar sus criterios y puntos de vista además de intercambiar con el rehabilitador y entre las familias. Para hacer más dinámico este tipo de actividad se puede realizar a través de

técnicas participativas que estimulen la participación de todos los familiares que asisten a los encuentros; dentro de estas se pueden mencionar:

La lluvia de ideas que son *“las reflexiones, frases e ideas que plantean o expresan los personas sobre determinadas temáticas a reflexionar”* (Familia y Escuela. El trabajo con la familia en el sistema educativo, 2005, p.34) y esta permite que se lleguen a conclusiones y se determinen pautas a seguir

El PNI (Positivo, negativo e interesante) es una técnica que posibilita conocer reflexiones e ideas acerca de un tema y sobre esta base se pueden trazar objetivos para superar las necesidades o potencialidades que surjan.

¿Qué sabemos hacer? Es una técnica que, según Alonso Rodríguez (2011) permite que los participantes puedan *“expresar sus ideas, conocimientos o desconocimientos”* (p.35) acerca de la pregunta realizada por el modelador de la actividad.

El buzón de las sorpresas es una técnica que posibilita a los familiares que asistan a los encuentros sentirse desinhibidos y a la vez facilita el intercambio y mejora las relaciones sociales entre todos.

Las visitas al hogar son una vía de interacción y actuación de los rehabilitadores con la familia, es la que permite estrechar los vínculos entre la institución y el entorno de los pacientes hemipléjicos. Para llevar a cabo este tipo de acción el rehabilitador debe contar con un diagnóstico integral, conocer el medio familiar y social que rodea al paciente, ofrecer orientación sobre la conducta a seguir y estimular la participación de manera consciente de la familia en el tratamiento de rehabilitación de estos pacientes.

En sentido general las vías antes explicadas son un pilar indispensable para la investigación porque se consideran como momentos de incidencia e intercambio para el accionar con los familiares de los pacientes diagnosticados con hemiplejia. Resulta innegable la influencia positiva que ejercen los rehabilitadores sobre las familias de estos pacientes por lo que lograr la implicación de las familias es el objetivo central de toda acción diseñada para incidir en ellos.

1.2 El tratamiento rehabilitador y su importancia para los pacientes hemipléjicos.

En este momento de la investigación resulta significativo hacer mención a la conceptualización que sobre la rehabilitación física se hace por parte de varios autores como González y Martín (1990); González Mas, R. (1997); Kindelán Alonso, B. (1997) y Leiva Fuentes, E. R. (2010) quienes la analizan como un proceso global y continuo que se encamina a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y habilidad funcional en personas discapacitadas.

Según Leiva Fuentes, E. R. (2010) *“la rehabilitación, ... permite llevar de forma independiente su propia vida en el entorno comunitario objetivado en la participación activa en acciones laborales, socioculturales, deportivas, familiares y de las asociaciones de discapacitados”* (p.10) por lo que es evidente que tanto la prevención de salud como la promoción de esta tiene relevancia y resultan importantes.

El síndrome invalidante de la hemiplejía fue una enfermedad de muy escaso conocimiento por parte de los médicos antaño, además de que no se concebía la idea de que estos pacientes se reincorporación a una vida socialmente útil puesto que esta provoca afecciones al cerebro que conllevan a la pérdida del movimiento voluntario de una parte del cuerpo, lo que provoca una sintomatología invalidante dada por un determinado grado de parálisis de las extremidades superiores e inferiores, alteración del habla o lenguaje según el hemisferio cerebral afectado, alteración del esquema corporal, alteración en el desplazamiento sensitivo motor, cambios sensoperceptuales, alteraciones posturales y algunos disturbios mentales y alteraciones del campo visual, que pueden o no presentarse.

A partir de 1987 en Cuba comienza a utilizarse un tratamiento quirúrgico rehabilitador para los pacientes hemipléjicos, según González y Martín, (1990) este consistía *“en la aplicación precoz de un programa especial de rehabilitación motora y de lenguaje en el período postoperatorio combinada con una rehabilitación intensiva”* (p.20) lo cual ayudó a minimizar las Reacciones Asociadas que según Riddoch y Buzzard (1921) no son más que *“las actividades automáticas que fijan o alteran la postura de una o varias partes del cuerpo cuando otra parte entra en acción por un esfuerzo voluntario o por una estimulación refleja”* (p.68)

En los pacientes con hemiplejía se observan frecuentemente movimientos involuntarios de las extremidades y reflejo de tensión muscular. En la mayoría de los pacientes con esta patología los movimientos enérgicos voluntarios en otras partes del cuerpo consiguen fácilmente reacciones en las extremidades afectadas, por lo que resulta importante estimularlos en todo momento y no solo en el momento de la rehabilitación con el técnico en el Centro de Rehabilitación, sino que es importantísimo el rol de la familia ya que es la que pasa la mayor parte del tiempo con estos pacientes.

Estas personas deben ser alentados y ayudados, por los rehabilitadores y la familia, a obtener el control de la sinergia básica de los miembros y por esto, son justificables y ventajosos los estímulos de origen exteroceptivos o propioceptivos. El efecto de los ejercicios físicos sobre los enfermos con afectaciones en el sistema nervioso central o periférico provoca una acción tonificante y estimulante que se lleva a cabo a través de los mecanismos nerviosos y humorales.

Es interés para Cuba mejorar la calidad de vida de su población y en función de esto se realizan grandes esfuerzos lo cual se demuestra a través de los disímiles programas de atención por grupos etarios como por ejemplo el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), el Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor y en el caso que nos ocupa el Programa de Atención Primaria de Salud de la cual se deriva la creación de múltiples salas de Rehabilitación Integral.

Estas están equipadas de la más alta y moderna tecnología y donde se interrelacionan un grupo de especialidades: Defectología, Logopedia, Terapia Ocupacional, Podología, Terapia Física y Rehabilitación; los que trabajan de forma integral con la aplicación de tratamientos para la prevención y atención de las enfermedades. Es en este escenario donde para la recuperación efectiva y rápida del paciente la terapia física y de rehabilitación resulta significativa

La tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en Cuba, según estadísticas del año 2003 son las enfermedades cerebrovasculares (EVC) y a su vez son la primera de invalidez en los adultos, por las secuelas motoras, sensitivas y cognitivas existentes en la mayoría de los pacientes que sobreviven al ictus.

En los estudios que se consultaron se pudo identificar que se espera un aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades cerebrovasculares al incrementarse la expectativa de vida, teniendo en cuenta el criterio de Araki A, y Yamada, T. (1997), citado por Leiva Fuentes, E. R. (2010), quienes explican que esto será *“como consecuencia de los adelantos científicos actuales, a los programas de salud y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y más aún tratándose de una afección que predomina en las personas de 50 ó más años”* (p.13)

La enfermedad cerebrovascular es la causa principal de la aparición del síndrome hemipléjico, condicionado entre otros factores la falta de riego sanguíneo en una zona del cerebro provocando muerte tisular en pocos minutos. Este es la parálisis de un hemicuerpo, puede ser provocada por diferentes causas como son: una parálisis cerebral infantil, un trauma craneoencefálico y un accidente vascular cerebral, esta última constituye la de mayor incidencia en la aparición del síndrome hemipléjico.

Es de vital importancia el conocimiento de las etapas o estadios, los períodos y momentos por los que atraviesa la enfermedad, para diseñar una propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos.

1.3. Las particularidades en la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos.

En este momento de la investigación es importante realizar una reflexión sobre las particularidades en el proceso de rehabilitación de los pacientes que manifiestan el padecimiento descrito en otros apartados del estudio; de ahí que resalten aspectos significativos como la marcha y es precisamente hacia dónde se centrarán las actividades propuestas.

Es vital identificar los patrones de la marcha, tres en su totalidad; el primero Control motor altamente deficiente caracterizado por una afectación severa en la marcha y donde las lesiones a nivel de miembros son evidentes. En este patrón las actividades que se diseñen para la ayuda que brindan los familiares deben estar diseñadas sobre la base de realizarlas en conjunto ya que el paciente prácticamente no se vale por sí y no adopta una posición bípeda favorable.

El patrón 2 Control motor con tendencia espástica, del cual se tiene en cuenta el criterio de Leiva Fuentes, E. R. (2011) quien lo identifica *“como modelo de descarga incompleta con una espasticidad. El desbalance del tono y su instauración ocasiona un desequilibrio de control entre los grupos musculares de flexión y extensión.”* (p.20) como consecuencia de esta los pacientes en la gran mayoría de los casos aprovechan esta ventaja y los patrones de extensión, predominante unilateralmente, y realizan un mayor número de actividades funcionales.

Resulta que en este patrón es donde mayor incidencia tiene la familia puesto que con su ayuda pueden corregir y perfeccionar la dolencia ya que el paciente demuestra un mayor grado de independencia.

En lo que respecta al patrón 3, denominado Control motor en flexión en masa, se reconoce este por el control de los modelos de marcha ya que, según Leiva Fuentes, E. R. (2011) *“no están suficientemente integrados para producir una selectividad específica del patrón. Pero a pesar de esto se identifica por los patrones flexores durante la fase estática”* (p.22). Esta característica hace que tienda a confundirse, no obstante, se puede orientar la práctica de un grupo de actividades específicas para que los familiares realicen con los pacientes hemipléjicos y se logre identificar correctamente que patrón está presente, esto sucede gracias a la cercanía que en la práctica diaria establecen los miembros del núcleo familiar.

De marcada importancia es el correcto diagnóstico donde el familiar puede corroborar la información que aporta el paciente ya que facilita elementos clínicos que identifican el trastorno y dentro de los cuales se puede destacar el haber sufrido un ictus severo o moderado, que ocasiona un bajo tono muscular asociado a una actividad motora muy reducida. Esto permitirá formar protocolos de tratamiento y orientación a los familiares de estos pacientes para que con su ayuda a largo plazo las afectaciones no se agraven y la marcha no se torne altamente disfuncional ni antiestética.

1.4. Etapas de la hemiplejia y la rehabilitación física con apoyo familiar para su tratamiento.

El análisis sobre las etapas que presenta la hemiplejia se hace a partir de los sustentos teóricos que abordan investigadores como González Más, R. (1997); O' Young, M. A.

Young, S. A. (2002) y Leiva Fuentes, E. R. (2011) quienes coinciden es que identificar estas y caracterizarlas adecuadamente es importante para el posterior trabajo de rehabilitación de los pacientes que causan hemiplejía producto de un ictus.

Se conoce de una nueva clasificación propuesta de las etapas o estadios de la hemiplejía en la rehabilitación física, la cual abarca los momentos por los que atraviesa el paciente durante el proceso de rehabilitación física. En cada etapa se define el tiempo de duración y las características desde el punto de vista físico - motor y por medio de estas, se puede identificar las etapas al inicio y al final de las mismas, lo cual constituiría una herramienta práctica para llevar a cabo un tratamiento efectivo con apoyo familiar.

Según González Más, R. (1997) *“la intervención fisioterápica será, no obstante, distinta según se inicie el tratamiento inmediatamente después de producirse el accidente vascular cerebral o semanas después de haberse originado este, caso de hemiplejías agudas o crónicas”* (p.38). El autor considera que para poder sustentar la propuesta de actividades con apoyo familiar resulta significativo esta perspectiva ya que define el tratamiento a seguir porque se tiene en cuenta el tiempo de afectación del paciente.

Otros autores como O' Young, M. A. y Young, S. A. (2002) citado por Leiva Fuentes, E. R. (2011) hablan del desarrollo y características del accidente vascular cerebral y describen siete etapas llamadas *"Etapas Brunstron"* (39) para la recuperación motora en la hemiplejía donde los familiares de estos pueden incidir de marcadamente.

Las etapas identificadas por O' Young, M. A. y Young, S. A. (2002) citado por Leiva Fuentes, E. R. (2011) son:

“Etapa 1:

- *Flacidez*
- *Reflejos de estiramientos ausentes.*
- *No hay reflejos inducidos por movimientos activos.*

Etapa 2:

- *Espasticidad, resistencia para movimientos pasivos.*
- *Reacciones asociadas.*
- *Patrones de movimientos estimulando los reflejos.*

- *Movimientos voluntarios mínimos.*

Etapa 3:

- *Marcada espasticidad.*
- *Usualmente hay flexión en las manos y extensión en las piernas.*

Etapa 4:

- *Se reduce la espasticidad.*
- *Patrones sinérgicos predominantemente estáticos.*

Etapa 5:

- *Disminuye más la espasticidad, pero se mantiene presente con rápidos movimientos.*
- *Hay más dificultad de movimientos.*

Etapa 6:

- *Desaparece la espasticidad.*
- *Mejora la coordinación cerca de lo normal.*

Etapa 7:

- *Restauración de movimientos complejos, con ritmo normal, coordinación, fuerza y resistencia.” (39)*

En nuestro trabajo proponemos una nueva clasificación de las etapas o estadíos de la hemiplejía en la rehabilitación física, la cual abarca los momentos por los que transita el paciente durante el proceso de rehabilitación física. En cada etapa se define el tiempo de duración y las características desde el punto de vista físico-motor y por medio de estas, se pueden identificar las etapas al inicio y al final de las mismas, lo cual constituiría una herramienta práctica para llevar a cabo un tratamiento efectivo.

Capítulo 2: Marco metodológico de la investigación.

2.1 Población.

La población es de 42 pacientes con diagnóstico de Síndrome Hemipléjico pertenecientes al Área de Salud # 1 del consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: ser paciente del Área de Salud # 1 del consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos, ser diagnosticado con Síndrome Hemipléjico y asistir al Área de Rehabilitación; por lo que la muestra es de 18 pacientes hemipléjicos y representan el 42.86 %.

Para la realización de esta investigación se solicitó, la valoración del médico de la familia donde se justifican las patologías asociadas a estos pacientes seleccionados en la muestra y el apoyo de los profesionales del Instituto Nacional de Deporte y Recreación y de la Dirección de Salud en el municipio de Cienfuegos.

2.2 Metodología empleada.

Se está en presencia de un estudio descriptivo comparativo, con el objetivo de valorar el comportamiento de la recuperación del paciente hemipléjico del Área de Salud # 1 pertenecientes al consejo popular Reina del municipio Cienfuegos con apoyo de la familia a partir del programa de actividades diseñado.

El procedimiento metodológico que se utilizó en el estudio se corresponde con un diseño experimental dentro de este un pre-experimento pre - test y post - test para un solo grupo, utilizándose la metodología cuantitativa para el análisis de los resultados en los diferentes indicadores evaluados.

Además, con la aplicación de la entrevista semiestructurada se pudo determinar la información sobre el grado de espasticidad. mediante el examen de la movilidad pasiva del hemicuerpo afectado, se aplicó la escala de Ashworth y se clasificó en grados del I al IV de acuerdo al tono muscular:

1. Grado I: Equivale al tono muscular normal.

2. Grado II: Aumento ligero del tono que permite fácilmente la movilización pasiva de la extremidad.
3. Grado III: Incremento marcado del tono que dificulta la movilización pasiva.
4. Grado IV: Se corresponde a una postura rígida tanto en flexión como extensión.

Para dar cumplimiento al objetivo 3 se realizó un examen físico de forma general a partir de la exploración del estado físico motor para evaluar la capacidad funcional al egreso, para lo cual se aplicó la escala funcional de Brown y la cual evaluó:

- Uso de la mano
- Tipo de ambulación o marcha.
- Independencia funcional.
- Comunicación.

Cada una de estas variables se evaluó con un puntaje de 1 a 3 puntos, con un total de 12 puntos clasificando al paciente en:

- No recuperado (de 1 a 5 puntos). Se refiere al paciente que no logró los objetivos de tratamiento, sigue siendo dependiente en las actividades de la vida diaria.
- Recuperación parcial (de 6 a 9 puntos). Es el paciente que logra parte de los objetivos del tratamiento, siendo semidependiente en las actividades de la vida diaria.
- Recuperación total: (de 10 a 12 puntos) .Se logran todos los objetivos de tratamiento y alcanza la independencia en las AVD.

La Observación no participante facilitó la clasificación y evaluación de los grados de discapacidad de la siguiente forma:

1. Grado I: Discapacidad nula, la deficiencia no limita las actividades de la vida diaria.
2. Grado II: Discapacidad leve presenta alguna dificultad en las actividades de la vida diaria, pero puede realizar en la práctica la totalidad de las mismas.
3. Grado III: Discapacidad moderada, la deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algunas

actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

4. Grado IV: Discapacidad severa, disminución importante e imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectadas algunas de las actividades de auto cuidado.
5. Grado V: Discapacidad grave, imposibilita todas las actividades de la vida.

Los datos sobre los aspectos relacionados con la capacidad funcional se recogen en una ficha confeccionada al efecto (anexo # 3) Escala funcional de Brown.

El escenario es la Sala de Rehabilitación del Área de Salud # 1 del consejo popular Reina del municipio de Cienfuegos. Y el período que abarca el estudio: Enero 2017- Octubre 2018

Capítulo 3: Análisis de los resultados.

3.1 Caracterización de los pacientes hemipléjicos y sus familias para la propuesta de actividades y fortalecer el tratamiento rehabilitador.

Fundamentación del tratamiento rehabilitador en pacientes hemipléjicos.

Los accidentes vasculares encefálicos constituyen una causa muy frecuente de discapacidad permanente para el paciente. Las personas que padecen estas afecciones sufren modificaciones en su vida, en estas enfermedades se encuentran las plejias y dentro de ellas las hemiplejias. La hemiplejia es una de las enfermedades que provoca afecciones al cerebro, produciendo pérdida del movimiento voluntario de una parte del cuerpo provocando una sintomatología invalidante dada por un determinado grado de parálisis de las extremidades superiores e inferiores, alteración del habla o lenguaje según el hemisferio cerebral afectada.

Para ello se diseña un tratamiento en la rehabilitación de la hemiplejia en condiciones de una comunidad urbana, para el diseño de este tratamiento se tuvo en cuenta dos momentos fundamentales, en el primero se realizó el estudio facta - perceptual del objeto estudiado, para ello se indagó mediante la entrevista no estructurada sobre los datos estadísticos de los pacientes encamados con hemiplejia en el consejo popular Reina del municipio Cienfuegos.

Se utilizó el análisis de documentos como método científico fundamental, el cual permitió determinar los tratamientos que se abordan en Cuba y en el mundo donde se utilizan ejercicios físicos terapéuticos para la rehabilitación de esta afección, por tal razón fue necesario hacer un análisis exhaustivo de los programas existentes en las áreas terapéuticas y partiendo de este análisis es que se pasa al segundo momento del proceso de diseño del tratamiento para la rehabilitación de la hemiplejia en condiciones de una comunidad urbana.

Al tener en cuenta que el ejercicio físico terapéutico ha venido jugando un valioso papel, sintetizando en sí mismo todos aquellos objetivos clínicos y rehabilitatorios, utilizando como vehículo el ejercicio como medio terapéutico eficaz y profiláctico.

El ejercicio físico como núcleo central de la rehabilitación tiene una gran importancia en el desarrollo del ser humano, ya que actúa positivamente en todos sus sistemas y órganos del cuerpo, pero en el caso de personas con hemiplejía, juega un papel imprescindible, ya que por lo general son personas que pueden llevar mucho tiempo encamadas, que tienen un alto grado de dependencia, que no realizan la marcha, que presentan problemas psicológicos a consecuencia de su discapacidad.

El efecto de los tratamientos, utilizando ejercicios físicos sobre los enfermos con afectaciones en el sistema nervioso central o periférico provoca una acción tonificante y estimulante que se lleva a cabo a través de los mecanismos nerviosos y humorales, no obstante, a pesar de la demostrada efectividad de los tratamientos físicos terapéuticos en la rehabilitación de la hemiplejía, están concebidos para ser aplicados en las Áreas Terapéuticas.

Es aquí la importancia del tratamiento de rehabilitación para pacientes portadores de hemiplejía en condiciones de una comunidad urbana donde el protagonista o rehabilitador va ser el mismo familiar.

El tratamiento de ejercicios físicos terapéuticos, para la rehabilitación de pacientes hemipléjicos en condiciones de una comunidad urbana, fue confeccionado con el objetivo de crear un instrumento que sirviese para acelerar y colaborar con el tratamiento que realizan los pacientes en sus casas con sus familiares, además que sirva como material de consulta y estudio para todas aquellas personas que están estrechamente relacionadas con los pacientes en condiciones de una comunidad urbana y que pueden contribuir de manera efectiva en la aceleración de la rehabilitación de los pacientes, es por ello que el mismo incluye los elementos metodológicos necesarios que le permite a las personas que no son especialistas poder aplicarlo.

En el tratamiento se respetan las etapas que se proponen en los programas de las áreas terapéuticas, así como el objetivo general del mismo y las formas de control y evaluación. Las adecuaciones están dadas en el terreno de los contenidos del programa al incluir los ejercicios ideomotores, los medios que se emplean, ejercicios específicos e indicaciones metodológicas para desarrollar los mismos en condiciones

de una comunidad urbana pudiendo ser por un personal que no es especialista en este caso los familiares.

Para este trabajo se realizó un diagnóstico que tuvo dos momentos fundamentales, en el primero se realizó el estudio factoperceptual del objeto estudiado, para ello se indagó mediante la entrevista no estructurada sobre los datos estadísticos de los pacientes encamados con hemiplejía en el Área de Salud # 1 del consejo popular Reina en el municipio de Cienfuegos.

Es digno señalar que los ejercicios físico terapéuticos pueden tener una influencia positiva en la rehabilitación de los pacientes que padecen hemiplejía, tanto como el diagnóstico que se debe llevar a cabo para hacer más efectivo el tratamiento en las Salas de Rehabilitación.

Actividades para el tratamiento de rehabilitación a los pacientes hemipléjicos con apoyo familiar.

1. Actividades básicas de la vida diaria:

El terapeuta debe reentrenar con el paciente y la familia aquellas actividades en las que presente dificultades, así mismo enseñarles el uso de ayudas técnicas que precise.

Gradualmente se incide sobre:

- Volteos y movilidad en la cama. Ejercicios a realizar diariamente en la misma.
 - ❖ Despegar la pelvis de la cama.
 - ❖ Abrir y cerrar las rodillas.
 - ❖ Girar las rodillas unidas, hacia derecha e izquierda sin mover los hombros.
 - ❖ Trasladarse hacia arriba/abajo y derecha/izquierda en la cama.

Paso decúbito supino a sedestación, equilibrio y control de tronco al borde de la cama.

Sedestación primero al borde de la cama y con asistencia, hasta conseguirla independientemente contra resistencia al empuje. Hay que insistir en la correcta alineación de todos los segmentos.

Alimentación: indicándoles la postura correcta para comer (sentados con los dos pies

apoyados en el suelo, espalda recta apoyada sobre el respaldo de la silla, brazo pléjico/parético sobre la mesa y comiendo plato por plato no con la bandeja entera).

Transferencia a la silla de ruedas, a la cama, a la ducha/bañera, etc.

Aseo personal delante del lavamanos: lavarse la cara y las manos, lavarse los dientes, peinarse, afeitarse, etc.

Vestido: primero la parte superior, después la inferior y al final incluyendo prendas más complejas (ropa interior). Hay que tener en cuenta el lugar dónde coloquemos la ropa y la posición de la misma para que no exista el riesgo de caídas. Hay que secuenciar las tareas y proporcionar al paciente las estrategias necesarias para que pueda hacerlo de una manera óptima.

Baño: incluyendo la transferencia a la bañera o plato de ducha. Siempre se realizará esta actividad en sedestación.

Deambulacion por la habitacion con o sin ayudas técnicas en diferentes posiciones y direcciones. También por la planta y el hospital fomentando la interacción con otros pacientes. En aquel que no sea posible la marcha les enseñaremos a autopropulsar su silla de ruedas para que se muevan de forma autónoma.

Subir y bajar escaleras, con o sin ayudas técnicas.

2. Tratamiento motor:

Se orienta el tratamiento de las deficiencias motoras basándose en principios de abordaje del control motor (Bobath), aunque se utiliza igualmente y en función de las características de cada paciente, técnicas de estimulación sensorial (Rood) y de facilitación neuromuscular propiceptiva (Kabat).

La intervención motriz debe seguir una serie de fases: En primer lugar el tratamiento del tronco, a continuación cintura pélvica y miembro inferior y posteriormente la cintura escapular y miembro superior.

El trabajo se realiza de forma global (Ejemplo: cuando estemos trabajando la cintura pélvica no nos olvidaremos del miembro superior, pero bien es cierto que se puede

incidir eficazmente sobre éste si el control postural es precario).

Se incide en la reeducación de la simetría y el equilibrio asesorándose tanto a familia como cuidadores en medidas higiénico posturales para facilitar posiciones correctas (decúbito supino, decúbito lateral, sedestación, durante las ABVD) que disminuyan tono muscular y eviten futuras complicaciones.

Cuando el paciente esté en sedestación (camilla, silla, silla de ruedas, etc.) hay que corregir su postura, resulta de gran utilidad colocar un espejo frente a ellos, para que tengan una referencia visual y puedan posicionarse correctamente. Deben tener el tronco lo más erguido posible únicamente con las curvas fisiológicas, no potenciando posturas anómalas (curvatura lateral exagerada, cresta ilíaca elevada, mayor tono del Psoas, Cuadrado Lumbar y Dorsal Ancho, rotación de tronco hacia el lado contrario, etc.). La cintura pélvica y la escapular correctamente alineadas, de esta manera la carga de peso sobre ambas caderas es homogénea.

Las actividades muy útiles en este aspecto serán aquellas que refuercen anteversión y retroversión pélvica y la alternancia de carga entre una cadera y otra. El paciente debe mantener sentado los pies correctamente apoyados sobre el suelo, ligeramente separados. Si el pie afecto no tiene un buen apoyo, tendremos que mejorarlo, realineando los segmentos anatómicos del miembro inferior (cadera, pierna, rodilla y pie) e inhibiendo la actividad muscular que lleva al pie a dorsiflexión e inversión.

Son de gran utilidad movimientos de flexoextensión de tobillo, alargar el tibial posterior (una mano sostiene el talón y la otra va subiendo a lo largo del tibial posterior), elongar la fascia plantar, abrir los dedos, dar forma al arco anterior con el talón apoyado en el suelo, etc.

Cuando el control de tronco está conseguido se trabaja el equilibrio y reacciones de enderezamiento en bipedestación. Algunas propuestas son:

- Actividades muy variadas sobre una mesa colocada frente al paciente.
- Trabajo sobre pared (tableros con fichas para ensartar, telares sencillos y adaptados).
- Ejercicios con pelota Bobath sobre la mesa posicionando a la vez los miembros

superiores, etc.

Una vez que se consiguen estos pasos y junto con el Departamento de Fisioterapia y la familia se entrena al paciente en el correcto patrón de marcha. Es importante practicar la deambulación tanto en exteriores (jardín, calle) como en interiores (planta, hospital).

3. Tratamiento motor del miembro superior:

El patrón típico que presenta el miembro superior espástico de los pacientes que han sufrido un Ictus es el siguiente: aducción y rotación interna de hombro, flexión de codo, pronación de antebrazo y flexión de muñeca y dedos. El miembro superior debe trabajarse después de haber logrado un buen control de tronco, si trabajamos el brazo antes que el tronco se puede provocar un hombro doloroso.

Antes de iniciar la actividad con el miembro superior afectado hay que inhibir el tono si se presenta en exceso. Esto se consigue mediante un correcto posicionamiento, colocando al paciente en posturas inhibitorias y relajando la musculatura flexora. A continuación, estimularemos aquellos grupos musculares más debilitados mediante técnicas que proporcionen una estimulación sensorial controlada, algunas de ellas son:

- Estimulación táctil: cepillado táctil, toque ligero, percusión.
- Estimulación propioceptiva: estiramientos, golpeteo, presión, compresión ligera.
- Facilitación con frío.

El tratamiento comenzará en sentido proximal a distal, por lo tanto, las actividades en un principio implicarán patrones de movimientos amplios (Ejemplo: lanzamiento y movilización de pelota en diferentes planos, tejido de telar de pared, juego de damas sobre pared).

Las actividades que propongamos deben ser simétricas y simples, sobre todo al comienzo del tratamiento, simétricas para aprovechar el refuerzo contralateral a la vez que aumenta la habilidad y destreza en el miembro sano, y simples para evitar la frustración. Es conveniente realizar las actividades con los dedos de las manos entrecruzadas ya que estos están en abducción, inhibiendo así los reflejos y además el miembro sano facilita el movimiento existente o no del parético/pléjico. Una vez que se

han conseguido los movimientos amplios y un control más adecuado del hombro y codo, se proponen actividades de fortalecimiento.

Conforme aparece el control voluntario se debe progresar hacia actividades más complejas con el fin de mejorar el movimiento coordinado de prensión y liberación. Las actividades propuestas deben seguir el orden de la recuperación motora del miembro superior, es decir:

- Flexión de hombro.
- Flexión de codo combinada con flexión de hombro.
- Flexión de muñeca y dedos.
- Extensión de hombro y codo.
- Supinación de antebrazo.
- Flexión selectiva de hombro y codo.
- Extensión selectiva de hombro y codo.
- Flexión y extensión de todos los dedos.

Cuando aparece la contracción activa de grupos musculares se inician los ejercicios activos para que el paciente empiece a adquirir conciencia del esquema corporal perdido y para crear patrones cerebrales de movimiento, basándonos en la repetición. Antes de oponer grandes resistencias, tratar de que los movimientos sean funcionales, coordinados y bien controlados por el sujeto.

También hay que intervenir desde y sobre las deficiencias motoras secundarias al Accidente Cerebro Vascular Agudo como son:

- Subluxación de hombro: Resultan útiles los dispositivos de posicionamiento para el brazo para proporcionar una fuerza positiva hacia arriba al hombro hemipléjico y las tablas para el brazo a la silla de ruedas del paciente, que apoya el brazo aproximadamente 45° de abducción y la muñeca y los dedos en una posición funcional.
- Prevención de contracturas: Se desarrollan cuando los miembros permanecen en una sola posición. Se evitan mediante movimientos pasivos en el miembro varias veces al día y colocando el brazo en la posición opuesta al patrón existente (escápula hacia delante, el codo, la muñeca y los dedos extendidos, y

los dedos y el pulgar en abducción). Aquí adopta enorme importancia las medidas higiénico - posturales que se enseñan al paciente y a la familia.

- Síndrome hombro-mano: caracterizado por dolor en el hombro y mano, así como edema no depresible en ésta.

El tratamiento consiste en disminuir el edema y el dolor e incrementar el movimiento. En el caso de que se trate un paciente flácido hay que posicionar el miembro superior correctamente, estimulándolo sensitivamente sin perder de vista los cambios que se produzcan en el mismo al trabajar con el brazo sano.

Suelen ser muy frecuentes las reacciones asociadas (reacciones musculares reflejas desprovistas de control voluntario) los movimientos en bloque. Las primeras aumentan el patrón patológico desencadenándose cuando el paciente realiza actividades con el miembro sano, al bostezar, toser, al realizar actividades homólogas (Ejemplo: cuando flexiona la cadera eleva el hombro y flexiona el codo). Se inhiben relajación del miembro afectado seguida de autocontrol por parte del paciente.

Los movimientos en bloque aparecen con patrones de flexión o extensión donde el paciente es incapaz de combinarlos o disociarlos para conseguir movimientos selectivos. Hay que lograr un equilibrio entre agonistas/antagonistas (Ejemplo: recoger tacos en flexión de codo con apertura y cierre de dedos y depositarlos en una caja con el codo en extensión mientras le lleva con el antebrazo en pronación) muy útil para corregir estos movimientos y para el tratamiento del miembro superior en general, es el Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo o Método Perfetti.

4. Tratamiento de la sensibilidad profunda y superficial.

En el tratamiento de la sensibilidad profunda o propiocepción el objetivo principal es que el paciente sepa distinguir posiciones y dirección del movimiento. Las actividades utilizadas son muy variadas entre ellas:

- Imitación por parte del paciente de las posiciones en las que coloca el terapeuta los miembros inferiores y superiores, primero frente a él, luego frente al espejo.
- Hacer apoyos con la muñeca en extensión sobre una mesa.
- Coger objetos de diferentes tamaños.

- Ejercicios contra resistencia (lijar sobre una mesa, etc.)
- Botar una pelota, etc.

La sensibilidad superficial se trabajará estimulando con distintos tejidos, presiones, temperaturas.

5. Tratamiento de déficit perceptivos/cognitivos:

El tratamiento del déficit perceptivo, variará en función de los problemas específicos que presente cada paciente, a continuación, se exponen unas recomendaciones generales:

Síndrome de negligencia:

Paso previo al tratamiento, se explica al paciente y a su familia la naturaleza del problema, intentando disminuir la confusión que ello provoca. Al dirigirse al paciente se debe hacer por el lado afectado para estimular y ayudar a que tome conciencia de ese lado, si la negligencia persiste pueden ser necesarias modificaciones ambientales en su domicilio como cambiar la orientación de la cama o de los muebles, para facilitar el contacto con el entorno.

Las técnicas de mayor eficacia utilizadas son las de compensación, su objetivo es mejorar la orientación del paciente hacia su lado con negligencia y aplicar estrategias que mejoren la búsqueda visual en el espacio. Este trabajo debe generalizarse al reentrenamiento de las actividades cotidianas.

Se debe incidir en este punto sobre el tratamiento de los problemas de planificación motora y en las apraxias. La intervención se dirigirá a que los pacientes vuelvan a automatizar los pasos a seguir al realizar las tareas, en el caso de las ABVD, se empieza por actividades sencillas, como peinarse, lavarse la cara, alimentación etc.

La actividad se desglosa paso a paso, reforzándolos mediante repetición, para que el paciente los vaya de nuevo integrando. Resulta una tarea sumamente costosa que requiere la implicación de la familia y cuidadores para que estas actividades se generalicen a lo largo de todo el día, no sólo durante la sesión de tratamiento.

Cuando el paciente tenga apraxia del vestido, requerimientos previos a vestirse serán enseñar al paciente, nociones espaciales (arriba/abajo, derecha/izquierda, derecho/revés, orientar la ropa correctamente) para luego incidir como en el punto anterior paso por paso en la tarea.

Si existen problemas cognitivos (memoria, lenguaje, cálculo, orientación, etc.) se llevan programas de entrenamiento en este déficit, aun así la presencia de trastornos cognitivos se considera un factor de mal pronóstico de recuperación en los pacientes con Ictus. La pérdida de memoria puede estar relacionada con déficit subyacentes perceptuales o atencionales, desde terapia ocupacional, la adaptación del entorno para evitar distracciones y para elaborar estrategias que aumenten el nivel de alerta es muy importante.

A la hora de proponer actividades o tareas a pacientes con problemas de memoria tenemos que reducir la información a recordar, presentar el material de forma lógica y estructurada, crear rutinas diarias que engloben las principales actividades del día , favorecer el empleo de ayudas externas (agendas, alarmas),etc.

Otro aspecto a reseñar en este apartado es la falta de conciencia de las limitaciones que presentan algunos pacientes. No se dan cuenta de fallos en su funcionamiento (intelectual, motriz, social) y pretender volver a retomar su vida anterior sin tomar las medidas necesarias para garantizar que lo hagan de forma segura y eficaz.

Hay que intentar que el paciente vaya afrontando de forma progresiva sus dificultades, comenzando por las que para él son más evidentes, enseñándole los problemas que presenta en relación con las actividades que realiza sin que se sienta ofendido.

En el área social el principal objetivo es que el individuo retorne a su vida previa, para ello hay que aprovisionarle de las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias para que vuelva a retomar intereses de ocio y sus relaciones sociales. En el caso de que desempeñen actividad laboral intento reorientarles en este aspecto, aunque la mayoría después del ingreso en el hospital son derivados a centros especializados de reorientación laboral.

Análisis de los resultados pos-test.

El análisis de los resultados se realiza al tener en cuenta valoraciones cualitativas y cuantitativas de cada una de las variables que intervienen en la actividad. Luego de haber procesado todos los datos obtenidos durante el trabajo, de acuerdo al criterio médico emitido por el equipo, integrado por especialista en Neurología que atiende la Sala de Rehabilitación, especialista en Fisiatría, especialista en Medicina Física y Rehabilitación y Técnicos en Cultura Física Terapéutica y un Psicólogo permitió describir el comportamiento del estado físico, psicológico y funcional del paciente, antes de aplicado el tratamiento y después de aplicado el mismo, a continuación se detallan dichos resultados.

Se estudió un total de 18 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebro Vascular y un Síndrome Hemipléjico resultante.

En la Tabla # 2 se relacionan los pacientes por grupos de edades y mecanismo de producción de la Enfermedad Cerebro Vascular, observando que 13 de ellos sufrieron un Infarto Cerebral lo que representa el 72,22% de los casos, mientras que 5 del total, lo que representa el 27,78% restante desarrolló una hemorragia cerebral.

De manera general el grupo de edad más afectado resultó ser el de 51 a 60 años con 8 casos, el 61,54 % del total, sin embargo, en los pacientes cuyo mecanismo de producción fue la hemorragia, los afectados fueron los más jóvenes, señalando que 3 de 5 tienen edades inferiores a 40 años lo que representa el 60.00 %.

Tabla # 1 Distribución de pacientes por grupos de edades y mecanismo de producción de la Enfermedad Cerebro Vascular. Elaboración propia.

Grupos de edades	Infarto Cerebral		Hemorragia Cerebral		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
30 – 40	2	15.38	3	60.00	5	27.78
41 – 50	3	23.08	2	40.00	5	27.78
51 – 60	8	61.54	-	0.00	8	44.44
TOTAL	13	100.00	5	100.00	18	100.00
%	72.22		27.78		100.00	

Fuente: Comunicación personal.

En la Tabla # 3 relacionamos el sexo con el mecanismo de producción para resultar que del total de pacientes que sufrieron Enfermedad Cerebro Vascolar el 53, 85 43 % fueron del sexo masculino, sin embargo cuando realizamos el análisis según mecanismo de producción encontramos que predomina discretamente el sexo femenino en las hemorragias, donde el 60, 00 % resultaron mujeres, lo que pudiera estar relacionado con las enfermedades asociadas al accidente que en nuestro estudio fueron más floridas en las féminas enfermedades como la Diabetes Mellitus, la Angioesclerosis y la Cardiopatía Isquémica. Otros estudios en nuestro país reflejan comportamientos similares y alertan sobre el incremento en los últimos años del Ictus en la mujer.

Todo esto pudiera estar en relación con la elevada incidencia de la enfermedad hipertensiva y los factores de riesgo en el sexo masculino, lo que concuerda con lo planteado por Harrison quien señala que las Enfermedades Cerebrovasculares Isquémicas son más frecuentes en hombres, no así las hemorrágicas que predominan en las mujeres, en el caso de las mujeres se agrega el uso de anticonceptivos orales que justificaría la tendencia a aumentar esta entidad en el sexo femenino.

Tabla # 3: Distribución de pacientes por sexo y mecanismo de producción. Elaboración propia

Sexo	Infarto Cerebral		Hemorragia Cerebral		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Femenino	6	46,15	3	60.00	9	50.00
Masculino	7	53,85	2	40.00	9	50.00
TOTAL	13	100,00	5	100,00	18	100,00

Fuente: comunicación personal.

En la Tabla # 4 consideramos necesario relacionar los pacientes según lado afectado por la parálisis y la dominancia con el grado de recuperación de la capacidad funcional. Para ello tenemos el dato de que, de una muestra de 18 pacientes, de los cuales 10

desarrollaron una hemiplejía del lado derecho para un 55, 56 % y 8 pacientes desarrollaron una hemiplejía del lado izquierdo para un 44,44 %.

Tabla # 4: Lado afectado dominancia en relación con la recuperación de la capacidad funcional antes de aplicado el tratamiento. Elaboración propia.

Capacidad Funcional	Hemiplejía derecha				Hemiplejía Izquierda			
	Dominancia derecha		Dominancia Izquierda		Dominancia derecha		Dominancia Izquierda	
	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%
Recuperado	1	14.29	1	33,33	1	12.50	-	0,0
Recuperado parcial	2	28.57	1	33,33	2	25.00	-	0,0
No recuperado	4	57.14	1	33,33	5	62.50	-	0,0
Subtotal	7	100	3	100	8	100	-	0,0
Total	10 55, 56 %				8 44,44 %			

Fuente: Comunicación personal.

En la Tabla # 5 relacionamos los pacientes según lado afectado por la parálisis y la dominancia con el grado de recuperación de la capacidad funcional. En el estudio de 10 pacientes con el lado derecho afectado por la parálisis (hemisferio cerebral izquierdo lesionado) y dominancia derecha se recuperaron de forma total 3, lo que representa el 42.86 %, de igual forma se muestra la recuperación parcial con un total de 3 pacientes lo que representa el 42,86 %, y uno no recuperado que representa el 14, 29 % del total de pacientes con lado derecho afectado.

Sin embargo, en los casos donde la hemiplejía fue del lado izquierdo, (8 pacientes donde el hemisferio cerebral lesionado fue el derecho), todos diestros el grado de recuperación resultó mayor, así se observa en la Tabla # 4, donde 6 pacientes tuvieron una recuperación total para un 75,00 %, 1 mostró recuperación parcial para un 12,50 %, y sólo 1 de ellos no logró recuperarse representado de igual forma en un 12, 50 % del total de la muestra seleccionada.

Tabla # 5: Lado afectado dominancia en relación con la recuperación de la capacidad funcional después de aplicado el tratamiento. Elaboración propia.

Capacidad Funcional	Hemiplejia derecha				Hemiplejia Izquierda			
	Dominancia derecha		Dominancia Izquierda		Dominancia derecha		Dominancia Izquierda	
	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%
Recuperado	3	42.86	1	33,33	6	75.00	-	0,0
Recuperado parcial	3	42.86	1	33,33	1	12.50	-	0,0
No recuperado	1	14.29	1	33,33	1	12.50	-	0,0
Subtotal	7	100	3	100	8	100	-	0,0
Total	10 55,56 %				8 44,44 %			

Fuente: Comunicación personal.

En la Tabla # 6 analizamos las enfermedades asociadas a la Enfermedad Cerebro Vascular donde 13 de los pacientes refirieron Hipertensión lo que representa el 72,22 % del total, la Diabetes Mellitus un 33,33 %, la Obesidad un 16.67 %, la Angioesclerosis y la Cardiopatía Isquémica fueron enfermedades asociadas importantes con una incidencia en 3 de los enfermos lo que representa el 16.67 % en cada una de ellas, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Hiperlipoproteinemia la padece 1 paciente respectivamente representa el 5.56 % en cada caso, 7 pacientes padecen otras enfermedades asociadas a la ECV que significa el 38,89 %. Consideramos importante señalar que 2 pacientes no presentaron enfermedades asociadas lo que representó el 11,11 %.

Tabla # 6: Principales enfermedades asociadas al Síndrome Hemipléjico. Elaboración propia.

Enfermedades Asociadas	Pacientes	%
Hipertensión Arterial	13	72.22
Diabetes Mellitus	6	33.33
Obesidad	3	16.67
Hiperlipoproteinemia	1	5.56
Angioesclerosis	3	16.67
Cardiopatía Isquémica	3	16.67
EPOC	1	5.56

Otras	7	38.89
Ninguna	2	11.11

Fuente: Comunicación personal.

En la Tabla # 7 mostramos los resultados de la recuperación funcional de la mano como uno de los aspectos que evaluamos para determinar el grado de recuperación de la capacidad funcional de los pacientes, resultando que solo 4 pacientes que representan el 22.22 % lograban una movilidad con coordinación fina, 6 lograban movilidad con una coordinación tórpidas y 8 pacientes no presentaban movilidad alguna para un 44.44 %.

Tabla # 7: Recuperación funcional de la mano antes del tratamiento. Elaboración propia.

Uso de la mano	Pacientes	%
No movilidad	8	44.44
Movilidad con coordinación tórpidas	6	33.33
Movilidad con coordinación fina	4	22.22
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 8 mostramos los resultados de la recuperación funcional de la mano como uno de los aspectos que evaluamos para determinar el grado de recuperación de la capacidad funcional de nuestros pacientes, resultando que el mayor número de ellos (8), logró recuperar la movilidad con una coordinación fina en los movimientos lo que representa el 44.44 % de los casos, 7 recuperaron los movimientos de la mano con una coordinación tórpidas para el 38,89 % y el 16.67 % (3 pacientes), no recuperan la movilidad, lo que está relacionado en nuestra investigación con la toma motora a predominio braquial, la asociación de complicaciones como: subluxación de hombro, espasticidad proximal severa, incontinencia urinaria, edema del miembro superior paralizado y más de una enfermedad asociada dentro de ellas la diabetes mellitus, la angioesclerosis y la demencia.

Tabla # 8: Recuperación funcional de la mano después del tratamiento. Elaboración propia.

Uso de la mano	Pacientes	%
No movilidad	3	16.67
Movilidad con coordinación grosera	7	38.89
Movilidad con coordinación fina	8	44.44
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 9 se muestra como se comportó la recuperación funcional de la marcha antes del tratamiento, resultando que 5 pacientes no presentan ningún tipo de patrón de marcha lo que representa el 27.78 %, 8 recuperaron la marcha con apoyo externo (bastón o andador) que significa el 44.44 % de los casos y 5 pacientes lograron la marcha sin necesidad de ayuda externa para el 27.78 %.

Tabla # 9: Recuperación funcional de la marcha antes del tratamiento. Elaboración propia.

Ambulación	Pacientes	%
No marcha	5	27.78
Marcha con ortesis o apoyo externo	8	44.44
Marcha sin apoyo	5	27.78
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 10 se muestra como se comportó la recuperación funcional de la marcha después del tratamiento, resultando que 3 pacientes no presentan ningún tipo de patrón de marcha lo que representa el 16.67 %, 7 recuperaron la marcha con apoyo externo (bastón o andador) que significa el 38.89 % de los casos y 8 pacientes lograron la marcha sin necesidad de ayuda externa para el 44.44 %.

Tabla # 10: Recuperación funcional de la marcha después del tratamiento. Elaboración propia.

Ambulación	Pacientes	%
No marcha	3	16.67
Marcha con ortesis o apoyo externo	7	38.89
Marcha sin apoyo	8	44.44
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 11 se muestra la recuperación funcional del lenguaje antes del tratamiento resultando que 7 pacientes se ven afectados en el lenguaje para un 38.89 %, otros 7 mantienen un lenguaje con restos disártricos lo que representa el 38.89 % y sólo 4 pacientes tienen un lenguaje claro para un 22.22 % del total de la muestra seleccionada.

Tabla # 11: Recuperación funcional del lenguaje antes del tratamiento. Elaboración propia.

Comunicación	Pacientes	%
No lenguaje	7	38.89
Lenguaje con restos disártricos	7	38.89
Lenguaje claro	4	22.22
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 12 se muestra la recuperación funcional del lenguaje después del tratamiento resultando que sólo 1 paciente no lo recupera para el 5,56 %, 8 pacientes mantienen un lenguaje con restos disártricos a pesar del tratamiento lo que representa el 44.44 % y 9 pacientes tienen un lenguaje claro representados en el 50 % del total de la muestra seleccionada.

Tabla # 12: Recuperación funcional del lenguaje después del tratamiento. Elaboración propia.

Comunicación	Pacientes	%
---------------------	------------------	----------

No lenguaje	1	5.56
Lenguaje con restos disártricos	8	44.44
Lenguaje claro	9	50.00
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 13 se muestra la evaluación de la capacidad funcional en pacientes antes de realizarse el tratamiento rehabilitador. Al aplicar la escala funcional de Brown resultaron no recuperados 16 pacientes lo que significa el 88,89%, 4 tuvieron una recuperación parcial (11,11 %), considerándose que no se encontraron pacientes recuperados de forma total al aplicar la escala funcional de Brown.

Tabla # 13: Evaluación de la capacidad funcional antes del tratamiento. Elaboración propia.

Clasificación de la Capacidad Funcional	Pacientes	%
No Recuperados	16	88,89
Recuperación Parcial	2	11.11
Recuperación Total	-	00,00
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 14 se muestra la evaluación de la capacidad funcional en pacientes después de realizarse el tratamiento rehabilitador. Al aplicar la escala funcional de Brown resultaron no recuperados 2 pacientes lo que significa el 11.11 %, 5 tuvieron una recuperación parcial (27.78 %), considerándose como aspecto significativo la recuperación total en 11 pacientes al aplicar la escala funcional de Brown lo que representa el 61.11 % del total de pacientes de la muestra seleccionada.

Tabla # 14: Evaluación de la capacidad funcional después del tratamiento. Elaboración propia.

Clasificación de la Capacidad Funcional	Pacientes	%
--	------------------	----------

No Recuperados	2	11.11
Recuperación Parcial	5	27.78
Recuperación Total	11	61.11
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 15 se presenta la evaluación del grado de discapacidad según la actividad de la vida diaria antes del tratamiento que mostraron los pacientes al aplicarle los instrumentos, resultó que 2 de ellos (Grado I) son discapacitados nulos lo que representa el 11.11 %, otros 2 muestran una discapacidad leve (Grado II) para el 11.11 %, otros 2 (Grado III) son discapacitados moderados (11.11 %), 4 pacientes resultaron discapacitados severos (Grado IV) lo que representa el 22,22 % y 8 discapacitados graves (Grado V) que significa el 44.44 %.

Tabla # 15: Evaluación del grado de discapacidad según la actividad de la vida diaria antes del tratamiento. Elaboración propia.

Grado de Discapacidad	Pacientes	%
I	2	11.11
II	2	11.11
III	2	11.11
IV	4	22,22
V	8	44.44
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

En la Tabla # 16 se presenta la evaluación del grado de discapacidad según la actividad de la vida diaria después del tratamiento que mostraron los pacientes al aplicarle los instrumentos, resultó que 8 de ellos (Grado I) son discapacitados nulos lo que representa el 44.44 %, 3 muestran una discapacidad leve (Grado II) para el 16.67 %, 2 pacientes (Grado III) son discapacitados moderados (11.11 %), 3 pacientes resultaron discapacitados severos (Grado IV) lo que representa el 16.67 % y 2 discapacitados graves (Grado V) que significa el 11.11 %.

Tabla # 16: Evaluación del grado de discapacidad según la actividad de la vida diaria después del tratamiento. Elaboración propia.

Grado de Discapacidad	Pacientes	%
I	8	44.44
II	3	16.67
III	2	11,11
IV	3	16.67
V	2	11,11
Total	18	100,00

Fuente: Comunicación personal y examen físico.

Principales resultados:

1. El 72.22% de los casos sufrieron un Infarto Cerebral y el 27.78 % una Hemorragia.
2. El grupo de edad más afectado en el estudio realizado fue el de 51 a 60 años con el 61.54 % de los casos, aunque en los pacientes que sufrieron una Hemorragia Cerebral el 40.00 % (2) es menor de 40 años.
3. El 53,85% de los enfermos resultaron del sexo masculino y el 46.15 % del sexo femenino.
4. En los pacientes diestros con Hemiplejia Derecha se recuperaron de forma total 10 pacientes para un 55.56 % y con Hemiplejia Izquierda 8 pacientes para el 44.44 % del total de la muestra seleccionada.
5. En las enfermedades asociadas a la Enfermedad Cerebro Vascolar fue la más importante la Hipertensión Arterial.
6. El 44.44 % de los pacientes lograron recuperar la mano con una coordinación fina en los movimientos.
7. En la recuperación de la marcha el 44,44 % (8 pacientes) lo hace con un patrón normal.

8. El 50.00 % de los enfermos (9) recuperan su lenguaje de manera clara.
9. Se recuperan de forma total 11 pacientes (61.11 %) de forma parcial, 5 para un 27.78 % y 2 que no recuperan su capacidad funcional representados en el 11.11 % del total de la muestra seleccionada.
10. Al ser dados de alta el 44,44% (Grado I) se clasifican como discapacitados nulos y el 11.11 % (Grado V) como discapacitados leves.

3.2 Validación por especialistas de las acciones propuestas.

En este trabajo se utilizó para la validación del tratamiento rehabilitador el criterio de especialistas, según diferentes autores, este proceso se realiza mediante diferentes etapas que a continuación se dan a conocer:

Etapas y tareas del proceso de validación:

Primera etapa: Selección de los especialistas.

Segunda etapa: Elaboración y aplicación de la encuesta.

Tercera etapa: Procesamiento de los resultados de la encuesta.

Para transmitir una valoración del tratamiento rehabilitador se tuvo en cuenta los siguientes criterios para la selección de los especialistas:

- Años de experiencia como fisiatras y rehabilitadores y buenos resultados durante su trayectoria laboral.
- Idoneidad en el Centro de trabajo.
- Creatividad en la impartición de sus secciones.
- Disposición para participar en la validación.
- Capacidad de análisis y pensamiento lógico.
- Espíritu colectivista y autocrítico.

Al elegir los especialistas según estas características se propicia la obtención de resultados con calidad, junto a otros aspectos propios de ellos como son: sinceridad, honestidad, seriedad y otras cualidades en este sentido, que hace que las opiniones

que brinden sean confiables y válidas para el objetivo que se quiere lograr con la aplicación del método.

Luego se fue a la búsqueda de información de los especialistas, se utilizó una guía de encuesta (anexo #4) para que ellos fueran lo más objetivos al valorar el proceso de implementación del tratamiento rehabilitador para el adulto enfermo.

Valoración de los resultados de la técnica aplicada a los especialistas.

Con el fin de valorar la factibilidad y pertinencia del tratamiento rehabilitador para la recuperación funcional del paciente, fueron realizadas, para la valoración del tratamiento, entrevistas a 15 especialistas, un fisiatra, un neurólogo y los restantes, especialistas en rehabilitación y cultura física terapéutica de las distintas circunscripciones del municipio Cienfuegos.

Tabla # 1.- Resultados del instrumento aplicado a los especialistas.

Nivel de factibilidad del tratamiento rehabilitador para el adulto enfermo.

En este sentido, al tener en cuenta los resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento a los especialistas (Tabla # 1) un total de 11 especialistas evalúan de forma excelente que existe correspondencia con las necesidades y objetivos durante la aplicación del tratamiento rehabilitador, lo que representa el 73,33 % del total, tres especialistas que representa el 20% del total de los encuestados manifiestan este aspecto como muy bien y el 6,66% lo consideran de bien.

Tabla 1: Aspectos a evaluar de la propuesta de actividades por los especialistas.
Elaboración propia.

Aspectos a evaluar	Total	FAE	FAMB	FAB	FRE	FRMB	FRB	PE	PMB	PB
Correspondencia con las necesidades y objetivos.	15	11	3	1	0,73	0,20	0,07	73,33	20	6,67
Importancia.	15	13	2		0,87	0,13	0,00	86,67	13,33	0,00
Aplicabilidad.	15	11	2	2	0,73	0,13	0,13	73,33	13,33	13,33

Calidad.	15	10	3	2	0,67	0,20	0,13	66,67	20	13,33
-----------------	----	----	---	---	------	------	------	-------	----	-------

Como se puede apreciar en el indicador sobre la importancia del tratamiento rehabilitador, el 86,67 % de los especialistas lo evalúan de excelente, es considerado por los encuestados como una vía novedosa para la dirección del trabajo con el adulto enfermo implicado y su recuperación, en cuanto a la aplicabilidad del tratamiento rehabilitador el 73,33% plantean que es importante la aplicación del tratamiento porque logra la concreción del nuevo enfoque del trabajo en cuanto a salud en el barrio y para el barrio, la optimización de la preparación y organización de las sesiones de rehabilitación a partir del trabajo en equipo y la participación de todos los especialistas como protagonistas con el adulto enfermo implicado

Resulta importante destacar que en cuanto a la calidad del tratamiento rehabilitador los especialistas que evaluaron de excelente este aspecto, que fueron 10 de los 15 entrevistados (66,67 %), consideran que el tratamiento rehabilitador para el adulto enfermo implicado puede también constituir una herramienta para la preparación de otros especialistas y la familia de los pacientes y garantizar así un tratamiento adecuado que se desarrolla con el paciente implicado en la comunidad.

Criterios emitidos por los especialistas.

El neurólogo que desempeña su labor en el Área de Salud # 1 del “Consejo Popular Reina” en el municipio de Cienfuegos, valora el tratamiento rehabilitador para los pacientes implicados como una nueva forma de promover salud a las personas discapacitadas, además que responde a las exigencias de estas personas. Plantea que constituye un gran reto en la actualidad llevar este proceso adelante y un deber buscar vías como estas que conduzcan al mejoramiento de la vida de estas personas enfermas. La Sala de Rehabilitación del Área de Salud # 1 del consejo popular Reina en el municipio de Cienfuegos cuenta con un gran potencial profesional, pero se necesita del conocimiento de este tratamiento rehabilitador para realizar con mayor calidad la preparación de sus sesiones y llegar realmente a esas personas que tanto lo necesitan.

El fisiatra que labora en el Área de Salud # 1 plantea que es excelente este tratamiento rehabilitador para mejorar la recuperación del paciente en las actividades de la vida diaria porque nos preocupamos mucho por su salud, pero obviamos lo fundamental, cómo llegar a ellos, qué formas de tratamientos son los más factibles para que puedan seguir su vida útil, sin ser una carga para la familia, además se necesita que esta pueda apropiarse de conocimientos referidos al tratamiento de sus enfermos, y que se sientan motivados y seguros de la actividad que realizan para su recuperación, llevar adelante esta labor tan importante de recuperación de sus propios enfermos.

Los profesores de Cultura Física y especialistas en Rehabilitación opinan que por las propias características del tratamiento rehabilitador para el paciente enfermo y por su carácter sistemático, es donde el mismo contribuyó a la rehabilitación y recuperación funcional de los mismos, con un profundo carácter reintegrador, se evaluó de manera continua lo cual responde a los principios de convertir al adulto enfermo en una persona, que no se sienta desmotivada y sin ningún deseo de poder vivir con la calidad que el mismo se merece. Los especialistas valoran el tratamiento de excelente con relación al nivel de aplicabilidad en las personas enfermas ya que les permite una mejor calidad de vida.

El director del Policlínico perteneciente al Área de Salud # 1 del consejo popular Reina en el municipio de Cienfuegos expone que, trabajos como este, son los que deben desarrollarse por parte de los especialistas en rehabilitación, con el fin de incrementar el nivel científico en los especialistas, y así elevar el nivel de vida de las personas enfermas de la localidad, además con investigaciones desde este punto de vista los especialistas en la materia enseñan a desarrollar habilidades y conocimientos de una mejora de vida.

El Consejo Científico del Centro Universitario Municipal en Cumanayagua opina que el tratamiento rehabilitador para los pacientes enfermos es un método eficaz para elevar el nivel vida de las personas, y para que los mismos tomen conciencia de cómo pueden integrarse a la sociedad.

La enfermera del Consultorio Médico de la Familia # 3 perteneciente a dicha Área de Salud declara que los ejercicios contemplados en el tratamiento rehabilitador son

eficaces para el adulto enfermo, jugando un papel fundamental en el trabajo con estas personas y muy factibles para aplicarlos en otras salas de rehabilitación.

El médico de la familia valora el tratamiento rehabilitador para el adulto enfermo como una nueva forma de promover salud, además que responde a las exigencias de las propias personas que padecen la enfermedad. Constituye un gran reto en la actualidad llevar este proceso adelante y es el deber, buscar vías como estas que conduzcan al mejoramiento de la vida de estas personas que llegan a una parte muy complicada y no deseada en sus vidas.

CONCLUSIONES

El análisis de los fundamentos teóricos relacionados con el proceso rehabilitador del paciente hemipléjico del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina; avala la necesidad de la elaboración de una propuesta de actividades de preparación familiar puesto que esta contribuye al fortalecimiento del tratamiento rehabilitador de este tipo de pacientes y mejoran su calidad de vida.

La caracterización permitió al investigador hacer una valoración sobre el estado actual de los pacientes diagnosticados con hemiplejia; donde se identificó las etapas de esta patología y el procedimiento específico en el tratamiento rehabilitador, lo cual influye en los estímulos que se hacen por el personal de salud, los profesionales del Instituto Nacional de Deporte y los familiares para incorporarlos a la cotidianidad.

Las actividades diseñadas cuentan con los procedimientos indicados por los especialistas de la actividad física y se incide, con la propuesta de actividades de preparación familiar para al fortalecimiento del tratamiento rehabilitador de pacientes con hemiplejia, en las actividades básicas de la vida diaria, en el tratamiento motor tanto de miembros superiores como inferiores y en lo que respecta a la sensibilidad profunda y superficial. El diseño se elaboró al tener en cuenta los criterios de los especialistas encuestados y las necesidades de los pacientes con ictus del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina del municipio de Cienfuegos.

Los especialistas consideran que las acciones diseñadas están en correspondencia con las necesidades y objetivos de los familiares y de los propios pacientes, es aplicable y tiene calidad por lo que sin lugar a dudas la propuesta de actividades de preparación familiar contribuye al fortalecimiento del tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos del Área de Salud # 1 perteneciente al Consejo Popular Reina.

RECOMENDACIONES

Socializar los resultados de la investigación en eventos relacionados con la temática de rehabilitación a pacientes hemipléjicos con el apoyo de la familia.

Proponer a otras salas de rehabilitación del municipio Cienfuegos la aplicación de la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento de rehabilitación en pacientes hemipléjicos

REFERENCIAS

- Abreu Vázquez, M. del R. & Figueroa Verdecia, D. V. (2015). Panorámica del envejecimiento en Cuba. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 3(2), 23-26
- Álvarez, F. C. (2006) Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares en Cuba. *Revista Neurología*; 9 (8), 68-71.
- Alonso Rodríguez, T. (2011). *Actividades de la preparación familiar para dar tratamiento a las manifestaciones de agresividad en las niñas y niños del 6to año de vida del Círculo Infantil Camaroncito Rojo* (Tesis de Maestría). Universidad de Cienfuegos.
- Arencibia H., Ramos D., Villar M. & Peña Fuerte, M. (2004). *Discapacidad, Deficiencia y Rehabilitación*. En: *Temas de Medicina General Integral*. Editorial Ciencias Médicas.
- Ares Muzio, P. (2002). *Mi familia es así*. Editorial Pueblo y Educación.
- Ares Muzio, P. (2020). *Definición de familia*. Intranet. <https://www.scielo.org.com>
- Castro Alegret, P. L. (1996). *Cómo la familia cumple su función Educativa*. Editorial Pueblo y Educación.
- Caplan, L R. (1997). *Cerebrovascular Diseases*. En: *International Medicine*. Editorial St. Louis.
- Carod – Artod, F. (2004). Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus. *Revista Neurología*; 5(4), 47-56.
- Ceballos Díaz, Jorge. L. (2003). *Adulto mayor y la actividad física*. Editorial Instituto Superior de Cultura Física.
- Ceballos Gurrola, O. (2010) *Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la Ciudad de Monterrey*. Editorial El Manual Moderno
- Ceballos Gurrola, O. (2018). Capítulo III: Derechos sociales, económicos y culturales. En *Tabloide: Proyecto de Constitución de la República de Cuba*.

- Costil, D. & Wilmore, J. (1998). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. <https://www.redalyc.org/pdf/786542/54221979001.pdf>
- Davies. P. M. (2006). *Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. Editorial Ciencias Médicas.
- Debra, J. R. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Editorial Pueblo y Educación.
- Domingo, A. M. (2009). *Terapia Ocupacional TOG*. <https://www.revistatog.com/pdf.712042/5456719708701.pdf>
- Domingo, A. M. (2005). Enfermedad Cerebrovascular. Factores de riesgo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 14 (2), 135-140.
- Domingo, A. M. (2005). *Familia y Escuela. El trabajo con la familia en el sistema educativo*. Editorial Pueblo y Educación.
- Fernández – Corujedo, J. (1965). *Educación Física. Panorama histórico*. Publicaciones Cátedra de Historia ESEF Cnte. Manuel Fajardo. INDER.
- González R. & Kindelán B. (1997). *Fisioterapia de la Hemiplejía*. En: Tratado de rehabilitación médica. Editorial Ciencias Médicas Barcelona.
- González L. (2007). Accidente vascular cerebral en paciente joven. *Revista Médica*; 54 (540), 117-119.
- Hernández Barrios, (2017). *Medicina Física y Rehabilitación*. <https://www.revistatog.com/pdf.992042/7343310071954.pdf>
- Kottke, F. J.; Stillwell, G. K. & Lehmann, J. F. (2004). *Manejo de las enfermedades vasculares. Medicina Física y Rehabilitación*. Editorial Médica Panamericana.
- Leiva Fuentes, E. R. (2010). *Recuperación funcional del paciente hemipléjico después del tratamiento rehabilitador, utilizando la terapia ocupacional en la circunscripción 21 del Consejo Popular Vila*. (Tesis de Maestría). Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte “Manuel Fajardo Rivero” Facultad Villa Clara.

- Masjuan, M. A. (1984). *El Deporte y su historia*. Editorial Científico Técnica.
- Membrillo Luna, A. (2017). *Familia. Introducción al Estudio de sus elementos*.
<http://www.medicosfamiliares.com>
- Ministerio de Salud Pública. (2005). Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cerebrovasculares. MINSAP.
- Miranda Quintana, J. A. (2004). *Enfermedades Cerebrovasculares*. Editorial Oriente.
- Mirallas Martínez, J. A. (2004). Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular. *Revista Rehabilitación*; 1 mar;138 (2), 78- 85.
- Moreno, P. & Blanco, C. (2005). Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación con enfermos con daño cerebral. *Revista Neurología*, 8, 779-783.
- Pérez Alonso, A.; León Ruibol, A. & García Hernández, J. A. (2004). *Enfermedades Cerebrovasculares. Selección de temas*. Editorial Pueblo y Educación.
- Pérez Alonso, A.; León Ruibol, A. & García Hernández, J. A. (2016). *Rehabilitación y actividad de la vida diaria*. Internet.
<https://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-oc/actividadesvidadiaria.pdf>
- Pérez Alonso, A.; León Ruibol, A. & García Hernández, J. A. (2019). *Rehabilitación de la afasia secundaria*. Internet. <https://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/afasiasecundariaaave.pdf>
- Sánchez Blanco, I. (2000). Monográfico sobre rehabilitación de pacientes tras accidente cerebrovascular. *Revista Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*; 34, 393-518.
- Sánchez Blanco I. (2004) Evaluación del paciente post ictus en la consulta diaria del especialista en rehabilitación. *Revista Rehabilitación*; 30, 287-296.
- Santo, S, & Lasaosa, S. (1999). Pronóstico funcional de los tres meses en el paciente con ictus. Factor determinante. *Revista Neurología*; 8, 659-700.

Trapin J. (2004). Estudio multidisciplinario de accidente vascular encefálico. Definición. Diseño y resultado general. Revista Médica Chilena; 120(12),1414-1422.

Anexos

Guía de anexos:

Anexo 1: Guía de análisis de documentos.

Anexo 2: Entrevista semiestructurada.

Anexo 3: Escala funcional de Brown.

Anexo 4: Guía de encuesta a especialistas para validar la propuesta.

Anexo #1: Guía del análisis de documentos

Objetivo: Verificar la información relacionada con el tratamiento rehabilitador de pacientes diagnosticados con hemiplejía.

Nombre del documento	Tipo y alcance del documento	Objetivos
Diagnóstico comunitario del consejo popular Reina.	De Proyección comunitaria a largo plazo de alcance territorial.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las características históricas y socioculturales de la práctica de actividades física en el adulto mayor en la comunidad donde se desenvuelve el paciente hemipléjico. - Valorar el apoyo familiar en el consejo popular en aras de apoyar al paciente.
Programa de la Actividad Física para la atención rehabilitadora del paciente hemipléjico.	De Proyección comunitaria a largo plazo de alcance local.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las particularidades específicas de este grupo dentro del consejo popular Reina.
Registros del médico de la familia y del especialista en rehabilitación.	De Proyección comunitaria a corto plazo y de alcance local.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el grado de avance e incorporación del paciente hemipléjico a las actividad física y cotidianas en el área.
Notas de campo de los encuentros.	No oficial, a corto plazo y alcance gradual.	<ul style="list-style-type: none"> - Compilar las memorias del proceso de creación de los encuentros para constatar resultados. - Analizar la información recopilada por esta vía para determinar elementos significativos que contribuyan a la mejora continua del proceso.

Anexo 2: Entrevista semiestructurada.

Objetivo: Determinar datos demográficos como edad, sexo, mecanismo de producción, lado afectado- dominancia, enfermedades y complicaciones asociadas que caracterizan a los pacientes en estudio.

Edad: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Mecanismo de producción: Isquémico _____ Hemorrágico _____

Lado afectado: Derecho _____ Izquierdo _____

Dominancia: Derecha _____ Izquierda _____

Enfermedades asociadas: Hipertensión arterial _____

Hiperlipoproteinemia _____

Cardiopatía isquemia _____

Obesidad _____

Angioesclerosis _____

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica _____

Otras _____

Complicaciones asociadas:

1. Espasticidad : Grado I _____

Grado II _____

Grado III _____

Grado IV _____

2. Incontinencia urinaria Si _____ No _____

3. Edema Si _____ No _____

4. Subluxación de hombro Sí _____ No _____

Grado de discapacidad: Grado I _____

Grado II _____

Grado III _____

Grado IV _____

Grado V _____

Anexo 3: Escala funcional de Brown.

Objetivo: Identificar los aspectos relacionados con la capacidad funcional.

1. Uso de la mano:

- () 1 No movilidad.
- () 2 Movilidad con coordinación grosera.
- () 3 Movilidad con coordinación fina.

2. Ambulación:

- () 1 No marcha
- () 2 Marcha con ortesis y apoyo externo.
- () 3 Marcha sin apoyo.

3. Independencia

- () 1 Dependiente.
- () 2 Semidependiente.
- () 3 Independiente

4. Comunicación

- () 1 No lenguaje.
- () 2 Lenguaje con restos disártricos.
- () 3 Lenguaje claro.

Evaluación Entre 1 - 5 puntos. No recuperado.

Entre 6 - 9 puntos. Recuperado parcial.

Entre 10 - 12 puntos. Recuperado Total.

Anexo 4: Guía de encuesta a especialistas para validar la propuesta.

Objetivos: Validar la propuesta de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento rehabilitador en pacientes hemipléjicos.

Datos personales del encuestado:

Título:

Categoría docente:

Nivel de escolaridad:

Centro de trabajo:

Años de experiencia:

Cargo que ocupa:

Compañero (a): Teniendo en cuenta su experiencia, su preparación profesional y su sentido de responsabilidad; necesitamos su cooperación para validar la propuesta de de actividades de preparación familiar para fortalecer el tratamiento rehabilitador en pacientes hemipléjicos del Area de Salud #1 del consejo popular Reina del municipio Cienfuegos, necesitamos evalúe, utilizando la escala que se propone según los aspectos que relacionamos a continuación.

1) ¿La estructura del conjunto de actividades presentado responde a los objetivos propuestos?

Muy Adecuado_____ Adecuado _____ Poco Adecuado_____

2) ¿Usted considera que los contenidos propuestos son efectivos para el trabajo con el paciente hemipléjico?

Muy Adecuado_____ Adecuado _____ Poco Adecuado_____

3) ¿Las actividades propuestas estan en correspondência con las necesidades y objetivos para lograr fortalecer el tratamiento rehabilitador de los pacientes hemipléjicos com apoyo de la familia?

Muy Adecuado_____ Adecuado _____ Poco Adecuado_____

4) ¿Las actividades propuestas son aplicables y se ajustan a las necesidades reales de incorporación del adulto mayor masculino al círculo de abuelos?

Muy Adecuado _____ Adecuado _____ Poco Adecuado _____

5) ¿considera usted que la propuesta de actividades tienen calidad y develan importancia práctica para los familiares de pacientes diagnosticados con hemiplejía?

5) Otros criterios

6) Ud. debe resumir sus criterios en la siguiente tabla:

Aspectos a evaluar	Total	FAE	FAMB	FAB	FRE	FRMB	FRB	PE	PMB	PB
Correspondencia con las necesidades y objetivos.										
Importancia.										
Aplicabilidad.										
Calidad.										

Leyenda:

MA: Muy adecuado

A: Adecuado

PA: Poco adecuado.

Expresa cualquier opinión o sugerencia que considere necesaria.