



Universidad de Sancti Spiritus
José Martí Pérez
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Filiar Universitario Municipal
Panchito Gómez Toro

Trabajo de Diploma

(En opción por el título de Licenciatura en Psicología)

Título: "Estilo de vida en pacientes con enfermedades cerebro vasculares de la sala de rehabilitación de Jatibonico.

Autor: Yoannis Mendoza González.

Tutor: Lic. Greisy Lorenzo Cardoso.

Jatibonico 2011.

Año 53 de la Revolución.

Resumen

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general: Caracterizar el estilo de vida en los pacientes con enfermedad cerebro vascular después del primer episodio de accidente cerebro vascular de la sala de rehabilitación de Jatibonico, de diciembre del 2010 a marzo del 2011, se realizó un estudio mixto con un diseño en paralelo, en un grupo de 15 pacientes. Las técnicas seleccionadas permitieron identificar el comportamiento de las categorías que componen al estilo de vida de los pacientes y describir los mismos atendiendo a su implicación en el proceso salud enfermedad. Para ellos se utilizaron un conjunto de técnicas como: análisis de documentos, observación participante, entrevista individual semiestructurada y cuestionario. Los resultados obtenidos arrojaron las siguientes conclusiones:

El estilo de vida se presenta como factor psicológico importante en el debut de la patología y en el control de sus síntomas. Las subcategorías que componen al estilo de vida están relacionadas con el sistema de actividades cotidianas de los individuos, asociados a la realización personal en todas las esferas del hombre. Los estilos de vida de los pacientes con enfermedad cerebrovascular presentan indicadores de riesgo en el proceso salud enfermedad; se evidencia la modificación de comportamientos en función del estado actual de salud de los mismos estos se asumen con inconformidad y carencia de implicación personal, en función de las cuales se recomienda esencialmente la participación de los psicólogos en el proceso de rehabilitación de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Abstract

Abstract

The present investigation has as general objective: To characterize the lifestyle in the patients with illness vascular brain after the first episode of accident vascular brain of the room of rehabilitation of Jatibonico, of December of the 2010 to March of the 2011, he/she was carried out a mixed study with a design in parallel, in a group of 15 patients. The selected techniques allowed to identify the behavior of the categories that you/they compose to the lifestyle of the patients and to describe the same ones assisting to their implication in the process health illness. For them they were used a group of technical as: analysis of documents, participant observation, interviews individual semiestructurada and questionnaire. The obtained results threw the following conclusions:

The lifestyle is presented as important psychological factor in the premiere of the pathology and in the control of its symptoms. The subcategories that compose to the lifestyle are related with the system of the individuals' daily activities, associated to the personal realization in the man's spheres. The lifestyles of the patients with illness cerebrovascular present indicators of risk in the process health illness; the modification of behaviors is evidenced in function of the current state of health of the same ones these they are assumed with dissent and lack of personal implication, in function of which it is recommended the participation of the psychologists essentially in the process of the patients' rehabilitation that you/they suffer this illness.

Exergo



No es la inteligencia, recibida y causal la que da al hombre honor: sino el modo con que la usa y la salva.

José Martí.

Dedicatoria

Dedicatoria:

Este trabajo esta dedicado al Esfuerzo, Voluntad y Esmero por elevar la calidad de la atención a los pacientes con limitaciones funcionales.

Agradecimientos

Agradecimientos:

A nuestra Revolución que nos ha permitido desarrollarnos como personas libres de pensamiento y realidad.

Al CMDTE En Jefe Fidel Castro, por ser la guía de todos los cubanos en el desempeño de nuestras expectativas y en la realización de nuestros deseos.

A mis Padres, por todos sus esfuerzos y apoyo incondicional.

A mi Esposa, por su preocupación, dedicación y sacrificio.

A mi Amiga Mercedes, por acompañarme siempre, hasta por los caminos más empedrados en el transcurso de nuestros estudios.

A mi Tutora, por la muestra de sacrificio, esmero, por dedicarme tantas horas de apoyo, por la confianza, sin la cual no se hubiera hecho realidad este estudio.

A Mingdalia por su colaboración, preocupación y apoyo.

A mis Compañeros de trabajo, por el apoyo brindado.

A todos los Compañeros de aula, por compartir estos seis años de formación.

A todos mis Amigos, compañeros que me ayudaron en la realización de esta investigación, a ellos muchas gracias.

A todos los Pacientes, especialistas, que con su ayuda, favorecieron al transcurso y resultado de este estudio.

A todos muchas gracias.

Lo modesto es comprender el conocimiento que podemos adquirir y emplear para ser cada día algo mejor, para fortalecer nuestras vidas en toda su magnitud.

Indice

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1 Referente Teóricos.	6
1.1 La psicología en el proceso salud enfermedad.....	6
1.2 Estilo de vida en el proceso salud enfermedad.	8
1.3 Personalidad y estilo de vida: cómo modificar el estilo de vida.....	9
1.4 Estilo de vida: un acercamiento a su definición.....	11
1.5 Estilo de Vida y su relación con las categorías Modo de Vida y Calida de Vida: Una aclaración necesaria.....	13
1.6 Enfermedad Cerebro Vascular su implicación psicológica.....	17
1.7 Factores de riesgo para la enfermedad cerebro vascular: clasificación y síntomas.....	19
1.8 Estilo de vida y problemas cerebro vasculares.....	22
Capitulo 2. Diseño Metodológico.....	24
2.1 Justificación del problema de investigación.....	24
2.2 Caracterización del contexto de investigación.....	24
2.3. Metodología Empleada.....	25
2.3.1 Métodos empleados.....	25
2.3.2 Descripción de las técnicas utilizadas.....	26
2.3.3 Procedimiento.....	31
2.3.4 Muestra.....	32
Capítulo 3. Análisis y discusión de los resultados.....	34
3.1 Análisis individual por técnicas.....	34
3.1.1 Análisis de documentos (historia clínica).....	34

3.1.2 Análisis de la entrevista individual semiestructurada a los especialistas.....	36
3.1.3 Análisis de la entrevista individual semiestructurada a los pacientes.....	43
3.1.4 Análisis de la entrevista individual a los familiares.....	51
3.1.5 Análisis de la observación participante.....	55
3.1.6 Análisis de los resultados del cuestionario de estilo de vida.....	60
3.2 Estilo de vida en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares después del primer episodio de accidente cerebro vascular.....	69
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	74
Bibliografía referenciada	75
Bibliografía consultada	77
Anexos.....	81

Introducción

Introducción

La Psicología de la Salud es el área de la psicología contemporánea que se encarga del estudio científico de los factores psicológicos de la salud (bienestar) y enfermedad, en términos de evaluación, prevención e intervención. (Morales 1999).

El proceso salud - enfermedad, ha constituido a través de los siglos un tema de preocupación social, del cual derivan múltiples interrogantes. En la actualidad con el desarrollo científico-técnico alcanzado se les ha dado solución a varias de estas cuestiones y al unísono han surgido nuevas, apareciendo áreas investigativas novedosas que coinciden en la idea de contemplar al ser humano como una integridad bio-psico-social y donde el bienestar psicológico es un elemento esencial. (Morales, 1999).

La Psicología de la Salud permite responder a los problemas que en esta área enfrenta el psicólogo, contribuyendo a la atención de los pacientes desde una concepción de interdisciplinariedad en la prevención y rehabilitación de la enfermedad.

En este sentido, constituye una de las disciplinas de las Ciencias Psicológicas que puede ofrecer importantes contribuciones en el área de la salud por su utilización para el estudio de un considerable grupo de trastornos que afectan al individuo.

Sus puntos de vista y diferentes enfoques han constituido una forma alternativa de estudio de la actividad psíquica y las irregularidades de las propias alteraciones; contribuyendo al esclarecimiento de aspectos esenciales para la prevención, el diagnóstico y la rehabilitación de diferentes enfermedades. (Núñez de Villavicencio, 2001).

La aparición de un proceso patológico toma, en diferentes proporciones, los niveles biológico, psicológico y social, sobre todo cuando se trata de anomalías del cerebro, que pueden ocasionar lamentables secuelas en la vida futura del hombre. (Álvarez, 2001).

Los accidentes cerebro-vasculares (ACV), son el evento que marca el inicio de la patología cerebro vascular. Esta enfermedad (ECV) daña en mayor proporción biológicamente al individuo, pero las limitaciones que imponen afecta psíquica y socialmente a quien las padece.

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) definidas por la OMS como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular; ocupan el primer lugar por frecuencia y urgencia entre todas las afecciones neurológicas, constituyendo la tercera causa de muerte en Cuba y primera causa de discapacidad en el mundo.

Del 50 al 70% de los sobre-vivientes de un accidente cerebrovascular recupera su independencia funcional. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en 2010 murieron en el mundo 5,7 millones de personas por accidente cerebro vascular. (Goldstein, 2010).

Se calcula que el primer episodio de Accidente Cerebro Vascular (ACV) ocurre en 200 por 100.000 habitantes por año, con una prevalencia que oscila entre 5-12 por 1.000 habitantes, siendo el tipo hemorrágico el más frecuente en la población joven y el isquémico en la población de edad avanzada y está ligada a factores de riesgo tanto genéticos como psicosociales . También se ha comprobado que en los dos primeros años de ocurrido el primer evento cerebro vascular existen una alta posibilidad de que repitan con mayor intensidad si no se ejerce control sobre aquellos factores de riesgo. (Goldstein, 2009).

Entre los factores de riesgo imposibles de modificar figuran la edad, el género, la raza/etnicidad, y un historial de accidentes cerebro vascular en la familia. En cambio, otros factores de riesgo de accidente cerebro vascular, tales como la hipertensión o hábitos tóxicos como el uso de cigarrillos entre otros; pueden ser modificados o controlados por la persona sometida a dicho riesgo. (Sacco, 2009).

Las nuevas directrices de la American Heart Association y de la American Stroke, plantean que un estilo de vida saludable puede reducir el riesgo de un primer accidente cerebro vascular en ochenta por ciento.

El estilo de vida sugiere patrones de conductas que son beneficiosos o perjudiciales en el paciente con accidentes cerebrovasculares. (American Stroke, 2010); por tanto resulta claro y evidente que si estos pacientes mejoran o modifican sus estilos de vida van a mejorar su estado de salud y así reducen la probabilidad de la ocurrencia de estos eventos traumáticos.

Los aspectos que se definen, como los factores emocionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además las historias biológicas han sido identificados como componentes de la conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo que establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, en la promoción de salud resulta un reto. (American Heart Association, 2010).

Es un mito que el accidente cerebro vascular ocurre sólo en los adultos. Esta enfermedad involucra a todos los grupos etáreos, aunque predomina en las edades medias y avanzadas de la vida. Se conoce que cada 53 segundos ocurre un evento cerebro vascular y cada 3.3 minutos muere una de éstas personas. (American Stroke, 2010).

La incidencia de estas enfermedades aumenta con la edad, por eso, aunque la mortalidad por esta causa haya disminuido, el envejecimiento creciente de la población determina que la prevalencia de este padecimiento y su carga social no disminuyan.

Durante los últimos años el porcentaje de mortalidad que afecta a los adultos mayores tiene una tendencia a disminuir, al parecer por la modificación de los factores de riesgo controlables los cuales pueden influir en la historia natural de la enfermedad.

Un estilo de vida saludable, que incluye no fumar, mantener un peso saludable, hacer ejercicio y llevar una dieta rica en frutas y verduras, tiene los mayores efectos sobre la prevención del accidente cerebro vascular, aseguró (Goldstein, 2009).

De esta forma el estudio que se presenta resulta pertinente, porque aportar valiosas generalizaciones (teóricas y prácticas) en relación con el estilo de vida como factor de riesgo psicológico de estos trastornos.

Por estas razones se plantea como problema científico:

¿Qué características presentan los estilos de vida en pacientes con enfermedades cerebro vascular después del primer episodio de accidente cerebro vascular de la Sala de Rehabilitación de Jatibonico?

Objetivo General:

- Caracterizar el estilo de vida en los pacientes con enfermedad cerebro vascular después del primer episodio de accidente cerebro vascular de la sala de rehabilitación de Jatibonico.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la muestra según edad, sexo y tipo de accidente cerebro vascular.
- Identificar los componentes que estructuran al estilo de vida de los pacientes.
- Describir el estilo de vida en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares.

Desde el punto de vista teórico el presente estudio genera información comprensible y necesaria para posteriores estudios en esta temática puesto que no existen antecedentes de los mismos; además constituye un aporte práctico asistencial para el diseño de un programa de atención multidisciplinaria al paciente con ECV, atendiendo a la incidencia de esta patología en edades más tempranas y su relación con el estilo de vida.

Esta investigación ha sido configurada siguiendo los pasos lógicos necesarios para el desarrollo de la misma; cuenta con tres capítulos:

El primero se encarga del estudio de todos los referentes teóricos que nos brinda la Psicología de la Salud, que sirve de argumento y respaldo a nuestra investigación; partiendo de la importancia de los factores psicológicos en el proceso salud –enfermedad, específicamente del estilo de vida haciendo un análisis que propicia aportes teóricos.

Sentando las bases en una metodología mixta, el segundo capítulo describe de manera detallada los procedimientos y métodos que se emplearon en el transcurso de la investigación.

Para la obtención de la información y su contrastación aplicamos la revisión de documentos, entrevista semiestructuradas, cuestionario sobre estilo de vida y la observación participante, se efectuó la triangulación de estas técnicas que nos permitió interpretar las verbalizaciones de los sujetos facilitando la legitimación y la flexibilidad para el análisis de los resultados.

En el último capítulo se realiza el análisis de cada método empleado, ofreciéndose los resultados obtenidos por categorías.

Considerando como principal aporte de nuestra investigación sus resultados, finalmente arribamos a las conclusiones y recomendaciones las que están estrechamente relacionadas y constituyen puntos de partida para futuras investigaciones.

Capítulo 1

Capítulo 1: Referentes Teóricos.

1.1 La psicología en el proceso salud enfermedad.

En el análisis de los factores de riesgo de una enfermedad, no influyen sólo variables fisiológicas sino también psicológicas. La Psicología de la Salud ha sido la encargada de brindar una visión holística y multidisciplinaria de este problema, aunque la interpretación de la relación entre las variables psicológicas salud – enfermedad, ha estado marcada por los debates clásicos que aún subsisten como una necesidad del desarrollo de la Psicología de la Salud y también por las insuficiencias metodológicas. (Morales, 1999).

Desde la fundación de la psicología como ciencia y profesión, el tema de la salud ha sido una prioridad. Debido a los avances de la ciencia psicológica, se ha logrado conocer más en detalle el papel que las cogniciones, emociones y respuestas motoras desempeñan en la salud y en las enfermedades humanas. (Morales, 1999).

En la actualidad se sabe que todo lo que la persona piensa, dice y hace tiene un impacto significativo en su nivel de bienestar y salud. Los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la auto eficacia, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, la práctica de ejercicio físico, la calidad del sueño, el sentido de humor, los pasatiempos, las actividades culturales, etc., tienen un impacto significativo en el bienestar, la salud y la calidad de vida del hombre. (Goldstein, 2010)

Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, la tendencia a reaccionar con ira y coraje, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo, vivir un estilo de vida estresante, entre otros, contribuyen a la pérdida de la salud. (Sacco, 2010).

Consideraciones de Morales Calatayud, plantean que para la aparición de la enfermedad y los comportamientos relativos a ella, generalmente convergen tres factores: el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas, entendidas estas como acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad y reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas y un factor emocional que se refiere a los sentimientos negativos que pueden o no estar subyacentes en la conducta instrumental relacionados con la propia enfermedad como: el pesimismo o los pensamientos hipocondríacos.

Por esto se considera como factor de riesgo para una enfermedad, de acuerdo con Backett, Davies y Petró-s-Barvasián (1986), a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente.

Debe especificarse que de manera general según el doctor Morales existen elementos parciales que indicarían que una persona se halla en un riesgo mayor a enfermar:

Su estilo de vida incluye comportamientos habituales nocivos para la salud y el ambiente social refuerza estos comportamientos o al menos no posibilita que se disminuyan o erradiquen.

En su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que lo obligan a utilizar esfuerzos adaptativos.

Dispone de menos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos.

Su patrón habitual de comportamiento se orienta preferentemente hacia la persecución de metas diversas, a la hostilidad y competitividad.

La estructura de sus creencias de salud lo hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de salud, o percibir barreras para la atención de salud.

Dispone de pocos recursos de apoyo social.

Está insertado en un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en desarrollo de la enfermedad.

De esta forma el análisis de estos factores psicológicos no pretende ser unilateral y no refuta la existencia de factores fisiológicos que se hallan de base para la aparición de una enfermedad, sino que, pretende brindar una visión holística del hombre para lograr una mejor calidad de vida.

1.2 Estilo de vida en el proceso salud enfermedad.

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existentes entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud – enfermedad.

El estilo de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de las personas tiene un efecto importante en su salud y además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con hábitos inadecuados. (Morales, 2005).

Los estilos de vida reflejan el comportamiento del individuo en su contexto social, su especificidad psicológica y la realización de su actividad vital, tiene carácter activo y esta regulado por la personalidad, abarca los hábitos y la realización personal en todas las esferas del hombre, el área laboral, la cultura sanitaria, actividad cultural y sociopolítica, así como las relaciones sexuales, se componen de la suma de las decisiones individuales y ambientales que afectan a la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control. (Morales, 2005).

Cuando los estilos de vida son desfavorables para la salud crean riesgos originados por el propio individuo, si ese riesgo contribuye a enfermedades o muertes se puede afirmar que el estilo de vida favorece o provoca su propia

enfermedad y son identificados como factores psicológicos de peso para el estado de salud de la población. (I. Vives, 2005).

Al hablar de estilo de vida saludable, se hace referencia a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermedad, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueños y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol, una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo del tiempo libre. (I. Vives, 2005).

Un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tiene los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ellos, sin embargo en ciertos ambientes y condiciones de vida, ciertos compartimientos no saludables son inevitables, Ej.: personas con bajos ingresos personales tienen una nutrición deficiente. (Núñez de Villavicencio, 2001).

Teniendo en cuenta esta información resulta indudable para este investigador la responsabilidad del individuo para con su estado de salud, pues en el proceso salud – enfermedad el estilo de vida (los comportamientos que adoptan los pacientes) comprometen dicho proceso, desatando el debut de una patología y /o obstaculizando su rehabilitación.

1.3 Personalidad y estilo de vida: cómo modificar el estilo de vida.

La Personalidad como sistema psicológico plurideterminado; constituye un mecanismo regulador de la psiquis y director del comportamiento, en el cual se otorga sentido, se determina el grado de autonomía, se bloquea o evoca la información, se orienta la conducta, se jerarquizan motivos y se determinan el peso específico o racional de la valoración, la autovaloración y la toma de decisiones. (Núñez de Villavicencio, 2001).

Esta actividad resultante de la dirección y regulación de la actividad psíquica que ejerce, al exteriorizarse y adjetivizarse, de forma socializada, vital y sistemática para el sujeto, es la que denominamos estilo de vida, no así la circunstancial o

causal. Precisamente, por esta característica de ser vital para el individuo, no puede ser modificada de forma fácil. Además, por ser sistemática se repite muchas veces en el tiempo, por lo que su probabilidad de incidir sobre el equilibrio salud enfermedad es muy alta, sea de forma negativa o positiva. (Núñez de Villavicencio, 2001).

El estilo de vida es un aspecto de la actividad diaria de la persona que indican la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad con una serie de variables que influyen en el proceso salud enfermedad dado por regulaciones volitivas que determinan las formas de satisfacción de las necesidades básicas en dependencia de los temores, conflictos, frustraciones, sentimientos, motivos, autovaloración, sexo, edad, ocupación, escolaridad, actitudes, prejuicios, criterios, e imagen del mundo que tiene el individuo. (González García, 2004).

El estilo de vida como unidad de lo social y lo individual, es concebido como la realización en el plano de la actividad diaria del individuo, de su estilo de regulación psíquica, o lo que es lo mismo: la actividad que la personalidad realizada en la práctica social cotidiana en la solución de sus necesidades. (Núñez de Villavicencio, 2001).

Los estilos de vida reflejan el comportamiento del individuo en su contexto social, su especificidad psicológica y realización de su actividad vital, tiene carácter activo y está regulado por la personalidad, abarca los hábitos y realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, cultural sanitaria, actividad cultural política, así como las relaciones sexuales. Se componen de la integración de las decisiones individuales y ambientales que afectan a la salud y sobre las cuales se pueden ejercer cierto grado de control. (Morales Calatayud, 2005).

La interpretación puramente biomédica del estilo de vida eclipsa el análisis de los factores de contexto. En este sentido es muy válida la idea de que un estilo de vida saludable puede ser adaptado, si se tienen los conocimientos, la oportunidad, y la voluntad para ello. En algunos ambientes, ciertos comportamientos no

saludables son inevitables. Para la psicología resulta importante comprender estos hechos, ya que le corresponde esclarecer la relación entre el ambiente y los comportamientos, buscar medios para prevenir la adopción de aquellos que tienen potencialmente un efecto negativo sobre la salud, así como para modificarlos en las personas que los practican. Pero, no se puede perder de vista la importancia de identificar en el ambiente los determinantes de estos comportamientos. (Morales Calatayud, 2005).

Según Villavicencio esta relación del estilo de vida con la personalidad es imprescindible para entender que: cuando se le dice a un individuo que cambie sus hábitos como la adicción al alcohol, al cigarro o la comida, no se va a cambiar el comportamiento; se le está pidiendo que haga algo que para él no tiene sentido, que deje de hacer lo que le da placer y le calme el estrés momentáneamente. Es enfrentar un deseo con sentido personal, reforzado por un condicionamiento, contra una valoración externa y ajena; pues el no puede tomar conciencia de las causas de su conducta, de sus verdaderos motivos para fumar, ni de los mecanismos de su personalidad que le impiden hacer una correcta valoración de sus problemas y de sus posibilidades para enfrentarlos. En realidad, se le está pidiendo que reajuste su personalidad para que pueda mejorar su estilo de vida, lo que constituye una tarea muy compleja que debe enfrentar la psicología como miembro del colectivo de las ciencias de la salud. (Núñez de Villavicencio, 2001).

En correspondencia con los postulados anteriores este autor refiere la aprobación de lo mismos en la comprensión del tema de la modificación de los estilos de vida riesgos y la resistencia que los pacientes hacen a esta necesidad de cambio, declarando la importancia del análisis multidisciplinario en la atención a estos pacientes y en la que la ciencia psicológica enfrenta una tarea vital en el proceso de rehabilitación, abordando a la personalidad como sistema regulador y autorregulador del comportamiento individual. El entendimiento psicológico sobre los estilos de vida de las personas contribuye a responder las interrogantes de por qué es difícil su modificación y por qué sería necesario modificarlos en pos del bienestar individual, si son comportamientos voluntarios.

1.4 Estilo de vida: un acercamiento a su definición.

El estilo de vida según Pérez Lovelle es un modo de vida individual y esa individualidad como tal posee una serie de características entre las cuales la más importante consiste en su carácter activo. Esa actividad del ser humano esta regulado por una instancia que a la vez, es el producto de la materia más altamente organizada, el cerebro del hombre y es el producto de la asimilación individual de la experiencia cultural del género humano. (Pérez Lovelle, 1987).

El doctor Morales Calatayud en 1999 define por estilo de vida: al conjunto de comportamientos que el individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad.

Según Villavicencio 2001 el estilo de vida es: el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que lo puede llevar a mantener la salud o colocarse en situaciones de riesgo para la enfermedad, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida familiar, sexual etc.

Existen otras concepciones que definen al estilo de vida desde una perspectiva de la personalidad de lo sujetos, especificando que el estilo se vida se compone de sistema de actividades, sistemas de roles, sistema de comunicaciones y auto realización personal.

Según el propósito de esta investigación se coincide con la propuesta que brinda el doctor Morales Calatayud en el 2005 cuando redefine al estilo de vida enunciado que este: Refleja el comportamiento del individuo en su contexto social, su especificidad psicológica y realización de su actividad vital, tiene carácter activo y está regulado por la personalidad, abarca los hábitos y realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, cultural sanitaria, actividad cultural política, así como las relaciones sexuales. Se

componen de la integración de las decisiones individuales y ambientales que afectan a la salud y sobre las cuales se pueden ejercer cierto grado de control.

El estilo de vida conforma una categoría psicológica que ha sido relacionada en múltiples ocasiones con otras, con las establece estrecha relación pero, de las que también se diferencia. Desde la plataforma teórica de este estudio el investigador interpreta a estilo de vida como: la forma en que el individuo protagoniza el dilema salud enfermedad, es decir, todo los comportamientos (hábitos) que potencian o comprometen su salud.

1.5 Estilo de Vida y su relación con las categorías Modo de Vida y Calida de Vida: Una aclaración necesaria.

¿Qué es Estilo de Vida?

Es la categoría psicológica que define el comportamiento del individuo en su contexto social, su especificidad psicológica y realización de su actividad vital, tiene carácter activo y está regulado por la personalidad, abarca los hábitos y realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, cultural sanitaria, actividad cultural política, así como las relaciones sexuales. Se componen de la integración de las decisiones individuales y ambientales que afectan a la salud y sobre las cuales se pueden ejercer cierto grado de control. (Morales Calatayud, 2005).

Para su estudio se hace necesario referir a las subcategorías o variables que integran o definen al estilo de vida como categoría psicológica en el estudio de los factores modificables en el proceso salud enfermedad; así pues, esta investigación pretende hacer un estudio del estilo de vida en correspondencia con la definición dada por Morales Calatayud en el 2005, mediante la cual se permite entender como comportamientos que define al estilo de vida riesgo o no, los siguientes:

- Hábitos alimenticios.
- Empleo del tiempo libre.
- Actividades físicas.

- Hábitos tóxicos.
- Estabilidad emocional
- Sexualidad.

Existe coincidencia en los criterios científicos sobre los comportamientos que conforman las variables para el estudio del estilo de vida, pues el doctor en Psicología Dionisio Pérez Saldivar (2003), plantea que existen diferentes comportamientos que caracterizan el estilo de vida de una persona y que de presentarse ponen en riesgo la salud, entre ellos se encuentran:

Nutrición inadecuada: Los malos hábitos alimenticios provocan trastornos endocrinos, se citan por ejemplo los exceso de grasa y sal la falta de horarios fijos para la alimentación. La nutrición inadecuada comprende como factor de riesgo las faltas de correspondencia entre ingreso y gasto, una organización inadecuada de alimentos.

La obesidad: Estado en el que se acumula el exceso de grasa en el organismo, los factores de riesgo a esta afección se encuentran: la nutrición inadecuada, sedentarismo, uso de fármacos u hormonas.

El tabaquismo: consumo perjudicial a la salud por ser una sustancia tóxica de efectos desapercibidos para quien lo consume.

También plantea este autor que existen un conjunto de comportamientos favorables a la salud:

Actividad física regular:

Prácticas nutricionales adecuadas.

Reducción del consumo de sustancias tóxicas.

Distribución saludable del tiempo libre.

Resulta indudable que estos comportamientos favorecen la salud y con ello la calidad de vida del individuo, es por eso que con frecuencia se aprecian referencias que tratan al estilo de vida como una categoría psicológica estrechamente relacionada con modo de vida y calidad de vida, para esclarecer la

postura del autor de esta investigación al respecto se establece a continuación la relación entre ellas.

¿Qué es Modo de vida?:

Modo de vida: Designa el objetivo de la actividad vital socializada y sistemática que realizan los hombres en distintos niveles de interacción grupal y social Ej.: trabajar, aprender etc. (Pérez Lovelle, 1987).

El modo de vida es la expresión en la actitud colectiva de los hombres y en la conciencia social de la estructura económico-social y del grado de desarrollo de la cultura en cada época histórica. (Villavicencio, 2001).

El modo de vida se transforma cuando cambian las condiciones de vida que en última instancia está determinado por el cambio en el modo de producción. (Villavicencio, 2001)

En el nivel individual la actividad sistemática del hombre se modela de forma diferente, se nutre del modo de vida familiar y social, pero se condiciona por la personalidad del individuo y por ello se llama estilo de vida. (Núñez de Villavicencio, 2001)

¿Qué es Calidad de vida?:

El concepto de calidad de vida ha estado relacionado históricamente con el de «felicidad», y éste a su vez con el de «virtud» y «bienestar» (Bradburn, 1969; Fordyce, 1988; Marías, 1989; García-Riafó, 1991; Strack, Argyle y Schwarz, 1991; Argyle, 1992; Nordenfelt, 1993; Diener, 1994). Griffin (1986) considera el nivel de «bienestar» como aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas, mientras que Veenhoven (1991) define la satisfacción vital como el grado en el que un individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo.

La proliferación de términos para describir qué entendemos por calidad de vida, así como la utilización masiva de dicho concepto, hace difícil que los autores se pongan de acuerdo a la hora de proponer una definición.

En este sentido, hay autores que proponen «sustituir» el concepto de calidad de vida por otros (Kaplan y Bush, 1982; Gafni, Birch y Mehtez, 1993). Mientras que otros definen la calidad de vida atendiendo únicamente al ámbito de la salud y entienden que aquella es: el valor asignado a la duración de la vida en la medida en que puede ser modificada por los deterioros, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son influenciados por la enfermedad, las lesiones, los tratamientos o la política (Patrick y Erickson, 1993a, b). Otras definiciones tienen un carácter más genérico e integrador. En este sentido, para Levi y Anderson (1980,) la calidad de vida se da:

- Una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros.

Más recientemente, Brengelmann (1986) entiende por calidad de vida:

“cosas como disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si éste consiste en valores materiales o ideales”. Blanco y Chacón (1985), Bobes y colaboradores (1993), Bobes, González y Pedregal (1993), Bousoño y colaboradores (1993), González y colaboradores (1993) y Fernández-Ríos (1994).

Por lo tanto según estos autores, en cualquier definición de calidad de vida se debería incluir alguno(s) de los siguientes aspectos:

- 1) Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional.
- 2) El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital.
- 3) Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspecto subjetivo).

4) La satisfacción derivada de las condiciones materiales reales y concretas y psicológicas de las personas.

5) La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma subjetivamente satisfactoria.

6) La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Resulta pertinente hacer la aclaración de que no es objetivo de este estudio, adentrarse en estas cuestiones teóricas que en diferentes contextos establecen diferenciaciones y/o similitudes entre estas categorías que parecen no establecer límites entre ellas.

No obstante siguiendo los conceptos del doctor Calatayud se define para esta investigación que: el modo de vida esta más vinculado a las posibilidades o factores de orden socioeconómicos, o sea la posibilidad de adquisición de recursos que en la medida en que se obtengan influyen en el desarrollo de un estilo de vida específico, y ambos en su subjetivación matizan la calidad de vida del individuo en la vivencia o no de bienestar.

1.6 Enfermedad Cerebro Vascular su implicación psicológica

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son definidas por la OMS como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular; ocupan el primer lugar por frecuencia y urgencia entre todas las afecciones neurológicas, constituyendo la tercera causa de muerte en Cuba desde 1970 y primera causa de discapacidad en el mundo.

Las ECV se clasifican según el tipo de evento neurológico que aparece como el síntoma más grave de la misma por el daño que produce en la capacidad funcional del individuo, estos eventos son los más frecuentes y se conocen como accidentes cerebrovasculares o Ictus. (Fernández, 2000).

El ACV se define como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas neurológicos que bien pueden ser focales (como ocurre en la mayoría de los casos) o difusos (como sucede por ejemplo en la hemorragia subaracnoidea donde lo único que hay es un compromiso de conciencia. (Goldstein, 2010).

Es importante realizar una diferenciación entre los términos enfermedad cerebro vascular y accidente cerebro vascular ya que el primero se refiere a todo el proceso que afecta la parte de la vasculatura cerebral y al tejido cerebral que irriga, desde mucho antes de las manifestaciones clínicas, cuando se inicia el proceso trombótico o de daño endotelial, mientras que el término accidente cerebro vascular se refiere al ictus o evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, causado por una oclusión súbita de un vaso de origen trombótico o embólico (*isquémico*) o por una hemorragia intraparenquimatosa, subaracnoidea o intraventricular, de origen aneurismático, hipertensivo o secundario a un tumor o malformación arteriovenosa (*hemorrágico*). (Álvarez, 2001).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en 2010 murieron en el mundo 17,5 millones de personas a causa de enfermedades vasculares y de ellas 5,7 millones por ACV.

Los ictus isquémicos representan una causa importante de morbilidad hospitalaria. La variabilidad clínica de esta enfermedad y su frecuente evidencia morfológica en las necropsias motivaron el estudio de la concordancia clínico patológico en dos instituciones de la atención secundaria, los hospitales Dr. Gustavo Aldereguía Lima y Camilo Cienfuegos, en las provincias de Cienfuegos y Sancti Spíritus, en Cuba. En ambos centros se exhiben indicadores de necropsia superiores al 80% fundamentalmente en pacientes mayores de 60. (Gómez, 2007).

Las personas mayores de 65 años también tienen un riesgo siete veces mayor de morir de un accidente cerebrovascular que la población en general. Y la incidencia

del accidente cerebrovascular está aumentando proporcionalmente con el incremento de la población de edad avanzada. (Goldstein, 2010).

El género o sexo de la persona también contribuyen al factor de riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular; sin embargo, un mayor número de mujeres mueren debido a accidentes cerebro vasculares. El riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular entre los hombres es 1.25 veces sobre el de las mujeres. Pero los hombres no viven tanto como las mujeres, por lo que los hombres son usualmente más jóvenes cuando sufren un accidente cerebrovascular y, por tanto, tienen una tasa de supervivencia más elevada que las mujeres. En otras palabras, aún cuando las mujeres sufren menos accidentes cerebrovasculares que los hombres, las mujeres son por lo general más viejas cuando sufren estos accidentes cerebrovasculares y son más susceptibles de morir debido a los mismos. (Sacco, 2010).

1.7 Factores de riesgo para la enfermedad cerebro vascular: clasificación y síntomas.

Según la OMS un estilo de vida saludable, que incluye no fumar, mantener un peso saludable, hacer ejercicio y llevar una dieta rica en frutas y verduras, tiene los mayores efectos sobre la prevención del accidente cerebrovascular.

Se calcula que el primer episodio de Accidente Cerebro vascular (ACV) ocurre en 200 por 100.000 habitantes por año, con una prevalencia que oscila entre 5-12 por 1.000 habitantes, siendo el tipo hemorrágico el más frecuente en la población joven y el isquémico en la población de edad avanzada y está ligada a factores de riesgo tanto genéticos como psicosociales. También se ha comprobado que en los dos primeros años de ocurrido el primer evento cerebro vascular existen una alta posibilidad de que repitan con mayor intensidad si no se ejerce control sobre aquellos factores de riesgo. (Goldstein, 2009).

Entre los factores de riesgo imposibles de modificar figuran la edad, el género, la raza/etnicidad, y un historial de accidentes cerebro vascular en la familia. En cambio, otros factores de riesgo de accidente cerebro vascular, tales como la hipertensión o hábitos tóxicos como el uso de cigarrillos y el alcohol entre otros; pueden ser modificados o controlados por la persona sometida a dicho riesgo. (Sacco, 2010).

Se plantea por las nuevas directrices de la American Heart Association y de la American Stroke, mantener que un estilo de vida saludable puede reducir el riesgo de un primer accidente cerebro vascular en 80%.

.En correspondencia con lo antes expuesto el autor de este estudio declara que el estilo de vida aparece nuevamente como un factor de riesgo controlable en la aparición y rehabilitación de la ECV. Los hábitos inadecuados de alimentación, esparcimiento y de consumo de sustancias tóxicas, así como el control emocional entre otros, conforman los factores psicosociales que intervienen en el proceso de salud enfermedad y son los indicadores a tener en cuenta para el análisis a efectuar.

Clasificación de la E.C.V:

1. Asintomático.
2. Focal.
3. Ataque transitorio isquémico.
4. Encefalopatía hipertensiva.
5. Demencia vascular.
6. Accidentes cerebro vascular.

Tipos de ACV

- Aneurisma cerebral: Dilatación de los vasos sanguíneos.
- Trombosis cerebral: Desprendimiento de un trombo que pasa a la sangre y puede provocar que afecte el flujo sanguíneo.

- Trombolismo por arteriosclerosis: Acumulación de grasa en las arterias.
- Ataques isquémicos transitorios: Son trombosis que afectan a las personas durante el sueño.
- Embolia cerebral: trastorno cerebro vascular que se produce por cambios en el medio.
- Hemorragias cerebrales: Se asocian a las anteriores y con los traumatismos craneales por golpes.

El ataque isquémico y la hemorragia constituyen los ACV que más daño produce desde el punto de vista psicológico pues comprometen la motricidad del paciente y en ocasiones producen laceraciones en su estado de conciencia, dificultando su desempeño cotidiano. (Benavides, 2007).

Síntomas:

Lo característico es la afectación de un área determinada, que puede conllevar desde afasias hasta un déficit motor o sensitivo. El compromiso vascular puede ser causado por obstrucción o disminución del flujo sanguíneo resultando desde una isquemia hasta el infarto cerebral, o bien, por ruptura de la arteria dando origen a una hemorragia. (Benavides, 2007).

Parálisis o adormecimiento repentinos de un lado del cuerpo (cara, brazo o pierna), falta de coordinación al caminar, problemas imprevistos para hablar o entender, confusión súbita, disminución de la visión de uno o los dos ojos, dolor de cabeza súbito y muy fuerte, son síntomas de alerta.(Sacco, 2010).

Todos los síntomas del accidente cerebrovascular aparecen repentinamente y a menudo hay más de un síntoma al mismo tiempo. Por lo tanto, el accidente cerebrovascular puede distinguirse de otras causas de mareos o dolores de cabeza. Los siguientes síntomas pueden indicar que ha ocurrido un accidente cerebrovascular y que se necesita inmediata atención médica:(Sacco, 2010).

- Alteración del estado de conciencia: estupor, coma, confusión, agitación, convulsiones.
- Falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo, sensación de adormecimiento, incoordinación facial o asimetría, debilidad, parálisis o pérdida sensorial.
- Confusión repentina, o problema al hablar o comprender lo que se habla, afasia, disartria o otras alteraciones cognitivas.
- Problema repentino en ver por uno o por ambos ojos, pérdida parcial de la visión de campos visuales.
- Problema repentino al caminar, mareos, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.
- En situaciones más severas existe la pérdida de control de esfínteres.
- Vértigo, diplopía (visión doble), hipoacusia (disminución de la audición), náuseas, vómito, pérdida del equilibrio, fotofobia y fonofobia.

Se entiende así, la repercusión psicológica que genera la aparición de un ECV, pues, compromete la capacidad adaptativa de los pacientes a los cambios que implica vivir con una ECV.

Para la recuperación y rehabilitación del paciente resulta de vital importancia la modificación de los factores controlables en un proceso patológico y disminuir así el riesgo a repetir el accidente modificando el estilo de vida.

1.8 Estilo de vida y problemas cerebro vasculares.

Los accidentes cerebro vasculares constituyen una de las primeras causas de mortalidad y discapacidades en Cuba y en el mundo. Desde la Psicología de la Salud estos eventos adquieren relevancia para el estudio de problemas que impliquen la identificación y/o modificación de los factores psicológicos de riesgos para la aparición de los ACV. (Según OMS, 2009).

Los componentes que suelen evaluarse son los siguientes: competencia en la movilidad física, dolor, trastornos del sueño, miedo a la muerte, dolores de cabeza, variaciones en el humor, nivel de actividad laboral permitida, nivel de ansiedad, pérdida de control sobre el curso de la enfermedad, repercusiones sobre las relaciones de pareja, capacidad de afrontamiento de la patología (Revista Médica Cubana, 2009).

Evidentemente estarán de acuerdo con el autor en que el estilo de vida se muestra como un factor predisponente en la aparición del ECV, pero también como un factor psicológico relevante en la recuperación y rehabilitación de la independencia funcional de los individuos que la padecen.

El alcance psicológico y social que presenta la aparición de una ECV en la vida de un sujeto, compromete sus recursos adaptativos, de ahí la necesidad de conocer cuáles son sus estilos de vida y la pertinencia o no de estos para la restauración del estado de salud de estos pacientes.

Desde esta plataforma teórica la presente investigación se propone efectuar la caracterización de los estilos de vida de los pacientes con enfermedad cerebro vascular, después del primer episodio de accidente cerebro vascular de la sala de rehabilitación de Jatibonico, para comprender la relación entre esta categoría psicológica y el proceso salud enfermedad en el abordaje de un problema práctico: la relación entre el estilo de vida de los pacientes y el proceso terapéutico para una rehabilitación exitosa.

Capítulo 2

Capítulo 2: Diseño Metodológico

El capítulo que se presenta persigue mostrar la metodología en la cual se sustentan los procedimientos de esta investigación para caracterizar estilo de vida en pacientes con enfermedad cerebro vascular de la sala de rehabilitación de la comunidad de Jatibonico.

2.1 Justificación del problema de investigación.

En las investigaciones clínicas han sido tratadas en múltiples ocasiones los factores de riesgo en la aparición de una entidad, sin embargo no existen referencias en esta comunidad de estudios que aborden la exploración de aquellos factores psicológicos que intervienen en los procesos de rehabilitación de una enfermedad neurológica. La relación entre el estilo de vida de los individuos y su estado de salud ha sido demostrada en la extensa referenciación del capítulo anterior, lo que justifica la necesidad de caracterizar los mismos, en aquellos pacientes cuyo estilo de vida interfiere en el restablecimiento o mejoramiento de su salud.

Desde esta perspectiva se efectúa el estudio de los estilos de vida en pacientes con enfermedades cerebros vasculares después del primer episodio de accidente cerebro vascular de la sala de rehabilitación de Jatibonico, respondiendo al problema práctico de modificar hábitos inadecuados para el restablecimiento de su salud.

2.2 Caracterización del contexto de investigación.

La sala de rehabilitación de municipio de Jatibonico se encuentra ubicada en la calle Juan Manuel Feijoo entre El paseo José Martí y Avellaneda.

El estudio que se esta presentando se efectuó con los pacientes de la sala de rehabilitación de Jatibonico diagnosticados con ECV después del primer episodio de ACV.

2.3. Metodología Empleada.

Esta investigación se desarrolla desde los postulados de la metodología mixta con un estudio de diseño en paralelo, constituyendo una propuesta novedosa de investigación que pretende flexibilizar el análisis de los datos obtenidos respetando los principios de los enfoques cuantitativo y cualitativo, vinculándolos en un mismo estudio para responder al problema de investigación.

En correspondencia se emplean técnicas cualitativas y cuantitativas fundamentalmente la entrevista individual semiestructurada a los sujetos y a los informantes claves para la investigación (familia, especialistas y técnicos de rehabilitación), cuestionario y la observación participante siendo esta la técnica por excelencia de metodología cualitativa que permite conocer las propias reflexiones e interpretaciones que hacen los sujetos del fenómeno que vivencian y posibilita al investigador el desarrollo en consecuencia de esta investigación.

2.3.1 Métodos empleados.

Fueron utilizados los métodos del nivel teórico: históricos y lógicos, inductivo-deductivo y el análisis y la síntesis; además del método empírico, que será descrito a continuación.

Métodos empíricos:

El análisis de los documentos (Historia Clínica): Permite caracterizar la historia de salud de los pacientes, adquirir información sobre la etiología de la enfermedad, los síntomas.

La entrevista, en la búsqueda de información sobre comportamientos que generen un estilo de vida riesgo o no para el paciente en su proceso de recuperación y rehabilitación. Criterios sobre la enfermedad, preocupaciones por las limitaciones actuales y futuras, nivel de información que presentan los pacientes con respecto a su responsabilidad en el proceso salud - enfermedad.

La observación participante: favorece el establecimiento de la empatía con los

sujetos de la investigación así como permite la elaboración de la información y su interpretación por parte del investigador de forma más fidedigna.

La medición a través del cuestionario Guía para el Estudio del Estilo de Vida que permite identificar la presencia de un estilo de vida saludable o riesgo en los pacientes sujetos de la investigación.

Los métodos estadísticos:

Con el cálculo porcentual que cumplen una función relevante de tabular los resultados de investigación y conocer el porcentaje que representan con respecto a la muestra.

2.3.2 Descripción de las técnicas utilizadas.

∅ Análisis de documentos. (Historia Clínica):

El análisis de documentos constituye una técnica necesaria en las investigaciones clínicas, pues existe información relevante de los procesos de salud de los sujetos estudiados registrada en documentos como en la historia de salud o historia clínica.

La revisión de la historia clínica o de salud individuales de los pacientes, favorece la obtención de la información referida a la historia de salud anterior del paciente, su patología actual, así como los factores de riesgo predisponentes o desencadenantes de la patología, también contienen las indicaciones de las especialidades, pertinentes para la rehabilitación y protección del estado de salud del paciente.

La revisión de documento o análisis de documento permite al investigador trazarse la ruta lógica de su estudio que orienta su desempeño en el campo de investigación.

∅ Observación participante:

La observación participante permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce, además de enriquecer los datos registrados por otras técnicas aplicadas.

“La observación participante supone la interacción social entre el investigador y grupos sociales, donde su objetivo es recoger datos, de modo sistemático, a través de un contacto directo, su carácter flexible y abierto permite al investigador partir de algunas interrogantes generales como base para la recogida de datos, como tarea inicial para generar hipótesis de trabajo “ (I. Álvarez, 1997).

En el caso específico de esta investigación se mantuvo presente desde la entrada a la sala de rehabilitación, ya que facilita el vagabundeo de las diferentes áreas y la participación de los pacientes en diferentes escenarios de su cotidianidad, posibilita registros significativos que ayudan a corroborar información de las técnicas aplicadas y comprender las distintas interpretaciones que refieren los pacientes de su estado de salud. Por lo tanto, la observación participante la consideramos como, “un método interactivo que requiere una implicación del investigador en los acontecimientos o fenómenos que está observando. La implicación supone participar en la vida social y compartir las actividades fundamentales con las personas que forman parte de las organizaciones“(Rodríguez, Gil y García, 2000).

Mantuvimos una actitud orientada a facilitar que el propio fenómeno dirigiera nuestro pensamiento, en lugar de que este último determinará la manera de observar el fenómeno.

Esta técnica nos permitió captar elementos relevantes concernientes a comportamientos de los pacientes seleccionados para el estudio de las características de su estilo de vida, brindándonos un conocimiento de la dinámica de sus interacciones y sus interrelaciones con el contexto.

Para recoger los datos obtenidos en este contacto directo con las situaciones específicas se utilizan diferentes formas como: las notas de campo, donde se describe diferentes aspectos de una determinada situación, y los registros textuales de las conversaciones de los actores observados.

En la aplicación de las técnicas de recogida de datos, de manera general, se procuraron determinadas condiciones en función de lograr que la información

obtenida alcance la calidad necesaria para el desarrollo de una buena investigación.

Ø Entrevista Individual Semiestructurada.

La entrevista es una de las técnicas más utilizadas en todas las ramas de la Psicología y especialidades de la sociedad por ser uno de los medios más directos de llegar a los objetivos que se desean.

A diferencia de las entrevistas estructuradas la entrevista individual semiestructurada se desarrolla en una situación abierta, donde hay mayor flexibilidad, libertad. Aunque los propósitos de la investigación gobiernen las preguntas a formular, sus contenidos, declaración y secuencias están en las manos del entrevistador. (Cohen y Manon, García, Gil y Rodríguez, 1996).

En la situación de la entrevista en ningún momento nos alejamos de algunos elementos que sin ellos no podemos conseguir un clima de naturalidad y de libre expresión propio entre el entrevistador y el entrevistado. Estos elementos son:

1. No emitir juicios sobre la persona entrevistada
2. Permitir que la gente hable.
3. Realizar comprobaciones cruzadas.
4. Prestar atención.
5. Ser sensible.

Realizamos la entrevista con el objetivo de determinar los indicadores significativos que conllevan la instauración de un estilo de vida riesgo o saludables y su relación con los procesos patológicos.

La entrevista estuvo facilitada por un conjunto de temas que dieron la posibilidad de concebirla como, una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal.

Debemos puntualizar que en nuestro caso partimos de una amplia información registradas por el análisis de documentos y las observaciones participantes realizadas para enriquecer el proceso investigativo.

Tomamos como referente para lograr una adecuada conducción de las entrevistas, lo expresado por Fernando González Rey (1997) "... la subjetividad constituida en términos de personalidad es cognoscible solo a través de las expresiones del sujeto, en las cuales está contenida de forma parcial y en ocasiones deformada por la propias construcciones de este. En este sentido el proceso de construcción de la información del sujeto concreto es un proceso interpretativo que se apoya no solo en la información indirecta., lo general está contenido en las formas diferenciadas de expresión del sujeto por lo que su definición teórica responde a un complejo proceso de construcción “.

Para la ejecución de los temas nos apoyamos en los datos teóricos que refiere la clasificación de estilos de vida saludables o no y los indicadores que lo componen.

Se expondrán a continuación los aspectos abordados y que nos fueron de utilidad en la entrevista.

- Preguntas sobre hábitos alimenticios: para conocer preferencias nutricionales y percepción de riesgo de estos y el estado de salud.
- Preguntas sobre sistemas de actividades en el empleo del tiempo libre: teniendo en cuenta la importancia de la planificación de actividades recreativas sanas y de la instauración de estilos de vida favorables a la salud.
- Preguntas sobre hábitos tóxicos: frecuencias del consumo y tipos de sustancias.
- Preguntas sobre el control de las emociones ante situaciones tensas, teniendo en cuenta que el inicio de la enfermedad se instaura con las vivencias de un ACV que descompensa y compromete la capacidad funcional del paciente.
- Preguntas sobre sus condiciones físicas y sedentarismo, bienestar físico.

- Preguntas sobre las relaciones con la familia y el rol de esta en la recuperación del evento patológico, atendiendo a la condición del hombre como ser social y la interdependencia necesaria que se genera en la relación con los otros, sobre todo cuando está comprometida la salud.
- Preguntas sobre el proceso terapéutico y la atención multidisciplinaria, pues la tendencia es a la atención desde distintas especialidades, sin embargo los pacientes muchas veces perciben esta interdisciplinariedad como innecesaria, prefieren verse con el especialista de la patología.
- Preguntas sobre su compromiso y esfuerzo por mejorar su estado de salud, pues existe la tendencia a responsabilizar al otro.

Cuestionario Guía para el Estudio de Estilo de Vida

El mismo recoge áreas del estilo de vida, donde se muestran hábitos y características que lo hacen más vulnerables de padecer enfermedades.

Con el cuestionario de estilo de vida se trazan varias tareas:

- 1.- Describir el comportamiento de las diferentes áreas que conforman el estilo de vida del sujeto estudiado (bueno, regular y malo).
- 2.- Clasificar el sujeto según el estilo de vida (saludable, con riesgo, poco saludable y nada saludable).
- 3.- Describir el estado de salud del sujeto estudiado como (supuestamente sano, con riesgo, enfermo y con secuelas).
- 4.- Establecer relación entre el estilo de vida y el perfil salud- enfermedad del sujeto estudiado.

2.3.3 Procedimiento.

El acceso al campo de investigación estuvo precedido por la solicitud de autorización de la dirección del centro de rehabilitación así como de la aprobación de los especialistas y demás trabajadores que laboran o tratan directamente con los pacientes; explicándoles los objetivos de la investigación.

Una vez lograda la autorización se procede a la revisión de documentos con el análisis de la historia clínica de los pacientes enfocándonos en la historia de salud de los mismos, en el cuadro interno de la enfermedad, principales síntomas y secuelas, pronóstico e indicaciones médicas.

La aproximación a los pacientes se hizo estableciendo el rapport con el fin de lograr su consentimiento para el desarrollo del estudio.

Obtenida la aceptación de nuestra presencia en este contexto, se efectuó la entrevista individual semiestructurada a los especialistas, a los pacientes y familiares de estos, centrando nuestra atención en la información referida a los indicadores que conforman al estilo de vida como categoría psicológica importante en el proceso salud enfermedad y otros elementos dados por el personal especializado, que contribuyen a la fundamentación práctica de este estudio.

El acercamiento a la sala de rehabilitación se realiza empleando la observación participante durante todo el proceso, lo que permite la elaboración detallada de la información y una interpretación psicológica enriquecida por la participación del investigador en el escenario de acción de los sujetos en estudio.

Posteriormente se aplica el cuestionario de estilo de vida que permite la caracterización de estos como potenciadores de salud o de la enfermedad.

El análisis de los resultados se realiza identificando los indicadores enunciados en las historias de salud de los pacientes (Historia Clínica) como necesarias de modificación, posteriormente son corroboradas en el análisis de las entrevistas individuales y caracterizadas por el cuestionario de estilo de vida.

La información obtenida a través de la observación participante posibilita elaborar una descripción detallada y fidedigna de los escenarios de acción de los pacientes en los manifiestan sus estilos de vida.

Siendo consecuentes con los postulados teóricos metodológicos que sustenta el presente estudio, luego del análisis individual de la información obtenida en cada una de las técnicas siguiendo los principios del análisis de contenido, se realiza la triangulación de la información, en la discusión de los resultados que permite elaborar la respuesta al problema de investigación.

2.3.3 Muestra

Población: 38 pacientes en el área de salud del municipio, que ingresaron a la sala de rehabilitación con el diagnóstico de enfermedades cerebros vasculares de tipo hemorrágica o isquémica después de sufrir el primer episodio de accidente cerebro vascular.

Selección muestral: conformada por 15 pacientes seleccionados de forma intencional no probabilística.

Descripción de la muestra:

La muestra se compone de 15 pacientes de los cuales 6 son mujeres, con ACV hemorrágico, 4 menores de 65 años y 2 mayores de 65. El resto son hombres, 7 con ACV de tipo isquémico y 2 hemorrágico, de los cuales 6 son menores de 65 años y 3 mayores.

Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos, con un adecuado nivel de accesibilidad y disposición para participar en la investigación.
- Pacientes que han sufrido accidentes cerebros vasculares del tipo isquémico o hemorrágico.
- Pacientes ingresados en las fechas comprendidas en los meses de Diciembre 2010– Marzo 2011 o tiempo de evolución menor de un año.

Categorías de análisis:

Estilo de vida:

Definición conceptual: Los estilos de vida reflejan el comportamiento del individuo en su contexto social, su especificidad psicológica y realización de su actividad vital, tiene carácter activo y está regulado por la personalidad, abarca los hábitos y realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, cultural sanitaria, actividad cultural política, así como las relaciones sexuales. Se componen de la integración de las decisiones individuales y ambientales que afectan a la salud y sobre las cuales se pueden ejercer cierto grado de control. (Morales Calatayud, 2005).

Definición operacional: Comportamientos y hábitos que de instaurarse de manera inadecuada comprometen el estado de salud de los individuos hablamos de:

Hábitos alimenticios: preferencias por consumir alimentos que por su composición y/o elaboración resulta dañinos a la salud.

Hábitos tóxicos: consumo de sustancias con efectos tóxicos para el organismo (café, cigarro y/o alcohol).

Condiciones físicas: práctica de ejercicios físicos y control del sedentarismo.

Control emocional: mantenimiento del equilibrio emocional en la solución de problemas de la cotidianidad.

Relaciones sexuales: prácticas sexuales estables, protegidas y con preocupaciones sobre el desempeño.

Consideraciones éticas:

La investigación se rigió conforme a los principios éticos del psicólogo que abogan por un desempeño profesional de respeto al otro, de sensibilidad, de privacidad y exigencia de la voluntariedad en la participación en el proceso, así mismo por el cumplimiento de las normas que rigen el comportamiento con otros profesionales.

Capítulo 3

Capítulo 3: Análisis y discusión de los resultados.

3.1 Análisis individual por técnicas.

3.1.1 Análisis de documentos (historia clínica).

De los pacientes estudiados es significativa la incidencia de la enfermedad en el sexo masculino con relación al femenino, así como la prevalencia de la sintomatología en edades inferiores a 65 años. Estos resultados pueden constatarse en la distribución de la siguiente tabla.

Tabla de distribución de los pacientes según la edad y el sexo

Edad	Masculino	Femenino	%
35 -55 Años	1	2	20
56 -65 Años	5	2	47
Mas 65 Años	3	2	33
Total	9	6	

Fuente: historia clínica

El 47 % de la muestra corresponde al grupo de edad entre los 55-65 años, el 20% entre los 35-55 años y el 33% sobrepasa los 65 años de edad.

Corroborando lo planteado por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke de que es un mito la idea, que solo las personas mayores de 65 años son vulnerables a un ACV, los datos obtenidos expresan que a partir de los 55 años de edad, las probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular se duplican cada diez años, evidenciando la implicación de los estilos de vida como factor psicológico de riesgo controlable en el surgimiento de la patología. Así mismo resulta significativo el comportamiento de la enfermedad según el sexo, pues como se muestra a continuación existe una tendencia a que el sexo masculino sea más vulnerable que el femenino a padecer ACV de tipo isquémico.

Tabla de distribución de los pacientes por sexo y tipo de ACV.

Sexo	Isquémico	Hemorrágico	Total
Masculino	7	2	9
Femenino		6	6
%	47	53	15

Fuente: historia clínica

El 53 % de la muestra padeció ACV del tipo hemorrágico y el 47 % es isquémico significando que los pacientes que padecieron el ACV tipo hemorrágico son del sexo femenino, lo que contrastan con la información referida por la American Stroke Association acerca de que las mujeres son las más afectadas por este tipo de accidente neurológico.

Esta información contrasta con lo referido por la literatura al tratar el índice de mortalidad por esta causa, pues en el sexo femenino la enfermedad se presenta en edades más avanzadas disminuyendo la posibilidad de sobrevivir.

Es importante señalar que la mayoría de los pacientes estudiados el diagnóstico de ECV se produjo después del primer episodio de ACV del tipo hemorrágico o isquémico.

También se constató que el daño funcional producido por el evento de ACV desde el punto de vista psicológico presentan gran impacto en el estado emocional de los pacientes, pues limitan la independencia funcional de los mismos, provocando en ellos emociones de pesimismo, desconfianza en la recuperación y sentimientos de incapacidad o ideas de inutilidad, sobre todo cuando son sujetos en edad laboral.

La ira y la irritabilidad, aparecen como emociones predominantes en el cuadro interno de la enfermedad, reforzadas por las condiciones físicas que la enfermedad imponen en la actualidad, la obesidad y el sedentarismo dificultan el proceso de recuperación.

En el análisis efectuado en esta técnica es significativo que los pacientes presentan hábitos asociados a comportamientos dañinos para la salud que han sido instaurados a lo largo de la vida y que no se perciben como tal por los sujetos, sino que se comprenden como comportamientos normales y facilitadores de la adaptación que han hecho los pacientes a su contexto de interacciones.

Así pues, todos los pacientes estudiados fueron caracterizados con rasgos de personalidad temperamentales, fuertes, intempestivos con pocas habilidades en el control emocional, muy independientes y con hábitos alimenticios inadecuados, condiciones físicas de obesidad y bebedores habituales, conductas que definen un estilo de vida de riesgo para la salud del individuo.

También se obtienen datos que refieren la presencia de la hipertensión como factor etiológico en la aparición de la enfermedad y del ACV, alteración que también presenta en su génesis factores de riesgo controlables relacionados con el estilo de vida que asume cada sujeto.

La aparición del ECV esta asociada al desarrollo de estilos de vida desfavorables: consumo de alimentos ricos en grasa animal, de alcohol, baja percepción de riesgo de padecer la enfermedad, estados emocionales variables predominando la irritabilidad.

Por ende las orientaciones médicas insisten en la modificación de: hábitos alimenticios, evitar el sedentarismo, perder peso, no consumo de sustancias tóxicas y disminuir el efecto del estrés mediante el control emocional.

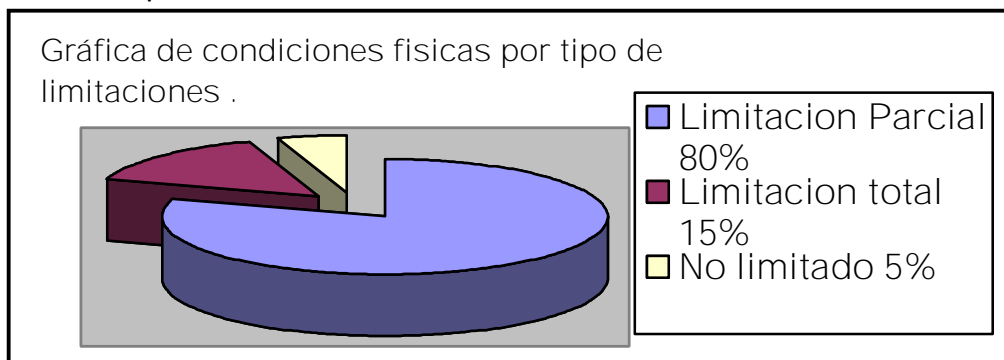
Lo que se interpreta como la necesidad de modificar los estilos de vida para potenciar el mejoramiento del estado de salud de los individuos.

3.1.2 Análisis de la entrevista individual semiestructurada a los especialistas.

La información obtenida en esta técnica permite el análisis de las expresiones dadas por los entrevistados sobre los indicadores que consideran importantes valorar y controlar en el estilo de vida de los pacientes para el restablecimiento de su salud.

Condiciones físicas:

Las condiciones físicas de los pacientes son las más afectadas por la ECV dado que el ACV deteriora en gran medida la independencia funcional. En la gráfica que se muestra a continuación se observa el comportamiento de este indicador según la limitación que causa el ACV.



Los entrevistados plantean que el 80 % de los sujetos presentan limitaciones parciales y el 15 % presentan limitación total, mientras que solo el 5% no presentan limitaciones que se requieran de la asistencia de otros para la ejecución de actividades.

Esta información demuestra la veracidad de los criterios expresados por los especialistas al afirmar que la rehabilitación exige de una atención terapéutica antes de los primeros tres meses de lo contrario las limitaciones pueden ser permanentes.

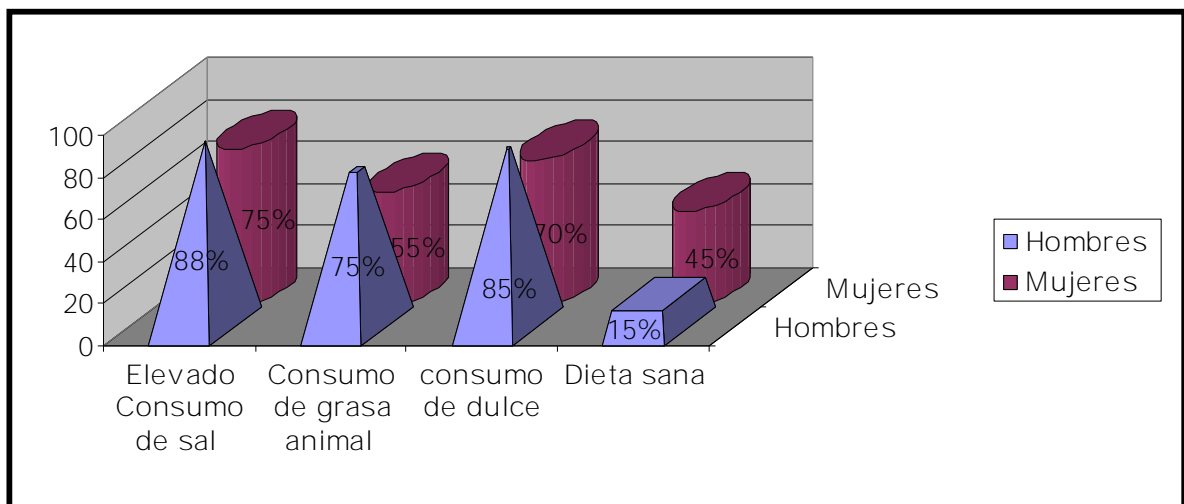
La obesidad se muestra como un obstáculo para la calidad de las condiciones físicas del paciente, así como para la recuperación en el tratamiento de las lesiones que presentan, pues la debilidad muscular no favorece al mejoramiento de su estado físico.

Para el restablecimiento de la independencia funcional de los pacientes, los entrevistados coinciden en la importancia de la "adecuación psicológica del paciente" (referencia de la fisiatra) y de la participación o "apoyo de la familia, vital" (referencia de los técnicos). Señalando que en los dos primeros años de ocurrido el evento existe una alta posibilidad de que se repita el ACV por la participación o implicación del estilo de vida.

Hábitos alimenticios:

Desde el punto de vista de los especialistas los hábitos alimenticios es uno de los aspectos de mayor preocupación y lo demuestran en las indicaciones médicas, entendiendo que este comportamiento en los pacientes requiere de control, aún cuando es más controlable en las mujeres que en los hombres. A continuación se presenta los datos referidos al comportamiento de los hábitos alimenticios perjudiciales para la salud según el sexo.

Gráfica de distribución de los consumo de alimentos perjudiciales por sexo.



Fuente: Entrevista a los especialistas

Analizando los datos contenidos en la gráfica anterior resulta significativo que el 88% de los hombres consumen alimentos con exceso de sal, mientras que el 75 % de las mujeres tienen esta preferencia. La dieta sana se manifiesta en un 45 % en el sexo femenino y en el masculino solo el 15%.

Se evidencia que el consumo de grasa animal es superior en el sexo masculino para un 75 %, mientras que en el femenino es de un 55%.

El comportamiento de este indicador en el gráfico anterior constata que los hábitos alimenticios juegan un papel importante en el mantenimiento del estado de salud, aspecto considerado por el Goldstein en el instituto de American Stroke al referir que: "una dieta rica en alimentos naturales, bajos en grasa animal y sodio disminuye en un 80% el riesgo de sufrir un ACV".

El control de los hábitos alimenticios necesita de un apoyo incondicional por parte de la familia, siendo " el apoyo vital en este proceso de rehabilitación " y también requiere de la comprensión por parte de los pacientes del rol que deben jugar en la regulación de sus preferencias nutricionales, en la eliminación de las comidas hipercalóricas, hipersónicas.

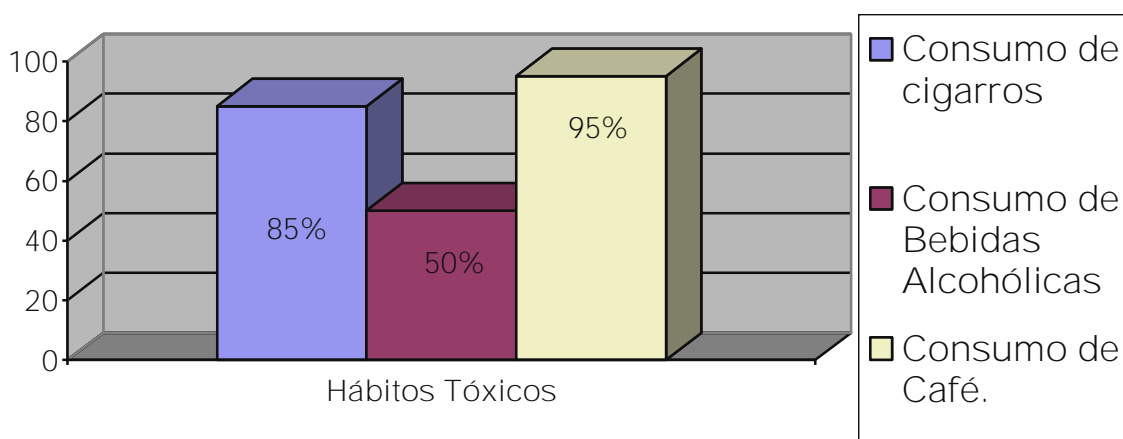
La complejidad del control y modificación de estos hábitos esta dada por el placer que causa el mismo en los pacientes. Suprimir estas preferencias implica renunciar a lo deseado.

Hábitos tóxicos:

El consumo de sustancias tóxicas es referido por la OMS como dañino para la salud, poniendo al proceso salud - enfermedad en riesgo, por lo cual es de preocupación por parte de los especialistas el control de estos hábitos en los pacientes, pues en su mayoría demuestran dependencia de sustancias tóxicas como el cigarro, el café y el alcohol.

Así se presenta a continuación el comportamiento de los hábitos tóxicos en los pacientes con ECV.

Gráfica Distribución por consumo de sustancias tóxicas.



Fuente: Entrevista Especialistas

El consumo de café se evidencia como el más significativo ya que el 95 % de los pacientes presentan adicción al mismo. El hábito de fumar aparece como el segundo índice de incidencia para un 85 %; mientras que el alcohol se presenta

para un 50%. Evidenciándose que todos presentan hábitos tóxicos inadecuados en el consumo de una o varias sustancias.

La suspensión de sustancias tóxicas constituye uno de los elementos básicos en el control de los factores de riesgo en la aparición de los ACV. Estas suspensiones dependen de la aceptación de los pacientes y el control de estos hábitos es de necesidad primordial en el proceso de rehabilitación, de no ser aceptado por parte de los pacientes se incrementa la posibilidad de repetirse el ACV.

El síndrome de abstinencia provoca que el control de estos hábitos tóxicos sea solo temporal y requiera de la intervención de agentes externos para su control (familiares, especialistas).

Se evidencia a la familia como un agente vital en el proceso de rehabilitación de los pacientes pues asume toda la responsabilidad de controlar los factores modificables con un estilo sobreprotector hacia el paciente, sustituyéndolo de la ejecución de las actividades cotidianas que favorecen su recuperación.

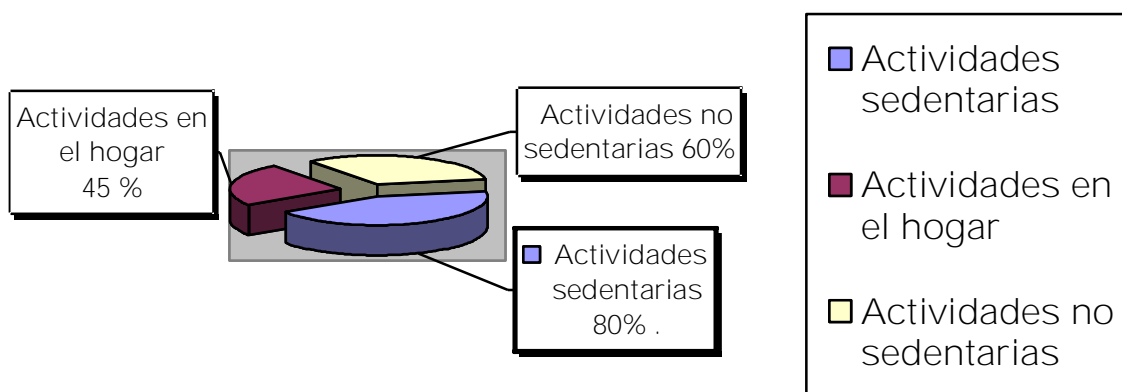
Relaciones sexual:

La práctica de la actividad sexual de los pacientes depende de la significación que este asunto presenta para ellos, dado por la edad, concepciones y valores que están instaurados. La realización del acto sexual durante la convalecencia no es recomendable, una vez compensado puede practicarlo bajo las indicaciones dadas por los especialistas. Desde el punto de vista psicológico las relaciones sexuales constituyen una de las áreas del sistema de actividades de los individuos que genera mayores indicadores de satisfacción y realización personal.

Empleo del tiempo libre:

El empleo del tiempo libre esta sujeto a las condiciones físicas que puede presentar el paciente, se le indica que este tiempo libre se debe emplear de acuerdo a las condiciones y limitaciones que presenten, siempre aplicando un esfuerzo moderado en la realización de las tareas que ejecuten , para minimizar las prácticas sedentarias.

Gráfica de empleo del tiempo libre



Fuente: Entrevista a los Especialistas

Es relevante que el 80% de los pacientes realizan actividades sedentarias, lo que perjudica su recuperación, mientras solo un 45 % practican los quehaceres del hogar de forma activa y el 60 % lo emplea en actividades recreativas no sedentarias.

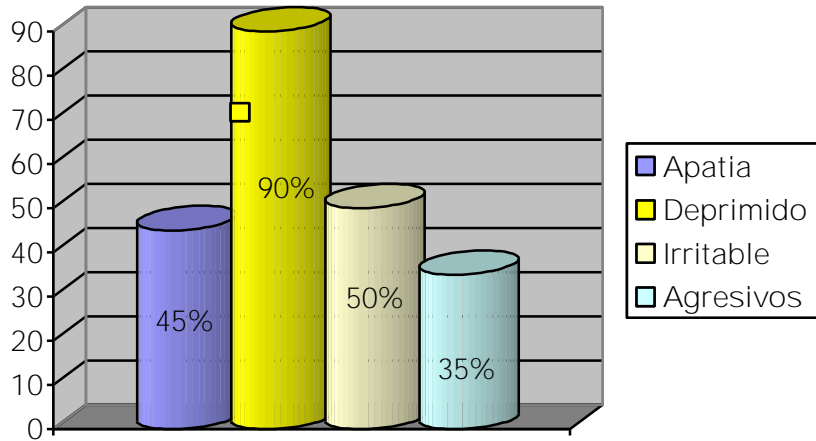
En el empleo del tiempo libre predominan las actividades sedentarias derivado de las condiciones físicas que presenta los pacientes y la distribuciones de los roles de la familia.

La realización de actividades recreativas que favorezcan la recuperación de los pacientes, depende de las limitaciones físicas derivadas por el ACV, del apoyo familiar, de la comprensión que presenta sobre la necesidad de modificar las prácticas sedentarias. Así como de la edad, el sexo.

Control emocional:

El estado emocional de los pacientes en el proceso de rehabilitación se evidencia inestable. Predominando los síntomas depresivos y la irritabilidad.

Gráfica de Distribución del control emocional



Fuente: Entrevista a los especialistas.

En la gráfica anterior se evidencia que el 90% de los pacientes inician el proceso de rehabilitación deprimidos, pero posteriormente se muestran inestables, predominando la irritabilidad para un 50% y la apatía en un 45 %, mientras que el 35% se muestran agresivos en algún momento del proceso de rehabilitación.

En correspondencia a los planteamientos de los especialistas sobre el control de las emociones refieren, que los pacientes se muestran inestables, irritables, predominando la ansiedad y signos de tristezas, inseguridad sobre el proceso de rehabilitación, presentan ausencias a las sesiones terapéuticas, alegando falta de apoyo familiar, que no se sienten bien, expresando que “ los ejercicios físicos son dolorosos que es mejor no hacerlos todos los días.

Analizando la información obtenida a través de esta técnica, puede percibirse que los especialistas identifican al estilo de vida como el factor psicológico más importante en la aparición del ACV, pero también en el proceso de rehabilitación así mismo consideran a la familia como un agente de gran importancia en el control del estilo de vida.

3.1.3 Análisis de la entrevista individual semiestructurada a los pacientes:

En esta técnica se pudo corroborar que los pacientes en su mayoría no son los protagonistas en el control de los factores que ponen en riesgo su estado de salud, pues aparece la familia como la responsable por velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Los sujetos entrevistados aún cuando reconocen tener hábitos o comportamientos no saludables, expresan conformidad con estos y no lo perciben como detonantes de su estado actual de salud.

Condiciones físicas:

Las condiciones físicas es un punto de coincidencia por varios autores donde plantean la necesidad del control y mejoramiento de estas condiciones, mediante la realización de ejercicios, del empleo de tiempo en actividades activas.

En la muestra estudiada los pacientes presentan condiciones físicas que los limitan parcialmente, atendiendo al nivel de independencia en la realización de actividades cotidianas. En la siguiente tabla se describe la incidencia de este indicador en los pacientes sujetos a esta investigación.

Tabla de distribución de pacientes según Condiciones Físicas.

Condiciones Físicas	Cantidad de pacientes	%
Limitación Total	1	6
Limitación Parcial	10	67
No limitado	4	27

Fuente: Entrevista a los pacientes

Derivado del análisis de las condiciones físicas y de acuerdo a las limitaciones de los pacientes, el 67 % presentan limitación física parcial o sea, requiere de la asistencia de otros para la ejecución de aquellas actividades que exigen esfuerzo físico o implica un riesgo.

Solo del 6 % de los pacientes muestran limitación total, mientras que el 27 % ha alcanzado el restablecimiento de sus capacidades funcionales mediante el proceso de rehabilitación.

La necesidad de practicar ejercicios físicos para potenciar un estado físico saludable parece suprimida del sistema de actividades de los sujetos estudiados. Alegan que “ no necesitan hacer ejercicios por la carga laboral que tenían ” y la constante movilidad que los caracterizaba antes de enfermar “. Así la obesidad, la preferencia por alimentos pocos saludables y el sedentarismo, constituyen aspectos descriptivos de todos los pacientes, ya que evidencia disfrutar de actividades de consumo y recreación sedentaria (beber con amigos, jugar dominó y darse un trago o ver la televisión con las amistades).

Hábitos Alimenticios

El comportamiento de los hábitos alimenticios de los pacientes sugiere que el control de estos es una de las tareas más difíciles, presentándose mayores dificultades en el sexo masculino con relación al femenino y en las edades mayores de 56 años.

Tabla de distribución de pacientes según edad y hábitos alimenticios

Edad	hábitos alimenticios		
	No saludable	Poco saludable	Saludables
35 -55 Años	1	2	
56 -65 Años		7	
Mas 65 Años		4	1
Total	1	13	1
%	6	88	6

Fuente: Entrevista a los pacientes

Analizando los datos contenidos en la tabla anterior resulta significativo que el 88% de los pacientes presentan hábitos alimenticios poco saludables, manifestándose principalmente en las edades menores de 65 años de edad, lo que demuestra la incidencia de este indicador en el estilo de vida.

El comportamiento de los hábitos alimenticios varía en la muestra según el sexo, pues resulta significativo como el sexo femenino evidencia mayores índices de receptividad a la modificación de sus preferencias nutricionales, no evidenciándose así en los hombres, quienes demuestran resistencia a la

modificación de estos hábitos. Esta información puede ser constatada en los datos ofrecidos por la siguiente tabla.

Tabla de distribución de pacientes según sexo y hábitos alimenticios

Hábitos alimenticios	Sexo masculino	%	Sexo femenino	%
No saludable	1	6		
Poco saludable	8	60	4	27
Saludables			2	13
Total	9		6	

Fuente: Entrevista a los pacientes

Los datos expuestos indican el comportamiento de los hábitos alimenticios según el sexo en los pacientes estudiados, resultando que el 60 % de los pacientes del sexo masculino y el 27% del sexo femenino presentan hábitos alimenticios poco saludables. Solo el 6% de los hombres presenta hábitos alimenticios no saludables y el 13% de las mujeres tienen hábitos alimenticios saludables.

Significando que la instauración de estos hábitos de forma inadecuada es más común en los hombres.

Los pacientes manifiestan preferencias hacia los hábitos de alimentación inadecuada, consumo de alimento fritos y con grasa de origen animal, aludiendo que es necesario para su bienestar emocional comer como les gusta, la prohibición del consumo de este tipo de alimento les refuerza la idea de una vida limitada por la enfermedad, generando estados anímicos desfavorables para su estado de salud. Se evidencia inconformidad por las indicaciones médicas y el control de la familia sobre el cumplimiento de estas, así como la prevalencia de la idea de que las limitaciones en este sentido serán solo temporales, demostrando baja percepción de riesgo a sufrir un nuevo ACV. Las verbalizaciones que se enuncian a continuación sustentan el análisis anterior:

“ yo no como casi nada comparado a como comía antes de enfermarme”; “; mi mujer se encarga de la dieta, figúrate hay que comer lo que me da, aunque no sepa a nada... lo hace por mi bien”; “imagínate tú, ya uno no es el mismo y tienes

que hacer lo que te digan” ;” no es fácil verse así y para colmo no poder hacer lo que hacia antes ni siquiera comer lo que me gusta”;

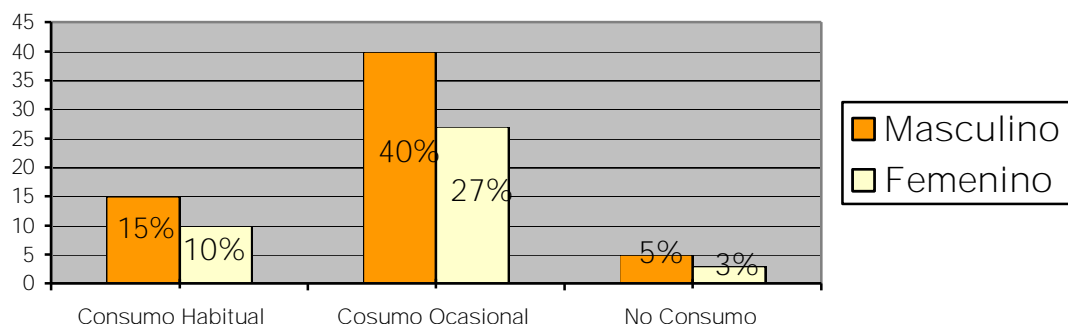
De esta forma puede afirmarse que la modificación de los hábitos alimenticios de los pacientes requiere de un empeño mayor de los sujetos que padecen de este tipo de enfermedad, ya que resulta evidente el riesgo a que los hábitos nutricionales inadecuados se instauren nuevamente elevando la posibilidad de que repita el evento neurológico.

También en estas expresiones se percibe añoranza por el consumo de alimentos elaborados según sus gustos personales aunque sean considerados como perjudiciales para su estado actual de salud. Solo algunos casos refieren un aprendizaje constructivo que favorece un estilo de vida mejor: “no me arrepiento de nada pero me hubiese gustado haber visto la vida antes como la veo ahora”.

Hábitos tóxicos:

Los hábitos tóxicos son referidos como dañinos para la salud poniendo en riesgo la recuperación de los pacientes, por lo que es necesaria la modificación de estos en función del éxito del proceso de rehabilitación. En los sujetos estudiados tanto los hombres como las mujeres evidencian dependencia a sustancias tóxicas es por eso que se procede a declarar el comportamiento de este indicador por sexo a través del siguiente gráfico.

Gráfica de distribución de pacientes según sexo y hábitos tóxicos



Fuente: Entrevista a los Pacientes

Como elemento de relevancia en el análisis de los datos obtenidos, se evidencia que el consumo de sustancias tóxicas prevalece en un 40% referido al consumo

ocasional en el sexo masculino y de un 27 % en el femenino. Donde un 15% de los hombres y un 10 % de las mujeres muestran consumo habitual y solo el 5% de los hombres y el 3% de las mujeres no las consumen.

Analizando las entrevistas a los pacientes resulta evidente la presencia de estilos de vida riesgo para su estado de salud, en su mayoría refieren el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, el café y el cigarro, "desde que me enferme no me he dado un solo trago... yo antes tomaba toda las tardes con los socios..." estas verbalizaciones sustenta la información anterior.

Relaciones sexual:

El tema de la sexualidad y la práctica de satisfacción de esta necesidad aparecen en los resultados de esta entrevista como un asunto ante el cual los pacientes prefieren mostrarse discretos, sobre todo los del sexo masculino, evidenciando signos de preocupación por el futuro desempeño de esta actividad y su relación con la enfermedad.

Las mujeres se muestran más receptivas a enunciar que para ellas no es tema que goce de prioridad, por su parte los hombres mayores de 65 años expresan dudas con respecto a su desempeño sexual y cómo la práctica sexual influye en los síntomas de la enfermedad.

Así nos encontramos ante la represión de una de las actividades que mayor placer producen en los adultos sobre todos en aquellos que comparten vida con una pareja, y guarda estrecha relación con los estados emocionales de satisfacción de los individuos.

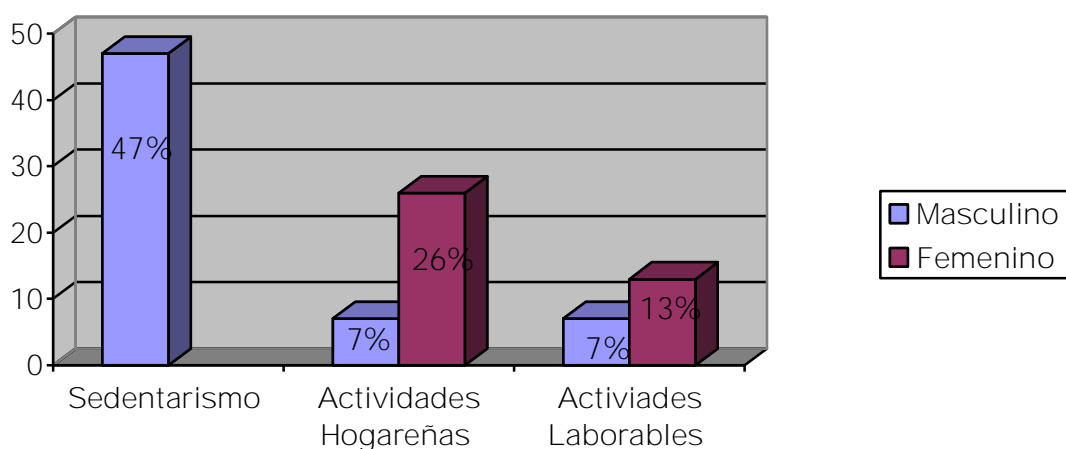
Empleo del tiempo libre:

El empleo del tiempo libre constituye un indicador importante en la evaluación del estilo de vida de lo pacientes. La distribución de este en la realización de actividades o tareas diversas contribuye a que no predomine el sedentarismo, cuestión importante en el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Sin embargo el tiempo libre de los pacientes con ECV se debe emplear de acuerdo a las condiciones y limitaciones que presentan para no poner en riesgo el proceso de rehabilitación, siempre aplicando un esfuerzo moderado en la realización de las tareas que ejecute y un apoyo por parte de la familia.

En la muestra estudiada el empleo del tiempo libre se percibe como la realización de actividades recreativas familiares o individuales, relacionadas con prácticas sedentarias que varían según la edad y el sexo de los pacientes.

A continuación se demuestra esta información a través de los datos expresados en la gráfica siguiente.

Gráfica de distribución de pacientes según sexo y empleo del tiempo libre.



Fuente: La entrevista a los pacientes.

Existe una mayor incidencia de las prácticas sedentarias en el sexo masculino con un 47% de los pacientes, lo que perjudica su recuperación y salud, mientras que el 26% de las mujeres practican los quehaceres del hogar de forma activa y el 13% lo emplea en actividades laborables. Analizando los datos expuestos se puede afirmar que el comportamiento del empleo del tiempo libre en los pacientes varía significativamente según el sexo, las mujeres se muestran más activas en cuanto a su recuperación y el restablecimiento de sus funciones hogareñas, mientras que en los hombres existe la tendencia a permanecer pasivos, y practicar tareas que exigen un mínimo de esfuerzo.

El empleo del tiempo libre se relaciona con la edad de los pacientes y sistemas de actividades que los mismos desarrollan en su cotidianidad. Las limitaciones que ha

causado en ellos la enfermedad afecta la ejecución de las actividades de forma activa.

Tabla de distribución de pacientes según edad y empleo del tiempo libre

Edad	Empleo del tiempo libre		
	Sedentarismo	Actividades hogareñas	Actividades laborables
35 -55 Años.		2	1
56 -65 Años.	2	1	1
Mas 65 años	8		
Total	10	3	2
%	67	20	13

Fuente: Entrevista a los pacientes

El sedentarismo representa el 67% de los pacientes estudiados, con mayor incidencia en el grupo de edad de más de 65 años. La actividad en el hogar se evidencia con 20% de la muestra y el resto del 13% en actividades laborables.

Los pacientes reconocen la necesidad de modificar hábitos o costumbres para mejorar su condición de salud, sin embargo, dicho cambio es percibido como una necesidad de mantenerse con vida. El sedentarismo rige el sistema de actividades diarias de los pacientes.

Hoy, a pesar de que los sujetos refieren y demuestran signos de llevar un estilo de vida saludable su motivación a ello esta dada por la exigencia familiar más que la personal y esto nos provoca la reflexión de que siguen siendo estilos de vida riesgo, porque el paciente no se percibe como sujeto y objeto de la modificación, es la familia quien asume este rol.

Control emocional:

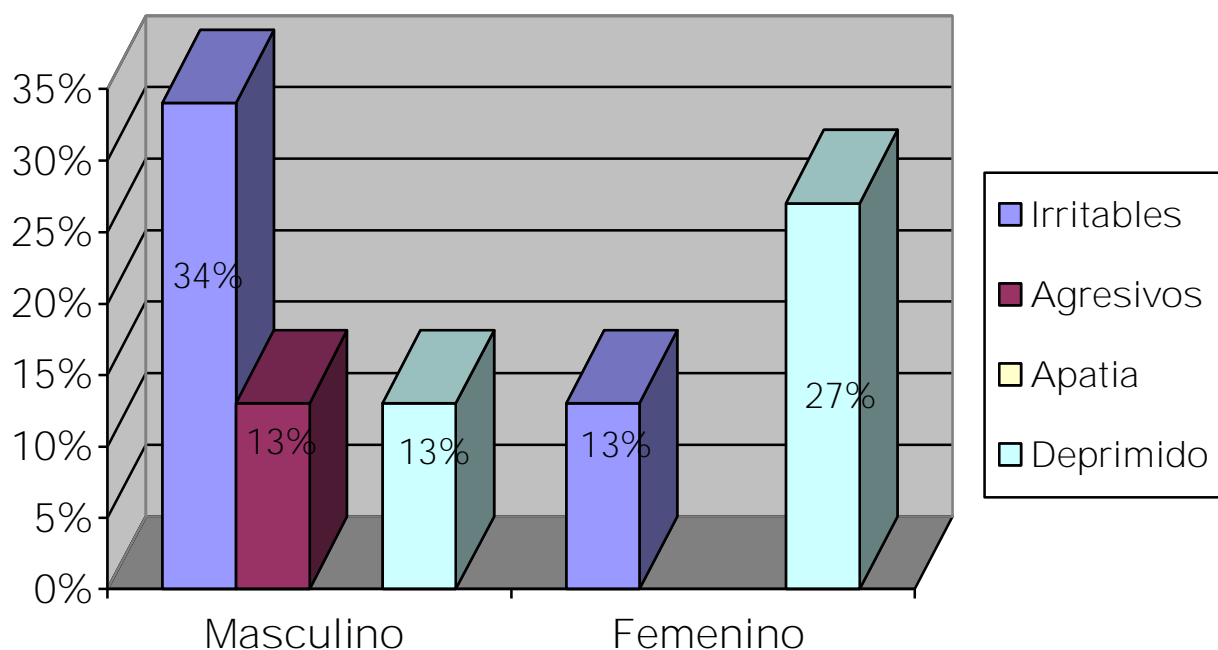
El control emocional constituye un indicador importante en la descripción del estilo de vida en los pacientes estudiados. Los estados emocionales de estos pacientes se caracterizan por la inestabilidad, predominando los estados depresivos e irritables en ambos sexos lo que provoca situaciones tensas en las interacciones de los pacientes con sus familiares, agudizando la presencia de emociones

negativas con respecto a la enfermedad y los cambios que debe asumir el paciente ante ella.

El control emocional se evidencia con mayor estabilidad en el sexo femenino que en el masculino predominando en ellas la depresión mientras que en los hombres incide más la irritabilidad.

Para sustentar esta afirmación se presenta el siguiente gráfico.

Gráfica de distribución del control emocional por sexo.



Fuente: Entrevista a los pacientes.

Los datos obtenidos demuestran que la depresión y la irritabilidad constituyen los estados emocionales que más influyen en la dinámica afectiva de los pacientes siendo más significativa la presencia de la irritabilidad en el sexo masculino comportándose en un 34 %, mientras que en el sexo femenino se comporta para un 13 %. Resulta interesante que el 27% de las mujeres presenta estados deprimidos y un 13% de los hombres se sienten emocionalmente agresivos. La instauración de estos estados emocionales afecta la interrelación de los pacientes con los demás y con el proceso de rehabilitación.

Estos datos se corroboran con las expresiones de los pacientes cuando dicen: “que esto no es fácil”, “yo nunca necesite de nadie y ahora no pudo valerme por mi mismo”.

La interrelación del sujeto con los demás se ve afectada por la variabilidad del estado emocional, ya que la comunicación en ocasiones es agresiva o indiferente a las recomendaciones de la familia. Generándose un clima de tensión en el hogar. Evidenciándose estados emocionales de tensión, ansiedad y preocupación por las condiciones actuales y futuras.

En correspondencia con estos resultados consideramos que los pacientes estudiados se sienten incapaces de asumir el rol responsable del cuidado de su salud y delegan esta función en los familiares.

En algunos casos es evidente el compromiso de aceptar con la indicaciones médicas, sin embargo se demuestra la dificultad de cumplir con ellas por la necesidad de recibir ayuda de otros, sobretodo de los profesionales brindando información y apoyo tanto al paciente como al familiar, siendo este último el agente esencialmente mediador entre el desarrollo de estilo de vida saludable y la rehabilitación.

3.1.4 Análisis de la entrevista individual a los familiares.

A través de la realización de esta técnica se corrobora la información obtenida en la entrevista individual a los pacientes y se obtuvo nuevos datos referidos al rol de la familia en el proceso de recuperación de la enfermedad.

Condiciones físicas

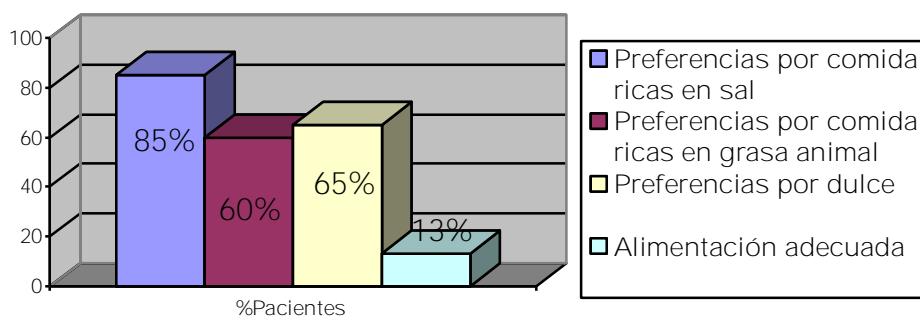
Los familiares manifiestan preocupación por las condiciones físicas, pues las secuelas producidas por el accidente (atrofias musculares, hemiplejia, paraplejia) limitan en gran medida la independencia funcional del paciente provocando tensión en las interacciones familiares. “hay días que no se le puede ni hablar, sobre todo cuando le pedimos que haga algo, que ayude.” todo lo que le decimos lo toma a mal”.

Hábitos alimenticios:

Refieren frases que aluden a los hábitos de alimentación inadecuados para el mantenimiento de una vida sana. Se elaboran alimentos fritos con grasa de origen animal y se insiste en la alimentación con mucha frecuencia aludiendo que es necesario para recobrar energías para la recuperación. Es necesario aclarar que a los pacientes solo les permiten consumir una pequeña porción, expresando: "que un poquito no le hace mal, es el exceso el que hay que evitar".

Tomando en consideración la información anterior se decide presentar los datos mediante una representación gráfica que describa el comportamiento de los hábitos alimenticios en los pacientes y sus familiares que se definen como perjudiciales en el proceso de salud.

Gráfica de distribución de preferencias nutricionales inadecuadas en los pacientes.



Fuente: Entrevista a los familiares.

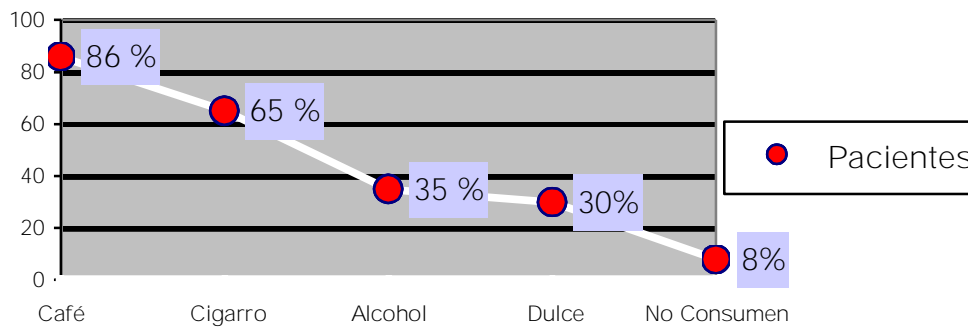
Los datos descritos en la gráfica anterior corroboran los planteamientos dados por los especialistas entrevistados sobre la tendencia al consumo de alimentos inadecuados, que aunque se presente con un por ciento inferior continúan siendo un índice relevante en el análisis de este indicador para la descripción del estilo de vida de los pacientes.

El 85% de los pacientes consumen alimentos con exceso de sal, un 60% prefieren el consumo de grasa animal, mientras que el 65% consumen dulces y solo el 13% presenta una alimentación adecuada.

Hábitos tóxicos:

Se refiere por parte de los familiares que los pacientes sienten añoranza por los hábitos tóxicos, como la adicción al cigarro, el café, la ingestión de bebidas alcohólicas, demostrando que después de haber transcurrido por un proceso de rehabilitación en el que se suspenden por indicaciones médicas el consumo de estas sustancias tóxicas hay signos de dependencia a ellas. “se pone mal cuando cueles café, y no te apuras a llevarle aunque sea un poco para que se moje los labios; “ si te ve fumando enseguida te pide una cachá ”.

Gráfica de distribución de hábitos tóxicos por pacientes



Fuente: Entrevista a los familiares.

Según la gráfica anterior existe la tendencia al consumo de sustancias tóxicas, donde es relevante que el 86% de los pacientes toma café, un 65% fuman, mientras que el 35% ingieren bebidas alcohólicas y solo un 30% consumen dulces, estos datos corroboran los planteamientos dados por los especialistas entrevistados.

Resulta significativo aclarar que independientemente de que se describe el comportamiento de este indicador atendiendo al tipo de sustancia, la tendencia de los pacientes es a consumir más de una de ellas.

Relaciones sexual

Desde el punto de vista sexual se evidencia discretos respecto al tema, sin embargo, se percibe preocupación por el desempeño sexual, sobre todo en aquellos que no sobrepasan los 55 años de edad.

Mientras que el resto demuestra la aspiración de continuar una vida sexual normal sin implicaciones para con su enfermedad.

Enuncian que no lo consideran una necesidad de importancia al menos por el momento. Prefieren no comentar al respecto nada que pueda hacer sentir mal a los pacientes en relación a este asunto.

Empleo del tiempo libre

El empleo del tiempo libre se dedica a la ejecución de actividades sedentarias (ver la televisión, sentarse a conversar con amigos o vecinos en el portal de la casa o dentro de esta).

Esta actividad es constantemente supervisada por los familiares por el temor a que el paciente se ejercite demasiado y empeore su condición actual de enfermo, lo que trae consigo manifestaciones de contradicción entre el paciente y la familia en lo que se refiere al control de estas actividades. "El problema es que a veces quiere hacer cosas que no puede y se molesta si no lo dejamos", "no es fácil saber como lidiar con él, lo mismo te dice que no puede hacer lo que le pides que después lo quiere hacer si tu ayuda".

Control emocional:

Se corrobora que el estado emocional de los pacientes se muestra inestable, predominando la irritabilidad, sentimientos de minusvalía. En ocasiones adoptando comportamientos agresivos hacia los que intentan su mejoría. Refieren los familiares que les es muy difícil sobrellevar las interacciones armónicas con los pacientes por la inestabilidad de sus estados emocionales." Se muestra muy nervioso y no hay quien le diga nada, dice que todo el tiempo le recuerdo que está enfermo y que no puede hacer nada".

3.1.5 Análisis de la observación participante.

Con la observación participante desarrollada durante todo el proceso de investigación y diferentes escenarios de acción del sujeto fue posible comprobar como en la cotidianidad de estos pacientes el cumplimiento de las indicaciones médicas se torna responsabilidad de los familiares y se percibe por parte de los pacientes como una conducta necesaria pero no gratificante ni placentera para los mismos, el comportamiento de la subcategorías que permiten el análisis del estilo de vida reafirma esta idea:

Observación participante en la sala de rehabilitación:

Condiciones físicas:

Es perceptible los signos de obesidad en los pacientes y la falta de preparación física, (independientemente de que la enfermedad genere flacidez muscular), la masa muscular carece de definición y tonicidad como consecuencias del sedentarismo de los pacientes de ahí que la realización de los ejercicios terapéuticos les resulten más dolorosos y difíciles de realizar por la poca preparación física que han tenido a lo largo de sus vidas.

Hábitos alimenticios

Se asocian a una dieta inadecuada, desajustes en los horarios de alimentación y preferencias por productos de elaboración industrial (embutidos, alimento de harina como el pan y las pizzas, alimentos fritos y carne de cerdo además del empleo de condimentos no naturales).

Hábitos tóxicos:

Durante las interacciones con los sujetos de esta investigación se pudo corroborar la preferencia de los mismos por el consumo sustancias tóxicas al comentar entre ellos las ansias por un trago de café o de ron así como de consumir al menos un cigarrillo.

Empleo del tiempo libre:

Corroborar la inferencia de que las actividades recreativas son del tipo sedentarias, solo algunos pacientes manifiestan la necesidad de reiniciar sus labores cotidianas

(buscar lo mandados, la leche, el pan y montar la bicicleta). El tiempo que emplean en la realización de los ejercicios terapéuticos es considerado como tiempo que dedican a la actividad física o práctica de ejercicios físicos temporales.

Control emocional:

Durante el proceso de observación fue posible percibir como la disposición de los pacientes en la realización de los ejercicios terapéuticos se mostraba variable, según el estado de ánimo que presentaban a su llegada a las sesiones terapéuticas. Igual pudo observarse que la implicación del personal técnico que labora en el centro los caracteriza como agentes humanos de muchísima importancia para la recuperación de los pacientes y estabilizar sus estados emocionales.

Se constató el estableciendo una relación empática que favorece la estabilidad emocional de los pacientes. “esta es mi segunda casa”, “yo no se que me hubiera hecho, si aquí no fueran así”...aunque se aprecia signos depresivos y ansiosos, que en ocasiones generan inseguridad en el proceso de rehabilitación. “Hoy no me siento bien, por que no trabajamos mañana”.

Comprendemos que la irritabilidad y los cambios de estado de ánimos durante el proceso de rehabilitación, son frecuentes debidos a que los ejercicios resultan dolorosos y exigen esfuerzo volitivo de los pacientes, quienes en varias oportunidades alegan dudar de la posibilidad de recuperación por la lentitud con se logran los avances.

Los diálogos entre los pacientes se observan solidarios, verbalizando frases referidas hacia la familia y al valor que le confieren a esta para su vida.

La resistencia a tratar temas sobre la enfermedad, se evidencian en los pacientes expresando: “Para que vamos hablar de eso ahora, lo que hace falta es recuperarse después veremos”; frases a las que los familiares asienten con afirmación y adoptan un comportamiento compasivo para con el paciente.

Analizando esta información se infiere una actitud sobreprotectora por parte de los familiares hacia los pacientes, que limita el validismo en la práctica terapéutica y afecta la autoconfianza y el sentido de compromiso individual para el mejoramiento y restauración de la salud.

Observación participante en el hogar:

Condiciones físicas:

Así mismo se pudo comprobar que la obesidad aparece como característica de todos los miembros de la familia la ausencia de la práctica de ejercicios físicos se evidencia en cada miembro aludiendo a que no existe el tiempo y las condiciones de vida para dedicar un espacio a una actividad tan beneficiosa para el organismo como la ejercitación física.

Hábitos alimenticios:

Se observan hábitos de alimentación inadecuados para el mantenimiento de una vida sana. Se consume con mucha frecuencia alimento frito y no existe un horario estable. Es necesario aclarar que a los pacientes solo les permiten consumir una pequeña porción aunque la forma de elaboración de la misma pone en riesgo al paciente en su recuperación.

Hábitos tóxicos:

Se observó que las actividades diarias están asociadas con el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, café y cigarro) y que hoy les son limitadas a los pacientes por su condición de enfermo, sin embargo estos le solicitan a los familiares que les cuelean café aunque solo sea para mojarse los labios, así mismos manifiestan deseos de fumar y anhelo por darse un traguito: qué bueno está el día para darse un estrike ". Mientras que los familiares acceden con muestras de compasión, aunque ellos no se limitan en la práctica de estos consumos, solo que lo hacen de forma más encubierta para no ser vistos por los pacientes y verse en el compromiso de complacerlos. Demostrándose así la estructuración de un estilo de vida riesgo tanto por el paciente como de su familia, el paciente carece de aceptación de que se encuentra enfermo y la familia carece de percepción de riesgo de sus comportamientos individuales, ambos no comprenden la responsabilidad de jugar un rol protagónico en la modificación consciente de su estilo de vida para evitar una recaída en la recuperación del enfermo y la aparición de la misma en otro miembro del hogar, hecho al que le temen pero no actúan en consecuencia para su evitación.

Empleo del tiempo libre:

Observamos que el empleo del tiempo libre se focaliza en la ejecución de actividades sedentarias (ver la televisión, sentarse a conversar con amigos o vecinos en el portal de la casa o dentro de esta). Todo el tiempo se enfocan en la realización de actividades que eviten el tener que salir de la casa y constantemente supervisadas por los familiares.

Control del estado emocional:

En este contexto se obtuvo información que corrobora la idea de que existe una sobre protección familiar hacia estos miembros dentro de la casa, ya que juegan un rol de sostén compasivo, que inciden negativamente la restauración de la independencia funcional del paciente, debilitando su capacidad de control emocional en el enfrentamiento a los problemas y la toma de decisiones, pues es la familia la que decida qué hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo.

También se corroboró información referida a la irritabilidad de los pacientes y la tensión entre estos y el resto de la familia, sobretodo expresiones de tono agresivo hacia aquellos que les recuerdan todo el tiempo que están limitados temporalmente en la actividad diaria. (Esposa e hijos). Resulta significativo que las muestras de conductas agresivas es más notoria en los pacientes masculinos que en los femeninos. Se pudiera pensar que como en nuestra sociedad es la mujer generalmente quien carga la responsabilidad de velar por el estado de bienestar de lo suyos aún en detrimento del propio su tolerancia a los cambios es más elevada que en los hombres.

Observación participante en la comunidad:

Control emocional:

El investigador tuvo la oportunidad compartir con el paciente en sus interacciones con los sujetos de su comunidad (vecinos y amigos fuera del hogar) y se observó rechazo o negación a conversaciones relacionadas con problemas de salud, así

también se evidenció la negativa compasiva de sí mismo para la participación en actividades de grupos.

Empleo del tiempo libre:

Resulta significativo que a algunos pacientes participan en el cumplimiento de actividades relacionadas con la familia (gestiones de abastecimiento y seguridad familiar) con habilidades creativas según las afectaciones dadas por su estado de salud. No obstante la mayoría se muestra inclinado por las actividades de recreación sedentarias manifestando sentirse impedidos de efectuar tareas cotidianas y hasta se interpreta cierta comodidad ante la idea de no realizarlas y dejar que otros las asuman, al mostrar una actitud en este sentido de conformismo y minusvalía.

3.1.6 Análisis de los resultados del cuestionario de estilo de vida.

Resultados obtenidos por sujetos y caracterización de la categoría en estudio por áreas:

Sujeto 1:

Edad: 59

Sexo: M

Nivel escolar: técnico medio.

Estado civil: divorciado.

Ocupación: obrero agrícola.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: bueno.
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: bueno.
- Sexualidad: buena.
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: bueno.
- Estado emocional: regular.

Estilo de vida: saludable.

Sujeto 2:

Edad: 63

Sexo: M

Nivel escolar: sexto grado.

Estado civil: casado.

Ocupación: cuenta propista

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: bueno.
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: bueno.
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regular.
- Estado emocional: regular.

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto 3:

Edad: 79

Sexo: F

Nivel escolar: sexto grado.

Estado civil: casado.

Ocupación: jubilada

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: regular.
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: bueno.
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: regular.

- Empleo del tiempo libre: regular.
- Estado emocional: regular.

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto 4:

Edad: 59

Sexo: M

Nivel escolar: noveno grado.

Estado civil: casado.

Ocupación: cuenta propia.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: buenas
- Hábitos alimentarios: malos.
- Hábitos tóxicos: regular
- Sexualidad: buena
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regular
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida riesgo.

Sujeto 5:

Edad: 58

Sexo: M

Nivel escolar: noveno grado.

Estado civil: casado.

Ocupación: obrero.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: buenas
- Hábitos alimentarios: buenos.
- Hábitos tóxicos: buenos.

- Sexualidad: buena
- Autocuidados médicos: buenos.
- Empleo del tiempo libre: buenos
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida saludable.

Sujeto 6:

Edad: 65

Sexo: M

Nivel escolar: primaria sin terminar

Estado civil: casado.

Ocupación: cuenta propista

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: malas
- Hábitos alimentarios: malos.
- Hábitos tóxicos: buenos
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regular
- Estado emocional: malos.

Estilo de vida poco saludable.

Sujeto 7:

Edad: 66

Sexo: F

Nivel escolar: sexto grado.

Estado civil: viuda.

Ocupación: ama de casa.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: buenas

- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: buenos.
- Sexualidad: buenas.
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: bueno.
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida saludable.

Sujeto: 8

Edad: 38

Sexo: F

Nivel escolar: superior

Estado civil: separada.

Ocupación: peritada.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: buenas
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: buenos.
- Sexualidad: mala
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: bueno.
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida saludable.

Sujeto 9:

Edad: 68

Sexo: M

Nivel escolar: noveno grado

Estado civil: casado

Ocupación: peritado

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: regular
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: malos.
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: malas
- Empleo del tiempo libre: regular
- Estado emocional: malo

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto 10:

Edad: 79

Sexo: F

Nivel escolar: noveno grado

Estado civil: casada

Ocupación: peritada.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condición físicas: malas
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: buenos.
- Sexualidad: mala
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regulares
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto 11:

Edad: 69

Sexo: M

Nivel escolar: técnico medio.

Estado civil: casado.

Ocupación: jubilado

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: regular.
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: malo.
- Sexualidad: mala
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: bueno.
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida con riesgo

Sujeto12:

Edad: 67

Sexo: F

Nivel escolar: 12 grado

Estado civil: casada

Ocupación: peritada.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: mala
- Hábitos alimentarios: mala
- Hábitos tóxicos: buenos.
- Sexualidad: mala
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regular.
- Estado emocional: malo.

Estilo de vida con riesgo

Sujeto 13:

Edad: 53

Sexo: M

Nivel escolar: 12 grado

Estado civil: casado

Ocupación: cuenta propia.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: mala
- Hábitos alimentarios: malo.
- Hábitos tóxicos: buenos.
- Sexualidad: buena.
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: regular.
- Estado emocional: regular.

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto 14:

Edad: 36

Sexo: F

Nivel escolar: doce grado

Estado civil: casada.

Ocupación: peritada.

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: buenas
- Hábitos alimentarios: malo.
- Hábitos tóxicos: malo.
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: regular.
- Empleo del tiempo libre: malo.
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida con riesgo.

Sujeto15:

Edad: 79

Sexo: M

Nivel escolar: sexto grado

Estado civil: divorciado

Ocupación: jubilado

Categorías operacionalizadas por sistemas de actividades:

Áreas evaluadas:

- Condiciones físicas: mala
- Hábitos alimentarios: regular.
- Hábitos tóxicos: malo
- Sexualidad: regular
- Autocuidados médicos: mala.
- Empleo del tiempo libre: mala.
- Estado emocional: bueno.

Estilo de vida con riesgo.

Durante el proceso de calificación de este cuestionario se obtuvo información relevante sobre las características de las conductas de los pacientes ante la ECV (regulares y malas), describiendo estilos de vida con riesgo o poco saludables y en algunos casos saludables, en los pacientes encuestados se corroboran los datos obtenidos en técnicas anteriores. Y que clasifican a los pacientes en el proceso salud enfermedad como pacientes con secuelas y con riesgo.

La categoría condiciones físicas aparece afectada en todos los pacientes debido a su estado de salud, pero independientemente de esto, los pacientes no experimentan la necesidad de practicar ejercicios físicos como parte del sistema de actividades cotidianas que favorece su capacidad de permanecer sano.

Los hábitos alimenticios aparecen modificados en correspondencia con las indicaciones médicas, aunque no hay que olvidar que se trata de pacientes convalecientes, y que la familia juega un rol importantísimo en el control de este

aspecto. La preferencia alimenticia continúa siendo orientada a las comidas no favorables y la dieta se percibe como un castigo.

La presencia de hábitos tóxicos se muestra suprimida de la cotidianidad de estos pacientes así como las referencias a la relaciones sexual, lo que puede ser interpretado como bueno, según el cuestionario; sin embargo constituyen conductas que reprimen emociones placenteras en los pacientes y que se pueden asociar a estados de ánimos no favorables en el mantenimiento de la salud (irritabilidad, abstinencia e insomnio).

El estado emocional aparece bueno o favorable no obstante es vital efectuar la aclaración de que independientemente de este resultado del cuestionario, los pacientes se muestran vulnerables al descontrol emocional ante situaciones tensas sobre todo en aquellas que amenazan su recuperación.

El empleo del tiempo libre se describe como una categoría favorable por las referencias hacia el bienestar que el paciente experimenta en las actividades que desarrolla durante este espacio, pero vale aclarar que dichas actividades por lo general son de tipo ociosas, o potenciadoras del sedentarismo.

Por lo que se determinó que en la mayoría de los pacientes, los estilos de vida se clasifican como riesgo, independientemente que en los resultados obtenidos se diagnostiquen en algunos casos como saludables.

3.2 Estilo de vida en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares después del primer episodio de accidente cerebro vascular.

Después del análisis anterior se puede afirmar que el estilo de vida de los pacientes estudiados se caracteriza de riesgo en el proceso salud-enfermedad, predominando esta clasificación más en los hombres que en las mujeres.

Las condiciones físicas así como el estado emocional aparecen como los indicadores de mayor incidencia en la caracterización de un estilo de vida riesgo para la recuperación de los pacientes después de un ACV.

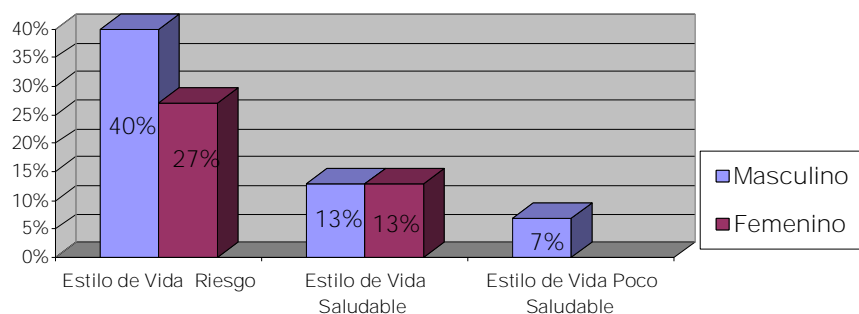
Es significativo que los hábitos alimenticios y tóxicos se muestran como factores potenciales para restablecerse inadecuadamente y colocar el proceso salud enfermedad en riesgo, por su relación con lo deseado.

Teniendo en cuenta los elementos estructurales de la personalidad los resultados de esta investigación sugieren que los comportamientos riesgos para un estilo de vida saludable no son comprendidos por los pacientes como responsables de su estado actual de salud, siendo necesario su estudio y su caracterización para comprender, por qué la modificación de estos genera inconformidad y resistencia en los pacientes.

La resistencia a la modificación del estilo de vida es más predominante en el sexo masculino que en el femenino, lo que pudiera estar relacionado con los roles y normas establecidas en cada familia y la edad.

Para sustentar esta información se declara los resultados referidos al comportamiento del estilo de vida según el sexo.

Gráfica de distribución de sexo por condición de estilo de vida.



Se evidencia en la gráfica anterior que el 40% de los hombres presente estilo de vida riesgo mientras que en las mujeres es de 27 %.

El estilo de vida saludable tanto en los hombres como en las mujeres se manifiestan en un 13% y solo el 7% de los hombres de la muestra presentan un estilo de vidas poco saludables.

Esta información corrobora los resultados obtenidos durante la investigación que evidencian que el estilo de vida de los pacientes se comporta diferente según el

género, teniendo en cuenta la incidencia de la enfermedad en el sexo masculino más que en el femenino.

La edad constituye un aspecto importante en el análisis del estilo de vida en los pacientes con las ECV, porque la recuperación de la misma exige compromiso y voluntad de modificar hábitos que han sido instaurados a lo largo de la vida de los sujetos y que representan habilidades adaptativas, así mientras más tiempo lleven los mismos funcionando para el individuo más difícil es su modificación.

Es importante señalar que la limitación en la capacidad funcional que genera la enfermedad puede ser restablecida, pero que requiere de tiempo, sentido de compromiso para consigo mismo por parte del paciente y de un esfuerzo volitivo esmerado, o sea de la adopción de un estilo de vida saludable.

Pudiera pensarse entonces que los pacientes no son los protagonistas de su rehabilitación, aún no han sido capaces de percibirse como tales. Esto puede estar relacionado con la sobreprotección que desarrolla la familia y que limita su capacidad de hacer.

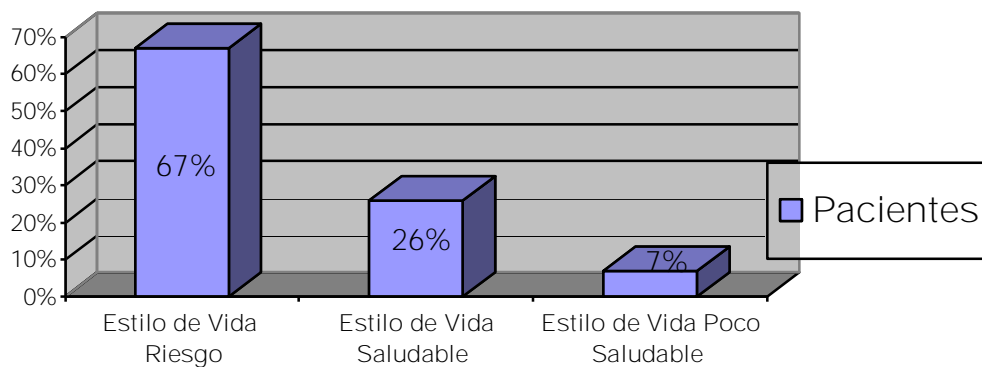
La complejidad que encierra la modificación de los estilos de vida no saludables en función del estado de salud, exige de la intervención profesional comprendiendo que el estilo de vida constituye la actividad socializada vital y sistemática, resultante de la función reguladora y autorreguladora de la personalidad en el proceso de adaptación que el paciente pone de manifiesto en el proceso de salud – enfermedad.

Lo que demuestra la importancia del rol del psicólogo en el proceso de rehabilitación de esta patología, teniendo en cuenta que los pacientes experimentan “inestabilidad emocional” depresión, baja autoestima y la idea de inutilidad lacera mucho su capacidad de adaptación sobre todo cuando están en edad laboral.

El estilo de vida en los pacientes estudiados se comporta como riesgo para el proceso salud enfermedad y estos resultados son expuestos con claridad a través del gráfico siguiente, en el que se evidencia que el 67% de los pacientes

presentan estilo de vida riesgo y el 26 % de la muestra presenta un estilo de vida saludable, mientras que el 7% es poco saludable.

Gráfica de distribución de pacientes por la condición de estilo de vida



Resulta significativo que en el análisis de los resultados obtenidos durante la investigación los estilos de comunicación interfamiliar surgen como indicadores importantes en el control de un estilo de vida saludable, pues se evidencia a la familia como un agente vital en el control de los hábitos de riesgo para el proceso salud – enfermedad.

Conclusiones

Conclusiones

En correspondencia con los resultados obtenidos en esta investigación concluimos que:

- ∅ El estilo de vida de los pacientes estudiados presenta indicadores de riesgo relacionados con factores no controlables como la edad, el sexo y el tipo de ACV sufrido. Prevalciendo más en el sexo masculino, en las edades superiores a los 55 años, y en ACV de tipo isquémico.
- ∅ Las categorías que componen al estilo de vida están relacionadas con el sistema de actividades cotidianas de los individuos, entiéndase: hábitos de alimentación, condiciones físicas, hábitos tóxicos, actividad sexual, empleo del tiempo libre, control emocional.
- ∅ Los estilos de vida de los pacientes con enfermedad cerebrovascular se caracterizan como riesgo en el proceso salud – enfermedad por presentar indicadores de comportamientos inadecuados.
- ∅ La comunicación interfamiliar surge como un indicador importante a tener en cuenta en el análisis del estilo de vida de los pacientes, por mostrarse como dato relevante en la entrevista efectuada los familiares.
- ∅ Los especialistas entrevistados consideran de gran importancia la atención multidisciplinaria a estos pacientes, en la que el rol del psicólogo aparece como vital para la adecuación psicológica frente a la enfermedad tanto del paciente como de la familia.
- ∅ La comprensión de los factores de riesgo para la ECV y la aparición de su síntoma más dañino ACV desde una postura psicológica enriquece la comprensión del hombre como un ser Bio-Psico-Social.
- ∅ Con este estudio queda demostrada la implicación psicológica de los estilos de vida que asumen los pacientes como factores psicológicos controlables en el tratamiento, la rehabilitación y prevención del ACV en pacientes con ECV.

Recomendaciones

Recomendaciones

En correspondencia con los resultados obtenidos en esta investigación sugerimos.

- ∅ Compartir los resultados con los sujetos de la investigación.

- ∅ Valorar la necesidad de incluir la asistencia psicológica a los pacientes para cumplir con el principio de la atención multidisciplinaria, en la sala de rehabilitación de Jatibonico.

- ∅ Diseñar e implementar estrategias de atención y prevención de comportamientos riesgos para la salud en los pacientes con ECV.

- ∅ Extender las acciones de salud a los familiares de los pacientes.

- ∅ Que se investigue desde el área de la psicología con mayor profundidad el tema del rol del psicólogo en la modificación de los estilos de vida en los pacientes con ECV.

Bibliografia

Bibliografía Referenciada

- ψ Álvarez R, 2001. Accidente vascular encefálico. En: Temas de Medicina General Integral.. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- ψ Álvarez R, 2006. Factores de riesgo de la ECV aguda hipertensiva. Revista cubana medica Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/>
- ψ Anuario Estadístico 2009
- ψ Accidente Cerebrovascular. Disponible en: www.htp.americanstroke.
- ψ Arés P, 2002. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- ψ Bornas X, 2011 Auto control y estilo de vida saludable, aprenda a modificar sus a hábitos. Disponible en [www.librosdepsicologia .com](http://www.librosdepsicologia.com)
- ψ Benavides, 2007 Accidente cerebrovascular Esperanza en la investigación. Disponible en: [www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.h tm](http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.htm)
- ψ Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en : www.usal.es/.calidad.htm
- ψ Documentos estadísticos Municipio de Jatibonico, 2010-2011.
- ψ Freíd S, 2006. Psicoanálisis. Disponible en [www.e .torrebabel.com](http://www.e.torrebabel.com)
- ψ González L, 2004. Enfermería familiar y social en Cuba. Disponible en: www.llbus.sld.cu
- ψ Goldstein L, 2009. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Disponible en : www.stroke.ahajournals.cu
- ψ González F, 2007. Instrumentos de evaluación psicológica; Editorial Ciencias Médicas; Ciudad de la Habana.
- ψ González J, 2007. Factores de riesgo en la Enfermedad cerebrovascular Isquémicas en el Anciano.

- ψ Gómez C, 2007. ECV isquémica en el adulto. Tesis de maestría de neurología. Santic Spiritus.
- ψ Hernández Sampieri , 2006 Metodología de la Investigación Cuarta Edición. México.
- ψ Loreta A, 2001. Tesis de especialidad de MGI Enfermedades Cerebrovascular asociadas a la Hipertensión, Consultada en 2011. Ciencias Médicas, Sancti Spiritus.
- ψ Morales Calatayud F, 1999. Psicología de la salud, conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Ciudad de la habana: editorial Científico técnica.
- ψ Morales Calatayud F, 2005. Psicología de la salud, Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Ciudad de La Habana, editorial Científico Médicas.
- ψ Núñez de Villavicencio, 2001. Psicología y Salud. Editorial Científico-Técnica La Habana.
- ψ Núñez de Villacencio F, 2001. Psicología y salud; Ciudad de la Habana: editorial Ciencia Medica
- ψ Pérez L, 1987. La Psiquis como determinante de la salud. . Editorial Científico-Técnica La Habana.
- ψ Rodríguez, G. Investigación cualitativa. España, 1998
- ψ Revista de Neuropsicología del Instituto Nacional de Neurociencia Resumed 2000.
- ψ Revista Psicología Cubana , 2003.
- ψ Sacco L, 2009. American Heart Association_Disponible en www.neurorehabilitacion.com
- ψ Sordo F, 200. Guía de estudio de estilo de vida. Disponible en : Fernando.navarrosordo@gmail.com
- ψ Visión Psicología: Calida de vida: Deber y derechos, 2008. Disponible en : www.visionpsicologiaca.blogspot.com
- ψ Vives A, 2005. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para la acción actual y necesaria. Revista Electrónica Psicología Científica.

Bibliografía Consultada

- ψ Adams, R. y Maurice, V. 1984. Enfermedad cerebrovascular, (T II). En: Principios de Neurología. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- ψ Álvarez González, M. A. 1989. Stress. Un enfoque psiconeuroendocrino. La Habana. Editorial Científico-Técnica.
- ψ Álvarez R. Accidente vascular encefálico. En: Temas de Medicina General Integral. T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.895-909.
- ψ Álvarez R, 2001. Accidente vascular encefálico. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- ψ Álvarez A , 2006. Factores de riesgo de la ECV aguda hipertensiva. Revista cubana medica Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/>
- ψ Arana Chacón, R. A. 2000. Enfermedad cerebrovascular. En: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Proyecto ISS – ASCOFAME.
- ψ Arias, H. A. y Villanueva, M. 1993. Estudio de la Capacidad de Organización de la Vida (COV) en pacientes hipertensos. Diseño de Investigación. La Habana. CIPS.
- ψ Armas I, 2010. Disminuirá Cuba muertes por enfermedades Cardiovasculares Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu>
- ψ Arana. A. 2000. Enfermedades cerebrovascular. En: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Proyecto ISS – ASCOFAME.
- ψ Arias A y Villanueva M, 1993. Estudio de la Capacidad de Organización de la Vida (COV) en pacientes hipertensos. Diseño de Investigación. La Habana. CIPS.
- ψ Alpizar M,2008. Previniendo el alcoholismo, Revista Cubana Salud Publica ,Cuidad la Habana
- ψ Alberti L, 2008. Estilo de vida y su relevancia en la salud del individuo . Disponible en : revistahm@cmw.sld.cu
- ψ Bennett y Plum. 1996. Tratado de medicina interna, La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

- ψ Bennett y Plum. 1996. Tratado de medicina interna, (T III). La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- ψ Christensen, A. L. 1979. El diagnóstico neuropsicológico de Luria. Madrid. Pablo del Río-Editor.
- ψ Centanaro, G. A., 2003. Manejo agudo de la enfermedad Cerebrovascular en la sala de urgencias. Disponible en www.geocities.com.
- ψ Christensen, A. L. 1979. El diagnóstico neuropsicológico de Luria. Madrid. Pablo del Río-Editor.
- ψ Cruz Marín, C. y Vargas Fernández, L. 2001. Estrés. Entenderlo es manejarlo. México, D.C. Alfa Omega.
- ψ Delis N, 2005. El Habito de fumar como factor predisponente en cardiopatía, revista cubana Enfermer (On line).
- ψ Damasio A, 2001. El error de Descartes. Barcelona. Editorial Crítica.
- ψ Delgado J, 2004. Factores psicológicos de riesgo en personas con Accidente cerebrovascular: Una aproximación desde la Neuropsicología. Tesis de Grado. Villa Clara.
- ψ Fadrugas Hernández A, 2005. Habito de fumar, su repercusión.
- ψ Fernandez N, 1999. Estilo de vida, bienestar subjetivo y salud de acción , ciudad de la habana.
- ψ García Romagosa, G. 2003. Evaluación del funcionamiento emocional en pacientes con HTA. Tesis de Grado. Villa Clara.
- ψ González F, 2007. Instrumentos de evaluación psicológica; Editorial Ciencias Médicas; Ciudad de la Habana.
- ψ González J, 2007. Factores de riesgo en la Enfermedad cerebrovascular Isquémicas en el Anciano.
- ψ García R, 2003. Accidente Cerebrovascular Houghton. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital central de Asturias. España.
- ψ Ingaramo A. Estrés Mental e Hipertensión Arterial. Centro de Hipertensión y Enfermedades Cardiovasculares. Trelew, Chubut.
- ψ Hernández E, 2005. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones; Universidad de Guadalajara.

- ψ Jiménez Cruz R , 2008. Estilo de vida en la sociedad actual, Disponible en: antonioquiles.deportey salud. Blogspot,
- ψ Kumral E, Ozkaya B, Sagduyu A, Sirin H, Vardarli E, Pehlivan M. Analysis of 2008 stroke patients. Cerebrovasc .
- ψ Loreta A, 2001. Tesis de especialidad de MGI Enfermedades Cerebrovascular asociadas a la Hipertensión, Consultada en 2011. Ciencias Médicas, Sancti Spiritus.
- ψ Lopez M , 2009. Estilos de Vida , Desarrollo Científico – Técnico y obesidad and obesity , Rev.Cuba . salud Publica .
- ψ Maya Luz E, 2001. Los estilos de vida saludable componente de la calidad de vida, Centro de documentación Virtual en recreación , tiempo libre y ocio , Costa rica .
- ψ Morales Ruiz, L. 1996. Examen neuropsicológico en pacientes con infarto cerebral. Tesis de Maestría. Villa Clara.
- ψ Muñoz M, 1997). Evaluación neuropsicológica y funcional de los adultos con traumatismo craneoencefálico. En: C Pelegrín, JM Muñoz, I Quemada (Eds.), Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Barcelona. Prous Science.
- ψ Pagado Juan P, 2005, Obesidad e hipertensión en adultos, monte video facultad de ciencias sociales.
- ψ Pelegrín, C. y Gómez-Hernández, R. (1997). Trastornos neuropsiquiátricos en los traumatismos craneoencefálicos graves. En: C Pelegrín, JM Muñoz, I Quemada (Eds.), Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Barcelona. Prous Science.
- ψ Ramírez M, 2002. Estudio neuropsicológico en pacientes con HTA. Tesis de Grado. Villa Clara.
- ψ Revista de Neuropsicología del Instituto Nacional de Neurociencia Resumed 2000.
- ψ Revista cubana médica , 2009 disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

Sacosas E, 1991. Estudio neuropsicológico del paciente con Accidente vascular encefálico. Tesis de Maestría. Villa Clara.

Taragano F, 2002. Ansiedad por disrupción: una realidad clínica. IX Congreso Internacional de Psiquiatría. Buenos Aires por la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) del Instituto Universitario CEMIC de Buenos Aires.

Anejos

Anexos

ANEXO 1

Consentimiento informado firmado por el paciente para participar en el estudio.

Yo: _____ ejerciendo mi libre poder y mi voluntariedad expreso por este medio y doy mi consentimiento para ser incluido en el trabajo sobre estilos de vida en ECV de los pacientes que asisten a la sala de rehabilitación del Municipio de Jatibonico, después de haber tenido una explicación sobre el tema.

Estoy conciente de mi derecho a participar en el estudio y de abandonar si lo estimo conveniente para mi persona sin necesidad de dar explicaciones.

La confidencialidad de mis datos será responsabilidad del investigador y no será divulgado sin mi autorización.

Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento, junto al estudiante, a los _____ días del mes _____ del _____.

Paciente: _____

Firma: _____

Autor de la investigación: _____

Firma: _____

Anexo 2

Entrevista a los especialistas y técnicos que laboran con los pacientes con ECV de la sala de rehabilitación.

Objetivo:

1. Determinar las características del estilo de vida en los pacientes y las manifestaciones más comunes del mismo que se presentan en este tipo de patología.
2. Identificar factores positivos y negativos que intervienen en proceso de rehabilitación de esta patología.

Temas tratados:

- Relación que mantiene el estilo de vida con la sintomatología de la enfermedad.
- Estados emocionales de los pacientes al ingresar a la sala.
- Limitaciones de la independencia funcional más comunes.
- Tipos de enfermedades y gravedad de las mismas.
- Tiempo que requiere la rehabilitación.
- Comportamiento o aspectos esenciales para el éxito de la misma.
- Riesgos de recaídas y los factores que la potencian.
- Criterios sobre la multidisciplinariedad.
- Pronósticos.
- Indicaciones que se ofrecen.

Registro de la información:

Anexo3

Entrevista individual semiestructurada al paciente.

Objetivo:

1. Presentarnos como investigadores.
2. Solicitar su aprobación y participación en la investigación.
3. Establecer la empatía con el paciente.
4. Conocer particularidades de su estado de salud actual.

Temas tratados:

- Datos generales sobre la ECV y sus síntomas aquejados.
- Tiempo que la padece.
- Limitaciones o secuelas que ha sufrido.
- Tiempo que lleva en rehabilitación.
- Satisfacción con la rehabilitación.
- Emociones predominantes.
- Relaciones con la familia, vínculo laboral.
- Preferencias nutricionales.
- Consumo de café, cigarro, bebidas alcohólicas.
- Realización de actividades recreativas.

Registro de la información:

Anexo 4

Entrevista individual semiestructurada a los familiares de los pacientes con ECV.

Objetivo:

1. Identificar características de los modos de afrontamiento del paciente ante la enfermedad.
2. Determinar fuentes del estrés en estos pacientes y sus manifestaciones más evidentes.

Temas abordados:

- Manifestaciones comportamentales de los pacientes después de la enfermedad.
- Preferencia en el consumo de alimentos inadecuados y de sustancias tóxicas.
- Valoración o percepción del proceso de rehabilitación.
- Estado emocional cotidiano.
- Características de sus relaciones con los demás.
- Nivel de dependencia en la realización de sus actividades diarias.
- Sucesos que se asocien con la instauración de emociones desagradables en el paciente a demás de la enfermedad.
- Principales quejas sintomáticas.
- Principales exigencias y verbalizaciones sobre su estado actual y el futuro.

Registro de la información:

Anexo 5

Protocolo guía de observación participante en la sala de rehabilitación

Objetivos:

1. Corroborar la información obtenida en la entrevista.
2. Identificar las limitaciones y síntomas fundamentales que afectan a los pacientes con esta enfermedad.
3. Determinar estado emocional de los pacientes durante su proceso de rehabilitación.
4. Realizar una valoración del desempeño funcional del paciente.

Aspectos a observar:

1. Capacidad funcional de los pacientes.
2. Presencia de redes de apoyo familiar.
3. Disposición hacia la rehabilitación.
4. Estado de ánimo durante el proceso de la investigación.
5. Comportamiento y/o actitudes así los demás y hacia sí mismos.
6. Otros aspectos de interés.

Registro de la información:

Anexo 6

Protocolo guía de observación participante en el hogar

Objetivos:

1. Corroborar la información obtenida en la entrevista.
2. Identificar las limitaciones que afectan a los pacientes en el desempeño de las actividades en el hogar con esta enfermedad.
3. Determinar estado emocional de los pacientes en el hogar.
4. Realizar una valoración del desempeño funcional del paciente.

Aspectos a observar:

1. Desarrollo funcional de los pacientes en las actividades en el hogar.
2. El desempeño de apoyo familiar hacia las actividades que el paciente realiza.
3. Estado de ánimo durante el proceso de la investigación.
4. Comportamiento y/o actitudes hacia los demás y hacia sí mismos.
5. Otros aspectos de interés.

Registro de la información:

Anexo 7

Protocolo guía de observación participante en la comunidad.

Objetivos:

1. Corroborar la información obtenida en la entrevista.
2. Identificar las limitaciones que afectan a los pacientes en el desempeño de las actividades en la comunidad.
3. Valoración del empleo del tiempo libre.

Aspectos a observar:

1. Desarrollo funcional de los pacientes en las actividades en la comunidad.
2. Comportamiento y/o actitudes así los demás y hacia sí mismos.
3. Otros aspectos de interés.

Registro de la información:

Anexo 8

Guía para el estudio de estilo de vida

Nombre _____.

Edad _____ sexo _____ escolaridad _____.

Este cuestionario recoge áreas de tu estilo de vida, donde se muestran hábitos y características que lo hacen más vulnerable de padecer enfermedades, muchos de ellos pueden ser modificados y controlados por usted, lo que permitirá mantener un buen estado de salud. Al responder cada pregunta, marque la que mejor lo describe, seleccionando siempre una sola respuesta.

#	Condición física	Si	No
1	Hace usted ejercicio o practica algún deporte durante al menos 30 minutos tres o más veces por semana.		
2	Tiene usted el peso adecuado para estatura y sexo		
3	Usa usted las escalera en lugar de elevadores cada vez que le sea posible.		
4	Su trabajo es sedentario.		
Hábitos alimentarios			
1	Prefiere usted las comida de sal, acostumbra añadir sal a las comidas.		
2	Mantiene usted un consumo elevado de productos dulces, acostumbra añadir azúcar a los alimentos.		
3	Su dieta es balanceada, incluye vegetales, frutas, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteínas.		
4	Limita usted el consumo de grasa polisaturadas(manteca animal, mantequilla, queso crema).		
5	Come usted pescado más frecuente que las carnes rojas.		
6	Limita usted su consumo de colesterol (huevos, hígados y carnes).		
7	Come usted alimentos ricos en fibras, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros).		
Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.			
1	Fuma usted cigarro, tabaco, fuma pipa o mastica tabaco.		
2	Consume usted bebidas alcohólicas de tres a cuatros tragos al día.		
3	Consume usted de tres a cuatros taza de café al día.		
4	Acostumbra usted a automedicarse.		
Sexualidad			
1	Tiene cambios frecuentes de parejas		
2	Realiza practicas sexuales protegidas o seguras (usas condón)		
3	Mantiene relaciones de parejas estables y utiliza medidas anticonceptivas		
Auto cuidado y cuidado medico			
1	Se lava usted los dientes diariamente.		
2	Se efectúa un chequeo medico por lo menos una vez al año.		
3	Duerme usted lo suficiente generalmente.		
4	Tiene la vacunación actualizada en caso de la mujeres las pruebas citológicas.		
#	Uso del tiempo libre	Si	No
1	Dispone usted de tiempo libre para su recreación y entretenimiento.		
2	Cuando esta usted en su tiempo libre disfruta con las actividades que realiza.		

3	Considere usted que las actividades que realiza en su tiempo libre ayudan a enriquecer su vida espiritual.		
4	Generalmente no realiza ninguna activada recreativa o de entretenimiento.		
Estado emocional			
1	Reprime sus sentimientos de disgusto, no acostumbras a expresarlos.		
2	Es fácil para usted reírse.		
3	Puede usted tomar decisiones importantes con un mínimo de tensión.		
4	Generalmente esta usted tenso y nervioso.		
5	Cuando le ocurre algo desagradable logra controlarse fácilmente.		
6	Durante el día utiliza algún tiempo para relajarse.		

Calificación por área							
Categoría	C. físicas	H alimentario	H. tóxicos	A. sexual	Auto cuidados	Tiempo libre	E. emocional
Bueno	3 o 4 R+	6 o 7 R+	3 o 4 R+	3 R+	3 o 4 R+	3 o 4 R+	5 o 6 R+
Regular	2R+	4 o 5 R+	2R+	2R+	2R+	2R+	2 o 4 R+
Malo	Más 3R-	Más 4 R-	Más 3R-	Más 2R-	Más 3R-	Más 3R-	Más 4R-

Diagnostico por áreas			
	Bueno	Regular	Malo
Estilo de vida			
Condiciones físicas			
Hábitos alimentarios			
Hábitos tóxicos			
Sexualidad			
Autocuidados médicos			
Tiempo libre			
Estado emocional			

Calificación global:

De 32 a 26 repuestas positivas Estilo de vida saludable

De 25 a 18 repuestas positivas Estilo de vida con riesgo

De 17 a 0 repuestas positivas Estilo de vida poco saludable

De 1 a 32 repuestas negativas Estilo de vida nada saludables

Diagnóstico _____.