

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**REPERCUSIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE
PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA
SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR.
HOSPITAL REGIONAL HONORIODELGADO.
AREQUIPA, 2006 – 2010**

Tesis presentado por la Bachiller

ETHEL MAGALY TAPIA CALCINA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2013**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA.**

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que usted tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **REPERCUSIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2006 – 2010**, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos adecuados y técnicas correspondientes.

Arequipa, junio del 2012

ETHEL MAGALY TAPIA CALCINA

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de mi tesis es para las catedráticas de mi facultad, quienes con sus conocimientos y enseñanzas guiaron en el camino hacia mi formación como persona y como profesional.

Gracias también a mis queridas compañeras que me apoyaron y permitieron entrar a sus vidas durante los estudios y de convivir dentro y fuera del salón de clases.

*Dedico esta Tesis principalmente a Dios quien me
ha dado la vida y la fortaleza por haberme permitido
llegar hasta este punto y lograr mis objetivos.*

*A mis padres, hermana y mi sobrinito por ser el
pilar más importante, por su apoyo incondicional,
sus consejos, sus valores; su aliento y motivación
constante que me han permitido ser una persona de
bien.*

*Gracias por haber fomentado en mí un deseo de
superación y el anhelo de triunfo en la vida*

Ethel Magaly Tapia Calsina

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	06
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCIÓN.....	09

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación	11
1.1. Enunciado del problema.....	11
1.2. Descripción del problema.....	11
1.2.1. Campo, Área y Línea.....	11
1.2.2. Análisis de variables.....	11
1.2.3. Interrogantes básicas.....	12
1.2.4. Tipo de investigación	13
1.3. Justificación del problema.....	13
2. Objetivos.....	15
3. Marco Teórico	16
4. Análisis de Antecedentes Investigativos	42
5. Hipótesis	43

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación	44
2. Campo de verificación.....	44
2.1. Ubicación geográfica.....	44
2.2. Ubicación temporal	44
2.3. Unidades de estudio.....	44
3. Estrategias de recolección de datos.....	46
4. Cronograma de trabajo	48

CAPÍTULO III

RESULTADOS

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	49
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN EDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	50
2.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN GÉNERO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	51
3.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	52
4.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN ESTADO CIVIL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	53
5.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN OCUPACION. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	54
6.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	55
7.	PACIENTES CON ACV SEGÚN EDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	56
8.	PACIENTES CON ACV SEGÚN GÉNERO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	57
9.	PACIENTES CON ACV SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	58
10.	PACIENTES CON ACV SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	59
11.	CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN RANGO DE SOBRECARGA EMOCIONAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012	60
12.	REPERCUSION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON ACV EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DE LOS CUIDADORES FAMILIARES. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2011	61

RESUMEN

REPERCUSIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2006 – 2010

Presentada por la alumna: **ETHEL TAPIA CALCINA**, para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, situada en la Urb. San José s/n Umacollo - Yanahuara, teléfono 251210, Arequipa- Perú.

OBJETIVOS:

- Determinar el nivel de dependencia funcional de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Precisar la sobrecarga que experimenta el cuidador familiar de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Determinar la repercusión del nivel de dependencia de los pacientes con ECV en la sobrecarga del cuidador familiar de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con limitaciones por enfermedad crónica son incapaces de satisfacer sus necesidades físicas y psíquicas, demandando la presencia indispensable y continúa de un cuidador, quien genera niveles de riesgo de sobrecarga emocional.

Es probable, que el nivel de dependencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular, atendidos en el HRHD de Arequipa repercuta negativamente en los cuidadores familiares con una sobrecarga emocional leve y moderada.

METODOLOGÍA

La técnica usada fue la Entrevista y como instrumento se usaron la Cédula de Entrevista (Índice de Bartel para la primera variable y el Cuestionario de Zarit para la segunda variable), el cual fue aplicado a 23 cuidadores familiares

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa presentan grados de dependencia personal moderada, grave y leve. (Ver tabla N° 10).

SEGUNDA: Los familiares cuidadores de los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular atendidos en el HRHD de Arequipa, presentan rangos de sobrecarga emocional leve, moderada é intensa. (Ver tabla N° 11).

TERCERA: Los grados moderado, grave y leve de dependencia funcional de los pacientes repercuten directamente en la sobrecarga emocional de sus familiares. (Ver tabla N° 12)

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Que el Departamento de Enfermería del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, programe, ejecute y evalúe ciclos de orientación a los cuidadores de los pacientes neurológicos con dependencia funcional, sobre Cuidado Familiar a dichos pacientes.

SEGUNDA: Que el Departamento de Enfermería intente la implementación de un programa de seguimiento psicoemocional a los familiares cuidadores de los pacientes neurológicos con dependencia funcional.

Ethel Magaly Tapia Calcina,

**Arequipa – Perú
2013**

ABSTRACT

Impact of the level of functional dependence in patients with cerebrovascular IN THE FAMILY CAREGIVER emotional overload at the Regional Hospital Honorio Delgado. AREQUIPA, 2006 – 2010

Submitted by the student: ETHEL TAPIA calcined to obtain the professional title of Registered Nurse at Catholic University of Santa Maria, located in Urb San Jose s / n Umacollo - Yanahuara, phone 251 210, Arequipa, Peru.

OBJECTIVES:

- Determine the level of functional dependence of CVD patients treated at the Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.
- Specify the overload experienced by family caregivers of patients with CVD treated at the Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.
- Determine the impact of the level of dependency of patients with CVD in family caregiver burden of CVD patients treated at the Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.

HYPOTHESIS

Because patients with chronic disease constraints are unable to meet their physical and mental, vital and demanding the continuous presence of a caregiver who generates risk levels of emotional overload.

It is likely that the level of dependency of patients with cerebrovascular disease, treated at the Arequipa HRHD negative impact on family caregivers with a mild to moderate emotional overload.

METHODOLOGY

The technique used was the interview and were used as an instrument of the Interview Schedule (Bartel Index for the first variable and Zarit questionnaire for the second variable), which was applied to 23 family caregivers

CONCLUSIONS

FIRST: Patients with cerebrovascular disease treated at the Regional Hospital of Arequipa Honorio Delgado have moderate degrees of personal dependence, major and minor. (See Table 10).

SECOND: Family caregivers of patients with cerebrovascular disease treated at the HRHD of Arequipa, emotional overload ranges have mild, moderate and severe. (See Table 11).

THIRD: Grades moderate, severe and mild functional dependency patients directly affect the emotional overload of their families. (See Table 12).

RECOMMENDATIONS

FIRST: That the Department of Nursing Honorio Delgado Hospital in Arequipa, schedule, execute and evaluate cycles guidance to caregivers of patients with neurological functional dependency, family care to such patients.

SECOND: That the Department of Nursing attempt to implement a monitoring program to psycho family caregivers of patients with neurological functional dependence.

Ethel Magaly Tapia Calcina,

**Arequipa – Perú
2013**

INTRODUCCIÓN

Las patologías neurológicas, dentro de ellas, la enfermedad cerebro vascular (ECV) no sólo afectan al que lo padece, sino que cambia la vida de toda la familia, en particular la del cuidador principal, por el tipo de secuelas que ocasiona, siendo las más frecuentes la incapacidad motora, secuela que coloca al paciente en dependencia funcional, entendiéndose ésta como pérdida total o parcial de las funciones biológicas de los pacientes, situación que demanda de ayuda total o parcial de los cuidadores, estableciéndose una relación entre cuidador y paciente que requiere de cuidados.

Entendemos por relación de cuidados a aquella que tiene lugar entre la persona aquejada de una enfermedad que produce limitaciones en su autonomía y la que le ayuda a superar dichas limitaciones. Dicha forma de relación se encuentra normalmente integrada en otras formas de relación interpersonal íntima: a partir de un determinado nivel de profundidad en la relación, esperamos de forma recíproca que, en caso de necesidad, se establezca automáticamente dicha relación de cuidados.

Las dificultades surgen cuando la relación no se establece, se da en forma anómala, que perjudica a uno de los integrantes de la misma. En este sentido, una gran mayoría de trabajos se han centrado sobre el problema de las consecuencias negativas para el familiar o cuidador.

Por otro lado, se observa que los familiares de los pacientes con ECV se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento

o suspensión de las medidas terapéuticas. Al respecto, sabemos que estos trastornos emocionales (ansiedad, depresión), dificultan la capacidad de los seres humanos para afrontar situaciones difíciles y actuar adecuadamente. Estas alteraciones y sus consecuencias han sido poco estudiadas en los familiares y allegados de los pacientes neurológicos y podrían tener una gran importancia respecto a su capacidad para participar en el apoyo emocional de sus familiares.

Por este motivo, es que el presente estudio adquiere importancia y el ejecutarlo nos permitirá descubrir la sobrecarga emocional (emociones y sentimiento) que se han suscitado en las personas con familiares enfermos.

Referente al contenido del estudio, ésta descrito en tres capítulos. El primero da referencia al planteamiento teórico; el segundo, al operacional y el tercero, a los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

REPERCUSIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2006 - 2010

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área y Línea

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería en Salud Mental
- c. Línea : Reacciones Emocionales

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio de investigación tiene dos variables:

Independiente: Nivel de Dependencia funcional de los Pacientes con ECV

Dependiente: Sobrecarga emocional del cuidador familiar

Variable	Indicadores	Subindicadores	Parámetros de medición
Datos sociodemográficos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Género 3. Instrucción 4. Lugar de residencia 		
Independiente Nivel de Dependencia funcional de los Paciente con Enfermedad Cerebro Vascular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene personal 2. Alimentación 3. Eliminación 4. Deambulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Lavarse / bañarse 1.2. Vestirse 1.3. Arreglarse 2.1. Lavado y cepillado de dientes 2.2. Comer 3.1. Deposición 3.2. Micción 3.3. Uso del retrete 4.1. Traslado al sillón/cama 4.2. Traslarse 4.3. Subir y bajar 	<p>Total</p> <p>Grave</p> <p>Moderado</p> <p>Leve</p> <p>Independiente</p>
Dependiente Sobrecarga Emocional del Cuidador Familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Física 2. Psíquica 3. Social 4. Económica 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. No sobrecarga 1.2. Sobrecarga leve 1.3. Sobrecarga moderada 1.4. Sobrecarga intensa 	<p>Nunca</p> <p>Rara vez</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Siempre</p>

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los pacientes con enfermedad cerebro vascular?
- b. ¿Cuál es la sobrecarga emocional que experimenta el cuidador familiar de los pacientes con enfermedad cerebro vascular?
- c. ¿Cómo repercute el nivel de dependencia funcional de los pacientes con enfermedad cerebro vascular en la sobrecarga emocional del cuidador familiar?

1.2.4. Tipo y Nivel de Problema

- Tipo = De Campo.
- Nivel = Relacional y de diseño transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se le considera de actualidad en razón a que nivel mundial la incidencia de pacientes con ECV es de 10 casos por cada 1000 habitantes; en menores de 60 años es de 3 a 6 por cada 1000 habitantes y sobre los 65 años se eleva a 50 por 1000 habitantes¹. Según estimaciones de la OMS, cada año 15 millones de personas sufren ECV, dentro de éstas; cinco millones quedan permanentemente discapacitados, suponiendo una carga para la familia. Entre 50-70 por ciento de los sobrevivientes de ECV vuelven a funcionar independientemente, pero 15-30% por ciento quedan con incapacidades permanentes.²

En América Latina, la ECV es una de las primeras cinco causas de muerte, siendo la población adulta mayor la más afectada. Consecuentemente, se observa un incremento en la prevalencia de ECV, que seguiría aumentando en la medida en que la población envejece a pesar de ser una enfermedad cuyos factores de riesgo son, en su mayoría prevenibles o modificables.³

En el Perú, las Enfermedades Cerebro Vasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte, con una tasa de 25,9 defunciones por cada mil habitantes para el año

¹ MORA, M. Enfermedad Cerebrovascular. Colombia. 2002. Pág. 66

² OMS. Informe Mundial de Estadísticas de ECV. 2004

³ TERAN, G. Situación de Salud de los Pacientes con Enfermedades Neurológicas. Perú. 2002.

2002. En el año 2009, se presentaron 17 689 episodios de ECV a nivel nacional y 5084 de personas con secuelas de ECV. (MINSA, 2010) Además, representan la tercera causa de egreso hospitalario del adulto mayor en el MINSA con un 6,1% del total de egresos de este grupo.⁴

En Arequipa, la Enfermedad Cerebro Vascular constituye la quinta causa de muerte con 230 casos que representa el 4.7% de la mortalidad general en el año 2008. Para el año 2009, se presentaron 1138 casos de ECV en nuestro departamento y 378 casos de personas diagnosticadas con Secuela de ECV.

Es de relevancia humana y social porque la ECV constituye un severo impacto en la vida de las personas y la de su familia, debido a que los individuos que sobreviven tienen un alto porcentaje de quedar con algún tipo de discapacidad (déficits motores, sensoriales, del campo visual, verbales y emocionales) necesitando de la asistencia de otra persona para realizar sus actividades diarias generando dependencia. La dependencia es entendida como la situación de necesidad en la que una persona requiere de la ayuda de otro(s) para realizar las actividades de la vida diaria.

Es considerado como un problema importante y de gran envergadura desde hace varios años por sus implicancias sociales, psicológicas, económicas y familiares, a nivel familiar ocasionándoles un cúmulo de trastornos emocionales.

⁴MINSA. Lima-Perú. Abril, (2010) Lineamientos para la Atención Integral de las personas Adultas Mayores.

El desarrollo de la presente investigación es importante por determinar en primer lugar, la existencia de sobrecarga emocional en el cuidador y la correlación con el nivel de dependencia de la persona con secuela de ECV y porque permite sustentar la ampliación de los cuidados de enfermería al cuidador, mediante una correcta orientación que facilite al cuidador adquirir habilidades de autocuidado, mejorando así la calidad de vida de sus pacientes.

Asimismo, el estudio es oportuno y original por cuanto responde a un problema latente y actual analizarlo desde la perspectiva de paciente y cuidado familiar.

En lo personal, motivó a la autora la realización del presente estudio el deseo de obtener el título de Licenciada en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el nivel de dependencia funcional de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2.2. Precisar la sobrecarga que experimenta el cuidador familiar de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2.3. Determinar la repercusión del nivel de dependencia de los pacientes con ECV en la sobrecarga emocional del cuidador familiar de los pacientes con ECV atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

El término enfermedad vascular cerebral denota toda alteración funcional del sistema nervioso ocasionada por interferencia con el riego normal del encéfalo.⁵

Es conocida también como apoplejía e ictus, en la mayoría de países los ictus constituyen la tercera causa de muerte generando una notable incapacidad física; la incidencia de la enfermedad vascular cerebral aumenta con la edad; el envejecimiento de las poblaciones determina que la prevalencia no disminuya, por esto se debe tener conciencia de que el control de los factores de riesgo es una medida eficaz, y el estudio clínico y la actitud terapéutica también lo son y pueden serlo cada vez más.

Dependiendo de los hallazgos clínicos de la localización puede definirse como:

- a. Isquémica, que es la insuficiencia del riego sanguíneo cerebral.
- b. Hemorrágica, que altera la integridad de la pared vascular y sobreviene la hemorragia en el tejido encefálico o el espacio subaracnoideo produciendo ataques isquémicos transitorio.

El término ataque o accidente isquémico transitorio (AIT) se refiere a crisis temporales de disfunción neurológica. Tal disfunción puede ser profunda, con pérdida completa de la conciencia y pérdida de toda función sensorial y motora, o consistir solamente en déficit focal durante

⁵BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgica. 8va. Edición. Vol. II . Editorial Interamericana. México, 1998. Pp. 1734.

segundos o minutos, pero no más de 24 horas.

El ataque isquémico transitorio puede ser señal que indique la inminencia de enfermedad vascular cerebral.

3.1.1. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de Enfermedad Vascular Cerebral en nuestra región presenta una morbilidad en el año 1997 de un total de 678, casos con 274 casos en el sexo masculino y del sexo femenino correspondiendo 460 casos del total a pacientes de 65 años a más; la incidencia de EVC, va en aumento, ya que en el año. 1998 se registraron 715 casos, 307 en el sexo masculino y 408 en el femenino, abarcando siempre el mayor porcentaje el sexo femenino y pacientes de más de 65 años; pero compara" ambas cifras entre un año y otro hay mayor incidencia en el sexo masculino.⁶

3.1.2. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo resultan un oportuno motivo de reflexión sobre un problema que cobra cada día más vigencia, al ser éstos la piedra clave de una eficaz prevención, ya que es la principal arma para reducir los efectos de tan devastadora enfermedad.

¿Cuáles son los factores de riesgo que conocemos?. En primer lugar la edad avanzada ante la que nada podemos hacer, pero es posible actuar sobre el resto de factores como: hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiacas, diabetes, obesidad, hiperlipemias, hematocrito elevado, tabaquismo, alcohol, inactividad física, herencia y factores

⁶Dirección de Salud : Arequipa. Ibid.

ambientales (dieta, clima, trabajo) etc.; también podemos incluir antecedentes de isquemia cerebral, soplos asintomáticos y enfermedad vascular periférica. Otros factores que aparecen preferentemente en individuos jóvenes, tales como el uso de anticonceptivos orales, migraña y toxicomanías.⁷

La HTA es el factor de riesgo de mayor repercusión, tanto la diastólica como la sistólica, lo que implica que su control es definitivo en la profilaxis de la patología cerebral.

Existe una relación estrecha entre la isquemia cerebral y la patología cardíaca, de hecho es el infarto de miocardio la causa más frecuente de fallecimiento en estos enfermos.

Las arritmias, la fibrilación auricular son una relevante fuente de embolia; las valvulopatías, especialmente mitral y aórtica, así como la prótesis suponen mayor peligro de ictus.

La diabetes por su impacto en el infarto aterotrombótico, el daño isquémico es mayor si existe hiperglicemia.

Las hiperlipemias y las fracciones del colesterol (ML, LDL) influyen sobre esta patología, y esto por su repercusión sobre las arterioesclerosis.

El hematocrito elevado, esto se ha relacionado con el aumento de la viscosidad sanguínea y de la presión arterial.

⁷Neurología. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Neurología Vol. 3. Ediciones Doyma., España 1988. Pp. 127

La obesidad, su efecto se debería a que induce el incremento de la presión arterial e intolerancia a la glucosa.

El fumar cigarrillos representa un riesgo menor, esto como factor independiente, a esto añadimos su repercusión en toda patología vascular; el consumo de alcohol, siendo la intoxicación ocasional una posible etiología, el peligro radicaría en la asociación con el tabaco; el uso de anticonceptivos orales en mujeres jóvenes alcanza la categoría de factor de riesgo cuando la edad es superior a los 35 años y/o reúne a otras como hipertensión arterial, tabaquismo y migraña con prolongación excesiva de la crisis podría constituir un riesgo.

Es preciso señalar que la combinación de varios de estos factores de riesgo aumenta la posibilidad de sufrir un ictus.

Es indiscutible que el conocimiento de todos los factores constituye una forma de prevención, eliminando los riesgos más importantes especialmente con un control estricto de hipertensión arterial.

3.1.3. ETIOLOGÍA

Las lesiones de origen vascular que determinan estos cuadros son variados, aunque, en esencia, los mecanismos fisiopatológicos últimos son la isquemia (falta de flujo sanguíneo) y la hemorragia parenquimatosa. Revisaremos brevemente las causas que determina la enfermedad cerebro vascular.

A. Isquemia Cerebral Focal

Puede ser ocasionada por diversos mecanismos:

- a. Por oclusión total in situ de una arteria (trombosis) debido a una placa de ateroma que es un coágulo de sangre dentro de un vaso cerebral. En ocasiones, la oclusión vascular es causada por un émbolo que proviene de un segmento arterial proximal. A este fenómeno se lo denomina embolia arteria-arteria.
- b. Por estenosis arteriales que han de ser muy importantes, superiores al 80% de la luz vascular por tener una repercusión hemodinámica y generar isquemia focal.
- c. Por embolia de origen cardiaco (valvulopatía, arritmia).

Es necesario considerar que a estas causas principales, se añaden factores coadyuvantes: alteraciones hematológicas que dificultan el flujo sanguíneo o favorecen la aparición de trombosis como hiperagregabilidad plaquetaria; circulatorias como hipotensión, o de la propia pared vascular como inflamación y espasmo arterial, que facilita una difusión muy importante del No sanguíneo en una área determinada.

B. Hemorragia Cerebral

La hemorragia cerebral que determina ictus con mayor frecuencia es la intraparenquimatosa, cuyo agente etiológico más importante es la hipertensión arterial que por diversos mecanismos provoca la

rotura de una arteria, en general de pequeño calibre. También diversas malformaciones vasculares como angiomas, telangiectasias son responsables en menor número, sobre todo en individuos jóvenes; en raras ocasiones son tumores vascularizados (meningioma) o agresivos (melanoma) los causantes de esta enfermedad. La hemorragia cerebral intra parenquimatosa con frecuencia se abre al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo.

C. Hemorragia Subaracnoidea

Cuadro caracterizado por cefalea aguda, rigidez de nuca, alteración del nivel de la conciencia (aunque son posibles otras presentaciones) a veces a este cuadro se añade un déficit neurológico focal que se produce cuando la hemorragia se introduce al parénquima cerebral o cuando se asocia a una isquemia cerebral focal por vaso espasmo de las grandes arterias intracraneanas (carótida, cerebral media). La causa conocida de sangrado subaracnoideo es la rotura de un aneurisma arterial.

Otras causas como diversos procesos de origen vascular como las trombosis de las venas corticales, de los senos venosos o la encefalopatía hipertensiva. También se encuentra un porcentaje reducido de cuadros que no tiene etiología vascular, sino por enfermedades de etiología diversa como metástasis, absceso cerebral enfermedad desmielinizante.

3.1.4. FISIOPATOLOGÍA

El cerebro recibe un flujo sanguíneo constante de 55 min, la ausencia persistente de riego sanguíneo o su disminución por debajo de 10 ml/g/ min en un área del cerebro origina una zona de necrosis isquémica o infarto pálido.

"No se conoce con exactitud el tiempo necesario de riego insuficiente para que se produzca un infarto, pero según los datos de experimentación animal se estima en 3-4 horas"⁸

El cerebro es una estructura en estrecha dependencia del oxígeno y no dispone de reservas del mismo; cuando se produce anoxia, el metabolismo cerebral se altera rápidamente pudiendo sobrevenir una lesión y muerte celular, cualquier situación que altere la perfusión cerebral causará hipoxia o anoxia, la isquemia de corta duración provoca déficit transitorio no permanente, mientras las isquemias a largo plazo provocan daño celular permanente provocando un infarto cerebral.

En el aspecto funcional, es importante recordar que la zona de infarto o necrosis probablemente está rodeada de otra zona denominada de penumbra isquémica en la que las estructuras nerviosas no mueren, pero tampoco funcionan de modo adecuado, cuando el defecto en el riego está causado por oclusión súbita de un vaso cerebral de gran tamaño como en la embolia cardiaca se puede originar un infarto rojo por la extravasación de sangre, su génesis se atribuye a la migración periférica del trombo en el árbol vascular y la

⁸FARRERAS, Rozman. "Medicina Interna". Editorial HarcourtBrace. Décima Tercera Edición. Volumen II. España. Pp. 1434.

restauración del flujo sanguíneo en vasos que han sufrido lesiones.

3.1.5. CUADRO CLÍNICO

En ambos casos, tanto en ictus isquémico y hemorrágico existe un cuadro brusco de alteración neurológica de carácter focal, o sea dependen de la zona de la lesión.

Dentro de las manifestaciones clínicas podemos citar:

- Pérdida motora. La enfermedad mencionada es una enfermedad de las motoneuronas superiores y ocasiona pérdida del control voluntario sobre los movimientos. Las motoneuronas se entrecruzan o decusan en el bulbo raquídeo, por lo que la perturbación del control voluntario de los movimientos en un lado del cuerpo reflejan lesión en el lado contrario.
- La disfunción motora más frecuente es la hemiplejía o parálisis de la mitad del cuerpo, otro signo es la hemiparesia o debilidad de la mitad del cuerpo. En las etapas iniciales puede presentar parálisis flácida, arreflexia o hiporreflexia tendinosa profunda, hipertonia con espasticidad (aumento anormal del tono muscular)
- Deficiencias en la Comunicación. Otras funciones que altera son el lenguaje y la comunicación; la apoplejía es la causa más común de afasia. La disfunción puede manifestarse por:
 - Disartría. Dificultad para hablar y se manifiesta por un habla apenas inteligible, por parálisis de los músculos de la fonación y del habla.

- Disfasia o Afasia. Deficiencias en el habla o mudez total.
 - Apraxia. Incapacidad para ejecutar un acto aprendido, como es el caso de que el paciente tome un tenedor para peinarse con él.
- Transtornos de la Percepción. La percepción es la capacidad de interpretar sensaciones, originando disfunciones en la percepción visual, transtornos de la relación visual-espacial y la pérdida sensorial.
- Las disfunciones de la percepción visual dependen de las perturbaciones de las vías sensoriales primarias entre el ojo y la corteza visual; la hemianopsia homónima, que es la pérdida de una mitad del campo visual.
- En individuos con hemiplejía izquierda a veces se observan perturbaciones en las relaciones visuales espaciales (percepción de la relación de dos o más objetos en el espacio).
- Las pérdidas sensoriales se presentan en forma de perturbación leve del tacto, pueden ser graves, así como dificultad para interpretar estímulos visuales, táctiles y auditivos.
- Transtornos de la Actividad Mental y Efectos Psíquicos. Si hay daño en el lóbulo frontal, puede haber disminución de la capacidad de aprendizaje, memoria y otras funciones intelectuales que corresponden a centros superiores de la corteza, como atención deficiente, dificultades para la comprensión, amnesia y falta de motivación.

- Disfunción Vesical. El individuo puede tener incontinencia urinaria transitoria, confusión e incapacidad para comunicar sus necesidades; la vejiga a veces entra en atonía.

3.1.6. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

La elección de las pruebas debe depender de las preguntas que han de ser contestadas; si bien es cierto la tecnología ha mejorado recientemente en forma amplia, la que es capaz de determinar dónde está la lesión cerebral, si es isquémica o hemorrágica, cuán grande es, dónde están las lesiones en los vasos, cuán graves son las lesiones vasculares y si existe un problema hematológico causante de hipercoagulabilidad o un exceso de hemorragia.

El primer paso importante es determinar si la lesión cerebral es hemorrágica o isquémica.

Los procedimientos de laboratorio para evaluar enfermedad cerebro vascular, son:

La Tomografía Axial Computarizada (TAC), ésta debe emplearse en todos los pacientes con ictus o un accidente isquémico transitorio debido a la cantidad de información que brinda y a lo inofensivo del procedimiento.

La TAC no sólo diferencia hemorragias de infartos, sino que también muestra la extensión y localización de la lesión, y la salida del LCR. la presión sobre estructuras secundarias, y si hubiera, la presencia de edema rodeando la lesión.

La Resonancia Magnética (RM), es probablemente más sensible pero menos específica que la TAC y no distingue fácilmente entre edema o isquemia o hemorragia. La RM es más precisa para detectar lesiones de la fosa posterior y de la base del cráneo. La capacidad de la RM de mostrar lesiones en los planos sagital horizontal y coronal es una ventaja más para localizar lesiones.

La punción lumbar, con el análisis cuidadoso del LCR es una prueba diagnóstica clave para la hemorragia subaracnoidea, ya que evidencia la presencia de sangre en el líquidocefalo raquídeo.

Arteriograma Cerebral (Angiografía), permite visualizar las arterias cerebrales inyectando material radioopaco, permite detectar vasos bloqueados u ocluidos como aneurismas arteriales, anomalías vasculares y rupturas vasculares.

3.1.7. TRATAMIENTO

El tipo de enfermedad vascular cerebral también determina una actitud terapéutica diferente.

- A. **Tratamiento Médico:** Una vez descartadas enfermedades cardiacas, hematológicas o vasculares secundarias y/o estenosis intensas de los vasos extracraneales que irrigan el cerebro, el tratamiento médico de elección es la antiagregación plaquetaria. El Ácidoacetilsalicílico (AAS) ha demostrado ser la más útil en nuestro medio; la ticlopidina administrada en forma aislada es también utilizada, pero en menor elección por sus reacciones adversas y su precio es más elevado.

El uso de anticoagulantes en la prevención de ictus en pacientes con AIT debe limitarse a los casos de alto riesgo o a aquellos en los que fracasan los antiagregantes plaquetarios.

"En pequeños estudios comparativos el AAS y los anticoagulantes han demostrado una eficacia similar".⁹

B. Tratamiento Quirúrgico: Dos ensayos multicéntricos, uno europeo y otro norteamericano han puesto de manifiesto que la endarterectomía carotídea es el tratamiento de elección en pacientes con AIT o ictus leve.

En pacientes con EVC hemorrágico, la terapia de elección es conservadora. No se ha demostrado que la intervención quirúrgica con evacuación del hematoma proporcione un mejor pronóstico que el tratamiento médico, pese a ser éste muy limitado, pero en algunos casos está indicada la cirugía.

3.1.8. PRONOSTICO

No existen estudios suficientes para delinear un pronóstico específico en los defectos neurológicos, la mortalidad del ictus isquémico no es muy elevada, la mortalidad es debido principalmente a complicaciones causadas por inmovilidad (neumonía, embolia pulmonar, entre otras). La edad y la presencia de deterioro del nivel de conciencia son dos factores de predicción generales más importantes de la mortalidad. Aproximadamente, el 60% de los pacientes que han sufrido un ictus viven 3 años y la mitad de los restantes, 5 años. Los principales factores

⁹FARRERAS, Rozman. Ibid. Pp. 1438

determinantes de la mortalidad a largo plazo son la edad avanzada y la presencia de enfermedad cardiaca. Se puede decir que, salvo en personas jóvenes, padecer un ictus entraña un grave pronóstico vital.

En el caso de enfermedad vascular cerebral hemorrágica, la mortalidad depende de la magnitud de la hemorragia.

3.2. DEPENDENCIA

La Dependencia personal es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización. Una persona dependiente es aquella que no puede valerse por sí misma y necesita asistencia.

3.2.1. DEPENDENCIA FUNCIONAL

Para establecer la calificación de **personas dependientes** deben estar en una situación o grado lo suficientemente notable o elevado de discapacidad y disfuncionalidad como para necesitar al concurso, la intervención en forma de ayuda, auxilio, soporte y cuidado personal por terceros, bien de su familia o bien la asistencia de servicios sociales. Hay diferentes grados y cualificaciones de la dependencia, así como diversos ámbitos en los que puede manifestarse (dependencia física, dependencia mental, dependencia psicológica, dependencia económica, dependencia social, dependencia cultural). Existen diversos grados y escalas de calificación de la dependencia.

Las personas dependientes se caracterizan por la pérdida, de la no adquisición de habilidades funcionales, que se definen como el conjunto de

destrezas que se requieren para llevar una vida independiente y que poseen las personas que se desenvuelven por sí mismas en su entorno próximo.

El Consejo de Europa en el Libro Blanco de la Dependencia define dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, más concretamente, como "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

3.2.2. DEPENDENCIA EMOCIONAL

La dependencia emocional es "un patrón de necesidades emocionales insatisfechas desde la niñez, ahora de mayores buscamos satisfacer, mediante la búsqueda de relaciones interpersonales muy estrechas".

Como antecedente se tiene que:

- No fuimos adecuadamente amados, valorados, comprendidos y apreciados, por las personas que fueron más significativas para nosotros (papá, mamá, personas que nos criaron, maestros, etc.). Es un proceso subconsciente de larga duración que se inició a corta edad.
- En la medida que nuestros padres nos ayudaron o fallaron en satisfacer nuestras necesidades de afecto siendo apenas unos niños, empezamos a formarnos emocionalmente. Esto establece los vínculos determinantes con las personas que nos

rodean en el presente.

- Los seres humanos sentimos el afecto o la falta de él, desde que estamos en el vientre de la madre. Registramos todas las emociones maternas y desde allí hasta que llegue cerca de los 6 ó 7 años, el trato que nos brinden determinarán nuestro carácter.
- De niños sentimos la amenaza de perder el afecto de nuestros padres si no acatábamos lo que ellos decían, es decir, desde muy temprano en la medida en que dicho sometimiento era más o menos intenso, aprendimos a amarnos y apreciarnos o a rechazarnos y renunciar a nosotros mismos: hacemos todo lo posible para cumplir con sus expectativas, muchas veces alimentadas por su frustración o patrones deteriorados que nos convierten en víctimas del abuso emocional a temprana edad.
- El modelo de la familia en que nos criamos continúa empleando como en los viejos tiempos, el chantaje afectivo como un mecanismo para obtener sumisión y obediencia, es decir, nos acostumbramos y vemos como natural el hecho de que para evitar perder el afecto de nuestros padres, amigos o parejas, tengamos que renunciar a nuestros intereses permitiendo que nos gobiernen las de ellos:
- Para tener contento a papá y mamá había que sacar buenas notas, de lo contrario nos hacían sentir que éramos los culpables de su ira, de su disgusto y de los castigos que nos brindaban.
- Nuestros amigos o amigas eran aquellas personas que gozaban la aprobación de nuestros progenitores, de

lo contrario teníamos que sostener amistades clandestinas y relaciones secretas, que era peor.

- Cuando mamá se enojaba por algo que no hacíamos y que no era de su agrado, nos amenazaba con "ya no te voy a querer", "me voy a enojar contigo y ya no te voy a hablar", y en casos extremos nos amenazaban con "te voy a regalar con ese viejito que viene allí" o " hay que te robe ese hombre, yo ya no te quiero". Nos llenaban de terror ante la amenaza de perder la protección y seguridad que solo obtenemos de ellos.

Así se dobllega nuestra voluntad y nos convierte en los adultos sumisos que nos vamos a tragar todo el descontento que significa establecer relaciones destructivas con las personas menos indicadas, pero que nos harán repetir una y otra vez ese círculo de temor oculto y baja autoestima en que nos quedamos estancados y que nos incapacitará para enfrentar los momentos más críticos de nuestra vida.

Equivocadamente en nuestra vida de adulto, hemos decidido que otras personas deben cubrir nuestras carencias tempranas de afecto y aprobación que no hubo en la infancia.

3.3. SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR

3.3.1. DEFINICIÓN

Es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas, lo que lleva al borde del agotamiento,

una acumulación de sobreesfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte, sin tiempo para nada.

Es un estado mental en donde no podemos procesar toda la información que nos bombardea. En este estado de inundación emocional, nos sentimos fuera de control, los pensamientos son rebeldes, las emociones inmanejables y el comportamiento puede ser errado. El impacto en las relaciones es obvio; resulta en mucho daño si no nos cuidamos bien.

Esta sobrecarga depende tanto de las demandas de la situación, como de los recursos con los que cuenta el individuo para afrontar dicha situación. Cuanto mayores sean las demandas de la situación y cuánto menores sean los recursos del individuo, mayor será la sobrecarga.

3.3.2. SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR

Se ha definido la carga en el cuidador como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, y que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad.

Se ha distinguido entre una sobrecarga objetiva (cantidad de tiempo y dinero invertidos en cuidados, problemas conductuales del sujeto enfermo, disrupción de la vida social, etc.) y una sobrecarga percibida o subjetiva referida a la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los

problemas relacionados con el acto de cuidar. La sobrecarga percibida tiene una repercusión mayor sobre la vida de los pacientes y familiares.¹⁰

Sentimientos encontrados son los que más aflorarán en la vida del cuidador. Por un lado sensaciones positivas, de satisfacción por el cuidado del ser querido y búsqueda de su bienestar; pero por otro lado sentimientos negativos por sobrecarga, depresión, impotencia, los que en muchas ocasiones son los más intensos.

La magnitud y las consecuencias que tengan la enfermedad del familiar, en el cuidador y en la familia, dependen de factores como:

- El tipo de enfermedad. (Cáncer, enfermedades neurodegenerativas, Diabetes Mellitus, etc.).
- Etapa de la misma. (Inicial o terminal).
- Tipo de familia. (Familia completa, familia incompleta o disfuncional, madre soltera).
- Relación del cuidador con el enfermo. (Hijo, abuelo, padre, etc.).
- Estos son aspectos importantes a la hora de analizar en qué punto está la salud física y mental del cuidador, y las acciones que se deben seguir para ayudarlo.

El cuidador adquiere habilidades en su tarea, por las cuales se le va dejando más abandonado en su función. Recae entonces sobre él, todo, absolutamente todo, el

¹⁰http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2008/08/percepcion_de_la_sobrecarga_en.html

cuidado del familiar y se produce un exceso de sus funciones. Hay ocasiones incluso en que familiares, critican y censuran los manejos del cuidador.

Estos familiares, aunque realicen su tarea voluntariamente con amor y entrega, pueden llegar a sobrecargarse y desarrollar fácilmente:

1. Síntomas emocionales (ansiedad, depresión, irritación contra otros, manías obsesivas, culpabilización, hipocondría, ideación paranoide).
2. Síntomas psicósomáticos (insomnio, anorexia, taquicardia, dolores varios, acidez, mareos, fatiga crónica, alopecia).
3. Mayor facilidad para contraer enfermedades orgánicas.
4. Problemas de conducta (pérdida de autocuidados, aislamiento, pérdida de amistades e incluso de trabajo, abandono del cuidado a otros miembros de la familia).¹¹

3.3.3. ACCIONES DE APOYO PARA EL FAMILIAR CUIDADOR

El cuidador necesita ayudas tangibles, reales. Su salud física se ve deteriorada lo mismo por estar deprimido emocionalmente que por la falta de tiempo para atender sus propias dolencias. Posee una disminución de la autoestima y menosprecia la imagen que de sí mismo tenía.

¹¹MUÑOZ GONZÁLEZ L. ARANCIBIA, Silva L, PAREDES ARÉVALO, (1999). La experiencia de familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer y competencias del profesional de enfermería. Invest EducEnferm. Perú 31 - 32

Existe la necesidad de desarrollar actividades con los cuidadores que favorezcan la calidad de vida, lo mismo del cuidador que del enfermo. Los cuidadores no formales necesitan:

- Adquirir conocimientos sobre la enfermedad y el curso de la misma.
- Instrucción sobre cómo trabajar con enfermedades sin expectativas de curación.
- Instrucción sobre el manejo del enfermo. Superar sentimientos de desconfianza sobre sus prácticas.
- Asistencia psicosocial.
- Apoyo emocional incondicional por parte del resto de la familia.

Deben existir programas dirigidos a este grupo de personas que asisten a un enfermo. Ayudas instrumentadas por los Estados, los Gobiernos y la Seguridad Social. Apoyo por parte de asistentes sociales. Escuelas de cuidadores para orientarlos sobre el curso de la enfermedad.

La seguridad de que se afronta tal responsabilidad por amor, debe estar apoyada por todos. La acción del cuidador puede reconfortar, alimentar su espíritu al saber que está haciendo todo por ese familiar pero, para lograr esta sensación en el cuidador, hace falta sumar esfuerzos para lograr una relación equilibrada trabajo-descanso.¹²

¹²http://www.cuidador.info/index.php?option=com_content&view=article&id=94:cuidadores-familiares&catid=29:the-cms&Itemid=34

3.4. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Los términos Teoría y Modelo Conceptual frecuentemente se utilizan en forma intercambiable por diferentes autores, aquí uno de ellos:

Teoría es un enunciado con apoyo científico, que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos, estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.¹³

Algunos autores clasifican las teorías como descriptivas, exploratorias y predictivas. La teoría descriptiva, es el nivel más bajo, identifica elementos o eventos principales de los fenómenos y sus relaciones, pero no explica cómo o porqué se relacionan; la teoría de enfermería intenta definir las relaciones causales entre los conceptos; y la predictiva predice en forma consistente los resultados futuros, es el nivel más difícil de analizar y comprobar.

Un Modelo Conceptual es un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan, pero en el que la relación no se define con claridad, es una representación abstracta de la realidad que no puede ser probada.¹⁴

Un Modelo Conceptual no es una teoría, debido a que no describe las interrelaciones entre los conceptos ni explica cómo o porqué ocurre el fenómeno.

¹³ GRIFFITH, Janet Paula. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial el Manuel Moderno, S.A. México 1999.

¹⁴ GRIFFITH, Janet Paula..Op. Cit.Pág. 65

3.4.1. MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El Modelo de Dorothea Orem se centra en el arte y la práctica de la Enfermería la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio cuando el individuo es incapaz de realizar dichas actividades. La autoatención es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar su vida, salud y bienestar, contribuyen a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo.

Orem identifica 3 requisitos para la auto atención: Universal, de Desarrollo y de Desviación o Desplazamiento de la Salud, estos requisitos representan el propósito del individuo de cuidarse así mismo.

a. Requisitos para la Auto atención Universal:

- Conservación suficiente de agua, aire y alimento.

Nuestro organismo está compuesto por 70% de agua, la cual debe ser conservada adecuadamente, siendo recomendable la ingesta de 1 a 2 litros de agua diarios, y así contribuiremos a la fluidificación y expectoración de las secreciones. También es muy importante el realizar los ejercicios respiratorios en forma periódica. La alimentación deberá ser evitando los alérgenos que le puedan producir una crisis, procurando consumir los alimentos aceptados y reconocidos por su organismo.

- **Equilibrio entre la actividad y el descanso**

Es útil que el enfermo tenga actividad física y la practique de manera regular y sostenida. Este tipo de actividad mejora la calidad de vida.

El descanso y sueño son necesarios en todo individuo para la reposición de las energías perdidas durante el día, contribuyendo al fortalecimiento físico.

- **Equilibrio entre la interacción social y la soledad**

El paciente debe ser capaz de propiciar un ambiente óptimo en el que no predomine la tensión emocional, sin embargo es importante acotar que la soledad tampoco es pertinente ya que se podría ocasionar un aislamiento lo cual conllevaría a la depresión.

- **Disposición del cuidado necesario asociado con los procesos de eliminación de los materiales de desecho.**

La necesidad es básica, la eliminación es natural y necesaria en todos los humanos, se deberá brindar la educación pertinente para los cuidados posteriores a una eliminación, teniendo prioridad la salud y el bienestar del paciente.

- **Fomento de la actividad y el desarrollo dentro de los grupos sociales.**

El ser humano es un ente social por eminencia el cual necesita de las relaciones interpersonales, desenvolviéndose en una sociedad a la cual tendrá que comunicarle sobre su enfermedad y adaptándose a las críticas.

b. Requisitos para el desarrollo de la auto atención

- **Conservación de los procesos que permiten la vida y favorecen el crecimiento.**

En el pasar de los años el paciente ha tomado decisiones sobre factores que van en contra de su vida, es por eso que se deberá desarrollar un Programa Educativo detallando las prioridades para la conservación de la vida y su desarrollo.

- **Prevención de efectos nocivos al crecimiento y desarrollo humano y cuidado para superar estos efectos.**

En el ambiente hay muchos factores que atentan contra un desarrollo y crecimiento normal. Es por eso la importancia que el paciente sepa reconocerlos para poder evitarlos; uno de esos efectos nocivos: contaminación del medio ambiente, el hábito nocivo de los fumadores, comidas inadecuadas para una vida saludable (excedentes de sal, grasa, condimentos, etc.)

c. Requisitos de la autoatención para evitar la desviación del estado de salud.

- **Buscar y asegurar la asistencia médica apropiada**

El paciente debe saber y conocer la preparación del equipo multidisciplinario ya que éste está capacitado y organizado adecuadamente para poder resolver en cualquier ocasión un problema de salud, dándole la prioridad del caso.

- **Reconocer y atender éstos estados**

Con la educación que se le dará al paciente paulatinamente será capaz de reconocer los primeros signos como la congestión nasal, estornudos y exudado nasal a menudo en la noche, acompañado de jadeo y opresión en el pecho, esputo espeso que puede ser claro o amarillo y disnea, lo cual conllevará al paciente a acudir al centro de salud más cercano o a su club.

- **Establecer el diagnóstico, prescribir la terapéutica y atender a las medidas de rehabilitación**

Al realizar la recopilación de los signos y síntomas del paciente se podrá tener un diagnóstico preciso, el cual nos permitirá, junto a unos exámenes auxiliares, poder determinar la gravedad y estipular la terapéutica necesaria y atender una vez pasada la crisis, la rehabilitación.

- **Reconocer y regular los efectos del tratamiento**

El tratamiento puede ser dividido o desglosado en dos partes importantes: farmacológico y no farmacológico o complementarios.

El tratamiento medicamentoso es la base de la terapéutica. Las medidas farmacológicas o complementarias se dirigen prioritariamente a prevenir los síntomas, se aplican con tratamiento complementario.

- **Modificar el concepto propio y aceptar el estado.**

El paciente debe de aceptar su enfermedad saber convivir con la misma. Deberá adaptarse a un estilo de vida nueva más propicia para el desenvolvimiento de su salud.

Aprender a vivir el padecimiento con un estilo de vida saludable.

Es muy conveniente el dar las siguientes instrucciones: interrumpa su actividad y relájese, respire lenta y profundamente, inhale por la nariz y exhale por la boca, repita la acción hasta que Ud. note la relajación.

Sistema de Cuidados según Dorothea Orem.

a. Fase Intelectual.

Es la fase en la cual se reúnen todos los datos sobre la filiación del paciente, orientación y guía, apoyo físico y psicológico, relaciones interpersonales, interacción social y la soledad sobre su asistencia médica apropiada y sobre la vivencia con su padecimiento.

b. Fase de planificación.

Con los datos obtenidos durante la fase intelectual, estableceremos nuestro diagnóstico, elaborando así un programa educativo, para resolver dudas y deficiencias en los conocimientos sobre su autocuidado.

c. Fase Práctica.

Teniendo listo nuestro programa educativo, lo iniciaremos dando nuestras charlas dirigidas a todos y cada uno de los pacientes del club, llevando, a su alcance todos nuestros conocimientos.¹⁵

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

CALISAYA, E. y cols. (2007) Arequipa-Perú:Realizaron el estudio titulado "Nivel de sobrecarga del cuidador principal relacionado con el grado de capacidad funcional del adulto mayor". Como resultado se obtuvo que la tercera parte de cuidadores se identificó con sobrecarga intensa y en cuanto al grado de capacidad funcional del adulto mayor es más frecuente la dependencia moderada y la severa. Se concluye que existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador principal y el grado de capacidad funcional del adulto mayor.

SOTTO, M y cols. (2007) Portugal. Investigación titulada "Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos" Los resultados indican que los cuidadores de personas con demencia pueden cumplir un conjunto de tareas de adaptación que les permite manejarse mejor con la enfermedad y sentir satisfacción. Sin embargo, los cuidadores de personas con ECV tienen, que manejar una situación de dependencia para la cual no estaban preparados, reaccionando con tensión intrapsíquica por la pérdida de control y dificultará la experiencia de satisfacción en el cuidado.

¹⁵ QUESADA VARGAS O. Prevención Primaria de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, todos involucrados. Número 44 www.ampmd.com Enero 2005

CHAMORRO, P y cols. (2008). Arequipa. Llevaron a cabo el estudio: "Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico" Los resultados de este estudio muestran que la población no presentó niveles de sobrecarga emocional (81,3%). La evaluación de la carga física mostró que el cuidador en la asistencia de las actividades básicas, genera niveles de riesgo de trastornos físicos relacionados con su trabajo de cuidador.

5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con limitaciones por enfermedad crónica son incapaces de satisfacer sus necesidades físicas y psíquicas, demandando la presencia indispensable y continúa de un cuidador, quien genera niveles de riesgo de sobrecarga emocional.

Es probable, que el nivel de dependencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular, atendidos en el HRHD de Arequipa repercute negativamente en los cuidadores familiares con una sobrecarga emocional leve y moderada.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. TÉCNICA

La técnica usada fue la Entrevista.

1.2. INSTRUMENTO

Como instrumento se usaron la Cédula de Entrevista (Índice de Bartel para la primera variable y el Cuestionario de Zarit para la segunda variable).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA

El presente estudio se realizó en el Hospital Honorio Delgado Espinoza; específicamente en el Consultorio Externo de Neurología.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación corresponde al año 2012, en los meses de Marzo a Julio.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Los cuidadores familiares de los pacientes neurológicos con enfermedad cerebro vascular

2.3.1. Universo

La población de estudio está conformada por 23 cuidadores familiares y 23 pacientes neurológicos con enfermedad cerebro vascular, que han sido dados de alta en el segundo semestre del año 2006 y el primer semestre del año 2010, a quienes se aplicó los criterios de inclusión y exclusión para fines de selección.

a. Criterios de Inclusión

- Cuidadores familiares de Pacientes neurológicos con secuelas físicas y psíquicas por enfermedad cerebrovascular.
- Cuidadores familiares mayores de 20 años
- Cuidadores familiares que deseen participar en la investigación

b. Criterios de Exclusión

- Cuidadores familiares con limitada información para la investigación.
- Cuidadores familiares que no acepten participar en la investigación.
- Cuidadores familiares de pacientes con enfermedad neurológica cerebrovascular que no asistan regularmente al Control neurológico

Aplicando los criterios antes mencionados, la muestra quedo conformada por 23 cuidadores familiares.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

- Solicitud dirigida a la Decana de la Facultad de Enfermería para la emisión de la Carta de Presentación para realizar el trabajo de investigación.
- Carta de presentación dirigida al Director del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa para acceder a la información de las unidades de estudio.
- Coordinación con la enfermera del Consultorio Externo de Neurológica.
- Consentimiento informado de los cuidadores familiares que participaron en la investigación.
- Aplicación del Instrumento en los meses de setiembre y octubre, los días de Lunes a Viernes en los horarios. De 8 - 12hr. y 14 - 18hrs.
- Tabulación de datos.
- Vaciamiento de datos en matriz de datos.
- Organización de los datos por frecuencia y porcentualmente en tablas estadísticas.
- Calificación

INDICE DE BARTHEL

La puntuación total se calcularía sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas. El índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional del paciente.

La puntuación total es de 0 a 100, indica la total dependencia en las actividades de la vida diaria y movilidad, la independencia de esas áreas.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

CUESTIONARIO DE ZARIT

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

Nunca: 1; Rara vez: 2; Algunas veces: 3; Bastantes veces: 4 y Siempre: 5.

El rango de puntuación es el siguiente:

Rango	Sobrecarga
0 – 27	No sobrecarga
28 – 50	Sobrecarga leve
51 – 75	Sobrecarga moderada
76 - 105	Sobrecarga intensa

-
- Validados a nivel internacional, internet pág. Google

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	2012																			
	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del Proyecto de Investigación	X	X	X	X	X	X	X	X												
2. Elaboración del marco teórico										X	X	X								
3. Recolección de datos														X	X	X				
4. Estructuración de resultados																X	X			
5. Elaboración del Informe Final																		X	X	





TABLA N° 1

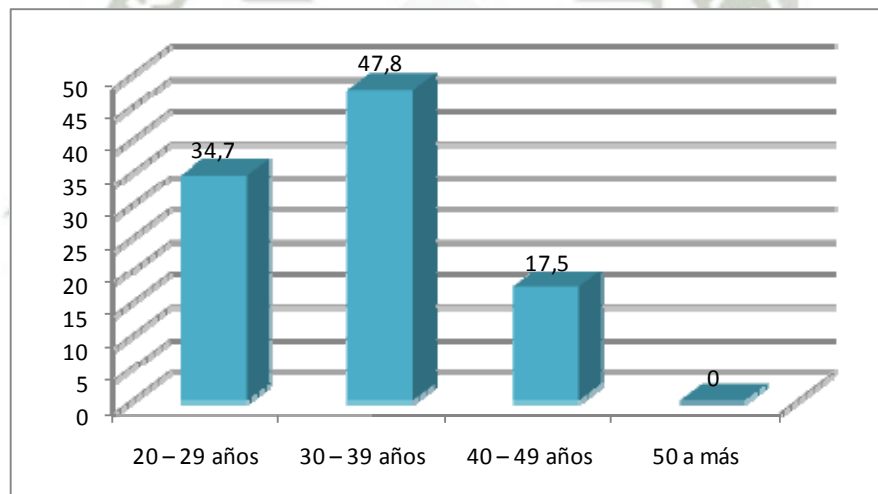
CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ACV SEGÚN EDAD. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Edad	N°	%
20 - 29 años	08	34.7
30 - 39 años	11	47.8
40 - 49 años	4	17.5
50 a más	0	0.0
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 1

EDAD



En la Tabla y Gráfico N° 1 se observa que los cuidadores familiares en mayores proporción y porcentaje (47.8% y 34.7%) tienen edades del 20 a 39 años. La diferencia porcentual del 17.5% corresponden a los cuidadores de 40 a 49 años de edad.

Predomina el grupo etareo de 30 a 39 años de edad con el 47.8%.

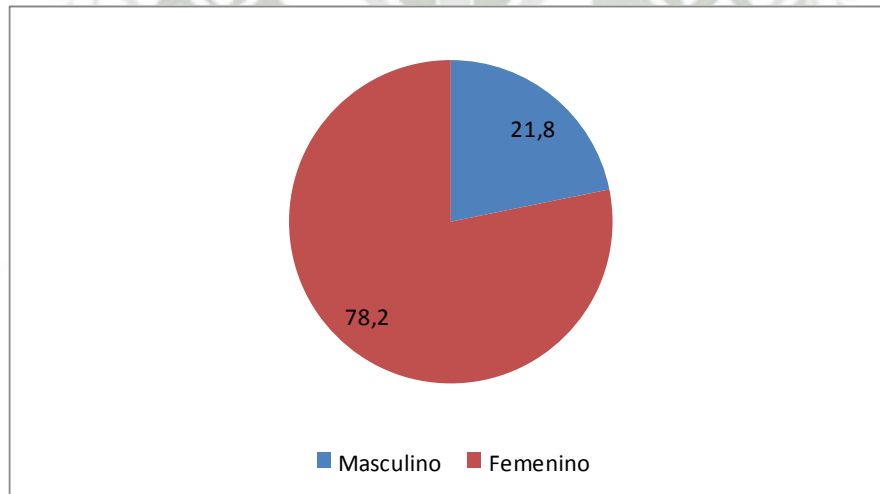
TABLA N° 2

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN GÉNERO.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Género	N°	%
Masculino	5	21.8
Femenino	18	78.2
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 2
SEGÚN GÉNERO



En cuanto al género, la Tabla y Gráfico N° 2 muestra resultados que permiten afirmar que en más de las dos terceras partes de los cuidadores de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular pertenece al género femenino (78.2%). El 21.8% corresponden a los cuidadores del género masculino.

El predominio del género femenino, como cuidadores familiares ofrece ventajas en cuanto a dedicación y cuidado personal por su naturaleza de ser mujer.

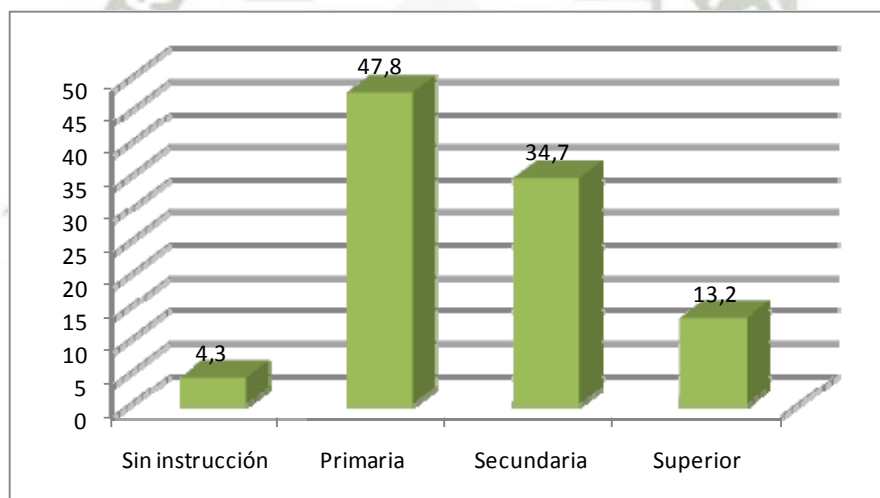
TABLA N° 3

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN INSTRUCCIÓN.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Instrucción	N°	%
Sin instrucción	01	4.3
Primaria	11	47.8
Secundaria	08	34.7
Superior	03	13.2
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 3
SEGÚN INSTRUCCIÓN



La Tabla y Gráfico N° 3 contiene resultados sobre la instrucción que poseen los cuidadores familiares de los pacientes portadores de ACV, observándose que la mayoría porcentual del 82,5% acumulado se concentra en los niveles de instrucción de primaria y secundaria.

Los menores porcentajes del 13.2% y 4.3% se ubican en los extremos que corresponden a los ítems sin instrucción y superior.

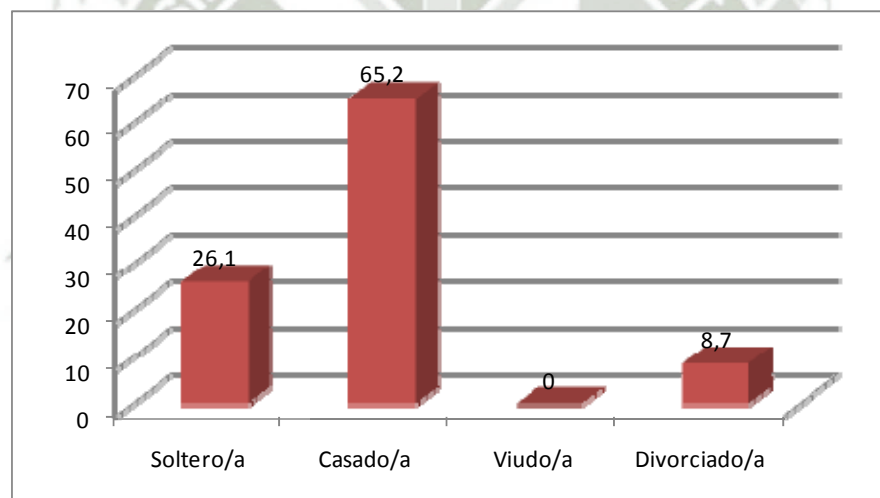
TABLA N° 4

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN ESTADO
CONYUGAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Estado Conyugal	N°	%
Soltero/a	6	26.1
Casado/a	15	65.2
Viudo/a	0	0.0
Divorciado/a	2	8.7
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 4
SEGÚN ESTADO CONYUGAL



En relación al estado conyugal, en la Tabla N° 4 se observa que el mayor porcentaje (65.2%) corresponde al estado conyugal de casado, siguiéndole el de soltero con el 21.6%. el mínimo porcentaje del 8.7% corresponde al estado de divorciado.

Predomina el estado conyugal casado.

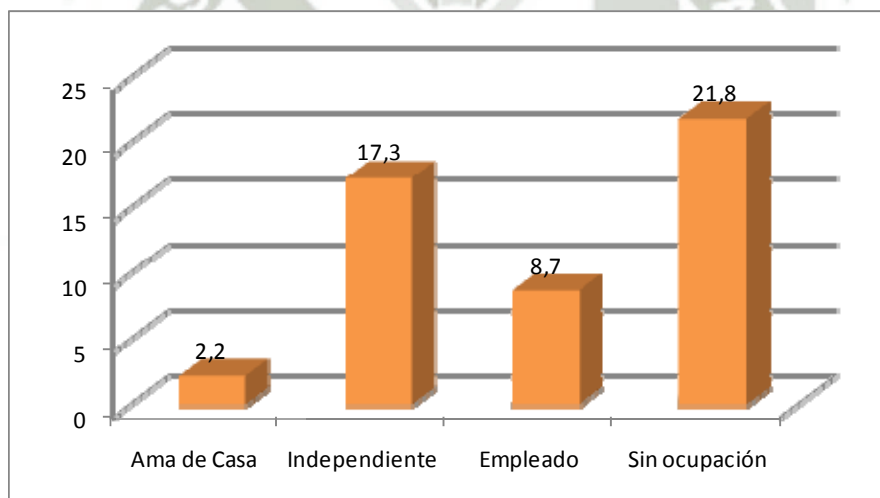
TABLA N° 5

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN OCUPACION.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Ocupación	N°	%
Ama de Casa	12	52.2
Independiente	4	17.3
Empleado	2	8.7
Sin ocupación	5	21.8
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 5
SEGÚN OCUPACIÓN



Según la ocupación de los cuidadores familiares de los pacientes con ACV, en la Tabla N° 5 se observa que los mayores porcentajes se ubican en los ítems de ama de casa (52.2%) y de sin ocupación (21.8%).

Los cuidadores familiares en menor número: 6 de 23, tienen ocupaciones que les demanda abandonar en no menor de 8 horas, el cuidado familiar a los pacientes.

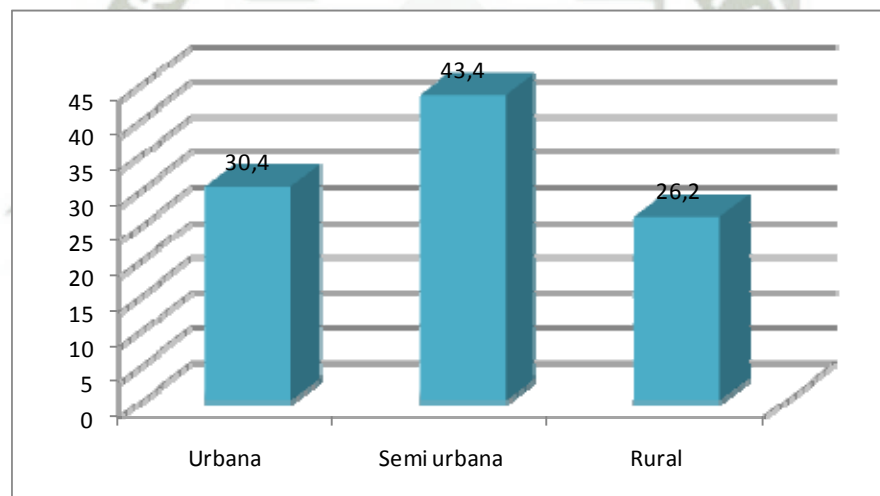
TABLA N° 6

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN ZONA DE
RESIDENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO.
AREQUIPA, 2012

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	7	30.4
Semi urbana	10	43.4
Rural	6	26.2
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 6
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA



En la Tabla Y Gráfico N° 6 se observa que los cuidadores familiares en mayores porcentajes (43.4% y 30.4%) residen en las zonas periurbanas y urbanas. El 26.2% que representa a 6 pacientes residen en la zona rural.

Predomina la vivencia en la zona periurbana.

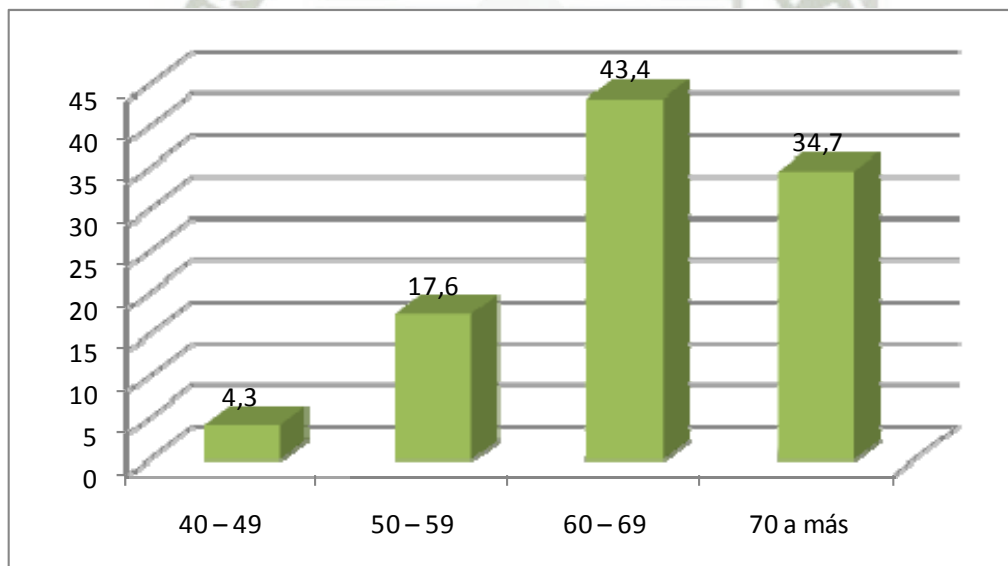
TABLA N° 7

PACIENTES CON ECV SEGÚN EDAD. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. AREQUIPA, 2012

Edad (años)	N°	%
40 - 49	1	4.3
50 - 59	4	17.6
60 - 69	10	43.4
70 a más	8	34.7
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N°7
SEGÚN EDAD



En la Tabla y Gráfico N° 7 se observa que los pacientes con ACV que están bajo el cuidado familiar en mayoría tienen de 60 a más de 70 años, lo evidencia el 43,4% y el 34,7%.

Los menores porcentajes del 17,6% y 4,3% representan con 5 pacientes, cuyas edades pertenecen al rango de 40 a 59 años.

Resultado que nos permite afirmar que la ECV es más incidente en personas adultas mayores.

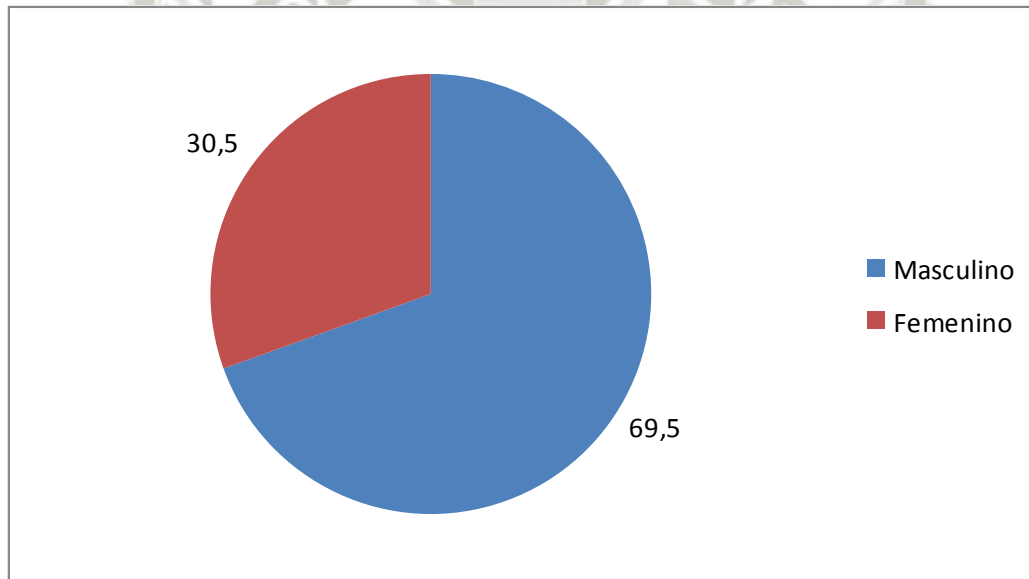
TABLA N° 8

PACIENTES CON ECV SEGÚN GÉNERO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO. AREQUIPA, 2012

Género	N°	%
Masculino	16	69.5
Femenino	7	30.5
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 8
SEGÚN GÉNERO



En relación al género, los pacientes con ECV mayoritariamente pertenecen al género masculino, en razón a que cerca de las 2/3 partes son varones.

TABLA N° 9

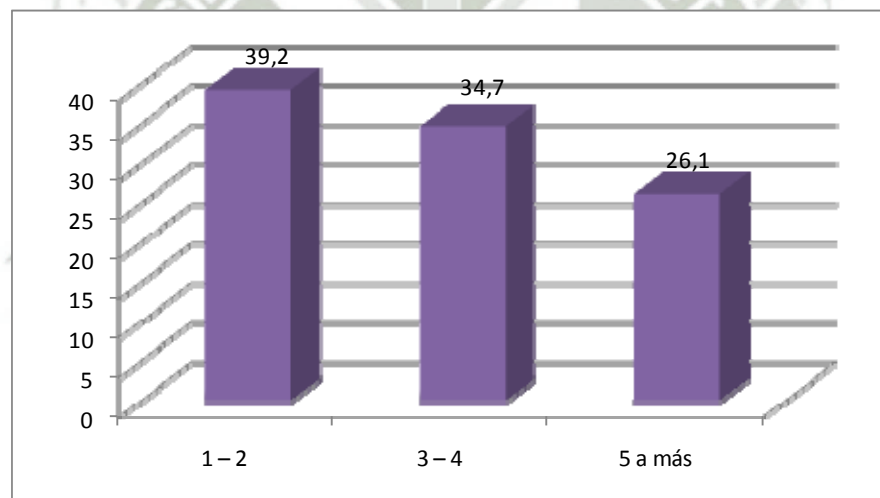
PACIENTES CON ECV SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Tiempo (años)	N°	%
1 - 2	9	39.2
3 - 4	8	34.7
5 a más	6	26.1
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 9

SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD



En cuanto al tiempo de enfermedad, los pacientes con ECV investigados, en mayoría descendente tienen a 1 a 4 años, lo evidencia el 39.2% y el 34.7%, respectivamente. Solo el 26.1% de los pacientes tienen de 5 a más años de enfermedad.

En los pacientes investigados, el mayor tiempo de enfermedad repercute en la sobrecarga emocional de los familiares cuidadores por la dedicación de tiempo de dichos cuidados.

TABLA N° 10

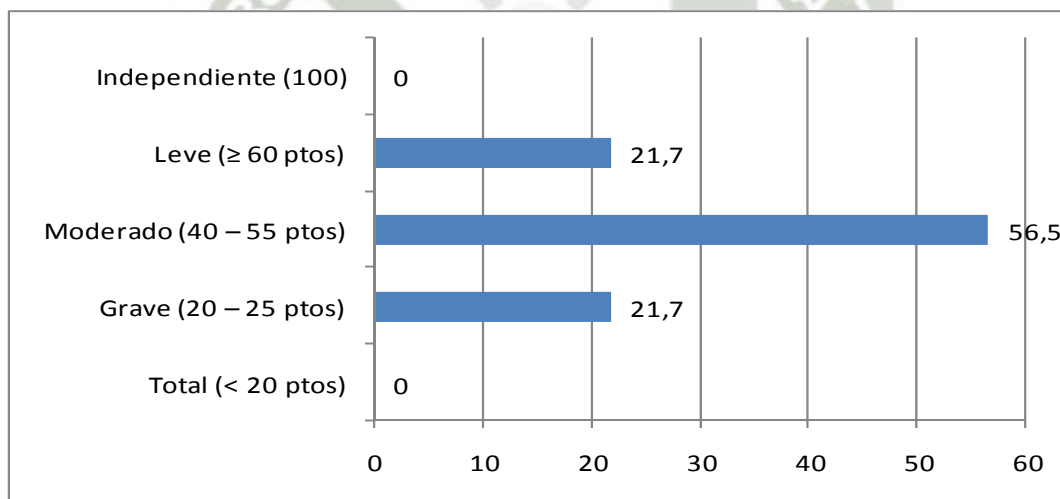
PACIENTES CON ECV SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Grado de Dependencia	N°	%
Total (< 20 ptos)	0	0.0
Grave (20 - 25 ptos)	5	21.7
Moderado (40 - 55 ptos)	13	56.5
Leve (≥ 60 ptos)	5	21.7
Independiente (100ptos)	0	0.0
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICO N° 10

SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA



La Tabla Y Gráfico N° 10 contienen los resultados de la medición de la dependencia física y psicoemocional de los pacientes con ECV investigados según el índice de Bartel. Según el puntaje alcanzado, los pacientes en más de la mitad (56.5%) presentan un grado de dependencia moderado; en el 21.7% el grado de dependencia es grave y leve, respectivamente.

Predomina el grado de dependencia moderado.

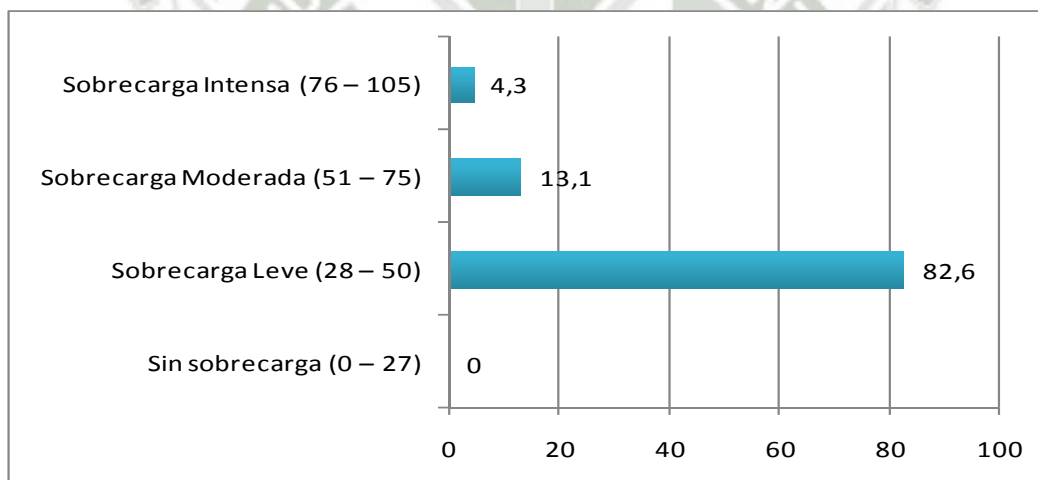
TABLA N° 11

CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ECV SEGÚN RANGO DE SOBRECARGA EMOCIONAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2012

Rango	N°	%
Sin sobrecarga (0 - 27)	0	0.0
Sobrecarga Leve (28 - 50)	19	82.6
Sobrecarga Moderada (51 - 75)	3	13.1
Sobrecarga Intensa (76 - 105)	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

**GRÁFICO N° 11
SEGÚN RANGO DE SOBRECARGA EMOCIONAL**



La Tabla y Gráfico N° 11 da referencia a los resultados de la sobrecarga emocional de los familiares responsables del cuidado de los pacientes con ECV en el hogar. Según el test de Zarit que mide el rango de sobrecarga emocional, se tiene que dichos familiares en el 82.6% al haber alcanzado de 28 a 50 pts., tienen una sobrecarga emocional leve y en el 13.1%, cuyo puntaje alcanzado es del 51 - a 71 pts., la sobrecarga emotiva es moderada.

TABLA N° 12

REPERCUSION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON ECV
EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DE LOS CUIDADORES FAMILIARES.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2011

Rango de sobrecarga emocional Grado de dependencia	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga moderada		Sobrecarga intensa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Grave	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5	100.0
Moderado	0	0.0	12	92.3	1	7.7	0	0.0	13	100.0
Leve	0	0.0	4	80.0	0	0.0	1	20.0	5	100.0
Independencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	19	82.6	3	13.1	1	4.3	23	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2011

En la Tabla N° 12 se observa que del 100% de pacientes con ECV y que presentan un grado de dependencia moderado, el 92,3% de los familiares cuidadores presentan emociones y sentimientos, cuya intensidad corresponde a la sobrecarga emocional leve y el 7.7%, a la sobrecarga emocional moderada.

Del 100% de pacientes con grado de dependencia leve, el 80% de los cuidadores familiares presentan sobrecarga emocional leve y el 20%, sobrecarga intensa.

Del 100% de los pacientes con grado de dependencia grave el 60% de los cuidadores familiares presentan sobrecarga emocional leve y el 40% moderada.

En los pacientes investigados, el grado de dependencia repercute en el rango de sobrecarga emocional de los familiares cuidadores.

NOTA: La tabla N°12 contiene resultados de evaluación de niveles que se ha tomado en un solo tiempo, por lo que requiere comparación, siendo relación (repercusión)

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa presentan grados de dependencia emocional moderada, grave y leve. (Ver tabla N° 10).
- SEGUNDA** : Los familiares cuidadores de los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular atendidos en el HRHD de Arequipa, presentan rangos de sobrecarga emocional leve, moderada e intensa. (Ver tabla N° 11).
- TERCERA** : Los grados moderado, grave y leve de dependencia funcional de los pacientes repercuten en la sobrecarga emocional de sus familiares. (Ver tabla N° 12)

RECOMENDACIONES

PRIMERA : Que la Jefatura de Enfermería del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, programe, ejecute y evalúe ciclos de orientación a los cuidadores de los pacientes neurológicos con dependencia funcional, sobre Cuidado Familiar a dichos pacientes.

SEGUNDA : Que el Jefatura de Enfermería intente la implementación de un programa de seguimiento psicoemocional a los familiares cuidadores de los pacientes neurológicos con dependencia funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRERA ORTIZ L. La Habilidad de Cuidado por Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad crónica. InvestEducEnferm. Perú, 2006
2. BERNAN Y COLAB. Fundamentos de Enfermería. Octava Edición, Editorial Pearson, España - Madrid, 2008.
3. BRUNNER Y COLAB. Enfermería Médico Quirúrgica. Novena Edición. Editorial Interamericana S. A. México, 2000
4. IYER. Proceso de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Interamericana S.A. México, 2006
5. KING, I. J. Diagnóstico de Enfermería y Plan de Cuidados. Editorial Interamericana S. A. México, 2001
6. LEDDY, S. PEPPER, J.: Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. México. 2001
7. MARRINER Y COLAB. Modelos y Teorías de Enfermería. Editorial Interamericana S. A. México, 2004.
8. MG. LEITON ESPINOZA, ZOILA. Autocuidado de la Salud para el adulto Mayor. Editorial Massets, Colombia, 2006
9. MINSA. Lineamientos para la Atención Integral de las personas Adultas Mayores. Lima-Perú. Abril, 2010
10. MORA. Enfermedades Cerebrovascular. Colombia. 2002
11. MUÑOZ GONZÁLEZ L. ARANCIBIA, Silva L, PAREDES ARÉVALO, . La experiencia de familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer y competencias del profesional de enfermería. InvestEducEnferm. 1999

12. NIGENDA G, LÓPEZ-ORTEGA M, MATARAZZO M, JUÁREZ-RAMÍREZ C.
La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar.
Retos para el sistema de salud mexicano. Salud Pública.
México. 2007
13. OMS. Informe Mundial de Estadísticas de ECV. 2004
14. PEZO SILVA C, de Souza Praça N, COSTA STEFANELLI M. La
mujer responsable de la salud de la familia constatando
la universalidad cultural del cuidado. IndexEnferm. 2004.
15. PHANEUT, M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención
de Enfermería".Editorial Interamericana McGraw-Hill.
España 2006
16. SÁNCHEZ, B. La experiencia de ser cuidadora de una persona
en situación de enfermedad crónica. Investigación y
Educación en Enfermería. XIX (2). Septiembre. España, 2003
17. TERAN G. Situación de Salud de los Pacientes con
Enfermedades Neurológicas. Perú, 2002.



ANEXO

INDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- 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
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- 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
Deambular	- 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
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

CUESTIONARIO DE ZARIT

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente USTED así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastante a veces 5=Casi siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha					

empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN

Yo..... identificado (a) con DNI..... y con domicilio..... habiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: **REPERCUSIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2006 – 2010.** Acepto participar en la investigación que publicara los resultados guardando reserva de mi identidad. Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que firmo el presente documento.

Fecha:

Firma:.....

DNI:

Huella Digital

