

**PLAN DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICO INTEGRADOR DEL
CUIDADOR Y EL PACIENTE CON ACV**



Antonio José de Sucre
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE FISIOTERAPEUTA

AUTORES:

Amaya Carrascal Luz Karime

Pacheco Álvarez Andrea Carolina

TUTORES

Dr. Meryene Barrios

Dr. Lina Chávez

Facultad de ciencias de la salud Corporación universitaria Antonio José de Sucre

SINCELEJO-COLOMBIA 2022

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por concedernos tener vida y salud, a nuestros padres, que han sido un apoyo fundamental durante el trascurso de nuestra carrera universitaria, por mostrarnos el camino hacia la superación, también agradecemos a nuestras asesoras por habernos brindado la oportunidad de aprender de cada uno de sus conocimientos, por la paciencia y el amor que nos dieron en todo el desarrollo de la tesis, al igual a todos los docentes del área de fisioterapia por guiarnos y brindarnos sus conocimientos en cada uno de los semestres culminados y a nuestros compañeros por enseñarnos cada día lo que es el trabajo en equipo.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 8

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

3. JUSTIFICACIÓN..... 14

4. OBJETIVOS 17

 4.1 OBJETIVO GENERAL..... 17

 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

5. ESTADO DEL ARTE 18

6. MARCO TEÓRICO 23

 6.1 El accidente cerebro vascular 23

 6.2. El Rol del cuidador en los procesos de rehabilitación 24

7. MARCO CONCEPTUAL 26

 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)..... 26

 REHABILITACIÓN..... 27

 FAMILIA Y CUIDADOR..... 27

 AFRONTAMIENTO 28

 CUIDADOR INFORMAL 28

 INTERVENCIÓN A CUIDADORES INFORMALES 29

 DEPENDENCIA 30

 CALIDAD DE VIDA 31

8. METODOLOGÍA.....	32
Tipo y diseño de investigación	32
Instrumentos.....	32
Población y muestra.....	33
Procedimiento	33
9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
11. CONCLUSIÓN	69
12. RECOMENDACIONES	70
13. REFERENCIAS	71
14. ANEXOS	79

RESUMEN

EL ACV es un síndrome clínico de presunto origen vascular, caracterizado por un rápido desarrollo de signos focales o globales que alteran las funciones cerebrales que duran más de 24 horas o hasta la muerte, la lesión producida por este accidente deja en su sobreviviente diferentes tipos de discapacidades y limitaciones que pueden ocasionar que estas personas no realicen algunas actividades por si solos; gracias a esto se estudió la disposición de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención, sobre todo, en situaciones de dependencia como pueden ser las enfermedades crónicas. Se llevó a cabo una investigación de tipo hermenéutico dialéctico, en la cual se les ofrece gran interés a los sujetos como fuente principal de información y agentes de cambio y el propio investigador como instrumento de recolección de la misma. Dando como resultado de esta investigación que la realización de un plan de intervención integrador entre el sobreviviente de ACV con su familiar-cuidador, es de gran ayuda para disminuir los factores que acumulan la sobrecarga encontrada en las personas que se encargan de todo el cuidado de su familiar enfermo y que a su vez se actúa de manera física como psicológica.

Palabras claves: Cuidador informal, accidente cerebrovascular, apoyo familiar, Rehabilitación.

Abstrac

Stroke is a clinical syndrome, of presumed vascular origin, characterized by a rapid development of focal or global signs that alter brain functions that last more than 24 hours or until death. Thanks to this, the disposition of a family network of Support represents an important element for containment, especially in situations of dependency such as chronic illnesses. A dialectical hermeneutic research was carried out, in which great interest is offered to the subjects as the main source of information and agents of change and the researcher himself as an instrument for collecting it. Giving as a result of this research that the realization of an integrative intervention plan between the stroke survivor and his relative-caregiver, is of great help to reduce the factors that accumulate the overload found in the people who are in charge of all the care of their sick family member and who in turn acts physically and psychologically.

Keywords: Informal caregiver, stroke, family support, Rehabilitation.

1. INTRODUCCIÓN

EL ACV es un síndrome clínico, de presunto origen vascular, caracterizado por un rápido desarrollo de signos focales o globales que alteran las funciones cerebrales que duran más de 24 horas o hasta la muerte (OMS,2010). Los síntomas y signos varían de acuerdo al área afectada por la disminución del flujo vascular, el mayor porcentaje de pacientes no sufre algún tipo de dolor. Hay que tener en cuenta el inicio de los síntomas, además de antecedentes y/o factores de riesgo para poder realizar un adecuado análisis y determinar la localización de la lesión (Blanco, 2011).

Dicho lo anterior si el paciente sobrevive, puede ocasionar un daño neurológico grave e irreversible algunas de estas lesiones puede conllevar a que estas personas se queden sin poder hablar o mover una parte de su cuerpo para toda la vida. Dado esto se dice que es la tercera causa de muerte en Colombia y una de las más importantes en incapacidad funcional (Caballero, 2017).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 28,8% de las defunciones de 2017 tuvieron a las enfermedades circulatorias como causa básica de mortalidad. Estas, con 263,3 muertes por cada 100.000 habitantes, siguieron siendo la primera causa de mortalidad global, primera también en mujeres (279,9 en el mismo rango) y segunda en hombres (246,1 en el mismo rango) tras los tumores. De los 122.466 fallecimientos a causa de enfermedades circulatorias, el 48,4% fueron secundarias por cardiopatía isquémica (CI) y accidente cerebrovascular (ACV). Por otro lado en Japón y Singapur tienen menores tasas de ACV dentro de Asia y al comparar con países del Occidente (Ohira, et al 2013). Se prevé que la cantidad de accidentes cerebrovasculares por año aumente dramáticamente a medida que la población envejece, y se ha estimado que las

muerres debidas a enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular en Latinoamérica casi se triplicarán para el año 2024. Se trata de una epidemia que ya comienza a aparecer, por lo que se requieren medidas inmediatas para evitar una crisis. (Avezum, et al 2012).

Se conoce que en Colombia los ACV han ocupado el cuarto lugar en la mortalidad por enfermedades crónicas entre los hombres y el segundo en mujeres, el accidente cerebrovascular se reportó dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en el país, ocasionando 32 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2019, lo que representó 15.882 muertes a causa de esta enfermedad. (Ministerio de salud, 2021).

Las discapacidades que ocasiona la enfermedad transfiguran a la familia, asignándole a un miembro la responsabilidad de cuidador; es así que, dentro de la familia, raramente el paciente dependiente es atendido por varios miembros de la misma de forma equitativa, la mayoría de las veces la mayor responsabilidad del cuidado suele recaer sobre un miembro de la misma, es el denominado “Cuidador principal” (Moreno-Gaviño, 2018).

Se conoce que, cuidar a personas con algún tipo de enfermedad crónica es una situación generadora de estrés que afecta al cuidador familiar, esto se describe como carga del cuidado que impacta al cuidador y al grupo familiar en la medida que altera la funcionalidad familiar y afecta sus dimensiones sociales, personales y económicas (Sánchez-Herrera et al., 2013). Es por ello que en esta investigación se hizo necesario involucrar a la familia como objeto principal, como la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; para lograr todo esto se llevó a cabo una revisión de bases de datos de investigación especializadas.

La finalidad de este trabajo de investigación, que tiene como objetivo principal construir un plan de intervención fisioterapéutica integrador del cuidador y paciente con ACV, que ayude a mitigar los riesgos a los que se puede enfrentar el cuidador informal al permanecer gran parte de su tiempo en la labor de cuidar y al igual que el sobreviviente de ACV se sienta en un ambiente familiar adecuado que ayude de manera favorable en todo el proceso de rehabilitación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La rehabilitación del accidente cerebrovascular (ACV), es un proceso complejo e involucra a un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud como son los médicos, Fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e incluso al propio paciente y los cuidadores como parte fundamental del equipo de rehabilitación que requiere ser tratado de forma coordinada e integrada (Bahit, 2016).

En la actualidad, el Accidente Cerebrovascular (ACV) es una de las enfermedades con mayor incidencia en la población adulta, siendo éste un problema de salud pública que sobrecarga el sistema de salud, pero trasciende al grupo familiar (Urimubenshi, 2018). De acuerdo con resultados de investigaciones llevadas a cabo por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en Europa específicamente en España el 89,4% de las personas dependientes recibe cuidado informal, el 13% dispone de servicios privados de cuidado y el 8,1% tiene apoyo de los servicios públicos (Rogeró, 2009). La incidencia de casos/año en los Estados Unidos de América (EUA) es de 531 a 730 000, 127 000 en Alemania, 112 000 en Italia, 101 000, en el Reino Unido, 89 000, en España, 78 000, en Francia, 60.000 en Polonia y 55 000 casos en Japón (Martínez, 2016).

En Latinoamérica, se ha observado un incremento en el número de casos, es así que en Brasil el ascenso de la tasa bruta de mortalidad por ECV en las últimas tres décadas ha sido significativa, con una tendencia al desplazamiento hacia edades más tempranas (Coutin, 2015). Así mismo en Cuba cada año, se diagnostican 20.000 casos nuevos de ACV, con una tasa de mortalidad bruta entre el 84,2 y 88,1 x 10 (5) habitantes, en los años

2016 y 2017, respectivamente, con 4,0 años de vida potencialmente perdidos, por lo que representa la enfermedad crónica no transmisible más frecuente (MINSAP, 2017).

En Colombia la oficina de Dirección de Epidemiología y Demografía (2016), las enfermedades cerebrovasculares provocaron 23,47 % (139.690) de las muertes, con tasas ajustadas por edad tendientes al descenso de 41,05 a 32,52 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual implicó una reducción de 21 % en términos relativos y de 8,53 muertes por cada 100.000 personas en términos absolutos. Por parte del Observatorio Nacional de Salud de Colombia (2015), el ACV ocupa el lugar de la tercera causa de muerte en el país tanto para hombres como mujeres en 2011.

Las discapacidades que ocasiona la enfermedad transfiguran a la familia, asignándole a un miembro la responsabilidad de cuidador; es así que, dentro de la familia, raramente el paciente dependiente es atendido por varios miembros de la misma de forma equitativa, la mayoría de las veces la mayor responsabilidad del cuidado suele recaer sobre un miembro de la misma, es el denominado “Cuidador principal” (Moreno-Gaviño, 2018). La presentación del ACV supone así, una importante carga derivada para el paciente, su familia, la sociedad y los sistemas de salud debido a su impacto global, ya que 15 millones de personas sufren un episodio de la enfermedad cada año, unos cinco millones desarrollan una discapacidad permanente, por lo que necesitan cuidado (Palacios, 2017).

Se conoce por estudios de caracterización en Colombia que, la labor de cuidador es generalmente asumido por los familiares del paciente; aproximadamente un 88% de los cuidadores son integrantes de la misma familia del paciente, de los cuales cerca del 75 al

80% son mujeres, de las cuales el 19,6% son esposa y 58,5% hijas menores, y en general cerca del 60% de los cuidadores viven con el asistido (Gómez, 2016).

A partir de lo expuesto, podemos decir que es de suma importancia preparar y enseñar a los cuidadores del paciente con secuela de ACV, a como aportar en el proceso de la recuperación y prevención secundaria, si bien la familia cumple un papel central para el bienestar de los pacientes ya que, es el entorno más cercano del adulto, de interacción personal, de amparo y socialización.

Por esto, la disposición de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la rehabilitación, sobre todo, en situaciones de dependencia; puesto que, la información y la formación del paciente y su familia son imprescindibles a lo largo de todas las fases del proceso, debiendo iniciarse desde el momento del diagnóstico para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio (Good et al, 2011).

Por tal motivo de dicha investigación nos realizamos esta pregunta que engloba la situación que queremos encontrarle posibles soluciones: ¿Cómo se implementaría un Plan de intervención fisioterapéutica integrador del cuidador y el paciente con ACV?

3. JUSTIFICACIÓN

El cuidador del paciente con ACV juega un importante rol en el soporte de la enfermedad y en la recuperación de las secuelas físicas, cognitivas y psicosociales de los enfermos; sin embargo, se ha encontrado que esta condición afecta también a las personas a cargo, generando un alto riesgo de aislamiento social, carga emocional y una reducción en su calidad de vida, por lo tanto, el personal de salud dedicado a la atención de los enfermos que padecen ACV debe explorar la presencia de estas condiciones en los cuidadores con el fin de realizar su atención oportuna y disminuir estos cambios negativos en su salud (Palacios, 2017).

Después de que una persona sufre un ACV, los familiares experimentan un cierto grado de estrés que surge de las perturbaciones a su estado emocional, como el temor por el futuro, el dolor, o la interrupción del funcionamiento normal de la familia y de las nuevas demandas prácticas (Chamorro et al., 2009; Donsanti, 2006; Foster et al., 2012).

Es debido a esta nueva forma de vida, que es ampliamente recomendable (de acuerdo a diversos estudios) que los familiares puedan intervenir activamente en la jornada de rehabilitación del paciente, ya que se asocia con mejores resultados de la calidad de vida y la salud emocional, del cuidador y del paciente (Foster et al., 2012). Por esto en esta investigación se hace relevante la implementación de un plan de intervención integrador del cuidador y paciente en el cual puedan interactuar juntos en todo el proceso.

Los beneficios psicológicos, sociales, económicos y terapéuticos del cuidado familiar en principio son obvios y se han documentado considerablemente en la literatura (Cuesta Benjumea, 2004). Se ha demostrado en un estudio realizado por Donsanti (2006),

“que el trabajo interdisciplinario es una elección conveniente y favorable, tanto para los profesionales que integran el equipo de rehabilitación y más aún para el paciente afectado por un ACV”

De otro lado, hay investigadores como Pezo et al. (2004), que aseguran que el hecho de que familiares y amigos tengan conocimiento previo de la persona que se enferma, facilita la percepción de los cambios de comportamiento presentados. Dado esto lo anterior puede provocar reacciones como el distanciamiento de las personas, en el sentido de aislar al enfermo tanto en un apoyo físico como emocional. En algunas ocasiones, la falta de compromiso con el comportamiento de la persona con la enfermedad agrava su cuadro.

Las personas enfermas que cuentan con un ambiente familiar positivo, que cuentan con una estabilidad afectiva y que a la vez son capaces de adaptarse a los cambios que se puedan ocasionar, este tipo de relaciones puede afrontar de un modo más positivo la crisis que conlleva tener un miembro de la familia enfermo; así como existen este tipo de familias también nos podemos encontrar lazos familiares difíciles, donde la comunicación verbal es poco frecuente y la carencia de interés al solucionar diversos problemas.

Foster et al. (2012) y Marsden et al. (2010) dicen que, los programas para familiares, permiten una mejoría significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y el desempeño funcional de los afectados y sus cuidadores. La poca apreciación de apoyo socio-funcional que recibe un paciente sobreviviente de un ACV es muy habitual en el entorno de las secuelas (estado depresivo), donde en algunas oportunidades tiende a estar relacionado a una disfuncionalidad familiar actuando de forma negativa todo proceso de rehabilitación del paciente.

Con esta investigación se busca comprender la fundamental importancia que tiene la colaboración de los cuidadores, en todo el proceso de recuperación de los pacientes y la necesidad de estar incluidos en todo el proceso, reconociendo que en su función pueden adquirir afectaciones físicas.

Por consiguiente, desde el soporte teórico del análisis del movimiento corporal humano, se construirá acciones de cuidado que busquen mejoras en la calidad de vida de los cuidadores; además de contar con los medios necesarios para su realización, tanto a nivel material como humano; simultáneamente, se cuenta con las herramientas para llevar a cabo la investigación, como lo es la ley 528 de 1999 (20 de septiembre) en el título I del capítulo 1; nos dice que la fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Construir un plan de intervención fisioterapéutica integrador del cuidador y paciente con ACV.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los planes de intervención fisioterapéutica que han integrado al cuidador y el paciente con ACV.
- Develar el tipo de relación interpersonal, la experiencia vivida con la enfermedad y la independencia entre el cuidador- paciente con ACV.
- Desarrollar acciones de cuidado religante del cuidador y el paciente con ACV.

5. ESTADO DEL ARTE

A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes en la búsqueda realizada en las bases de datos Scielo, Ebsco y PubMed, entre los años 2015 y 2022, donde se utilizaron palabras claves como: Accidente cerebrovascular, cuidador, cuidador informal, familia, rehabilitación integral.

López-Díaz et al. (2015), En esta investigación se describieron las acciones que realizaban las familias del cuidado popular de un adulto mayor tras sufrir un accidente cerebrovascular, donde se realizaron para hallar los resultado entrevistas a familias con las características de inclusión necesarias, con ello pretendían comprender el soporte que genera las familias en la intervención del adulto sobreviviente, tratando de conocer junto con los profesionales las etapas de la enfermedad y cada uno de los riesgos que puede determinar a los aportes del cuidado del enfermo, se buscaron aumentar los programas de educación y acompañamiento en todos los procesos físicos y sociales tanto de sobrevivientes como cuidadores.

Con otra investigación Rimoldi et al. (2015) se trazaron el objetivo de realizar una revisión sistemática de los programas de intervención psicoterapéuticos y psicoeducativos existentes para familiares de personas que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico. Los resultados de estos estudios coincidieron en que, el proporcionar programas para familiares con sesiones multidisciplinarias y grupales de información, educación y desarrollo de habilidades prácticas, sesiones de apoyo y desarrollo de estrategias en la resolución de problemas, preparan al cuidador en el desempeño del nuevo rol. Ellos refieren que esto mejoraría la calidad de la atención de las personas enfermas y permitiría

también ayudar a reducir los niveles de estrés y depresión del cuidador, con mejoras en los resultados clínicos al intervenir la familia en el tratamiento.

Asimismo, Daccarett et al. (2015) en su investigación describió y comparó el perfil de malestar psicológico en familiares de personas con lesión cerebral y medular en etapa subaguda de rehabilitación, donde tomaron en cuenta un grupo de familias de personas con daño neurológico. Para esto realizaron varias evaluaciones diseñando un instrumento. Dejando como resultados la no observación de diferencias entre ambas poblaciones en términos de puntaje total o puntaje de sub-escalas, sugiriendo similares perfiles de malestar psicológico, el cual se caracterizó por altos niveles de ansiedad e insomnio, seguido en menor grado de síntomas somáticos.

Otro estudio relacionado con los anteriores Gifrea et al. (2015), identificaron los componentes que las personas con traumatismo craneoencefálico (TCE) y sus familias perciben que contribuyen a mejorar su calidad de vida. Realizaron tres grupos focales y cinco entrevistas, donde buscaban detectar factores principales para la mejora de la calidad de vida los cuales fueron: 1) apoyo informal (familia y amigos); 2) apoyo formal (apoyo psicológico, inserción laboral, entorno construido y burocrático); 3) tipo de secuelas; 4) participación y 5) visibilizarían social. Las necesidades expresadas por los participantes se focalizaron sobre todo en aspectos sociales y emocionales.

En el siguiente año Ramírez-Perdomo et al. (2016), buscaron establecer la calidad de vida relacionada con la salud y el grado de sobrecarga en cuidadores de personas con trastornos neurológicos. Para lo cual se basaron en un estudio descriptivo, donde la información recolectada fue a través de un grupo de instrumentos, en donde la evaluación encontró que la principal persona cuidadora era mujer y que por lo general era su esposa, lo

que reflejó que para el cuidador se empezó a afectar la calidad de vida, el bienestar social y espiritual; existe correlación entre la sobrecarga y las dimensiones física y social. La meta de los profesionales de la salud es el abordaje integral de los cuidadores informales para mitigar el impacto de la sobrecarga sobre la calidad de vida.

Al igual que, Reséndiz-Juárez et al. (2017) analizaron la relación existente entre los recursos percibidos por las familias y el éxito obtenido en los procesos de rehabilitación. Participaron 30 familias, de las cuales 15 pasaron por un proceso de rehabilitación «exitoso» y el resto no, de acuerdo con el índice Barthel. Aplicaron la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares, la cual correlacionaron con datos sociodemográficos y llevaron a cabo un análisis estadístico de las respuestas de los participantes. Los resultados mostraron que existen diferencias en ambos grupos en las dimensiones que se midieron: unión-apoyo, expresión de emociones y percepción de dificultades. Esta investigación aporta un acercamiento importante al estudio de la inclusión de la familia en los procesos de rehabilitación.

Seguido del anterior en el mismo año Palacios y Pinzón (2017), trabajaron en la ocurrencia de la enfermedad cerebrovascular la cual supone una importante carga en términos económicos y de la calidad de vida derivada para el paciente, su familia, la sociedad y los sistemas de salud, debido a su impacto global. En esta oportunidad expusieron los efectos de estos eventos, considerados catastróficos, en el cuidador del paciente, el impacto en su calidad de vida, la presencia de condiciones como depresión, ansiedad, sobrecarga y la identificación de factores de riesgo que lo hacen susceptible de presentar estas condiciones, lo cual ayudaría a implementar un manejo oportuno por parte del sistema de salud.

En la misma línea, Sacre González et al. (2017), en su estudio con 45 cuidadores de adultos mayores hemipléjicos a causa de enfermedad cerebrovascular, atendidos en la Sala de Rehabilitación Integral del Pinar del Río en Lima, demostró que el parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un factor importante que influye en gran medida en la experiencia del cuidado.

Por otra parte, Leyton Pavez et al. (2019), elaboraron un Plan de Intervención Integral para la atención post hospitalaria de pacientes con Accidente Cerebrovascular en un Centro de Salud Familiar chileno. Para el bosquejo del plan les fue necesario elaborar un diagnóstico situacional, identificar los factores de riesgo, y caracterizar la población durante el periodo del 2009- 2013. El Plan de Intervención Integral incorpora diferentes profesionales de la salud, los que a través de terapias y técnicas colaboran para conseguir una situación funcional, familiar y social lo más próxima a la que el paciente tenía previo al accidente. Un enfoque integral e interdisciplinario desde la atención primaria permite disminuir las complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en el proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad, optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

Ahora bien, Linares Cánovas et al. (2019), determinaron el comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores con accidente cerebrovascular. Realizaron un estudio analítico, transversal en una muestra de 207 adultos mayores con accidente cerebrovascular y sus respectivos cuidadores. Aplicaron instrumentos para la obtención de información que dio salida a las variables estudiadas, analizaron de forma univariada, bivariado y mediante la regresión lineal múltiple. Respetaron la ética médica. Predominaron los cuidadores del sexo femenino, grupo etéreo 30-44 años, con sobrecarga

leve y apoyo social insuficiente, no presentaron adiestramiento previo el 86,61 %. Al desempeñar las labores de cuidado la media fue de 41,87 meses, con 5,68 horas diarias de cuidado. Predominó la sobrecarga leve, en ello influyó la presencia de variables sociodemográficas y vinculadas a la labor de cuidado, se identificó la relación entre sobrecarga y afectación a la calidad de vida del cuidador.

Con la búsqueda de investigaciones se consolidaron diferentes conceptos acerca de las relaciones cuidador-enfermo, con la finalidad de encontrar los lazos y el tipo de relación que estos manejan, asimismo se quería saber que tanto aportaba el cuidador familiar en todo el proceso de rehabilitación del enfermo y la sobrecarga que este generaba a raíz de la dependencia de su familiar enfermo, estas investigaciones aportan en nuestro trabajo al darnos a conocer todas las afectaciones que puede tener un cuidador ya sean físicas como emocionales y así proceder de manera satisfactoria en el recorrido de nuestra intervención.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 El accidente cerebro vascular

En la actualidad el accidente cerebrovascular se posiciona como una de las causas de muerte más comunes en la población adulta, siendo de gran problema para la salud pública y el entorno familiar, en Colombia, según la oficina de Dirección de Epidemiología y Demografía (2021), el accidente cerebrovascular se reportó dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en el país, ocasionando 32 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2019, lo que representó 15.882 muertes a causa de esta enfermedad.

Todo esto ha conllevado a la intervención continúa de la fisioterapia en esta enfermedad aplicando la neurorehabilitación la agrupación de procedimientos que tiene la finalidad de recuperar las funciones neurológicas y funcionales pérdidas o disminuidas a consecuencia de un daño cerebral. Para esto se emplean métodos que se basan en aplicar la plasticidad cerebral en busca de reconstruir las vías neurológicas. Se deben establecer los objetivos adaptados a cada paciente y adecuar los diferentes tipos de técnicas a cada uno de ellos (Fernández et al., 2010). Es por ello que la rehabilitación en el ACV tiene como objetivo principal disminuir las alteraciones neurológicas y prevenir las posibles complicaciones, buscando la máxima autonomía y capacidad funcional.

Por lo tanto, está también tiende a ser una de las enfermedades que genera más incapacidad funcional en adultos que suelen repercutir en su ámbito físico, social y psicológico, lo que puede interferir en la debida funcionalidad de las habilidades básicas de la vida cotidiana, es por ello, que muchas veces los sobrevivientes de un ACV presentan

déficit neurológicos que alteran la correcta función motora, por lo que tienden a perder un poco su movilidad, al igual que un impacto negativo en su calidad de vida, asimismo que en la de sus familias, ya que esto genera sobrecargas en los cuidadores de la persona enferma, que puede traer repercusiones en estos, no solo físicas si no también mentales y sociales, muchas veces los cuidadores dedican todo su tiempo en la atención de estos enfermos, lo que genera que se olviden de su propia atención.

6.2. El Rol del cuidador en los procesos de rehabilitación

Por medio lo expuesto por la literatura científica, la cual apunta hacia una afectación negativa debida a las demandas del rol de cuidador informal, donde son identificados como un sector de alto riesgo debido a la brusquedad del ACV, a la posibilidad de que el paciente requiera un alto nivel de cuidado debido a la pérdida funcional significativa después de esta y a otros factores omitidos habitualmente en investigación (Cameron, et Al. 2008). Por otro lado, Reis, et Al (2017) refieren que cuando el cuidador dedica gran parte de su tiempo en la labor de cuidar, deja a un lado sus propias actividades diarias, su convivencia social, trabajo y, muchas veces, su autonomía financiera, ocurriendo el desgaste físico y psicológico. De modo que, esa persona necesita cuidados para no deje su rol de cuidador y se convierta en un paciente, por lo que se busca no dejar a un lado al cuidador de una rehabilitación, siendo este el pilar fundamental para sí mismo como para el paciente.

Por otra parte, y de vital importancia es el rol que presenta el cuidador/familiar, que se encarga de vigilar el proceso de recuperación de las personas con ACV al igual que ayudar a la recuperación funcional y psicológica de los pacientes, ya que la familia presenta ser una fuerte influencia en los procesos cognitivos es por ello que para Blum & Sherman

(2010) estima que la familia cumple un objetivo, ya sea la reproducción o simple compañerismo, dado esto sus integrantes se ven como una familia con lazos y responsabilidades compartidas; cuando la familia asume el papel de cuidador, el cuidador/persona cuidada se transforman en un todo irreductible “si uno es cortado, el otro sangra”, se asume un compromiso único y asombroso

En todo el proceso de rehabilitación la familia se convierte en un soporte fundamental brindando una estabilidad que va desde el apoyo físico hasta el emocional siendo pilar fundamental en el proceso de continuación de su vida, es por ellos que Ussher, et Al. (2011) describen cómo los cuidadores identifican que las relaciones se estrechan formando un vínculo sólido, asociado esto al incremento en el tiempo en el cual permanecen juntos cuidando y sintiéndose cuidados, el cuidado se convierte en una manera de demostrar amor.

7. MARCO CONCEPTUAL

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por accidente cerebro vascular (ACV) “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración” (Minsalud, 2013). Se encuentra que en los países desarrollados tiende a ser una de las primeras causas de muerte, junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer. Además, el ictus es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta (Matías-Guiu et al., 2009).

Asimismo, la OMS ha expresado su gran preocupación frente a esta enfermedad debido a que anualmente se presentan al menos 17 millones de casos de ACV, de los cuales el 30 %, es decir, cerca de cinco millones, concluyen en la muerte del paciente y un mismo número queda con secuelas permanentes (Minsalud 2021)

Por otra parte, De acuerdo al estudio de la Carga Global de Enfermedad 2010 (GBD, por sus siglas en inglés), el ACV es la segunda causa de muerte en el mundo y una de las primeras causas de años ajustados por discapacidad (AVAD) (Lozano et al., 2012). También un análisis de estos datos mostró que, a nivel global, para 2010, el ACV fue responsable de casi 33 millones de casos, 6 millones de muertes y cerca de 102 millones de AVAD (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015).

Al igual que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2016, la cardiopatía isquémica y el ACV ocasionaron 15,2 millones de defunciones. Ambas han sido las principales causas

de mortalidad durante los últimos 15 años, siendo el ACV responsable de 6,2 millones de muertes a nivel global anualmente, el 10,9 % de la mortalidad mundial (OMS, 2018).

Entre los dos tipos de ACV, isquémico y hemorrágico, el primero representa entre 75 y 80 % de los ataques en la mayoría de los países de ingreso económico alto (OMS, 2014). Sin embargo, los patrones de ACV en países de ingreso económico medio y bajo son diferentes, pues las hemorragias intracraneales son más frecuentes que los eventos isquémicos del ACV (Del Brutto, et al. 2017).

REHABILITACIÓN

La rehabilitación en los pacientes que presentan un EVC, se aplica en las fases hospitalaria y post-hospitalaria, en la primera para prevenir las complicaciones secundarias al reposo prolongado y aplicar técnicas de rehabilitación temprana y en la segunda con el involucramiento familiar en el proceso de rehabilitación y en la mejoría de la relación médico-paciente (Moyano, 2010).

FAMILIA Y CUIDADOR

Se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para moverse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se define como los esfuerzos voluntarios para regular las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales o fisiológicas hacia el factor estresante en sí mismo (Cornejo, 2020).

Por otra parte, se define el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Lazarus y Folkman, 1984, p141). También se dice que son como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas” (Frydenberg y Lewis, 1997, p226).

Lazarus y Folkman (1984), también se referían a los diferentes tipos de afrontamiento que se pueden presentar, refiriendo que uno va encaminado al problema y aparece cuando se han estudiado las condiciones y se ha determinado que son susceptibles de cambio; donde lo que se quiere lograr es la modificación, que tiene sentido en generar un cambio hacía otro problema que no suponga un riesgo, siendo el otro tipo de afrontamiento enfocado en las emociones, que aparece después de la evaluación, donde el sujeto determina que no puede modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno.

CUIDADOR INFORMAL

Para Bover-Bover (2006), se le denomina cuidador informal a toda aquella persona que se encarga de todos los cuidados de la persona enferma, discapacitadas o ancianas, donde estas no pueden realizar por su mismos las labores de la vida diaria como: aseo,

alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos, al igual que acudir por sí solos a los servicios de salud.

Igual que Rogero García (2009), que por su parte define a el cuidador informal como aquella persona que está dispuesta de ayudar en las necesidades básicas de la vida diaria del paciente, por un lapso de tiempo prolongado del día, sin recibir retribución económica por ello, contribuyendo a que la persona dependiente se mantenga en su entorno social. A lo que también expone que este tipo de personas están expuestas, a padecer una gran sobrecarga, que puede llevarlos a padecer el Síndrome de Burnout, y que puede repercutir en su salud.

Por otro lado, con respecto a la definición de sobrecarga la mayoría de los estudios que la incluyen parten de la definición ofrecida por Zarit, que la considera como la carga interpersonal, los sentimientos de cansancio (impacto del cuidado), la indecisión sobre el cuidado (expectativas de autoeficacia) y la sensación de ser el único cuidador (dependencia), (Breinbauer et al., 2009).

INTERVENCIÓN A CUIDADORES INFORMALES

Se realizó una búsqueda de estudios donde se hayan realizado intervenciones para los cuidadores informales:

Bustillo (2018) realizo una revisión de intervenciones a cuidadores informales, en la que se obtuvo como resultado que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual son las más aplicadas y las que obtienen una mayor eficacia, le siguen las intervenciones psicoeducativas, encontradas en menor medida, pero con buenos resultados, se obtiene una eficacia muy similar en intervenciones que usan un formato grupal, individual y la

modalidad presencial es la más aplicada y resulta más eficaz que la no presencial, pero la combinación de ambas ofrece resultados prometedores.

- Lamotte (2017) la participación de la fisioterapia beneficia al cuidador a través de la realización de ejercicios y técnicas fisioterapéuticas que ayudan a mejorar el desempeño cognitivo, los síntomas conductuales y la limitación funcional, lo cual contribuye a su vez en la disminución de la sobrecarga del mismo.

- Cortes (2015) se llevaron a cabo, sobre un total de 36 participantes, dos modalidades de intervención fisioterapéutica (grupo control y experimental). Los sujetos del grupo de control (n=14) participaron en un abordaje basado en la comunicación de información (consecuencias de las tareas de apoyo informal en su salud, consejos sobre actividades terapéuticas adecuadas como parte de un plan de acción general de autocuidado, etc.). Por su parte, el grupo experimental (n=22) recibió, además de esta información, un entrenamiento progresivo y supervisado en una serie de ejercicios de autocuidado específicos (relajación, automasaje y auto posturas de estiramiento), por lo cual se obtuvieron mejoras significativas sobre los dos factores contextuales objeto de estudio

DEPENDENCIA

Según el Ministerio de sanidad y consumo en (2007) el concepto de dependencia se entiende como el resultado de un proceso iniciado por un déficit de funcionamiento corporal a consecuencia de una enfermedad congénita o adquirida o accidente, que se traduce en una limitación en la actividad. Otro concepto de dependencia es el definido por Sociedad española de geriatría y gerontología (2007) refiere que, es un estado permanente

que por diversas causas por ejemplo la edad, enfermedad o la discapacidad, necesitan de otra persona para realizar actividades de la vida diaria o de apoyos para fomentar su autonomía.

Por parte de la secretaría de salud en (2008) expresa que, la dependencia tiene como marco de referencia las limitaciones o incapacidad que tiene la personas para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Así, por ejemplo, Barthel evalúa en su escala las actividades de la vida diaria en relación con la incapacidad funcional para la realización de estas.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye el estado de salud física y mental, los estilos de vida, vivencia, satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, situación económica y es uno de los indicadores de bienestar de la población (Ursua, 2012)

8. METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

Esta investigación es de tipo hermenéutico dialéctico, en la cual se les ofrece gran interés a los sujetos como fuente principal de información y agentes de cambio siendo así el propio investigador como instrumento de recolección de la misma.

Para Martínez (2006) este método puede “descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte” (p. 102) ya que se busca la comprensión de las realidades tal como son experimentadas, vividas y percibidas por cada persona (Martínez, 2006).

Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron: la matriz documental, grupos focales y entrevistas semiestructurada; También se utilizaron las escalas de valoración: Test de Apgar familiar, Test de Zarit y Escala de Barthel. Los instrumentos empleados en la investigación fueron realizados por el equipo de investigación, tomando como referencia los autores revisados y la intencionalidad de la investigación.

Estos fueron validados desde una validación externa e interna

- La validación externa, se realizó cuando los instrumentos fueron aplicados por los miembros de la comunidad, este proceso se retroalimentó el instrumento.
- La validación interna: fue realizada por docentes de fisioterapia (validación experta) que dieron su apreciación sobre la redacción y la medición del instrumento.

Población y muestra

La población escogida fueron los estudiantes del programa de fisioterapia de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre, de VII y VIII semestre, con una muestra de 4 estudiantes de VII y 5 de VIII; también incluyendo en la muestra a un paciente con Accidente cerebrovascular y su cuidador. La selección de los participantes del estudio se realizó de manera intencional, el tipo de muestra es la intensiva porque estudia casos muy ricos en información, que manifiestan un fenómeno intensamente (Martínez - Miguélez, 2004).

Procedimiento

1. Recopilación de información sobre estrategias rehabilitación integradora de un paciente con ACV y su cuidador informal, por medio de artículos que estén entre los años 2015 – 2022 dentro de bases de datos como lo son Sciencedirect, SCIELO, EBSCO y PUBMED y contrastándolo con los grupos focales que se realizarán con los estudiantes de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre.
2. Se buscó develar la información obtenida en la aplicación de las escalas buscando comprender de manera cualitativa el tipo de relaciones interpersonales, las experiencias vividas y la independencia entre cuidador-paciente, indagando en la realidad de este binomio y así comprender con exactitud lo adquirido en la búsqueda de artículos.
3. La información recopilada con los estudiantes, se realizará a través de una codificación abierta que resulta del examen minucioso de los datos para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene. Los datos son segmentados,

examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias. Estas comparaciones deben quedar registradas en anotaciones (memos) que acompañen a cada código (Charmaz, 2007).

4. Se construirá un plan de intervención integrador a partir de la búsqueda de los artículos científicos, de las voces de los estudiantes de fisioterapia y del cuidador-paciente, también en base a la revisión de las escalas; con la finalidad de buscar intensamente la comprensión y el significado de los fenómenos a través del razonamiento, la argumentación y el dialogo (Reyes, 2008). Este estudio hermenéutico propone un plan de tratamiento religante: en donde la atención sea al mismo tiempo permitiendo el reconocimiento del otro.

9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los hallazgos del estudio en torno a la pregunta de investigación, ¿Cómo se implementaría un Plan de intervención fisioterapéutica integrador del cuidador y el paciente con ACV?

Con la finalidad de analizar el uso de las nuevas estrategias utilizadas para crear nuevas intervenciones fisioterapéuticas dónde se realice un plan de tratamiento que integre al cuidador y el paciente con ACV, se realizó un análisis documental de las investigaciones más recientes en torno a lo relacionado con el tema. Los criterios de búsqueda establecidos fueron los siguientes, bases de datos como: EBSCO, PEDRO, SCIENCEDIRECT, PUBMED, dónde los años para la selección fueron entre el 2015-2022 y las palabras claves usadas fueron: cuidador familiar, plan de intervención familiar, accidente cerebrovascular, relación cuidador-paciente en los idiomas inglés y español.

Tabla 1. Investigaciones realizadas paciente – cuidador

TÍTULO	S AUTOR (es)/ AÑO	RESULTADOS ALCANZADOS
<i>Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo</i>	Rimoldi, González Palau,	Los resultados de dichos estudios coinciden en que, el proporcionar programas para familiares con sesiones multidisciplinarias prepara al cuidador en el desempeño del nuevo rol. Esto

<i>craneoencefálico o un accidente cerebrovascular</i>	Cáceres, Pruvost, Miranda, Viale. (2015)	mejora la calidad general de la atención del paciente y permite una reducción de los niveles de depresión, del estrés y de la carga del cuidador.
<i>Recursos familiares en la rehabilitación del paciente con discapacidad por enfermedad vascular cerebral</i>	Reséndiz-Juárez, León Hernández, Carrillo Avalos, Aguilar-Segura. (2017)	Este estudio nos permite tener una percepción más clara sobre los recursos familiares útiles en un proceso de rehabilitación; es decir, aquellas características familiares que favorecen las funciones de independencia de la persona que sufrió ACV.
<i>Apoyo familiar en la recuperación de la salud de pacientes adultos mayores con secuelas de ecv (evento cerebro vascular)</i>	Arteaga Palma, Campos García, Roldan Quijije (2019)	La familia se torna en el principal soporte físico, mental y social, los cuidadores familiares deben enfrentar diversos tipos de problemas y necesidades según la fase del ACV y hay correlación directa entre el bienestar físico y mental del cuidador y su calidad de vida cuando provee cuidado a

		un familiar con escasa discapacidad.
<i>Efectividad de una intervención de apoyo para cuidadores familiares y sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares</i>	Jaine Karen y da Silva Rita Narriman Silva de Oliveira Boery (2021)	Teniendo en cuenta el tamaño del efecto promedio detectado en este estudio, los resultados indican que una intervención de apoyo, centrada en los cuidadores, puede reducir la sobrecarga y el estrés que derivan de la atención, pero aún no puede mejorar la independencia del sobreviviente de ACV en la fase crónica, con el tiempo.
<i>Vivencias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida en cuidadores primarios</i>	Greys Carolina Otero de Oro Camila Vanessa Daza Alvernia Lesby Johanna Lora Carrillo	En el marco de este estudio, es comprensible que el uso de estas estrategias facilite a los cuidadores el desempeño de su labor de manera efectiva. Todas las acciones que contribuyen al cuidado del cuidador permiten no solo que el cuidador genere bienestar psicológico, si no que le

<i>de pacientes en condición de discapacidad que generen dependencia</i>	Delia Karina Meza Roja (2021)	facilita realizar sus labores eficazmente.
--	----------------------------------	--

Fuente: elaboración propia (2022).

A partir de lo anterior se puede decir que, el cuidador del paciente con ACV juega un rol importante en el soporte de la enfermedad y en la recuperación de las secuelas físicas, cognitivas y psicosociales de los enfermos; sin embargo, se ha encontrado que esta condición afecta también a las personas a cargo, generando un alto riesgo de aislamiento social, carga emocional y una reducción en su calidad de vida, por lo tanto, el personal de salud dedicado a la atención de los enfermos que padecen ACV debe explorar la presencia de estas condiciones en los cuidadores con el fin de realizar su atención oportuna y disminuir estos cambios negativos en su salud (Palacios, 2017).

Por consiguiente, para la creación de planes de intervención que integre al cuidador y paciente es necesario conocer la percepción de salud de los involucrados y de los futuros profesionales de la Fisioterapia que construyen las acciones de cuidado, para así contrastarlos con los aspectos teóricos y metodológicos.

El objetivo principal de este estudio es construir un plan de intervención fisioterapéutica integrador del cuidador y el paciente con accidente cerebrovascular, buscando mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales con referencia a Vinaccia et al. (2011) en el que aporta que, la carga a la que se encuentran sometidos los cuidadores informales en los últimos diez años en Colombia ha conllevado al desarrollo y adaptación de herramientas e instrumentos que permiten evaluar y diagnosticar este fenómeno que no puede ser invisibilizado y además porque es considerado un asunto de salud pública.

Ahora bien, Atallah et al. (2012) refieren que esta enfermedad genera una carga significativa por discapacidad y muerte prematura lo que es devastador no sólo para la vida del afectado, sino también para sus familiares y cuidadores. Por ello es fundamental la creación y la aplicación de programas para los cuidadores de las personas afectadas por esta enfermedad, puesto a que son los encargados de todo el cuidado del sobreviviente de ACV en el hogar, al igual que mejorar la calidad de vida del mismo (Perrin et al., 2010).

Por otro lado, Reis et al. (2017) refiere que la persona encargada del paciente con una discapacidad necesita cuidados para que no deje su papel de cuidador y se convierta en un paciente, por lo que se busca no dejar a un lado al cuidador de una rehabilitación, siendo este el pilar fundamental para sí mismo como para el paciente. Con relación a lo dicho, anteriormente Foster et al. (2012) dice que los programas para familiares, permiten una mejoría significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y el desempeño funcional de los afectados y sus cuidadores.

En otro estudio dirigido por King et al. (2016) determinaron que una de las causas relacionadas con la sobrecarga era la baja condición física de las cuidadoras. Por tanto, para la mejora de la sobrecarga se requeriría de un programa de ejercicio físico que incidiera sobre la condición física, tal y como se ha buscado en esta investigación, que disminuyera de manera indirecta la sobrecarga del cuidador utilizando la actividad física y la incorporación de la rehabilitación para los cuidadores.


Al analizar cada uno de los resultados de esta investigación proporcionando los dicho por los autores podemos determinar que la realización de un plan de intervención integrador entre el sobreviviente de ACV con su familiar-cuidador, es de gran ayuda para disminuir los factores que acumulan la sobrecarga encontradas en las personas que se





encargan de todo el cuidado de su familiar enfermo y que a su vez se actúa de manera física como psicológica, buscando disminuir las alteraciones y dolores provocados por todo el proceso, para lo que también permite que la vida social de ambas partes mejore significativamente.




Para comprender más el binomio enfermo - cuidador, se utilizó diferentes escalas y entrevistas semiestructuradas con el fin de develar el tipo de relación interpersonal, la experiencia vivida con la enfermedad y la independencia entre el cuidador- paciente con ACV; a continuación, se presentan los hallazgos de la evaluación realizada al paciente, en ella se evaluó los siguientes aspectos: funcionalidad (Índice de Barthel) y la evaluación neurológica en la cual se evaluaron dos aspectos de mayor relevancia como lo son la escala de Glasgow y la evaluación de los reflejos patológicos.


La escala de Barthel es utilizada con la finalidad de medir la capacidad de la persona para la realización de actividades de la vida diaria, para así obtener el grado de dependencia de la persona evaluada, el resultado obtenido fue favorable donde el evaluado presentó la totalidad de los puntos que da como conclusión que es una persona INDEPENDIENTE en sus actividades diarias, (ver tabla 2)

Tabla 2. Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria)

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
<u>Comer</u>	- Totalmente independiente	10 
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5

	- Dependiente	0	
<u>Lavarse</u>	- Independiente: entra y sale solo del baño	5	
	- Dependiente	0	
<u>Vestirse</u>	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	
	- Necesita ayuda	5	
	- Dependiente	0	
<u>Arreglarse</u>	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	
	- Dependiente	0	
<u>Deposiciones</u> <u>(valórese la semana</u> <u>previa)</u>	- Continencia normal	10	
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5	
	- Incontinencia	0	
<u>Micción (valórese la</u> <u>semana previa)</u>	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10	
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5	
	- Incontinencia	0	

<u>Usar el Retrete</u>	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10	
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5	
	- Dependiente	0	
<u>Trasladarse</u>	- Independiente para ir del sillón a la cama	15	
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5	
	- Dependiente	0	
<u>Deambular</u>	- Independiente, camina solo 50 metros	15	
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5	

	- Dependiente	0
<u>Escalones</u>	- Independiente para bajar y subir escaleras	10 
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
TOTAL: 100		

Fuente: elaboración propia (2022)

A partir de los test y medidas se realizó el diagnóstico según CIF, el paciente presentó deficiencias en las funciones neuromusculoesqueléticas (b7), función psicomotora (b147), sensación de dolor (b280), funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740), Funciones relacionadas con el tono muscular (b735), Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730). Limitaciones en funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770), Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones (b710).

Continuando con la valoración del paciente y el cuidador, se realizaron los siguientes test que nos ayuda a conocer a profundidad la relación cuidador – paciente, por lo que se realizó, Test de Zarit (sobrecarga del cuidador) y Apgar Familiar (funcionamiento de la unidad familiar), con la finalidad de develar a través de estos aspectos la experiencia vivida con la enfermedad, el tipo de relación interpersonal y la independencia entre el cuidador-paciente con ACV.

El test sobre la carga del cuidador (Zarit), siendo este el que determina el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas que son dependientes ya que el cuidado de estas personas muchas veces resulta ser desgastante tanto físico como mentalmente, tras sufrir el accidente estas personas recaen en una dependencia total a sus familiares, principalmente en las primeras fases de la enfermedad, donde requieren ayuda para realizar cualquier tipo de actividad, al igual son los cuidadores los encargados de la toma de las decisiones ya que el paciente no se encuentra en total condiciones para velar por su interés. Se logró demostrar que para el cuidador su familiar no presenta ser una carga dando un resultado del test en: No se encuentra en sobrecarga, (ver tabla 3).

Tabla 3. Test de la Sobrecarga del Cuidador (Zarit)

<u>PREGUNTAS</u>	<u>RESPUESTAS</u>				
	0	1	2	3	4
1) ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2) ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3) ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	X				
4) ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5) ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				

6) ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7) ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X
8) ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?				X	
9) ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10) ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11) ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?			X		
12) ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?		X			
13) ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	X				
14) ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					X
15) ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				X	
16) ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				

17) ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su	X				
18) ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	X				
19) Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20) ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	X				
21) ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22) Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	NO LO VE COMO UNA CARGA.				

Fuente: elaboración propia (2022).

El test de Apgar Familiar que corresponde a la *Tabla 4*. Representa el funcionamiento de la familia en momentos determinados, como lo es el caso de las familias que presentan la enfermedad de uno de sus miembros, que genera mucha dependencia de ellos como lo es el caso de un ACV, con esto se buscó determinar de qué manera abordó la familia todas las dificultades a las que se iban a enfrentar por todos los problemas de salud presentados por el familiar enfermo. Se determinó como resultado para el Test acerca del funcionamiento de la unidad familiar que esta se encuentra en un resultado de: **Familia muy Funcional.**

Tabla 4. Apgar Familiar

Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.	2		
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.	2		
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.	2		
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.	2		
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.	2		
			Total: 10 puntos

Fuente: elaboración propia (2022)

Para seguir contrastando la información suministrada por el paciente y el cuidador, se realizó una entrevista a profundidad con el cuidador, de esta manera, validar lo expuesto en los diferentes test realizados. En la tabla 5 se muestra la voz del cuidador.

Tabla 5. Percepción de Salud y Relaciones Sociales del Cuidador

CONDICIÓN DE SALUD Y RELACIONES SOCIALES DEL CUIDADOR	RESPUESTA
Desde que empezó a cuidar a su familiar ¿ha notado algún efecto negativo sobre usted mismo?	Considero que esta situación no ha influido tanto negativamente en ningún aspecto de mi vida.
¿Se siente cansada?	Si lo vemos desde el punto de vista físico, en muchas ocasiones si me he sentido un poco cansada y si es la parte emocional muy poco.
¿Ha sentido tristeza, frustración o culpabilidad por situaciones que no le agradan de su familiar?	Una que otra actitud no me han hecho sentir cómoda, pero por lo demás bien, ya que mi padre tiene la motivación de recuperarse y por ello siempre esta con la mejor energía y eso me transmite tranquilidad y alegría.
¿Ha tenido un aislamiento social, a causa de estar cuidando a su familiar?	No es aislamiento en sí, pero quizás me he cohibido de darme mis ratos libres cuando me invitan a algo, pero no lo hago por no poder si no porque considero que hay

	prioridades y el cuidar de mi padre es una de ellas.
¿Ha tenido algún efecto positivo sobre usted mismo?	En realidad, he tenido muchos efectos positivos en mi vida a raíz de esta situación, una de ellas es que he aprendido mucho de esta enfermedad y la más importante es a compartir más tiempo con mi padre.

Fuente: elaboración propia (2022).

En cuanto a la percepción de salud y relaciones sociales del cuidador, se puede decir que el cuidador refiere sentirse a gusto al cuidar a su familiar, pero sí ha dejado de realizar sus actividades de esparcimiento por el cuidado de su papá, desde su estado físico ha tenido momentos de cansancio y dolor en algunas zonas del cuerpo y si ha afectado negativamente la enfermedad en su vida responde que no tanto; manifestando que, su vida se ha transformado por la enfermedad de su padre, pero es de resaltar el vínculo de compañerismo y amor que se ha construido con el paciente.

Los hallazgos de los test y la voz del paciente, nos demuestran la importancia en los procesos de rehabilitación dejar ingresar la subjetividad del paciente y el cuidador; debido a que las emociones se desdibujan por el amor, el compromiso y la gratitud. Por lo tanto, el Fisioterapeuta debe leer el cuerpo y escuchar con atención los signos y síntomas que no se expresan abiertamente.

A partir de las entrevistas a profundidad con los estudiantes de Fisioterapia las

cuales son evidenciadas en los anexos del documento, se construyeron 2 categorías: relación familiar – cuidador y actitud cuidador, a continuación, se presentan los códigos que aportaron al diseño de estas.

Tabla 6. Relación Familiar – Cuidador

Categoría 1.

CÓDIGOS	NUMERO DE REPETICIONES
Amor – paciencia	4
Agotamiento	3
Calidad de vida	2
Dependencia	3
Desconocimiento de la enfermedad	2
Confianza – apoyo	4
Relación estrecha	2
Compromiso	5
Carga familiar	6
Total	31

Fuente: elaboración propia (2022).

La familia cumple un papel fundamental en la rehabilitación: “Un paciente con un grupo familiar dispuesto a apoyarlo y acompañarlo tiene gran parte del proceso ganado. La

familia es un apoyo indiscutible en las partes emocional y física. Cuando un paciente tiene dificultades en el entorno familiar, sus procesos y sus resultados son mucho más lentos; además, la persona tiene mayor riesgo de sufrir depresión y de sentirse triste”, dice (Gomez, 2019).

Tabla 7. Actitud del Cuidador

Categoría 2.

CÓDIGOS	NUMERO DE REPETICIONES
Apoyo	3
Estimulo	4
Emociones	4
Toma de decisiones	2
Facilitador	3
Colaboración	3
Empatía	3
Lazos de confianza	4
Total	26

Fuente: elaboración propia (2022).

Investigaciones como la de (López et al., 2015), dicen que el adulto mayor puede deprimirse con facilidad, o permanentemente estar de mal genio, por eso el

cuidador debe adoptar una actitud ante esto, la cual debe ser de mayor tolerancia, compasión y aprender a sobrellevarlos. Es así como el cuidador principal es quien puede constituirse en la principal fuente de apoyo instrumental, afectivo y emocional para enfrentar la recuperación de la enfermedad.

A continuación, se encuentran las estrategias de intervención de las voces de los estudiantes:

- **Corporalidad:** es el conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, sea en estado de reposo o en movimiento, en función de la interrelación de sus partes y de su relación en el espacio y de los objetos que nos rodea (Le Boulch, 1981).

- **Corporeidad:** es la complejidad humana, es cuerpo físico, cuerpo emocional, cuerpo mental, cuerpo trascendente, cuerpo cultural, cuerpo mágico y cuerpo inconsciente; esos siete cuerpos que nos hacen humanos y que nos diferencian de las otras criaturas vivientes (Trigo,2004).

- **Charlas que integre al cuidador-paciente:** es fundamental la creación y aplicación de programas para cuidador-paciente de personas sobrevivientes a un ACV, ya que si estos se integran se buscara lograr una mejor calidad de vida para ambos.

- **Uso de videos explicativos:** al hacer uso de videos que vallan enfocados al cuidador-paciente, será de gran eficacia, ya que permitirá el aumento de conocimiento general de dicha enfermedad y por ende estos podrán sobrellevar con mayor claridad el proceso.

- **Selección de ejercicios integradores de cuidador-paciente:** por medio de diferentes ejercicios que lleven como finalidad la integración de ambos, se podrá mejorar los vínculos de afectos y haciendo énfasis a su salud mental y física.

- **Terapia en casa que vincule al cuidador-paciente:** la terapia en casa será fundamental y de gran ayuda para la recuperación del paciente en donde ambos participaran activamente y será fortalecida su relación.

- **Terapia espejo que integre al cuidador-paciente:** a través de esta técnica el cuidador y paciente entenderán, valoraran y trabajaran de manera colectiva su autoestima y los ayudara a eliminar malas posturas, etc.

- **Actividades lúdicas que integren al cuidador-paciente:** realizar diferentes tipos de actividades en donde se trabaje de manera colectiva y dinámica lograra que el familiar y paciente se logren afianzar y mejorar su relación por medio de juegos recreativos, logrando también una mejora en su calidad de vida

Plan de intervención

Para llevar a cabo la construcción del plan de intervención fisioterapéutico integrador, se tomaron en cuenta los aspectos encontrados en la observación de los resultados establecidos en las escalas aplicadas al paciente y el cuidador, determinando de manera objetiva cada una de sus deficiencias, limitaciones y restricciones, haciendo también uso de las voces de los estudiantes de fisioterapia, quienes plasmaron sus ideas en la entrevista realizada, asimismo se escucharon y se observaron a el cuidador y el paciente, haciendo énfasis en lo que referían fueran de la evaluación a manera de diálogo.

Por lo cual el plan de tratamiento se basa en una intervención con 8 semanas inicialmente, en las cuales se buscó intervenir de manera integral los diferentes factores de limitaciones encontradas en cada uno de ellos, las sesiones serán en conjunto, es decir el fisioterapeuta atenderá a los participantes del binomio cuidador-paciente al mismo tiempo, buscando el reconocimiento y el acompañamiento el uno con el otro, al finalizar cada semana los participantes tendrán un encuentro programado para fortalecer las relaciones interpersonales, donde se busca enfatizar en el reconocimiento corporal de cada uno de ellos logrando implementar actividades de corporalidad y corporeidad, haciendo partícipe el trabajo en equipo. Como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Plan de intervención

CUIDADOR (SEMANA 1-3)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	EJERCICIO	ZONA	DURACION	DIA	SERIES	FRECUENCIA MAXIMA
Calentamiento musculoesquelético.	Preparar musculatura para aumentar la capacidad funcional y el estiramiento muscular.	Estiramientos activos-asistidos.	MMSS CADER A MMII	60 Seg cada uno.	Lunes	5 series	FM 20% al 40%
		Ejercicios isométricos.	MMSS CADER A MMII		Martes		
		Ejercicios activos-libres y resistidos.	MMSS CADER A MMII		Miércoles		
		Capacidad aeróbica.		Jueves			
		Marcha estática	Cuerpo		10 minutos cada uno.		

		Bicicleta estática.					
Equilibrio y coordinación.	Conservar la independencia y mejorar la estabilidad, para que el cuerpo actúe de manera conjunta, evitando riesgos de caídas, etc.	Ejercicios de equilibrio estático y dinámico.	Cuerpo	5 minutos cada ejercicio	5 días de la semana	4 series de 5 repeticiones	
Equilibrio y coordinación para el cuidador.	Enseñar al cuidador ejercicios de equilibrio y coordinación para una mayor funcionabilidad, comprensión y relación entre ambos.	Ejercicios de equilibrio estático y dinámico.		5 minutos cada ejercicio	5 días de la semana		

Fuente: elaboración propia (2022)

RELACIONES INTERPERSONALES

ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">-Reconocimiento.-Ejercicios de imagen y esquema corporal.- Trabajo de ejercicios en conjunto sosteniéndose uno al otro.

Fuente: elaboración propia (2022)

PACIENTE (SEMANA 1-3)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	EJERCICIO	ZONA	DURACION	DIA	SERIES	FRECUENCIA A MAXIMA
Calentamiento musculoesquelético.	Preparar musculatura para aumentar la capacidad funcional y el estiramiento muscular.	Estiramientos activos-asistidos.	MMSS CADERA MMII	50 Seg cada uno.	Lunes	4 series	FM 20% al 40%
		Ejercicios isométricos.	MMSS CADERA MMII		Martes		
		Ejercicios activos-libres y resistidos.	MMSS CADERA MMII		Miércoles		
		Capacidad aeróbica.	Cuerpo	Jueves			
		Marcha estática			10 minutos cada uno.		
		Bicicleta estática.					
		Conservar la independencia y					

Equilibrio y coordinación.	mejorar la estabilidad, para que el cuerpo actúe de manera conjunta, evitando riesgos de caídas, etc.	Ejercicios de equilibrio estático y dinámico.	Cuerpo	5 minutos cada ejercicio	5 días de la semana	4 series de 4 repeticiones	
Equilibrio y coordinación para el cuidador.	Enseñar al paciente ejercicios de equilibrio y coordinación para una mayor funcionabilidad, comprensión y relación entre ambos.	Ejercicios de equilibrio estático y dinámico.		5 minutos cada ejercicio	5 días de la semana		

Fuente: elaboración propia (2022)

CUIDADOR (SEMANA 4-6)

RELACIONES INTERPERSONALES

ACTIVIDADES
-Reconocimiento. -Ejercicios de imagen y esquema corporal. - Trabajo de ejercicios en conjunto sosteniéndose uno al otro.

Fuente: elaboración propia (2022)

PACIENTE (SEMANA 4-6)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	EJERCICIO	ZONA	DURACIÓN	DIA	SERIES	FRECUENCIA MAXIMA
Recuperación y descanso de fibras musculares.	Facilitar los movimientos priorizando las fases de recuperación muscular y descanso del cuidador.	-Terapia sedativa -TENS -Ultrasonido -Termoterapia -Crioterapia	MMSS MMII ESPAL DA	10 minutos	3 días a la semana.		
		Educación postural (paciente)	No aplica	3 minutos	Jueves		
		Actividades diarias.	No aplica	30 minutos	Viernes		
	Promover la práctica de actividad física ayudando al	Balonterapia	Todos los grupos	100 Seg por ejercicio.	Lunes		50% al 60%

Actividad física y fortalecimiento muscular.	fortalecimiento muscular y la capacidad aeróbica del cuerpo humano.		muscular		Martes	5 series de 4 repeticiones
		-Marcha estática -Bicicleta estática	Todo el cuerpo.	15 minutos cada uno	Miércoles	
		Circuitos de baja intensidad		10 minutos por circuito.	Jueves	
		Ejercicios con peso de baja intensidad.	MMSS MMII	10 minutos por cada ejercicio.	Viernes	

Fuente: elaboración propia (2022)

CUIDADOR (SEMANA 7-8)

INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN CUIDADOR Y PACIENTE CON ACV

ACTIVIDAD	OBJETIVO	EJERCICIO	ZONA	DURACIÓN	DIA	SERIES
Ejercicios de relajación.	Reducir los niveles de activación y estrés en el cuerpo humano.	Técnicas de relajación guiadas.		30 minutos	Lunes Martes	
Masajes relajantes.	Estimular las descargas de tensión acumuladas.	Masajes de relajación por el fisioterapeuta.	MMSS	10 minutos	Miércoles	
			CUELL O ESPALD A	por zona		
			MUSLO PIERNA PIE	10 minutos	Jueves	
Ejercicios Pilates.	Reforzar la flexibilidad muscular y mejorar la concentración.	Pilates (40% al 60%).		35 minutos	Viernes	

-Intervención cardiorrespiratoria	Mejorar la capacidad respiratoria y cardiaca, para prevenir las enfermedades cardiovasculares.	Ejercicios de respiración.		10 minutos por cada ejercicio.	Lunes Martes
			CUELL O MMSS	5 minutos por zona.	Miércoles
-Automasajes	- Enseñar al paciente y cuidador a utilizar este método terapéutico casero, para reducir factores de estrés, dolor, inflamación y mejorar la circulación.	Masaje sedativo	ESPALD A MMII		

Fuente: elaboración propia (2022)

RELACIONES INTERPERSONALES

ACTIVIDADES

- Reconocimiento.
- Ejercicios de imagen y esquema corporal.
- Trabajo de ejercicios en conjunto sosteniéndose uno al otro.

Fuente: elaboración propia

PACIENTE (SEMANA 7-8)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	EJERCICIO	ZONA	DURACIÓN	DIA	SERIES
Ejercicios de relajación.	Reducir los niveles de activación y estrés en el cuerpo humano.	Técnicas de relajación guiadas.		25 minutos	Lunes Martes	
Masajes relajantes.	Estimular las descargas de tensión acumuladas.	Masajes de relajación por el fisioterapeuta.	MMSS	10 minutos por zona	Miércoles	
			CUELLO ESPALDA A MUSLO PIERNA PIE			
Ejercicios Pilates.	Reforzar la flexibilidad muscular y mejorar la concentración.	Pilates (40% al 60%).		35 minutos	Viernes	

-Intervención cardiorrespirato ria	Mejorar la capacidad respiratoria y cardiaca, para prevenir las enfermedades cardiovasculares.	Ejercicios de respiración.		10 minutos por cada ejercicio.	Lunes Martes
			CUELLO MMSS ESPALD	5 minutos por zona.	Miércoles
-Automasajes	- Enseñar al paciente y cuidador a utilizar este método terapéutico casero, para reducir factores de estrés, dolor, inflamación y mejorar la circulación.	Masaje sedativo	A MMII		

Fuente: elaboración propia (2022)

Entre las limitaciones presentadas ante la investigación radican en la poca información bibliográfica encontrada para contrarrestar los resultados obtenidos, puesto que son pocos los autores de los últimos 10 años que han diseñado un plan de intervención que integre al cuidador en el proceso de rehabilitación y que a su vez aporte a disminuir la sobrecarga que este rol representa para ellos, a su vez la falta de personal idóneo a quien poder aplicar el dicho programa.

11. CONCLUSIÓN

Al realizar el respectivo análisis de los diferentes estudios que abarcaran planes de intervención fisioterapéuticos que estuvieran dirigidos tanto al cuidador como al paciente con ACV, se puede decir que, los resultados de dichos estudios coinciden en que, el proporcionar planes de intervención integrales, permiten tener una percepción más clara sobre las necesidades de ambas partes que conducirán a un proceso de rehabilitación exitoso, puesto que el uso de estas estrategias facilitan a los cuidadores el desempeño de su labor de manera efectiva y favoreciendo así al familiar en su calidad de vida, siendo así una rehabilitación recíproca. Al igual cabe resaltar que se logró develar como son las relaciones interpersonales, las experiencias vividas y la dependencia funcional con relación al binomio cuidador-paciente, comprendiendo de manera significativa las necesidades de cada uno y en conjunto.

De manera general, se logró construir un plan de intervención fisioterapéutico integrador en donde el cuidador y paciente con ACV, trabajarán de manera colectiva, en la cual ambos tenían las mismas posibilidades de mejorar sus deficiencias, limitaciones y restricciones a causa de la situación y a través de este plan también se logró de manera satisfactoria contribuir a la importancia que tienen estos tipos de intervenciones en el área de la salud ya que si bien sabemos el cuidador en gran parte tiene esa carga y que gracias a estas estrategias él pueda por medio de la experiencia vivida crecer en el cuidado y fortalecimiento de sí mismo y de su familiar.

12. RECOMENDACIONES

→ Desde el programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre, realizar más estudios que abarquen una intervención fisioterapéutica integral cuidador-paciente ya que se dispone de muy escasa evidencia de los resultados obtenidos.

→ El programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre, en su programa de actualización de docentes, egresados y estudiantes, realizar capacitaciones que prevengan la sobrecarga en cuidadores informales con el fin de mejorar su calidad de vida.

13. REFERENCIAS

- Alonso-Cortés F., (2015). Programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/2183/15791>
- Arteaga Palma M. A., Campos García A., Roldan Quijije S. N. (2019, Julio). Apoyo familiar en la recuperación de la salud de pacientes adultos mayores con secuelas de ECV (evento cerebrovascular). *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. p. 2254-7630
- Avezum A., Cantú C., González-Zuelgaray J., True M., Meschengieser S., Reyes-Caorsi W. (2012). ¿Cómo reducir los accidentes cerebrovasculares en Latinoamérica? *Insuf Card.* (Vol 7) 2:71-88. Recuperado de: <http://www.insuficienciacardiaca.org>
- Bahit M., Coppola M., Riccio P., Cipriano L., Roth G., Lopes R. (2016) First-ever stroke and transient ischemic attack incidence and 30-day case-fatality rates in a population-based study in Argentina. *Stroke* 47, 1640-2.
- Blanco González M., Arias Rivas S., Castillo Sánchez J. (2011) Diagnóstico del accidente cerebrovascular isquémico. *Medicine*, 10(72), 4919-23.
- Blum K. & Sherman D. (2010). Understanding the Experience of Caregivers: A Focus on Transitions. *Seminars in Oncology Nursing* 26(4), 243–58. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.005>
- Breinbauer H., Vásquez H., Mayanz S., Guerra C. y Millán T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657-665. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>

- Bustillo M., Gómez-Gutiérrez M. & Guillén A. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Caballero C. (2017). Accidente cerebrovascular, ACV; el tiempo es clave contra los efectos letales. Recuperado el 20 de octubre de 2022 de: <https://www.imbanaco.com/noticia/accidente-cerebrovascular-acv-tiempo-clave-los-efectos-letales/#:~:text=%E2%80%9CSi%20el%20paciente%20sobrevive%2C%20puede,cuerpo%20para%20toda%20la%20vida.>
- Cameron J., Tsoi C., & Marsella A. (2008). Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. *Epub* 39(9), 2637-2643.
- Chamorro, A. P., Argoty, P. L., Córdoba, E. R., López, L. M., & López, A. F. (2009). Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. *Rev. Fac. Cienc. Salud Univ.* 11, 31-38.
- Cornejo Peña, R. M. (2020). *Estilos de afrontamiento al estrés Académico en Estudiantes de beca 18 de la Universidad Científica del Sur - Lima 2017*. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4697>
- Coutin G. (2015) El control de la HTA puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis. *Rev Cubana Med* 40(2):103-8. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol40_2_01/med03201.htm
- Cuesta Benjumea, C. (2004). "Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura". *Texto & contexto enferm*, 13 (1), 137-146.

- Da Silva J., Silva de Oliveira R. (2021). Efectividad de una intervención de apoyo para cuidadores familiares y sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares. *Rev. Latino-Am. En fermagem*, 29. 3482. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4991.3482>
- Daccarett. C., Garreaud, A., Castro, P., Gallardo, D., Peñafiel, C., Radovic, D., Salas, C., (2015) Malestar psicológico en familiares de pacientes con daño neurológico durante la fase subaguda de neurorehabilitación. *Revista chilena de neuropsicología. Vol. 10 (no.1)* 14-18
- Del Brutto O., Del Brutto V., Zambrano M., & Lama J. (2017). Enfermedad cerebrovascular en Atahualpa: prevalencia e incidencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(2), 158-163. Recuperado de: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000100158&lng=es&tlng=es.
- Donsanti, N. (2006). Abordaje Interdisciplinario en la Rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular. (Tesis de Licenciatura no publicada). Facultad de Kinesiología y Fisiatría, Universidad Abierta Interamericana, Cede Regional Rosario, Argentina.
- Fernández M., Irimia P., Martínez-Vila E., Meyer J., Teasell R. (2010). Neurorehabilitación tras el ictus. *Neurología*. 25(3):189–96. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310700086>
- Folkman, S. Lazarus, R., Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (5), 992-1003.
- Foster A., Armstrong J., Buckley A., Sherry J., Young T., Foliaki S., James-Hohaia T., Theadom A. & Mc Pherson, K. M. (2012). Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a Rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*, 34 (22), 1855-1862.

- Foster, A. M., Armstrong, J., Buckley, A., Sherry, J., Young, T., Foliaki, S., James-Hohaia, T. M., Theadom, A. & Mc Pherson, K. M. (2012). Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*, 34 (22), 1855-1862.
- Gifre, M., Gil, A., Pla, L., Roig, T., Monreal, P., (2015) ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. *Elsevier España. Vol. 29 (no.s1)* 60-65 <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.04>
- Good D., Bettermann K., Reichwein R., (2011). Stroke rehabilitation. *Continuum (Minneapolis)*. 545-67. Recuperado de: <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000399072.61943.38>.
- Instituto Nacional de Estadística. Ministerio Economía y Empresa. España. [INE]. (2017) Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf.
- Ley 528 de 1999, Num. 43.711, de 20 de septiembre de 1999, https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
- Leyton, C., Paul, I., Hernández, P., Gil, J., (2019) Atención post hospitalaria de pacientes con accidente cerebrovascular en atención primaria de salud. *Revista médica Risaralda*, 25(1), 22-29.
- Linares, L., Lemus, N., Linares, B., Gonzales, S., Soto, E., (2019) Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Revista de ciencias médicas*, 23(6), 884-889
- López Díaz L., Castellanos-Soriano F, Muñoz-Torres E. Cuidado popular de familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. *Aquichan*. 2015; 16(2):169-178. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.5

- López, L., Castellano, F., Muñoz, E., (2016) Atención popular a familias con adulto mayor supervivientes del primer accidente cerebrovascular. *Aquichan. Vol. 16 (no.2)* 169-179
- Martínez M., Álvarez J., Roche M., Castillo K., Trejo A. (2018). Comportamiento de factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en Pedras, Maranhão, Brasil. *Rev. Inf. Cient.* 97(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000100029&lng=es
- Matias-Guiu J. (2008). Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba. La Habana: MINSAP; (2017). Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba>
- Moreno Gaviño L., Díaz Jiménez J, Rivero L., Nieto M., Aresté I Vilanova V., Fernández López A. Fernández L. (2018). Impacto de la fisioterapia hospitalaria y domiciliaria en la sobrecarga sentida por cuidadores de pacientes con enfermedades avanzadas. *Rev Clin Esp.* 218-225.
- Moyano A. (2010) El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 21. p.354. Disponible en:
https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/accidente_cerebrovascular_desde_mirada_rehabilitador.pdf
- Ohira T, Iso H. (2013) Cardiovascular disease epidemiology in Asia: An overview. *Circ J.* 77(7):1646-52.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>

- Otero G., Daza C., Lora L., Meza D., (2021). Vivencias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes en condición de discapacidad que generan dependencia. | Tesis de pregrado. *Universidad de Santander*.
<https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/4820>
- Palacios, E., Pinzón, D. (2017) Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de medicina y cirugía*, 26 (2), 118-120.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2017.04.003>
- Pezo, M; Costa, M. & Komura, L. (2004). La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de enfermería*, 13 (47). Recuperado de:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000300003&lng=es
&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000300003&lng=es&nrm=iso)
- Portillo, C., Wilson, J., Saracibar, M., (2002) Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: Metodología y primeros resultados. *Enfermería clínica*, 12(3), 94-103.
- Ramírez, C., Salazar, Y., Perdomo, A., (2016). Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos. *Enfermería neurológica*, 45, 9-16.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2016.12.002>
- Ramírez-Perdomo, C.A., Chacón Cuellar, E. & Romero-Perdomo, A. Y. (2018). Enfrentar la dureza de la enfermedad crónica, retos de la diada: cuidador/persona cuidada. *Cultura de los Cuidados*, 22(52). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.04>
- Reis R., Pereira E., & da Silva J. (2017). Meanings attributed by family members to the act of caring for elderly people with stroke sequels. *Health Sciences*, 39(1), 35-70.

- Reséndiz, G., León, S., Carillo, P., Aguilar, A., (2017) Recursos familiares en la rehabilitación del paciente con discapacidad por enfermedad vascular cerebral. *Investigación en discapacidad*. Vol. 6 (no.2) 43-39
- Rimoldi, M., Gonzales, F., Cáceres, M., Pruvost, M., Miranda, A., Viale, M., (2015) Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 7(1), 15-23.
- Rogero-García J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es&tlng=es.
- Rojas, J., Zurru, M., Patrucco, L., Romano, M., Riccio, P., cristiano, (2006) Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. *Servicio de neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires*, 66, 547-551.
- Sacre, M., Velásquez, A., Castillo, M., Pastrana, L., Trujillo, N., (2017) Caracterización de los cuidadores de adultos mayores hemipléjicos a causa de enfermedad cerebrovascular. *Medisan*, 21(8), 1006-1011
- Sánchez-Herrera, B., Carrillo-González, G., BarreraOrtiz, L. & Chaparro-Díaz, L. (2013). The Burden of Care in Instances of Chronic Non-Communicable Disease. *Aquichan*, 13(2), 247-60.
- Trigo AE. La motricidad, un logos encarnado. UNICAUCA CIENCIA 2004; [citado 5 de noviembre de 2009] Disponible en: www.kon-traste.com

- Urimubenshi G. (2018) Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *Afr Health Sci* 15(3). 917-24. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26957982>
- Urzúa A., Caqueo-Urizar A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psiq.* 30(1):61-71.
- Ussher J., Wong W. & Perz J. (2011). A Qualitative Analysis of Changes in Relationship Dynamics and Roles between People with Cancer and Their Primary Informal Carer. *Health* 15(6), 650–67. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1363459310367440>
- WMP I. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring Trends and determinants in cardiovascular disease): a major international Collaboration. *J Clin Epidemiol.* 1988; 41(2):105-14. <http://doi.org/cqzr6b>

14. ANEXOS

Anexo 1: Entrevista realizada a los estudiantes de fisioterapia

1. ¿Cómo creen ustedes que es la relación de un familiar o cuidador de un paciente que tiene una discapacidad?

Estudiante 1: Primero que todo debe tener mucha paciencia y amor para poder cuidar a su familiar. A través de esa paciencia y amor es que va a brindarle todos los cuidados que necesita ese paciente y así ayudar a su recuperación que obviamente le va a traer cansancio porque es un ser humano y de pronto en ocasiones se va a sentir agotado y se va a querer rendir o puede que no pero siempre tener la mejor disposición para ayudar en la recuperación de su familiar.

Estudiante 2: Eso dependería del tipo de relación que tengan, en el caso de que tenga esa hermandad y esa responsabilidad al estar cuidando a ese paciente pues puede incentivarlo y lo ayudar a que se recupere y de pronto a que tenga una mejor calidad de vida, como hay otros que lo descuidan por eso digo que depende mucho del tipo de relación que tengan.

Estudiante 3: considero que no es la mejor atención en cuanto al cuidador y el paciente ya que al cuidador se le hace bastante difícil de que no solamente tenga que ver con las cosas de él, sino que también tenga que ver con las cosas del paciente por decirlo así, ya que el paciente con discapacidad puede tener muchas dependencias, entonces el cuidador se va como que a molestar en ese sentido ya que el paciente dependa mucho del cuidador, sin embargo hay otras personas que no son de esa manera si no que aportan todo en la rehabilitación de su paciente o de su familiar pues porque lo quieren y quieren que salga adelante.

Estudiante 4: Es compleja, porque a veces los familiares no saben cómo tratar a la persona, en vez de a veces apoyar lo que hace es darle cosas negativas.

Estudiante 5: Primero debe ser una relación recíproca, se debe hacer un reconocimiento de las capacidades y habilidades de dicho paciente con discapacidad y del familiar.

Estudiante 6: Debe ser un apoyo, una guía para con ese paciente. Asimismo el cuidador debe comprender su condición, el cuidador debe tener en cuenta si este realiza ciertas actividades o no, si de pronto el paciente realiza ciertas actividades con dificultad el cuidador no tiene que decirle eso no lo haga o no puede, si no darle esa confianza y apoyarlo ya que puede hacerlo por si solo la actividad que intenta hacer.

Estudiante 7: Yo creo que la vida de un familiar, de un paciente que ha sufrido alguna discapacidad le cambia, ya que no solo se ve afectada su vida sino también de las personas que están alrededor de él. Creo que debe ser una relación en donde el cuidador y familiar sepa que es la discapacidad que este tiene, que pregunte y sepa de posibles consecuencias que ocurrirían, y así esta relación sea de aprendizaje tanto del paciente como del familiar.

Estudiante 8: La relación que debe tener un familiar con un paciente con discapacidad debe ser principalmente con mucha confianza y paciencia por parte del cuidador, puesto que se están enfrentando a pacientes que no son de trato fácil, los cuales muchas veces van a estar con actitud negativa o de enojo, por tal razón la paciencia sería una virtud principal.

Estudiante 9: Yo creo que la relación paciente debe ser una relación estrecha ya que al final de todo el cuidador se hará cargo de todo lo relacionado con el paciente y también va a adquirir un compromiso propio al estar pendiente del todo el tiempo teniendo en cuenta la discapacidad que esta persona tenga.

2. ¿Cree usted que un paciente con discapacidad moderada a severa representa una carga para el núcleo familiar?

Estudiante 1: Claro que sí, lo digo porque en mi familia hay un caso y mi mama es la que está pendiente de mi familiar y la carga literal la tiene ella, entonces por eso si lo considero carga, si es dependiente aún más ese hecho hace que sea una carga como dice la pregunta.

Estudiante 2: El termino carga estaría un poco fuera de lugar, pero si afecta mucho al núcleo familiar, por lo que tiene la persona limita mucho al familiar, en ese sentido.

Estudiante 3: Depende de cómo lo vea el núcleo familiar, porque es el núcleo familiar y se pueden repartir las tareas, en cuanto a ayudarle al paciente a las cosas que necesite.

Estudiante 4: Si es una carga, ya que el familiar no sabe cómo brindarle ese apoyo al paciente, en ocasiones no sabrá cómo entenderlo, son tantas cosas, por ejemplo, me alejaría si fuera mi mama, papa o hermana al verlos y no saber qué hacer pues si no estuviera estudiando fisioterapia.

Estudiante 5: Esto va a depender ya de cada persona como tomen este proceso, puede que al principio esto sea como un desafío para el familiar, ya que esto va a influir en la parte emocional y social del familiar.

Estudiante 6: Yo pienso que no, no debería ser o verse como una carga, pero todo dependerá como lo afronte la familia.

Estudiante 7: No creo que represente una carga, pero si una mayor responsabilidad porque ya este paciente dependerá de su cuidador de su familia ya no es independiente, la familia tendrá mayor compromiso por su discapacidad.

Estudiante 8: Más que una carga yo lo vería como una responsabilidad por parte de todas las personas que integren el núcleo familiar.

Estudiante 9: Yo creo que sí, cualquier tipo de discapacidad siempre va a ser una carga para la familia y para la persona que esté a cargo.

3. ¿Considera usted que la corporalidad y corporeidad como tratamiento en el proceso de rehabilitación de un paciente con discapacidad? y fortalece o limita la relación cuidador-paciente?

Estudiante 1: Si, ya que es importante que la persona con discapacidad sepa su condición ya que esto le puede jugar a favor o en contra depender como lo vea el, ya teniendo conocimiento de lo que tiene se puede encontrar solución en medio de la discapacidad. Más que limitación, lo vería como una salida.

Estudiante 2: Claro que si es de importancia. Por otra parte, la fortalece, no es un proceso fácil ni rápido, pero a la larga lo fortalece.

Estudiante 3: Como lo dije anteriormente depende también de la actitud del cuidador, ya que si es una actitud negativa obviamente no le va a aportar le va a generar cosas negativas, pero si el cuidador es positivo y le ayuda en su proceso entonces al paciente le va gustar y mejoraran juntos su actitud

Estudiante 4: Para mí si es de importancia. Y creo que fortalecería esa relación.

Estudiante 5: Yo digo que sí, ya que a través de la corporalidad él va a ver sus deficiencias físicas y en la corporalidad se va a ver su parte psicológica, emocional y cualidades que se

resalten en él y a través de ello se puede ayudar en el proceso de rehabilitación. La fortalece ya que ambos aprenden a conocerse más a fondo y empiezan a aceptarse como son.

Estudiante 6: Es muy importante trabajar en estos pacientes corporalidad y corporeidad porque a través de esto ellos se conocen más a fondo, tal cual como son y aceptar su condición de discapacidad, entonces si es importante trabajar estas dos cosas. Fortalece la relación ya que ambos logran aceptarse en esos momentos.

Estudiante 7: Además de la rehabilitación física que tiene un paciente como estos, tanto la corporalidad como corporeidad es algo indispensable rehabilitar en el paciente ya que debe aceptarse como es tiene que aceptar como se ve y como lo ven en su entorno y esto sería un paso importante en estos pacientes, así como la rehabilitación física. Creo que fortalece más la relación ya que si hay aceptación del cuidador y del paciente.

Estudiante 8: Si, pienso que es importante en el proceso de rehabilitación por qué es la manera de como el paciente se ve y si puede fortalecer la relación cuidador-paciente, ya que este ayudará a verse y sentirse de la mejor manera.

Estudiante 9: Si considero que es importante y aquel el paciente se debe tratar de una manera integral y estas dos pueden influir mucho en su plan de tratamiento.

4. Consideran que el cuidador o familiar influye negativamente o positivamente en la rehabilitación de un paciente con discapacidad?

Estudiante 1: Esto si va a depender de cada caso, en el caso de mi familia es positivamente ya que por parte del cuidador recibe apoyo, amor ese estímulo de que no está solo y que puede salir adelante.

Estudiante 2: Puede influir tanto positiva como negativamente, dependiendo de la actitud que tome.

Estudiante 3: Cuando estén rehabilitando a una paciente sería bueno integrar al cuidador y explicando lo que le están haciendo al paciente de los ejercicios o actividades que también los puede realizar en la casa y así ayudara más en cuanto a la rehabilitación del paciente incluyendo al cuidador.

Estudiante 4: Depende de cómo lo tome la persona, influirá positiva o negativamente.

Estudiante 5: Dependerá de la actitud que adopte el familiar y así puede influir de alguna de las dos formas.

Estudiante 6: Puede influir de forma positiva y negativa, porque yo he conocido familias que por ejemplo han tenido un paciente con parálisis y prefieren tener al niño ahí tendido en la cama, mientras que hay pacientes que tienen familiares que lo incentivan si no logro hacer tal cosa le dicen vamos tú puedes, inténtalo y entonces esas familias en vez de ver dificultad dan facilidad para que se recupere.

Estudiante 7: Esto depende la actitud del cuidador, ya que, si él está dispuesto a colaborar en su rehabilitación va a influir de manera positiva en su proceso, siendo un apoyo para el paciente. Pero si es un familiar poco empático influirá negativamente.

Estudiante 8: Totalmente ya que el cuidador es la persona con la que el paciente Tiene la mayor parte del contacto físico, emocional, psicológico por ende tiende a influenciar mucho ya sea negativa o positivamente todo va a depender de la forma en que el cuidador trate a el paciente.

Estudiante 9: Si considero que el cuidador influye de manera negativa o posita en los resultados de intervención ya que va a depender mucho de toda la importancia y dedicación de tiempo que esté dando el cuidador para llevar a cabo una buena rehabilitación.

5. Mencionen estrategias de intervención para integrar al cuidador y paciente en el proceso de rehabilitación con discapacidad.

Estudiante 1: Sería importante brindar charlas donde se hable de la importancia del apoyo mutuo y donde el cuidador sea participe dentro del proceso de rehabilitación.

Estudiante 2: Explicar al cuidador lo que se le está haciendo al paciente y colocarlo a hacer a él, haciéndole ver la importancia de cada cosa que se le haga. Se pueden hacer videos también para que recuerde en la casa y lo realice.

Estudiante 3: no responde

Estudiante 4: Pues que lo que haga el paciente también lo haga el cuidador para que sienta ese gran apoyo por parte del familiar.

Estudiante 5: Al tener una buena relación, teniendo empatía con los pacientes, para que en el proceso de rehabilitación sea más sólido.

Estudiante 6: Yo digo que trabajar la Terapia en Casa, indicándole al cuidador ciertas técnicas que se le puedan trabajar en su hogar y que el familiar le incentive y lo haga el solo, en estos pacientes también se puede trabajar lo que es la neuroplasticidad, la terapia espejo y la restricción del lado sano y enseñarle y capacitar al cuidador para que lo haga en casa, ya que esta complementaria la terapia.

Estudiante 7: Yo creo que una de las estrategias que se podía implementar es, por ejemplo, una seria que en las sesiones de rehabilitación física el cuidador este pendiente de lo que se le realice al paciente de algunos ejercicios que se le implementen y se puedan hacer en casa

también. Otra sería que se realizaran actividades lúdicas en donde participe el paciente y cuidador, donde haya un cambio de opiniones, o de perspectivas de ambos, y también actividades lúdicas pueden ser y actividades de recreación que a través de juegos se integren ambos.

Estudiante 8: Una de las estrategias que utilizaría para la intervención cuidador paciente, sería implementar juegos donde hicieran un grupo y así Seguir fortaleciendo el lazo y la confianza entre ellos.

Estudiante 9: No responde.