

Caracterización sociopsicológica de pacientes con ictus isquémicos del Hospital
León Cuervo Rubio, septiembre-diciembre 2013

1. [Introducción](#)
2. [Objetivos](#)
3. [Población y muestra](#)
4. [Subvariables](#)
5. [Descripción de los instrumentos empleados](#)
6. [Métodos de procesamiento y análisis de la información](#)
7. [Aspectos éticos de la investigación](#)
8. [Análisis de los resultados](#)
9. [Conclusiones](#)
10. [Anexos](#)

RESUMEN

Las enfermedades cerebrovasculares, entre ellas el ictus, constituyen la tercera causa de muerte en múltiples países incluido el nuestro. La población adulta mayor ha sido la más azotada, aunque ya gana cada vez más, espacio en otros grupos etarios. Su diagnóstico y tratamiento depende en gran medida de variables sociales y psicológicas. Por tal motivo se decidió realizar una caracterización sociopsicológica a pacientes con ictus isquémico, en su fase aguda, del Hospital León Cuervo Rubio durante los meses de septiembre a diciembre de 2013. La muestra, de sujetos tipo, estuvo conformada por 21 pacientes, 14 hombres y 7 mujeres, con promedio de edad de 67 años. Se evaluaron las funciones cognitivas globales (Minimental), depresión (Yesavage), funcionalidad (Índice de Katz) y apoyo emocional (entrevista semi estructurada), tipo de ictus isquémico y hemisferio dañado. Predominó el sexo masculino en un 66.7%, el 52,4% mantiene vínculo laboral. La enseñanza secundaria prevalece en un 47.6 %, así como el hemisferio derecho en 61,9%. Etiológicamente el ictus aterotrombótico fue el más incidente en un 57.1% del total. Desde el punto de vista cognitivo, el 52.4% presentó un estado normal. Mientras que el 57.1% no refieren alteraciones

afectivas. En la funcionalidad, el 47.6 % es independiente en todas las funciones, la ABVD más afectada fue el “Desplazamiento”. Todos los pacientes perciben apoyo emocional.

Introducción

La enfermedad cerebrovascular es reconocida como enfermedad específica desde épocas remotas, descrita por primera vez por Hipócrates. Sin embargo, sólo en los últimos 50 años se le ha conferido especial importancia, lo que ha despertado su estudio con particular interés, sobre todo por la elevada magnitud del problema a nivel poblacional. (1)

Vinculados a la etiología puramente médica de dichas enfermedades se encuentran, además de la edad, factores de riesgo como el estilo de vida, relacionado a el abuso de la ingestión de carbohidratos, el consumo excesivo de proteínas y el consumo de grasas, factores condicionantes de la hipertensión arterial, evento que también incrementó sus indicadores de prevalencia en el último trienio, y es a la vez uno de los factores coadyuvantes de las enfermedades cerebrovasculares.(1)Cabría entonces destacar que tal problema de salud no sólo despierta interés en el ámbito médico, también en el área de las ciencias sociales muy vinculadas a la salud, como lo es la Psicología.

Específicamente en nuestro hospital en el año 2013 se recibieron 449 pacientes con ECV. De ellos, 20 fueron diagnosticados con ictus hemorrágico, es decir el 4,5% y el resto con ictus isquémico, el 95,5%. El total de fallecidos fue de 57 pacientes, 9 por infarto cerebral y 13 por hemorragia. Ha quedado demostrado que la incidencia del evento isquémico es mayor que la del hemorrágico, aunque la recuperación es más favorable en términos vitales para el evento isquémico.

Debido a esta repercusión se ha incrementado el número de investigaciones relacionadas con la calidad de vida del paciente con dicha enfermedad, atendiendo a que las afectaciones psicológicas predominantes en estos

pacientes, como las deficiencias en procesos cognitivos de atención, memoria, orientación y lenguaje provocan, en múltiples ocasiones, estados afectivos de depresión, ansiedad e irritabilidad.(3)

Esta evaluación permite un acercamiento al funcionamiento de la psiquis de las personas afectadas por esta patología, lo cual es útil para valorar el grado de afectación y evolución del mismo, así como el establecimiento de estrategias para revertir el daño en los procesos psicológicos mencionados anteriormente, en el paciente y proporcionar herramientas para la adaptación de la enfermedad, en pacientes y familiares. Prestándole atención al apoyo emocional percibido por estos pacientes durante el proceso salud enfermedad; factor protector de la salud cuando está presente.

Cualquier trastorno emocional o cognitivo influye negativamente en la recuperación funcional y en la calidad de vida del paciente con ictus y de las personas de su entorno, por lo que su detección y tratamiento precoz son necesarios (3). La calidad de vida de estos pacientes es multidimensional y determinada por su situación física, funcional, emocional y social. La rehabilitación integral depende de la intervención en todos estos campos.

La pérdida de las funciones psicofísicas en el paciente con secuelas por ictus obliga a la adaptación de éste y de su familia a la nueva situación (6). La carga que el cuidado supone compromete el funcionamiento de la vida familiar y la calidad de vida del cuidador principal, en sus aspectos físico, emocional y sociolaboral. (4) por tanto, el apoyo emocional que los pacientes puedan percibir de sus familiares es otra de las variables que debe ser tomada en cuenta.

Por tal razón se desarrolló un estudio en la provincia de Pinar del Río en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio” durante los meses de septiembre a diciembre de 2013, el cual tuvo como objetivo primordial caracterizar sociopsicológicamente a los pacientes con ECV, específicamente el ictus isquémico.

Objetivos

Objetivo General:

- Caracterizar sociopsicológicamente a los pacientes con ictus isquémico en su fase aguda.

Objetivos Específicos:

1. Describir la muestra atendiendo a variables sociodemográficas.
2. Identificar el tipo de hemisferio cerebral dañado y el tipo de ictus isquémico en cada paciente.
3. Evaluar las funciones cognitivas globales.
4. Identificar los niveles de depresión.
5. Evaluar la funcionalidad de los pacientes.
6. Caracterizar el apoyo emocional percibido por los pacientes.

Tipo de investigación:

- Estudio descriptivo-transaccional.
- Diseño no experimental.
- Diseño mixto en paralelo.

Población y muestra

El universo o población de estudio estuvo conformado por 78 pacientes ingresados en el servicio de ictus del Hospital “Dr. León Cuervo Rubio, en los meses de septiembre a diciembre de 2013, de ellos 50 hombres y 28 mujeres. Fue seleccionada la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión, que a continuación se refieren, quedando integrada por 21 pacientes, 14 hombres y 7 mujeres, lo que representa el 27% del total. La muestra se clasifica en sujetos tipos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que pertenecen al servicio de ictus del HCQD “Dr. León Cuervo Rubio” de Pinar del Río.
- Pacientes que hayan recibido el diagnóstico de ictus isquémico por primera vez y se encuentren en la fase aguda del mismo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con síndromes orgánicos agudos y crónicos con nivel de conciencia disminuido.
- Pacientes con APP de trastornos mentales, incluyendo el grupo de las demencias.
- Pacientes que presenten drogodependencia.

Definición Conceptual y operacional de variables:

Caracterización sociopsicológica: Incluye a las características sociales que operan desde momentos de mediatización diferentes, aun cuando cada uno de sus espacios y agentes representan formas particulares de reflejo de las leyes y relaciones sociales más generales, en su diversidad específica. Y a las características psicológicas estructuradas a través de la unidad entre lo afectivo y lo cognitivo.

Subvariables

Sexo: Masculino y Femenino.

Edad: 55-85 años.

Color de piel: blanca, mestiza y negra.

Nivel educacional: Universitaria, Preuniversitaria, Secundaria y Primaria.

Vinculación laboral: Trabajador, Jubilado y Ama de casa.

Estado conyugal: Con pareja y Sin pareja.

Hemisferio cerebral dañado: Izquierdo y Derecho.

Fase aguda: Incluye el período de tiempo a partir de las 72 horas hasta las 168 horas (3 a 7 días) de evolución del ictus.

Funciones globales cognitivas: Comprende a las funciones cognitivas de atención, orientación, memoria, lenguaje y cálculo. Evaluadas a través del Minimental. Estableciéndose tres rangos de puntuaciones que permiten diagnosticar el desempeño cognitivo del paciente de la siguiente manera (Ver Anexo 2):

- Normal de 24 a 30 puntos.
- Depresión o Demencia comenzante de 19 a 23 puntos.
- Demencia inferior a 19 puntos.

Depresión: Es un trastorno mental común que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio sustancial de la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas.

Para ello se empleó el test de Yesavage, elaborado especialmente para evaluar la depresión en la tercera edad en su versión de la escala de 15 ítems, diagnosticando a los pacientes según la puntuación en (Ver Anexo 3):

- 0 a 5 puntos: No depresión.
- 6 a 9 puntos: Probable depresión.
- 10 a 15 puntos: Depresión.

Funcionalidad: Esta categoría está referida a la capacidad que pueden tener los individuos de desempeñar las diferentes actividades de la vida diaria con determinado éxito, según su independencia o dependencia para realizar las mismas.

Se empleó el Índice de Katz para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Clasificándose al paciente teniendo en cuenta las siguientes categorías propuestas por Katz (Ver Anexo 4):

A: Independiente en todas las funciones.

B: independiente para todas las funciones menos una función.

C: Independiente para todas las funciones menos 2 funciones.

D: Independiente para todas las funciones menos 3 funciones.

E: Independiente para todas las funciones menos 4 funciones.

F: Independiente para todas las funciones menos 5 funciones.

G: Dependiente en todas las funciones.

Las variables sociodemográficas evaluadas en nuestra investigación se obtuvieron a través del análisis documental recogido en la Historia Clínica y la entrevista semi estructurada de cada uno de los pacientes pertenecientes al servicio de ictus de nuestro centro, así como el tipo de ictus isquémico y el hemisferio dañado.

Apoyo emocional: Se refiere la posibilidad de contar con y confiar en alguien, según la percepción de los sujetos. Capaz de fortalecer la sensación de que se es amado y cuidado. Se evaluó a través de la entrevista semi estructurada. Se operacionaliza como (Ver Anexo 5):

- Sí percibe apoyo.
- No percibe apoyo.

Descripción de los instrumentos empleados

Minimental: Conocido también como Mental State Examination (MMSE), fue elaborado por Folstein para evaluar el deterioro cognitivo. Es un test sencillo y breve y se realiza en un tiempo de 5 a 10 minutos, sin necesidad de utilizar materiales adicionales, además de su fiabilidad y validez, lo que lo hace ser el test más difundido para evaluar la demencia vascular.

El objetivo es cuantificar el potencial cognitivo y detectar posibles desórdenes funcionales a nivel clínico de forma práctica y rápida. Su calificación según el total del índice es “normal” de 24 a 30 puntos, “depresión o demencia comenzante” de 19 a 24 puntos y “demencia”, menos de 19 puntos. Las áreas cognitivas que evalúa son las siguientes:

- Orientación temporal y espacial.
- Memoria inmediata.
- Concentración y cálculo.
- Memoria a corto plazo.
- Lenguaje y praxis.
- Comprensión de instrucciones.
- Lectoescritura. (Ver Anexo 2):

Yesavage: La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue

especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático.

Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada (Ver Anexo 3). Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas. En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada.

Los contenidos se centran en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

Índice de Katz: Elaborado por Sydney Katz en 1963 y un equipo multidisciplinario, constituye uno de los test más difundidos para la evaluación de la actividad diaria

de los sujetos. Fue creado y aplicado a pacientes con fracturas de cadera. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en 6 funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Está conformado por los siguientes ítems: “Alimentación”, “Continencia”, “Vestirse”, “Traslado”, “Uso del retrete y baño”. La escala puede puntuarse de forma jerárquica de modo que el paciente puede ser clasificado en independiente y dependiente. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella persona que necesita ayuda de otra persona incluyendo la mera supervisión de la actividad del otro. (Ver Anexo 4).

Entrevista semi estructurada: Constituye una técnica que obtiene información de una forma amplia y abierta, que tiene la peculiaridad de realizarse mediante un proceso verbal que se da generalmente, a través de una relación “cara a cara” entre al menos dos individuos (entrevistador-entrevistado).

Esta forma de entrevista combina preguntas previamente elaboradas con formas no estandarizadas de abordar un tema o aspecto de interés; dando libertad y flexibilidad para que el entrevistado lo desarrolle y en el transcurso de la entrevista el entrevistador puede realizar preguntas que entienda que son necesarias para buscar, ampliar o profundizar en la información buscada.

Nos permite en el grupo de estudio obtener una información rica, variada y directa; permitiendo la expresión libre del entrevistado y favoreciendo a que el investigador observe el lenguaje extraverbal. Es valiosa además para integrar indicadores obtenidos a través de otras técnicas. (Ver Anexo 5)

Métodos de procesamiento y análisis de la información

En la presente investigación se utilizaron métodos teóricos como: el método dialéctico, ya que permite entender la dinámica y contradicciones que se generan entre las variables psicológicas estudiadas y entre estas y el ictus.

También son empleados el histórico lógico, pues permite reflexionar sobre el comportamiento futuro de las variables cognitivas, emocionales- funcionales y el apoyo emocional; desde la lógica de su desarrollo individual; el analítico sintético ya que permite la descomposición de las variables abordadas en partes para su mayor comprensión; y el hipotético deductivo, pues a partir de lo ya descrito en la teoría, se establecieron hipótesis de trabajo que mostraran la línea a seguir.

Los métodos empíricos usados fueron de medición (Minimental, Yesavage, Índice de Katz) y la entrevista que permite desde el discurso del propio sujeto corroborar lo encontrado en las técnicas o plantearnos nuevas vías de análisis.

Procedimiento.

Fase I: En esta fase se decidió realizar una revisión bibliográfica para complementar teóricamente el problema de investigación en nuestro estudio, así como la planificación de las sesiones de trabajo para darle respuesta a los objetivos planteados.

Fase II: En este momento de la investigación se le comunicaron los objetivos de la investigación, así como la importancia de la misma, a los profesionales de la salud del servicio de ictus. Esta actividad se realizó también con los pacientes que formaron parte del estudio, a quienes se les pidió la firma del consentimiento informado.

Fase III: En esta etapa fueron aplicados los instrumentos de evaluación empleados para responder a los objetivos específicos del estudio. Los mismos fueron aplicados en el servicio de ictus, en dos sesiones, una por día. Teniendo en cuenta las características de estos pacientes y la fase de la enfermedad en que se realizó la investigación se decidió aplicar los instrumentos en forma de entrevista,

en horario de la mañana. Siempre a partir de las 72 horas de su ingreso al servicio.

Fase IV: En este momento de la investigación se procedió al análisis e interpretación de los resultados arrojados por las diferentes técnicas de obtención de la información.

Fase V: En esta etapa corresponde la devolución de los resultados obtenidos en la investigación a los pacientes y familiares que participaron en la investigación; así como a los especialistas del servicio y los representantes institucionales del centro donde se realizó la investigación.

Aspectos éticos de la investigación

La investigación tuvo en cuenta los preceptos éticos en el ejercicio profesional y los inherentes al proceso de investigación, ajustado a la variedad de etapas desde la recogida de los datos y el procesamiento de los mismos debido a la responsabilidad que entrañan los análisis cualitativos de las técnicas que permitieron realizar los análisis integradores del comportamiento de las diferentes variables de estudio. Se tuvo en cuenta, además el consentimiento de los pacientes y familiares. (Anexo 1)

Análisis de los resultados

Objetivo 1: Caracterización sociodemográfica.

A continuación realizaremos un análisis acerca del comportamiento de las variables sociodemográficas que constituyen a su vez variables epidemiológicas en la enfermedad cerebrovascular, en particular, del ictus isquémico.

Variable Sexo:

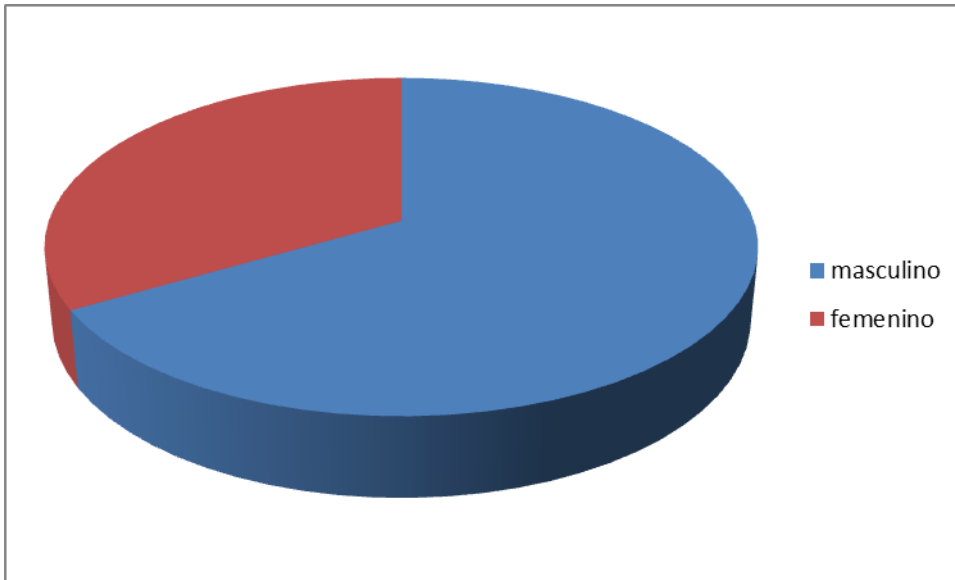


Gráfico 1. Distribución entre sexos (masculino y femenino).

Como se aprecia en el gráfico anterior, existe un predominio del sexo masculino respecto al sexo femenino. De los 21 pacientes objetos de estudio, 14 corresponden al sexo masculino para un 66.7% respecto al total y 7 pertenecen al sexo femenino para un 33.3%. (Ver Tabla 1. Anexo 6)

Este dato se corresponde con los estudios llevados a cabo en el Hospital Iván Portuondo de San Antonio de los Baños, donde la proporción del sexo masculino sobre el sexo femenino fue de 2/1. (10)

Una situación similar ocurre, en el estudio clínico epidemiológico realizado en nuestra institución en el servicio de terapia, donde se demostró la evidencia del predominio del sexo masculino en la muestra analizada, 202 pacientes para un 60.11% lo que refleja una relación de 1.5/1 a favor de los hombres.

Los estudios realizados en España con relación a la evaluación del comportamiento cognitivo y afectivo de pacientes con ictus, en Barcelona, aseguran que existe un predominio del sexo masculino, encontrándose un 74.3% de pacientes pertenecientes a este género y el 25.7% correspondiente al sexo femenino. (7)

Se observa, claramente en la literatura revisada el predominio del sexo masculino sobre el femenino, no solo en nuestro país sino en otros contextos internacionales.

Variable Color de piel.

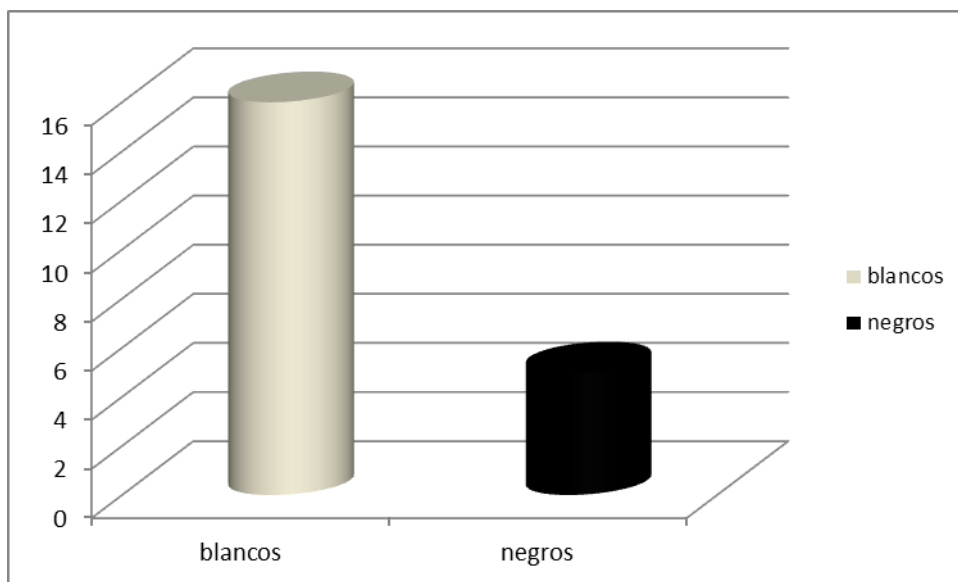


Gráfico 2. Distribución del color de piel.

Como se aprecia en el gráfico anterior, existe un predominio del color de piel blanca respecto al color negro. Se obtuvo que el 76,2% de los pacientes estudiados son blancos mientras que el 23,8% son negros. No se encuentran pacientes mestizos. (Ver Tabla 2. Anexo 6).

Este resultado difiere con estudios anteriores, donde la mayor proporción correspondió a la raza negra con un 76% del total de la muestra estudiada. (10) Pero sí coincide nuestro resultado con el estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital, donde la mayoría de las personas afectadas por la ECV eran de la raza blanca y mayores de 80 años de edad, en total de 161 pacientes representando el (47,91%).

Coincidimos con el autor del estudio mencionado anteriormente a que esta diferencia encontrada y contradictoria con múltiples estudios nacionales e

internacionales, se debe fundamentalmente a que la población más occidental de nuestro país, son en su mayoría raza blanca.

Variable Edad.

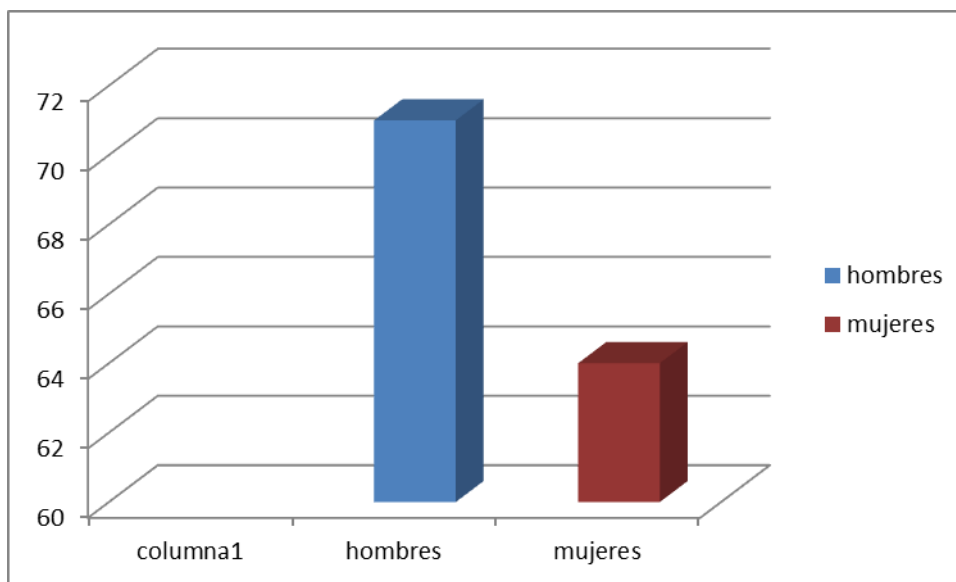


Gráfico 3. Distribución de los promedios de edades según el sexo.

Como podemos observar en el gráfico, el promedio de edad en el caso de las mujeres es de 64 años y en los hombres es de 70.9 años. Siendo el promedio de edad general 67.1 años. (Ver Tabla 3. Anexo 6).

En este sentido se corresponde nuestro estudio con los desarrollados en El Hospital Universitario de Gerona, Barcelona, donde se estudiaron 24 pacientes con lesiones vasculares cerebrales subcorticales. La edad media fue de 64 años, con predominio del género masculino (71% de la muestra). (7)

Así mismo, en una investigación llevada a cabo por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, de la Universidad de Barcelona, titulado “Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus”, la edad promedio de los pacientes estudiados fue de 60.32 años. (8) Mientras que en el estudio realizado en el Hospital Julio Díaz de nuestra capital, el promedio de edad de los pacientes evaluados con ictus fue de 62,9 años. (6)

Los datos antes mencionados demuestran como la edad es un factor de riesgo a tener en cuenta siempre que estemos en presencia de una persona con enfermedad cerebrovascular. La literatura establece una relación en cuanto a que la probabilidad de que ocurra un ictus es mayor, a medida que avanzamos en el desarrollo etario; afectando fundamentalmente a las personas que se encuentran en la tercera edad.

Variable Vinculación laboral.

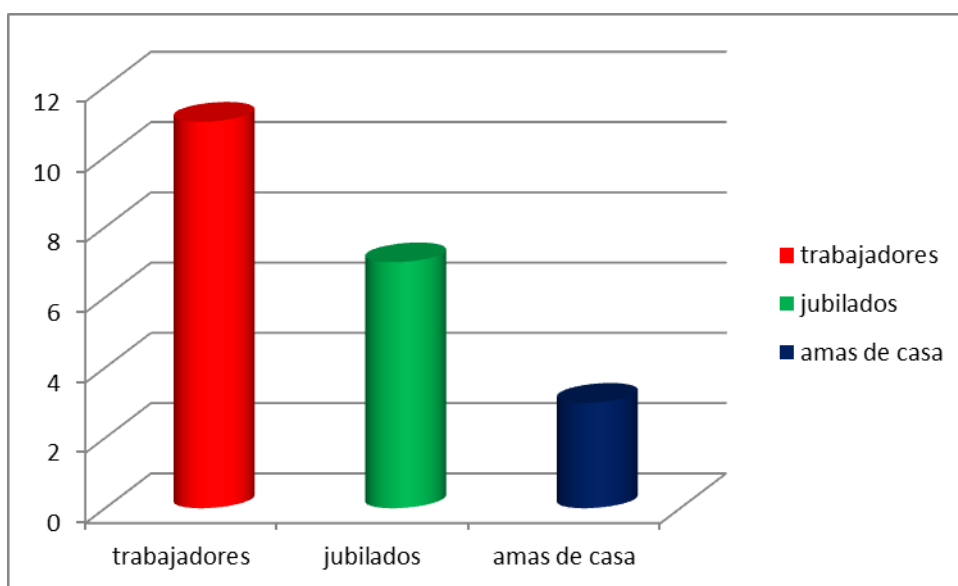


Gráfico 4. Distribución de la vinculación laboral.

Como se observa en el gráfico anterior, el 52.4% de los pacientes mantiene una vida activa en la sociedad, de esos 11 pacientes, 8 pertenecen al sexo masculino y 3 al sexo femenino. El 33.3% corresponde a los jubilados, de ellos 6 hombres y 1 mujer. Y el 14.3% son amas de casa. (Ver Tabla 4. Anexo 6).

Es necesario señalar la importancia de que muchos pacientes estudiados, cuyos rangos de edades oscila entre los 56 y 73 años, continúen realizando actividades laborales, ya que además de ser unas de las facilidades económicas que ha dado nuestro sistema social en la actualidad, constituye una manera de evitar que el

adulto mayor se perciba inútil ante la sociedad y ante la familia (5). Así mismo se ejercita en las actividades de la vida diaria con mayor destreza y se evitan sentimientos de inferioridad, minusvalía, dependencia y depresión.

En los pacientes con ictus del Hospital Julio Díaz se demostró que todos los pacientes evaluados, sólo 41 trabajaban, para un 32.5% respecto al total; mientras que 81 pacientes de los estudiados no lo hacían, para el 67,5% del total. (11) Nuestro estudio, en este sentido, no se corresponde con el antes mencionado, ya que existe una superioridad de nuestros pacientes con vinculación laboral.

Respecto a esta variable sociodemográfica, es necesario resaltar que en los estudios que fueron objetos de consulta para este trabajo ha sido muy poca analizada. Quizás se deba esta baja evaluación a que los pacientes con enfermedades cerebrovasculares más estudiados correspondan a la tercera edad, donde sucede un proceso social y psicológico con el cambio de rol social de trabajador a jubilado, en múltiples contextos, incluyendo el nuestro.

Hemos decidido abordar esta variable por las nuevas ventajas sociales que ha dado la política económica y social de nuestro país en los últimos tiempos, donde el adulto mayor puede posponer su jubilación y la ventaja que tiene el desempeño en roles sociales por estar dotado de capacidades y experiencia que permitan el desempeño en dichas actividades.

Se ha identificado también a la tercera edad como la de mayor predominio en las enfermedades de este tipo, no es menos cierto que la ocurrencia del ictus trasciende a edades más jóvenes teniendo cada vez mayor incidencia. Por lo tanto, la repercusión psicológica en los pacientes que tienen secuelas del ictus puede influir de diferentes formas en aquellas personas que pueden tener un nivel activo en la ejecución de compromisos laborales. (14)

En aquellos pacientes que no tengan afectaciones que limiten inmediatamente o a largo plazo la realización de las actividades laborales no deberán existir creencias o representaciones desfavorables respecto a su estado de salud actual, influyendo esto en la ausencia de estados afectivos que puedan entorpecer la rehabilitación del evento isquémico y entorpeciendo la calidad de vida de los pacientes

Variable Estado conyugal.

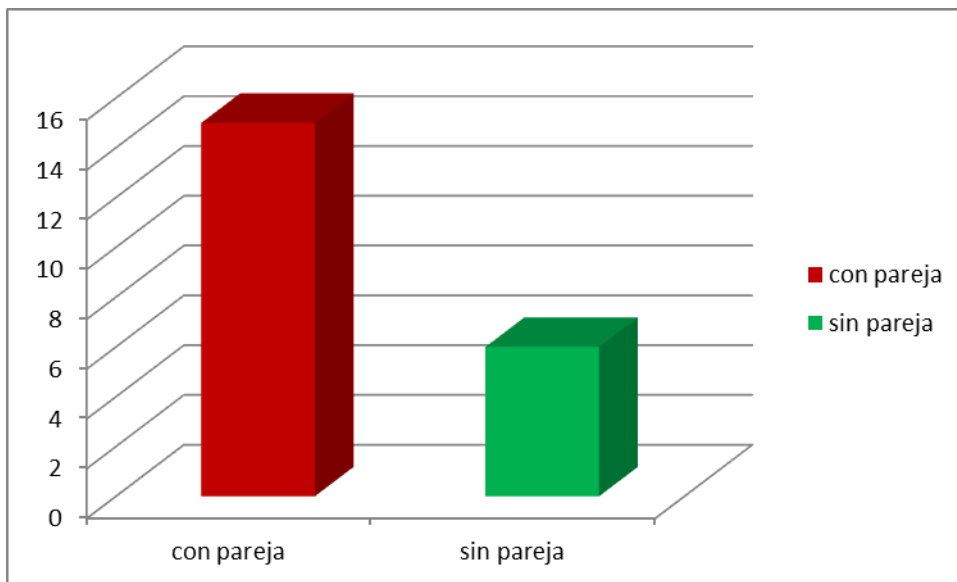


Gráfico 5. Distribución del estado conyugal en la muestra.

Se observa en el gráfico anterior que 16 pacientes poseen pareja, representando el 71,4%. De ellos 10 son hombres y 5 mujeres. Mientras que el 28,6%, (6 pacientes), 5 hombres y 1 mujer, no poseen este tipo de relación. (Ver Tabla 5. Anexo 6).

Al comparar nuestros resultados con el estudio realizado en la comuna de Chillán Viejo de Chile, se observa una similar proporción en los pacientes con ictus evaluados, pues el 51,5% de esta muestra su estado civil era casado y un 32,4% era viudo. (13)

Mientras que en otra investigación realizada, también existe un predominio de las personas que conviven en pareja. Se demostró que 69 pacientes estudiados poseían pareja, equivalente al 57,5% del total, y 53 pacientes de ellos se encontraban sin pareja, para el 42,1%. (10)

Variable Escolaridad.

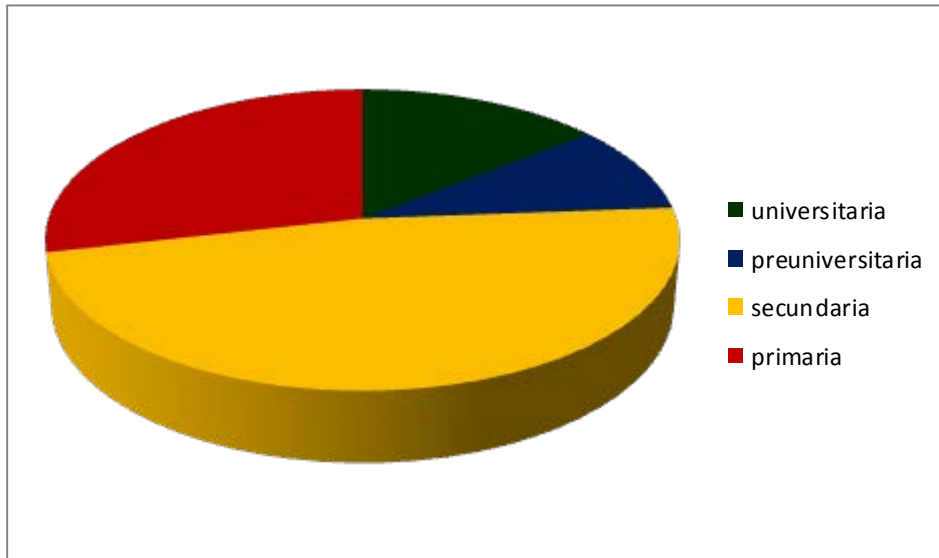


Gráfico 6. Distribución de los niveles escolares alcanzados.

Como se aprecia en el gráfico anterior, el nivel educacional que más predomina es la enseñanza secundaria con un total de 10 pacientes, 8 hombres y 2 mujeres para un 47.6% del total. Le continúa la enseñanza primaria con un total de 6 pacientes, 5 hombres y 1 mujer, para un 28.6%. Después predomina la enseñanza universitaria con 3 pacientes, de ellos 2 mujeres y 1 hombre, para un 14.3% y por último, se encuentra la enseñanza preuniversitaria, con 2 pacientes, uno de cada sexo, representando un 9.5% del total. (Ver Tabla 6. Anexo 7).

El bajo nivel educacional predominante en la muestra de estudio pudiera ser un factor que influya en el rendimiento cognitivo de los pacientes en el momento de ejecución de las pruebas aplicadas, fundamentalmente en la prueba cognitiva del Minimental. Sin embargo, consideramos que, por la ejecución previa de dicha prueba en un grupo piloto con características similares, excepto la ocurrencia del ictus, los resultados fueron satisfactorios.

Además, en el caso de los pacientes que cursaron nada más la enseñanza primaria, el 100% lo hizo hasta el 6to grado mientras que, los pacientes que cursaron la enseñanza secundaria únicamente, el 75% rebasaron el 9no grado y el resto entre el 7mo y 8vo grado.

Se ha demostrado que el bajo nivel de enseñanza predomina en varios estudios realizados, pudiendo estar vinculado este dato al promedio de edad de los pacientes estudiados con ictus. Tal es el caso de los 84,4% de los pacientes de la comuna chilena que sólo saben leer y el 69,6% tiene estudios básicos. (13) En los pacientes pertenecientes al Hospital Universitario de Gerona, el nivel educativo fue de 8 años. (13) Mientras que en el estudio de la Universidad de Barcelona el nivel educativo medio es de 7.3 cursos escolares anuales. (8)

Objetivo 2: Hemisferio cerebral dañado y tipo de ictus isquémico.

En la fundamentación teórica de nuestra investigación se hizo alusión a la relación bidireccional que existe entre los hemisferios cerebrales y las funciones o procesos cognitivos y los estados afectivos de las personas. Y cómo esta relación se pone en evidencia mayormente con la ocurrencia de alguna lesión en los hemisferios cerebrales causada por diferentes patologías neurológicas incluyendo el ictus isquémico.

Hemisferio cerebral dañado.

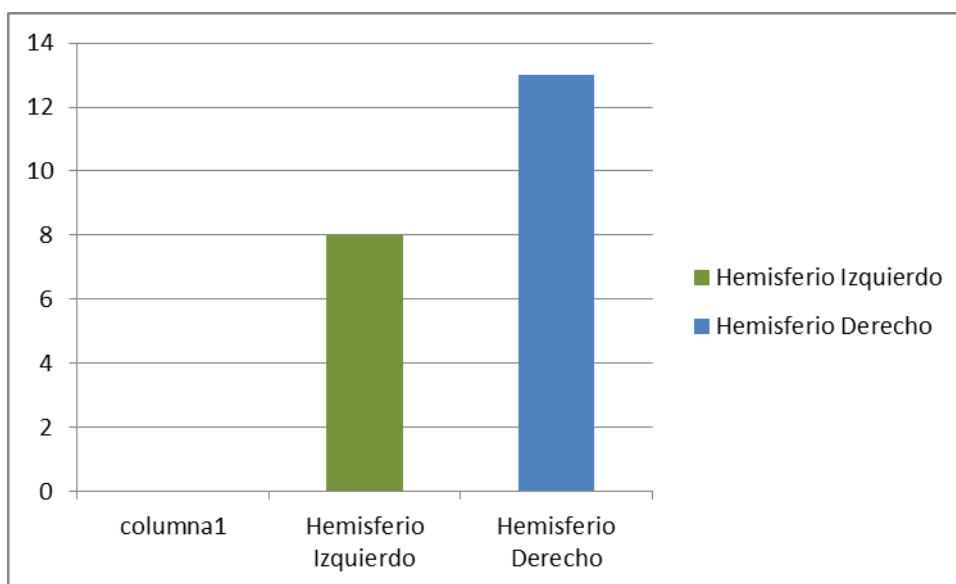


Gráfico 7. Distribución de los hemisferios cerebrales dañados.

Podemos apreciar en el gráfico anterior que existe un predominio de las afectaciones en el hemisferio derecho respecto al hemisferio izquierdo. En la

muestra estudiada 13 pacientes presentaron afectaciones en el hemisferio derecho para un 61,9% del total; mientras que el 38,1%, es decir, 8 pacientes, presentaron afectaciones localizadas en el hemisferio izquierdo. (Ver Tabla 7. Anexo 7).

Este resultado se corresponde con otras investigaciones realizadas. Tal es el caso de los 65 pacientes que conformaron la muestra, presentaron afectación en el hemisferio derecho producto al ictus isquémico, equivalente esta cifra al 54% del total de los pacientes evaluados. El 46% correspondió al hemisferio izquierdo, presente esta afectación en 55 pacientes. (7)

También existe un predominio del hemisferio derecho en estudio realizado en España, donde de un total de 53 pacientes con ictus isquémico, 25 fueron localizados en el hemisferio derecho para un 47,2% del total; y el 43,4% correspondió al hemisferio izquierdo. El resto de los pacientes presentaron daños bilaterales. (8) En un estudio llevado a cabo por investigadores brasileños destacó que el 60% de la muestra presentó afectaciones en hemisferio derecho. (9)

Podemos concluir entonces, teniendo en cuenta estos resultados, que los pacientes evaluados deben presentar afectaciones leves o moderadas en los procesos cognitivos evaluados debido a que el hemisferio con mayor afectación isquémica es el derecho

Tipo de ictus isquémico.

En cuanto a esta variable de estudio es necesario señalar que el ictus isquémico de mayor incidencia en la población es el aterotrombótico. El mismo se produce porque existe una disposición anatómica en el corazón. Se dice que aproximadamente ocurre en el 85% de los pacientes que presentan ictus.

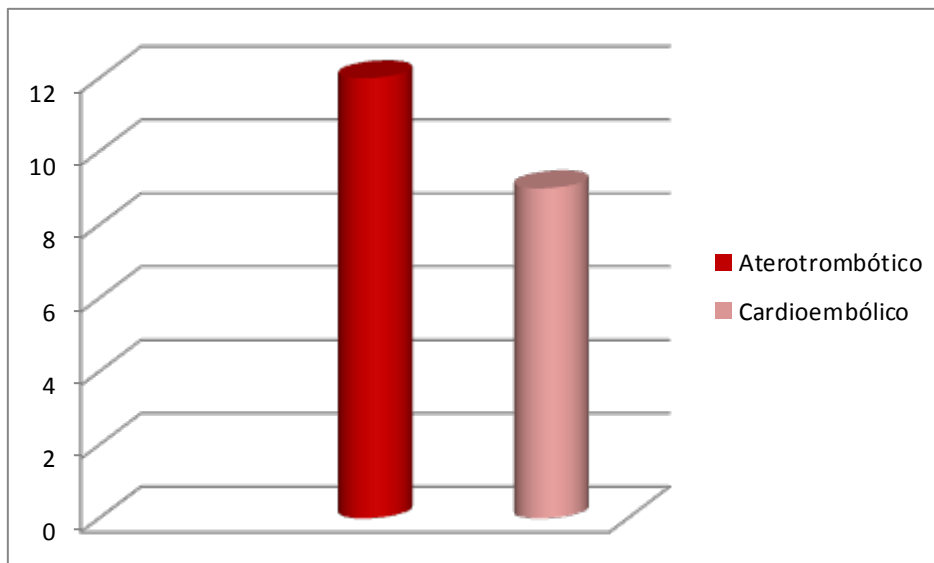


Gráfico 8. Distribución del tipo de ictus isquémico en la muestra.

Como se aprecia en el gráfico anterior, 12 pacientes, el 57,1% de los pacientes, 8 hombres y 4 mujeres presentaron un ictus que según su etiología se clasifica en aterotrombótico. Mientras que el 42,9% de la muestra, 6 hombres y 3 mujeres, en total 9 pacientes, presentaron un ictus isquémico del tipo cardioembólico. (Ver Tabla 8. Anexo 8).

En estudios anteriores se aprecia que el 65% de los pacientes que conformaron la muestra de estudio presentaron un ictus isquémico aterotrombótico, predominando en el sexo masculino y la hipertensión arterial como enfermedad concomitante. (8)

Un resultado similar se aprecia en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital donde el 70% del diagnóstico del ictus isquémico correspondió al aterotrombótico, predominando igualmente en el sexo masculino. En este estudio, formaron parte de la muestra, también, pacientes con ictus lacunares y hemorrágicos.

Podemos decir, además, que de los 12 pacientes que presentan un ictus aterotrombótico, 6 pacientes presentan la localización del mismo en el hemisferio derecho y 6 en el hemisferio izquierdo, para un 50% en ambos casos. En el caso del ictus cardioembólico, 7 pacientes presentan daños en el hemisferio derecho para un 77,8% y 2 pacientes presentan daños en el hemisferio izquierdo, equivalente al 22,2%.

Nuestro estudio se corresponde con investigaciones anteriores, por ejemplo, el 56% de los pacientes con ictus isquémico aterotrombótico de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestra institución presentaron la localización del mismo en el hemisferio derecho.

Objetivo 3: Funciones cognitivas globales.

Las funciones cognitivas globales evaluadas en este estudio fueron la Orientación, Memoria inmediata y de evocación, Atención, Cálculo y Lenguaje. Dichas funciones permiten al sujeto el desarrollo y ejecución de las actividades de la vida diaria y la resolución de los problemas cotidianos. Según la calificación del instrumento empleado (Minimental), las puntuaciones pueden clasificarse en “normal”, “depresión o demencia comenzante” y “demencia”.

Tabla 1. Distribución del estado cognitivo en la muestra.

Diagnóstico	(n)	%	Sexo	
			femenino	masculino
Normal.	11	52.4	4	7
Depresión demencia comenzante.	8	38.1	2	6
Demencia	2	9.5	1	1
Total	21	100	7	14

Los datos expuestos en la tabla anterior se corresponden con los encontrados en el estudio del Hospital General “Iván Portuondo”, donde el 36.7% de los pacientes estudiados presentó deterioro cognitivo leve. (10) Mientras que la mayoría de la muestra estudiada obtuvo un desempeño cognitivo normal.

Creemos que este resultado está avalado por la ausencia de ictus o eventos cerebrovasculares anteriores, ya que la probabilidad de que aumente el deterioro

cognitivo en los pacientes adultos mayores está asociada a la ocurrencia de ataques isquémicos frecuentes.

Otra investigación realizada con la finalidad de caracterizar a los pacientes con enfermedades cerebrovasculares obtuvo como resultado que existía un compromiso cognitivo severo en el 46% y leve en el 26% de los pacientes estudiados. (11) En este estudio también se incluyeron pacientes que presentaron ictus anteriores, lo que significa que ya existía un deterioro cognitivo anterior.

Por lo tanto, el riesgo relativo calculado refuerza las evidencias de que el número de ictus previos predispone al deterioro cognitivo, aunque no solo depende de ello sino también de la extensión anatómica y la localización «estratégica» del área isquémica; acelerando los cambios degenerativos cerebrales propios de la edad avanzada. (8)

Respecto al diagnóstico establecido y el sexo podemos plantear que en el caso de aquellos pacientes que recibieron un diagnóstico “normal”, 4 son mujeres lo que representa el 57.1% respecto al total de mujeres; mientras que 7 son hombres, para un 50% respecto al total del grupo. En el caso de los pacientes con “depresión o demencia comenzante”, son mujeres para un 28.6% respecto al total de ese género y 6 corresponden al sexo masculino para un 42.9% respecto al total de ese sexo.

Como es fácil apreciar, el mejor desempeño cognitivo en el test aplicado corresponde al sexo femenino. Coincidiendo este dato con el estudio realizado durante la fase aguda del ictus, en el Hospital Universitario de Gerona, en Barcelona, España. El sexo masculino unido a la edad, y una baja educación son factores reconocidos en el deterioro cognitivo. (7)

De los 11 pacientes que recibieron un diagnóstico cognitivo global normal, 3 pertenecen a la enseñanza universitaria, 1 a la preuniversitaria, 4 a la secundaria y

3 a la primaria. Mientras que los pacientes que fueron diagnosticados con “depresión o demencia comenzante”, 1 corresponde a la enseñanza preuniversitaria, 5 a la secundaria y 2 a la primaria. Y por último, los del diagnóstico de “demencia2, según los resultados obtenidos, uno pertenece a la enseñanza primaria y el otro a la enseñanza secundaria.

Tabla 2. Distribución del estado cognitivo, la escolaridad y el promedio de edad.

Enseñanza	Promedio de edad.	Diagnóstico					
		normal	%	Depre. Demencia comenzante	%	Demencia	%
Universitaria	56 años	3	14,3				
Preuniversitaria	61 años	1	4,8	1	4,8		
Secundaria	67.6 años	6	28,6	4	19,4		
Primaria	75 años	1	4,8	3	14,3	2	9,5
Total	64,9 años	11	52,4	8	38,1	2	9,5

Se puede apreciar en la tabla anterior la correspondencia que existe entre la edad y el deterioro cognitivo. Observamos que a medida que aumentan los años de vida aumentan así mismo los déficits cognitivos. Se demostró en investigaciones españolas que los pacientes con mayor edad obtienen un peor rendimiento en las escalas cognitivas. La edad avanzada puede ser un factor de mal pronóstico en la recuperación de las funciones cognitivas. (8)

También se asegura que a mayor edad se disminuye el rendimiento cognitivo, siendo la misma un factor de riesgo en la recuperación de los procesos cognitivos, sobre todo las funciones ejecutivas, atención, procesos de denominación, memoria y aprendizaje. (8)

Además, queremos señalar, como se puede observar también en la tabla, la proporcionalidad que existe en los niveles de enseñanza y la edad. El grupo que más años de educación presenta, corresponde a los pacientes con menos edad de la muestra estudiada; mientras que el grupo de menos años de escolarización corresponde a aquellos pacientes que poseen más edad en la muestra estudiada.

Creemos que este dato está determinado por los cambios sociales que se han establecidos en nuestro país durante todo el proceso revolucionario. Antes de 1959 las personas atravesaban más dificultades para tener acceso a los diferentes niveles y tipos de enseñanza. A medida que ha avanzado la Revolución estos obstáculos han ido desapareciendo y las aperturas a la enseñanza han sido mayores.

En investigaciones españolas se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos formados por el nivel educativo, medidos por años de escolarización. El de los pacientes con menor nivel educativo, obtienen un peor rendimiento en dicho test que los que tienen mayor nivel educativo. (8)

Por tal motivo vemos como la ejecución satisfactoria de los problemas planteados en el instrumento empleado, está mediada por la escolarización de los pacientes unido a la afectación neurológica existente. Nos obliga, entonces, a tener en cuenta el condicionamiento social que tienen los procesos psicológicos superiores a la hora de elaborar instrumentos para su evaluación. Es imprescindible tener en cuenta el contexto donde se aplique y las características educacionales que pueden mediar los resultados.

Este resultado nos indica que el deterioro cognitivo en la muestra, está asociado con la edad y con los niveles bajos de enseñanza.

Tabla 3. Distribución del estado cognitivo y el hemisferio cerebral dañado.

Hemisferio cerebral	Diagnóstico			(n)	%
	normal	Depresión demencia comenzante	demencia		
Izquierdo	3	5		8	38.1
Derecho.	8	3	2	13	61.9
Total	11	8	2	21	100

Como se aprecia en la tabla anterior, el hemisferio cerebral más afectado es el derecho. El 61.5% % de los pacientes afectados en este hemisferio recibió un diagnóstico de “normal”. Mientras que solo el 37.5% de los pacientes afectados en el hemisferio izquierdo recibieron una puntuación en el rango de “normal”; predominando en este hemisferio el diagnóstico de “depresión o demencia comenzante” para un 62.5% del total de los pacientes afectados en esta zona cerebral contra, un 23.1% de los pacientes afectados en el hemisferio derecho.

Consideramos que la lateralización de los procesos cognitivos puede influir en un mejor o peor rendimiento cognitivo. Se ha demostrado que en el hemisferio cerebral izquierdo se encuentran la mayoría de las zonas corticales asociadas a las funciones psicológicas superiores (6), por lo tanto, la escasa afectación en la muestra de este hemisferio, es decir, el predominio del daño neurológico en el hemisferio derecho, posibilita que la muestra en general obtenga una ejecución satisfactoria en los problemas planteados por el instrumento aplicado.

Podríamos presuponer, además, que la afectación en el lado izquierdo posibilite la presencia de la “depresión o demencia comenzante” en los pacientes estudiados, ya que se ha demostrado que cuando hay alteraciones en la zona frontal izquierda, puede surgir la depresión en aquellas personas afectadas. (6)

Consideramos que el predominio de afectaciones en el hemisferio derecho es indicador de un deterioro cognitivo leve o moderado en la muestra.

Tabla 4. Distribución del estado cognitivo y el tipo de ictus isquémico.

Tipo de ictus isquémico	Normal		Depresión o demencia comenzante		Demencia		total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Aterotrombótico	6	28,6	5	23,8	1	4,8	12	57,1
Cardioembólico	5	23,8	3	14,3	1	4,7	9	42,9
Total	11	52,4	8	38,1	2	9,5	21	100

Como se puede observar en la tabla anterior, los resultados obtenidos en el test Minimental, que evalúa las funciones cognitivas globales, no se diferencian grandemente en los tipos de ictus isquémicos presentes en la muestra estudiada. Al parecer, según este resultado, la etiología del ictus no determina el grado de afectación cognitiva que puedan tener los pacientes.

Otras investigaciones similares a la nuestra, afirman que el tipo de ictus isquémico, clasificado según la etiología del mismo, no influye por sí solo en el deterioro cognitivo. (8) (9) (12)

Los resultados arrojados, en los pacientes del Hospital Universitario de Gerona, España, demuestran que no existen diferencias significativas en cuanto al tipo de ictus isquémico y el deterioro cognitivo presente en los pacientes estudiados. (7)

Como ya se ha mencionado, el deterioro cognitivo está determinado por las variables de localización del evento neurológico, la magnitud o alcance del mismo, unido a la edad, más que por la etiología del ictus isquémico

Tabla 5. Distribución de las funciones cognitivas afectadas.

Función cognitiva.	(n)	%	sexo		Enseñanza			
			f	m	Unive r	Pre-univ.	Second	Primaria.
Orientación	13	61.9	3	10		2	5	6
Memoria inmediata.	2	9.5		2				2
Atención y cálculo.	10	47	3	7	1	1	2	6
Memoria de evocación.	8	38	3	5	2		2	4
Lenguaje.	2	9.5	1	1			1	1
Comprensión	1	4.8		1				1
Lectoescritura	4	19	1	3			2	2
Praxis.	8	38	3	5	1	1	5	1

Como se aprecia en la tabla la función cognitiva más afectada fue la “Orientación”, reportándose la mayor alteración en la orientación temporal; sobre todo en las respuestas a las preguntas “¿Cuál es la fecha de hoy?”, en un 53.8%; y la orientación espacial, “¿En qué piso estamos?”, en un 38.5%.

Se ha reportado que más de 50% de los pacientes que se encuentran ingresados en unidades de cuidados intensivos sufren desorientación témporoespacial debido, en múltiples ocasiones, por las características estructurales de las salas antes mencionadas. (9)

Aunque la desorientación puede estar provocada por la falta de oxígeno al cerebro, es decir la hipoxia cerebral que acontece en estos eventos isquémicos, también depende de la localización estructural del evento, ya que se ha visto en los casos donde hay mayor compromiso frontotemporoparietal, que acontecen

mayores alteraciones en la esfera ejecutiva y de asociación de ideas, así como del pensamiento abstracto.

De los 13 pacientes con afectaciones en el hemisferio cerebral derecho, 8 presentaron alterada la función de “Orientación”, para un 61,5%. De ellos 2 corresponden al sexo femenino y 6 al sexo masculino. Mientras que en el hemisferio izquierdo 5 pacientes presentaron afectación en esta función, 3 hombres y 2 mujeres.

La “Atención y el Cálculo” es la otra función cognitiva que más afectación presenta en la muestra estudiada. El defecto mayor se produce a partir de la segunda operación de cálculo, es decir, en la sustracción de los dígitos 86 y 7; siendo una deficiencia en el 70% de los pacientes que presentaron alteraciones en esta función cognitiva.

El proceso matemático del cálculo es un indicador de deterioro cognitivo o déficit cognitivo que puede ser originado por la presencia de afecciones neurológicas directas. En los pacientes evaluados en el Hospital universitario de Gerona, se obtuvo que el 75% de la muestra estudiada presentara niveles bajos en la resolución de las operaciones matemáticas. (7)

Queremos señalar que el número mayor de pacientes que presentó deficiencias en este apartado posee como nivel de enseñanza primario, lo cual puede estar incidiendo en la pobre ejecución satisfactoria en la resolución de los problemas planteados; si se tiene en cuenta que se ha demostrado que a mayor nivel educativo mejor respuesta. (10) Estaríamos en presencia nuevamente de la disyuntiva de si los procesos cognitivos están dañados por el efecto neurológico del ictus o por los niveles bajos de exposición a la enseñanza.

Con esta función cognitiva afectada, se encuentran 6 pacientes con localización del evento en el hemisferio derecho, 5 hombres y 1 mujer. Esto representa el 46,1%. Y en el hemisferio izquierdo, 4 pacientes presentaron alteración en esta función, 3 hombres y 1 mujer.

Aunque la literatura describe que cuando hay daño en el hemisferio cerebral izquierdo, en lóbulo frontal, sobre todo, el daño en los procesos del pensamiento y cálculo es muy evidente. (6), en nuestro estudio los resultados obtenidos hasta el momento arrojan que los pacientes poseen afectaciones en los diferentes tipos de hemisferios. Habría que identificar entonces, los lóbulos que pudieron estar comprometidos en el accidente cerebrovascular y la magnitud del mismo.

En un tercer orden de alteración aparece la “Memoria de evocación”, donde la palabra más olvidada fue la segunda, “carro”, para un 75%. El hecho de que haya sido esta la palabra más olvidada puede estar relacionada a las teorías cognitivas que afirman que existe una tendencia a recordar los primeros y últimos fenómenos más que los intermedios. (15) Mientras que con un 62.5% aparece la palabra “dedo”, como la más olvidada.

Otra de las teorías que sustenta las dificultades en memoria es la que hace alusión a la edad etaria en cuestión. Se afirma que con el transcurso de los años es la memoria el proceso cognitivo que más se afecta y así mismo es el síntoma o la queja por excelencia que refieren los adultos mayores. También es un indicador de la ocurrencia de enfermedades neurológicas como las Demencias. (7)

En relación a la memoria de evocación y los hemisferios cerebrales, en nuestra muestra se encuentran 5 pacientes con la localización del daño en el hemisferio derecho, 4 hombres y una mujer, para un 38,5%. Mientras que 3 pacientes pertenecen al hemisferio izquierdo, 2 mujeres y un hombre, para un 37,5%.

Con una puntuación idéntica se encuentra la función de “Praxis”, esta evaluada a través de la ejecución de una figura geométrica compuesta por dos pentágonos. La alteración en esta función puede estar dañada por la pérdida de la fuerza muscular en los miembros superiores de los pacientes, como consecuencia del accidente isquémico, pero también puede estar determinada por alteraciones en los analizadores visuales.

En el caso de los pacientes que conforman nuestro estudio, sólo 3 pacientes refirieron no ver la figura con claridad por déficits visuales anteriores, lo cual fue

confirmado con los familiares que le acompañaban. Mientras que 2 pacientes presentaron apraxia, ellos son capaces de identificar la figura pero en el dibujo realizado por ellos, no fueron capaces de integrarla como un todo.

En cuanto a la localización de esta función en los hemisferios, encontramos que existen 4 pacientes, 2 hombres y 2 mujeres, para un 30,8%, con el hemisferio derecho dañado y en el izquierdo 4 pacientes igualmente, 3 hombres y 1 mujer. Aparecen con un diagnóstico de “normal” 4 pacientes, 2 hombres y una mujer para un 50% y con “depresión o demencia comenzante” 4 pacientes, 3 hombres y una mujer. No se encuentra ningún paciente con diagnóstico de “demencia”.

En investigaciones anteriores, donde se empleó este mismo instrumento para evaluar las funciones cognitivas, resultó que la memoria fue la función primera más afectada. Sumándosele la orientación, cálculo, juicio, solución de problemas, comprensión, aprendizaje, acompañadas de las alteraciones de los estados del humor y de la percepción. (7)

Sin embargo, en otras investigaciones se demostró que el lenguaje fue la función cognitiva más dañada. El 60% de los pacientes presentaba afasia, el 20% disartria y el 13% no presentó compromiso del lenguaje. (11) Acompañada esta alteración con deficiencias en las funciones cognitivas de memoria y cálculo, en ese orden respectivamente.

En el caso del “Lenguaje”, proceso cognitivo generalmente afectado en los trastornos neurológicos, es necesario decir que los pacientes que debutan con un ictus, en su mayoría, durante las primeras 24 horas de evolución del mismo presentan un lenguaje tropeloso, el cual se va restableciendo o no, en el transcurso del tratamiento y evolución del ictus. Dependiendo fundamentalmente del área que haya sido tomada a consecuencia del evento isquémico.

Durante la fase de aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica que se emplearon en esta investigación, sólo 2 pacientes presentaron alteraciones en lenguaje (lenguaje tropeloso). Esta baja incidencia comparado con otros estudios

pensamos esté determinada por la superioridad de afectaciones en el hemisferio derecho, ya que el lenguaje está muy relacionado al hemisferio izquierdo. La literatura refiere que las áreas primarias del lenguaje pueden encontrarse en el encéfalo en la superficie lateral del hemisferio izquierdo. Las lesiones en el hemisferio derecho no producen déficit. (6)

Como se ha visto, existe una diferencia según los estudios mencionados, en cuanto a la función cognitiva más dañada. Esta diferencia puede estar avalada por variables como el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados, los criterios de inclusión y exclusión tomados en cuenta por los investigadores, los antecedentes patológicos personales anteriores en relación a las enfermedades cerebrovasculares, el lóbulo y hemisferio cerebral afectado y la magnitud del ictus isquémico.

De manera general, las funciones cognitivas más afectadas en los pacientes estudiados son la orientación; la atención y el cálculo; y la memoria de evocación.

Objetivo 4. Los niveles de depresión.

Como hacíamos referencia anteriormente, la depresión constituye el síntoma para algunos, o el trastorno afectivo, para otros, que más resalta en los pacientes que han sufrido un ictus.

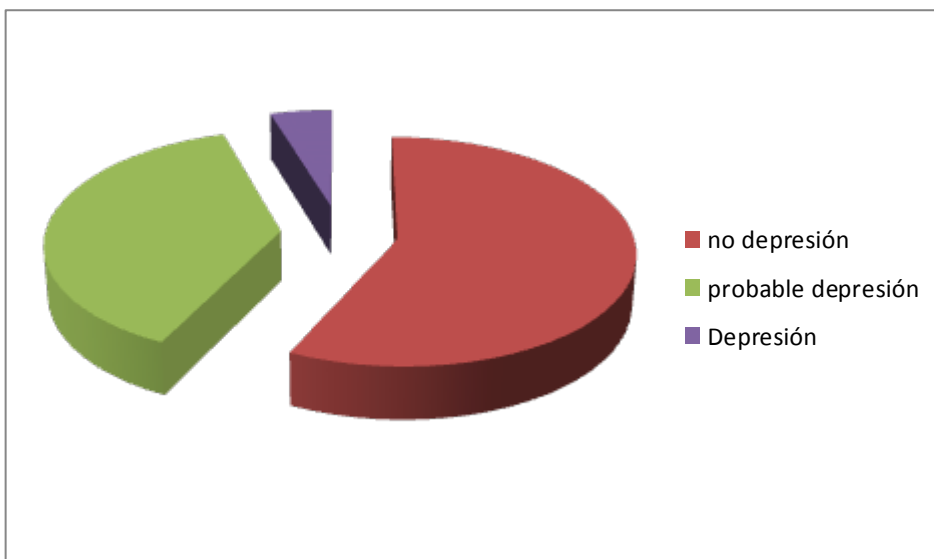


Gráfico 9. Distribución de los niveles de depresión en la muestra.

Como se observa en el gráfico anterior, de los 21 pacientes estudiados, 12 no presentaron depresión, para un 57.1% del total, mientras que 8 pacientes presentaron probable depresión para un 38.1% respecto al total y por último solo 1 paciente presentó depresión, lo que equivale al 4.8% del total de la muestra. (Ver Tabla 9. Anexo 7).

En el estudio llevado a cabo en el Hospital Julio Díaz de La Habana, un grupo de neurólogos especialistas en las enfermedades cerebrovasculares, evaluaron la depresión pos-ictus y sus factores determinantes; en el mismo se demostró que el 76% de los pacientes presentaron algún síntoma depresivo, mientras sólo un 30% presentó depresión pos-ictus. (11)

Un resultado similar al nuestro se obtuvo en pacientes españoles, donde durante la fase aguda de hospitalización del ictus no se dieron diferencias estadísticas significativas en la presencia de depresión, ni por el daño neurológico, ni cognitivo, ni por la calidad del soporte social recibido. Aunque el grupo que si desarrolló depresión aguda mostró un incremento de la correlación entre el daño y la depresión desde el momento de la hospitalización hasta el seguimiento. (14)

Además, ocurrió en el Hospital Universitario de Gerona Dr. Josep Trueta, Barcelona, que no se obtuvieron puntuaciones altas en las escala de depresión en la fase aguda del ictus aunque si se comprobó la existencia de síntomas depresivos asociados fundamentalmente al deterioro cognitivo. (13) Una vez más se hace difícil determinar hasta qué punto la depresión es la causa del deterioro cognitivo o viceversa. Ya que en los pacientes del Hospital Julio Díaz la presencia de deterioro cognitivo aumentó 2,6 veces la probabilidad de depresión, y es el factor de mayor peso explicativo de la misma. (14)

Otros estudios exhiben resultados diferentes al nuestro. Por ejemplo, en los pacientes evaluados en la Clínica Universidad de La Sabana, en el aspecto emocional, el 40% de los pacientes presentó trastorno depresivo mayor durante la

hospitalización, el 26% otros trastornos psiquiátricos y del comportamiento, y el 20% no presentó alteraciones en esta área. (13)

Como se ha mencionado anteriormente, en este estudio se empleó la escala del Yesavage para evaluar la depresión en la población adulta mayor. Utilizamos la versión de 15 ítems para facilitar las respuestas de los pacientes teniendo en cuenta el estadio agudo de la enfermedad y las facilidades que muestra el test para su aplicación. Veamos cuales fueron los principales ítems seleccionados por la muestra y que avalan la presencia de depresión y probable depresión en el estudio.

Tabla 6. Distribución de los principales ítems del Yesavage seleccionados por los pacientes.

No. Ítems	(n)	%
9	15	71.4
14	11	52.4
6	10	47.6
2 y 4	8	38.1
13	7	33.3

Como se demuestra en la tabla el Ítems 9 (ver Anexo 3), es el de mayor frecuencia en la muestra. En la entrevista semi estructurada pudimos constatar que los pacientes prefieren quedarse en casa por la presencia del temor asociado a la nueva ocurrencia del ataque isquémico en lugares abiertos. Se sienten seguros en casa más que en otros lugares.

También porque refieren no sentirse con la misma vitalidad, expresan que el ataque les deja debilitados. Esto último es una manifestación, desde el punto de vista biológico, frecuente en las personas que transitan con un ictus. Criterios de expertos aseguran que el evento isquémico puede afectar los músculos, ya sea

por las hemiplejías o la pérdida del equilibrio homeostático que provocan estos eventos cerebrovasculares.

Otra de las cuestiones por lo que desean permanecer en casa está asociada a la pérdida de la agudeza de los sentidos que permiten la interacción con el medio, como la visión y la audición, fundamentalmente. Se ha demostrado que las capacidades del anciano sufren cierta disminución que varía considerablemente de un individuo a otro, lo que provoca una alteración en recibir y tratar la información. (5)

La vista y el oído, así como el resto de los sentidos sufren déficits con la edad y su consecuencia mayor radica en la pérdida de la velocidad, la declinación de las capacidades de ejecución y dificultades en la coordinación; por tanto ante las tareas difíciles, fatigosas y mantenidas durante mucho tiempo, el anciano mostrará cansancio, agotamiento o incapacidad, lo cual sucede más en las actividades nuevas que en las que le son familiares. (5)

Fundamentalmente estas respuestas están asociadas a las limitaciones físicas que van ocurriendo mientras se produce el proceso de envejecimiento. En la vista, la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. No se hace alusión a temores o fobias, desde el punto de vista psicopatológico, que constituyan la causa para preferir quedar en casa antes de salir y hacer cosas nuevas.

Le continúa el Ítems 14 (ver Anexo 4) respecto a este ítem, los pacientes suelen referir que no tienen ánimo para hacer nada, se sienten decaídos. No muestran interés por realizar actividades que les resultan placenteras, por lo que pudiéramos asociar la percepción de pérdida de la energía interna al síntoma de abulia, o disminución de la disposición para la planificación implícita de actividades y apatía, la cual es una manifestación caracterizada por falta de respuestas a estímulos afectivos positivos o negativos. (5)

Este aspecto debe ser evaluado con mucha cautela, ya que el mismo evento cerebrovascular, y más en su fase aguda, puede provocar este tipo de

sensaciones, sin estar asociadas las mismas, específicamente, a un estado depresivo. Cinco de los nueve elementos del DSM–IV para un trastorno mayor del estado del ánimo (fatiga o pérdida de energía, pérdida de peso y/o apetito, insomnio, cambios psicomotores y dificultad para concentrarse) son somáticos en su naturaleza y pueden reflejar, además de una alteración en el estado de ánimo, un trastorno neurológico y/o conductual, un efecto de la edad o de la hospitalización. (13)

En investigaciones anteriores se ha demostrado que la apatía, también conocida como abulia orgánica, síndrome de falta de motivación, complejo de síntomas negativos y reacciones de indiferencia, abarca una serie de fenómenos caracterizados clínicamente por pérdida de interés, ausencia de reacciones emocionales y falta de iniciativa física, con disminución en las respuestas motoras, son frecuentes en los pacientes con ictus en su fase aguda. (18)

En un estudio que aborda el tema desde nuestra misma perspectiva, se demostró que la prevalencia del síntoma anterior fue del 23%. (18) Además, fue asociada con la depresión, edad avanzada, déficit funcional graves en las ABVD y alteraciones cognitivas. (14)

Los síntomas somáticos son indicadores poco fiables en los trastornos del humor, ya que son idénticos a la sintomatología asociada a la incapacidad física post–ictus. Estos pueden reflejar tanto la edad como las consecuencias del ictus y originan un efecto de contaminación en todas las escalas que miden depresión. (12)

En cuanto al Ítem 6 (ver Anexo 3), los pacientes estudiados temen que algo malo pueda sucederles; temor asociado específicamente a su estado salud. La presencia de otra enfermedad asociada al ictus o una recaída del mismo significa peligro para la vida. El significado de “algo malo” es la muerte. Según la literatura

especializada, el deseo de vivir o el temor a la muerte es una de las causas principales de sentimientos depresivos en el adulto mayor. (5)

El rechazo a la muerte es algo que se ha construido junto con nuestra evolución cultural, en el sentido que, nuestro desarrollo cultural occidentalizado se ha planteado en términos de seguridad planificada y predictibilidad, que se refuerzan en la matriz valórica, y de significaciones culturales que consideramos esenciales para vivir. La muerte entonces es socialmente rechazada, en cuanto atenta con nuestro mundo material. (5)

Los individuos en su última etapa de vida se les hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia. (12)

También aparecen en la tabla los Ítems 2 y 4 (ver Anexo 3), donde se señala con mayor frecuencia “Abandonar las tareas habituales y sentirse con frecuencia aburrido”, es otra de las manifestaciones que indican presencia de signos depresivos en la muestra estudiada. Aunque el estudio se realizó en la fase aguda del ictus, es decir, transcurrido sólo de 3 a 7 días del mismo, los pacientes perciben que han tenido que abandonar las actividades que desempeñaban anteriormente.

En otras ocasiones las sensaciones de aburrimiento están dadas porque los pacientes, aunque el 85% de los pacientes conviven con su familia, existen momentos en los que la perciben alejada; sobre todo, porque no comparten los mismos criterios, “en ocasiones me siento excluido, no me dejan hacer nada”, es una frase frecuente en los adultos estudiados.

Recordemos que el adulto mayor necesita, al igual que el resto de los seres humanos, pero en esta etapa esa necesidad reviste una mayor importancia, de la presencia de sus familiares más allegados. Así se sienten protegidos, amados e importantes. El apego a la familia y la necesidad de agrupamiento social, son emergentes de cambios dentro de las personas adultas mayores. (5)

Las actividades que más se mencionaron son las referidas al trabajo pesado en el hogar y en los centros laborales como la carga de objetos pesados, el trabajo forzoso en las tierras, el manejo automovilístico, en el caso de los hombres; mientras que en las mujeres, las referidas a los quehaceres hogareños, como el lavado y la limpieza del hogar. No es casual entonces, que unido a esta percepción se encuentre la de “sentirse aburrido”. Si existen limitaciones para desempeñar las actividades que comúnmente se desempeñaban, la inactividad provoca que se generen sentimientos de aburrimiento y de inutilidad. La presencia de sentimientos de soledad en el anciano ha sido abordada en distintas investigaciones. (12)

La llegada de la vejez, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la inactividad, y la falta de comunicación de los más jóvenes con ellos por considerarlos como personas inútiles por su poco aporte, provoca que en el anciano se desarrolle este sentimiento, lo que hace que disminuyan sus posibilidades de autonomía funcional, que se incrementen sus necesidades de dependencia y, al mismo tiempo que se fomente el aislamiento social, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social. (5)

Y por último, en el Ítem 13 (ver Anexo 3.), existe otra correspondencia en las respuestas obtenidas en este ítem y el 14, los cuales tratan la percepción de ausencia de “energía” en los pacientes. Esta energía está asociada a la vitalidad que poseen los pacientes para desarrollar diferentes actividades así como la iniciativa para emprender las mismas.

Se asocia también a los efectos pos-ictus ya que los pacientes refieren que antes del evento isquémico no se sentían con ese “decaimiento” y ese poco deseo para

emprender las diferentes actividades. La familia también expresa que han notado un cambio antes del ictus y después del mismo, pues ahora se les nota, a sus familiares, como “más cohibidos” para desempeñar las actividades, más “adormecidos”.

Tabla 7. Distribución de los niveles de depresión por hemisferios cerebrales dañados.

Hemisferio cerebral	No depresión		Probable depresión		Depresión		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Izquierdo	5	23,8	3	14,3	-	-	8	38,1
Derecho	7	33,3	5	23,8	1	4,8	13	61,9
Total	12	57,1	8	38,1	1	4,8	21	100

Podemos observar en la tabla anterior que en los resultados expuestos no existen diferencias relevantes en cuanto a la cantidad de pacientes con afectación en un hemisferio u otro y los niveles de depresión obtenidos.

Algunos estudios encuentran mayor riesgo en las lesiones hemisféricas izquierdas, otros en las derechas y otros autores no encuentran diferencias entre la lateralidad de las lesiones y la frecuencia de DPI. A la luz de estos datos, la DPI es un trastorno afectivo más complejo que la simple localización anatómica de la lesión. (11) (12)

En cuanto a los niveles de depresión y los tipos de ictus isquémicos estudiados en la presente investigación, empleamos la siguiente:

Tabla 8. Distribución de los niveles de depresión y el tipo de ictus isquémico.

Ictus isquémico	No depresión		Probable depresión		Depresión		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Aterotrombótico	7	33,3	4	19	1	4,8	12	57,1
Cardioembólico	5	23,8	4	19,1	-	-	9	42,9
Total	12	57,1	8	38,1	1	4,8	21	100

Como se observa en la tabla anterior, los niveles de depresión no parecen estar relacionados al tipo de ictus isquémico presente en la muestra. Lo que también impresiona en relación a los resultados en la evaluación cognitiva.

En la investigación llevada a cabo en el Hospital Universitario de Gerona, Barcelona, tampoco se encuentran relaciones entre el tipo de ictus isquémico y la depresión encontrada en la muestra. (8) Sucede también, en el estudio de la Universidad de Barcelona, donde los niveles de depresión encontrados en los pacientes evaluados no se corresponden con el tipo de ictus isquémico. (8)

Queremos señalar otra relación existente entre los niveles de depresión presentes en la muestra, con las variables estado ocupacional y el sexo. Pudiendo decir entonces que de los 12 pacientes que no presentan depresión, 6 son hombres trabajadores; 2 son hombres jubilados; 2 son mujeres trabajadoras y 1 mujer es ama de casa.

En cuanto a aquellos pacientes que presentaron “probable depresión”, 3 son hombres trabajadores, 4 son hombres jubilados, 1 mujeres trabajadora y 1 mujer jubilada. Y con “depresión” aparece nada más 1 mujer ama de casa.

Decidimos observar el comportamiento de la depresión unida al estado conyugal de los pacientes estudiados. Respecto a esto se obtuvo que de los pacientes que no presentaron depresión, 11 de ellos tienen pareja, 7 pacientes pertenecen al sexo masculino y 4 pacientes al sexo femenino; mientras que 1 paciente del sexo masculino no posee pareja. En cuanto a los que presentaron probable depresión o

demencia comenzante, 4 pacientes tienen pareja, de ellos 2 de cada sexo y 4 sin pareja, 3 del sexo masculino y 1 mujer. Con depresión se encuentra una sola mujer que, además, no posee pareja.

El hecho de que la mayor cantidad de pacientes estudiados convivan con pareja sean del sexo masculino y su estado ocupacional sea el de trabajador, puede favorecer los bajos niveles de depresión en la muestra.

Objetivo 5. Funcionalidad.

Como se hacía referencia anteriormente en esta investigación, uno de los elementos fundamentales para evaluar o identificar el estado de salud de los adultos mayores, es a través de la funcionalidad que puedan tener los mismos para llevar a cabo las actividades más imprescindibles de la vida cotidiana, donde se desenvuelven las personas de esta edad. En nuestro estudio esta variable se comportó de la siguiente manera:

Tabla 9. Distribución de las categorías funcionales en los pacientes estudiados.

Funcionalidad	(n)		%
	masculino	femenino	
Categoría A	6	4	47.6
Categoría B	2		9.5
Categoría C	4	2	28.6
Categoría D	2		9.5
Categoría E			
Categoría G		1	4.8
Total	14	7	100

Como se observa en la tabla anterior la mayoría de los pacientes estudiados se encuentran en la categoría de funcionalidad, la cual indica que los pacientes evaluados son independientes en todas las actividades de la vida diaria. En su

generalidad es un resultado positivo pero no del todo, pues más de la mitad de la muestra de estudio presenta una afectación en la ejecución de las funciones de la vida diaria después del ictus.

Según los grupos de edad estudiados en la provincia de Ciudad de La Habana, se observa un incremento de la prevalencia de la discapacidad física a medida que aumenta la edad. Y la prevalencia de la discapacidad física según el sexo se expone el femenino con el doble por encima del masculino. (14)

En estudio donde se evaluaron los factores pronósticos de recuperación funcional en pacientes con ictus, predominaron los pacientes con afectaciones funcionales moderadas en el 75 % y severas en el 35%. (13)

La estimación de la magnitud de la discapacidad física, en ancianos del municipio Playa, durante el período bajo estudio, arrojó una prevalencia puntual del 24,9 % con un intervalo de confianza del 95 % que oscila entre el 22,0 y el 27,7 %.

Si bien la mayoría de los ancianos se encuentran libres de discapacidad física, esta proporción es generalmente inferior a la obtenida por otros investigadores.

Pardavilla, en 2009, estimó que entre el 15 y el 20 % de los ancianos de la población española tenía problemas para realizar las actividades de la vida diaria, (15) tomando como criterio la incapacidad para poder realizar al menos una de las actividades de la vida diaria.

Otro estudio donde se tuvo en cuenta similar criterio fue el realizado por Gogorcena y Algarín, en 2007, (14) en un área de salud del municipio Playa, donde la estimación de la prevalencia de la discapacidad física fue del 15 %, aunque es de resaltar que para este estudio no se utilizó una metodología adecuada, en relación con el diseño muestral.

Hasta el momento hemos hecho una descripción de la funcionalidad en los pacientes estudiados en su generalidad. Veamos cuales fueron las principales actividades básicas afectadas en la muestra de estudio.

Tabla 10. Distribución de las principales ABVD que presentaron déficits.

ABVD deficitarias.	(n)		%
	Masculino	Femenino	
I. Desplazarse.	7	2	42.9
II. Ir al servicio.	4	1	23.8
III Incontinencia.	2	1	14.3
Total	13	4	81

Como se observa en la tabla anterior, la actividad que más deficiencias tiene en la muestra es la de “Desplazarse”. Las causas que justifican lo anterior están relacionadas a las afectaciones físicas dejadas como secuelas por el ictus. De los 9 pacientes que presentan dificultades en el desplazamiento, 5 presentaron pérdida de la fuerza muscular en miembros inferiores, para el 55.6%. Y el resto precisaba ayuda por encontrarse los familiares temerosos de que su familiar se cayera, como le había sucedido anteriormente cuando debutó con accidente cerebrovascular.

Es muy interesante este hecho porque vemos como la dependencia del paciente, o del adulto mayor, en ocasiones, es impuesta desde lo externo, más que por alguna causa física, biológica o psicológica que le pueda dar origen. El exceso o sobreprotección del cuidado del anciano limita el desenvolvimiento del mismo, provocando la inactividad y dependencia del adulto como habíamos mencionado anteriormente. (13)

La investigación realizada en la Clínica Universidad de la Sabana entre las principales discapacidades se encontró trastorno motor que limitaba la marcha en el 90% de los casos. (14) Siendo el “Desplazamiento” la actividad básica de la vida diaria más afectada. Aunque en este estudio la proporción de la afectación es mayor en relación con el nuestro.

La otra actividad que le continúa en orden decreciente es la de “Ir al Servicio”, para eliminar orina, heces; lavarse así mismo tras la eliminación de los desechos y arreglarse la ropa. Muy estrechamente vinculada a la actividad de “Desplazamiento”.

De los 5 pacientes que presentaron dificultades para ejecutar esta actividad, 3 el (60%), precisaban ayuda por razones del estado físico general; mientras que 2 pacientes dependieron de los familiares para hacerla. El acompañamiento de los familiares fue por temor a que sucediera una caída o nueva crisis del ictus sin la presencia de algunos de ellos. El promedio de edad de estos pacientes fue de 70.7 años.

Es necesario aclarar que en el caso de estos 2 pacientes a los que se hizo referencia anteriormente, el primer evento del ictus les sucedió cuando estaban en el baño, de manera que la experiencia personal y familiar es la mediadora de las conductas adoptadas por la familia en su afán de prevenir que se repita la situación inicial. Tengamos en cuenta que la experiencia es el hecho “preferenciado” por la vivencia propia que testifica, desde la lectura personal, una cierta realidad.

La tercera actividad más afectada fue la de “incontinencia”, relacionada ella con el control esfíntereano. En la misma, sí debemos aclarar que la causa por la que se produjo el déficit estaba relacionada a secuelas dejadas por el propio evento isquémico. Además, es uno de los síntomas con los que debuta la enfermedad, se puede identificar el daño neurológico cuando sucede una pérdida del control de los esfínteres por parte de los sujetos.

La actividad básica que no obtuvo ninguna dificultad para su ejecución fue la de “Alimentarse”. El 100% de la muestra desempeña esta actividad sin ningún tipo de déficit o ayuda.

En estudios realizados específicamente a pacientes con ictus en relación a las ABVD, se encontró que el 70,1% de los pacientes estudiados puede realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 17,5% con dependencia moderada. Y las ABVD que presentaron mayor alteración

correspondieron a “subir y bajar escalones” (22%), “desplazarse” (9%) y “trasladarse entre la silla y la cama” (7%). Correspondiéndose este resultado con el obtenido en nuestra investigación, donde el mayor por ciento de la muestra es independiente. Se asoció el grado de dependencia con el aumento de la edad. (14)

En los estudios sobre la funcionalidad en pacientes con ictus se ha evaluado también la relación que puede existir entre esta categoría y la depresión. Veamos cómo se comportan ambas variables en nuestro estudio.

Tabla 11. Distribución de la funcionalidad y los niveles de depresión.

Funcionalidad	No depresión		Probable depresión		Depresión	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Categoría A	9	42,9	1	4,8	-	-
Categoría B	1	4,8	1	4,7	-	-
Categoría C	1	4,7	5	23,8	-	-
Categoría D	1	4,7	1	4,7	-	-
Categoría G	-	-	-	-	1	4,8
Total	12	57,1	8	38,1	1	4,8

Como se aprecia en la tabla, los pacientes que presentan mayor grado de funcionalidad o mayor grado de independencia son los que obtienen mejores puntuaciones en la escala de depresión. Los que poseen “probable depresión” están asociados a niveles medios de funcionalidad. Y por último, existe un paciente que es totalmente dependiente con diagnóstico de “depresión”.

Se ha demostrado en investigaciones precedentes que los pacientes deprimidos presentan mayor alteración funcional al ingreso y al alta en la unidad de rehabilitación, pero después de un corto período de tratamiento, las mejoras en el grado funcional son similares respecto a los pacientes no deprimidos. Si persiste

la depresión, los pacientes más deprimidos permanecerán con mayor alteración funcional y menor recuperación en las AVD (actividades de la vida diaria) a los dos años post-ictus. (13)

Se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes como el ictus; induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece. Son observaciones constatadas tanto a nivel comunitario como en instituciones geriátricas. (13)

Tabla 12. Distribución de la funcionalidad y el hemisferio cerebral dañado.

Funcionalidad	Hemisferio Izquierdo		Hemisferio Derecho		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Categoría A	3	14,3	7	33,3	10	47,6
Categoría B	2	9,5	-	-	2	9,5
Categoría C	3	14,3	3	14,3	6	28,6
Categoría D	-	-	2	9,5	2	9,5
Categoría G	-	-	1	4,8	1	4,8
Total	8	38,1	13	61,9	21	100

Como podemos apreciar en la tabla, el 33,3% de los pacientes evaluados que presentan un grado de independencia en las ABVD, tienen afectaciones en el hemisferio derecho, lo que puede influir en la buena ejecución de las actividades funcionales evaluadas. Mientras que los que presentan afectaciones en el hemisferio dominante obtienen peores resultados en cuanto a la independencia.

Por tal razón hubiera sido muy importante identificar la lateralidad, así la como la localización exacta de la zona cerebral afectada de los pacientes evaluados y establecer las relaciones con esta categoría. La literatura al respecto refiere que la corteza motora, constituye el más alto nivel de jerarquía en el sistema motor y de ella depende la habilidad para organizar actos motores complejos y para ejecutar con precisión movimientos finos. (6)

Los pacientes evaluados en el Hospital de Gerona que presentaron afectación en la corteza motora primaria, presentaron debilidad de determinados grupos musculares, unido a la discapacidad para desarrollar una estrategia de movimientos adecuada. (7)

Tabla 13. Distribución de la funcionalidad y el tipo de ictus isquémico.

Funcionalidad	Aterotrombótico		Cardioembólico	
	(n)	%	(n)	%
Categoría A	4	19	6	28,6
Categoría B	2	9,5	-	-
Categoría C	3	14,3	3	14,3
Categoría D	2	9,5	-	-
Categoría G	1	4,8	-	-
Total	12	57,1	9	42,9

Como se observa en la tabla anterior, los mejores resultados en cuanto a la funcionalidad los presentan los pacientes que presentan un ictus cardioembólico. No hemos encontrado evidencias en estudios anteriores a cerca de esta relación.

Objetivo 6. Apoyo emocional.

Como se había comentado anteriormente, el apoyo social, en este caso específico, el emocional, reviste gran importancia para las personas que padecen enfermedades crónicas. Esta importancia se duplica si estas personas son adultos que pertenecen a la Tercera Edad.

El análisis de esta variable se realizó siguiendo una metodología cualitativa, la cual nos permitió el establecimiento de categorías de interpretación para ayudar a comprender los resultados obtenidos a través de la entrevista semi estructurada. Estas categorías son las siguientes:

- I) Sentimientos de soledad: Integramos los sentimientos de soledad o no que puedan presentar los pacientes, los cuales serán identificados a través de la percepción que tienen los mismos en su relación con los familiares o amigos que integren su red de apoyo.
- II) Comunicación con otras personas: Se incluyen en esta categoría las preguntas y respuestas asociadas a la presencia o no de personas con las que se puede abordar temas de carácter personal o individual. Con dichas personas el paciente percibe que es escuchado, atendido, protegido.
- III) Expresión de afectos: Esta categoría está referida a la expresión de muestras de afectos como cariño, amor, preocupación y consuelo, por parte de los familiares u otras personas, hacia los pacientes evaluados.

Las categorías antes mencionadas son inherentes al apoyo emocional que pueden recibir los pacientes de nuestra investigación. Los sentimientos de soledad que tienen los adultos mayores, en múltiples ocasiones están determinados por la falta de comunicación con las personas significativas desde el punto de vista afectivo, de los cuales, en varias ocasiones también, no recibe muestras de afecto. Importante ello para evitar los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad, entre otros factores.

Queremos señalar, además, el carácter interdependiente de las categorías. Cada una puede determinar el funcionamiento de las otras, siendo todas importantes sin jerarquizar alguna y estructurando el apoyo emocional. Veamos cómo se comportan las mismas en los pacientes evaluados.

Tabla 13. Distribución de los pacientes según las categorías de apoyo emocional.

Categorías	(n)				total	
	si	%	no	%	(n)	%
I	2	9,5	19	90,5	21	100
II	16	76,2	5	23,8	21	100
III	21	100	-	-	21	100

Como se observa en la tabla anterior, la categoría que mejores resultados expone es la referida a la expresión de muestras de afecto recibidas por los pacientes evaluados. Todos los pacientes perciben muestras de cariño, amor y comprensión de parte de sus familiares y amigos más cercanos.

El 100% de la muestra refiere recibir estas expresiones de afecto de parte de sus nietos e hijos, en primer lugar, en segundo lugar, de los cónyuges, en tercer lugar, de los hermanos; y en el caso del 85,7% (17 pacientes) de parte de los vecinos del barrio o localidad donde viven. Estas muestras se expresan a través de besos, palabras agradables, muestras de alegría ante la presencia del adulto mayor y también con la ayuda económica que reciben de parte de sus familiares.

La frecuencia de presentación de estas muestras de afectos oscila en los intervalos de “frecuentemente”, en el 47,6%, 10 pacientes, todos pertenecientes al sexo masculino; “algunas veces”, en el 28,6%, 6 pacientes, 4 hombres y 2 mujeres; y “siempre”, en el 23,8%, 5 pacientes, todas con sexo femenino. Según este resultado las mujeres obtienen con mayor frecuencia muestras de afectos que los hombres, probablemente condicionado por los estereotipos respecto al género.

Además es necesario señalar que el 100% de los pacientes perciben muestras de afecto cuando están enfermos. En este caso la expresión más común, es la de permanecer el familiar pendiente del cuidado del estado de salud del paciente. Esta actitud de cuidado y atención durante el proceso de la enfermedad ya sea en el ámbito intrahospitalario o extrahospitalario, es vista como una muestra de afecto

por los pacientes. “Si nosotros significáramos nada para ellos (los familiares), ellos no estarían pendientes de nuestro estado de salud, ni pasarían la mayor parte del tiempo junto a nosotros, ni tanto trabajo”.

Resalta en este sentido la frase “pasar trabajo” referida por los pacientes en relación al comportamiento de los familiares hacia ellos. Se observa la representación que tiene el adulto mayor de “ser una carga” para el otro. Asociado este fenómeno a la presencia de la enfermedad y las limitaciones que impone la misma.

Otras expresiones de afecto son las referidas a las palabras de aliento, de optimismo vinculada a recuperarse pronto de la enfermedad y retomar su estado de salud. Los familiares dicen frases como “tú puedes salir de esta situación”, “aquí estamos nosotros para ayudarte a recuperarte lo más rápido posible”, “todo saldrá bien”.

La segunda categoría que obtuvo mejores resultados fue la de “Sentimientos de soledad”, donde los pacientes refieren recibir visitas de familiares, fundamentalmente de hijos y nietos, y amigos. Sobre todo cuando se celebran cumpleaños, días señalados como los de fin de año, día de las madres y padres. En el caso de 9 pacientes, el 42,9% recibe visitas diarias de sus hijos. Estos pacientes refieren en la entrevista que sus hijos, que no conviven con ellos, “visitan todos los días la casa para desayunar, almorzar o simplemente para saber cómo pasaron el día”.

Sólo 2 paciente refieren sentirse solos, un hombre y una mujer. En el caso de hombre, éste vive solo y aunque refiere ser visitado por sus familiares en “casi siempre se siente solo”, este paciente presenta un estado cognitivo deteriorado; mientras que la mujer que percibe sentirse sola convive con sus hijos pero refiere sentirse sola por la pérdida de su esposo, con el cual vivía, esta paciente un estado cognitivo deteriorado y un nivel de depresión según los resultados de los test empleados. Conocemos que la pérdida de los seres queridos constituye en el adulto mayor un factor de riesgo para desarrollar estados depresivos. (5)

Por último, la categoría “Comunicación con otras personas” se aprecia que 5 pacientes refieren no tener personas para confiarles sus problemas en casa, trabajo, económicos u otros problemas personales. Estos pacientes son del sexo masculino. Ellos expresaron en la entrevista un denominador común “ser reservados”; “contamos con personas que sabemos que están dispuestos a escucharnos, y ayudarnos a resolver cualquier problema que sea, pero hay cosas que las resuelvo yo sin intromisión de nadie”, esta es una frase que refirió uno de los pacientes.

Nuevamente pudiéramos decir que detrás de estas justificaciones se encuentran prejuicios y estereotipos de nuestra cultura, fundamentalmente machista, donde los hombres no tienen por costumbre conversar acerca de sus problemas personales porque esto puede ser una muestra de debilidad y es característico del sexo opuesto.

Conclusiones

- ❖ Las variables sociodemográficas de edad y sexo, en la enfermedad cerebrovascular, se corresponden con estudios anteriores; no siendo así el color de la piel y el vínculo laboral, donde en nuestro estudio predominó el color blanco y los trabajadores.
- ❖ El nivel de enseñanza que más predominó fue el de secundaria y los pacientes con pareja.
- ❖ El hemisferio cerebral dañado que predominó fue el derecho y el tipo de ictus isquémico aterotrombótico.
- ❖ El estado cognitivo normal fue el que más predominó, siendo las funciones cognitivas globales más afectada la orientación, cálculo y atención y la memoria de evocación.
- ❖ La generalidad de los pacientes no poseen depresión.
- ❖ En cuanto a la funcionalidad, la mayoría de los pacientes son independientes para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria.

- ❖ Todos los pacientes perciben tener apoyo emocional de familiares y amigos. Siendo la expresión de afectos hacia el adulto, la categoría de mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gutiérrez JM. Factores de riesgo y estrategia de prevención de las Enfermedades Cerebrovasculares. Rev de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Enero- Febrero 2010. Vol.5.p21-5
2. Broderick JP, Phillips SJ, Whisnant JP, et al. Incidence rates of strokes in the eighties: The end of the decline in stroke. Stroke 2012; 30: p. 577- 582.
3. Eskenazi J. Enfermedad Cerebrovascular en el Adulto Mayor. Rev Diagnostico 2007; 42(3): p.301- 308.(3)
4. Adams RD, Maurice V. Principles of Neurology. 7ma ed.; 2011.(4)
5. Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p.41-80.(5)
6. Trápaga Ortega M, Álvarez González MA. Fundamentos biológicos del comportamiento. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2006.p 97-132(6)
7. Gutiérrez Cabello L. Rendimiento cognitivo y síntomas afectivos en la fase aguda y tres meses después del ictus isquémico. Rev Psicología Clínica y Psicopatología, 2007. (Citado 3 marzo de 2012); Vol.12. No. 3. (aprox. 14p). Disponible en: <http://www.hdl.hondle.next>
8. Gutiérrez Cabello L. Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus no corticales. Rev de Psicología Clínica y Psicopatología, 2007. (Citado 3 de marzo de 2012); Vol. 12. No.3. (aprox. 10p).

Disponible en: <http://www.hdl.hondle.next>
9. Caballero López A. Terapia Intensiva. Editorial Ciencias Médicas. tomo 1, La Habana; 2006.p-72-76.

10.Canciano Chirino E. Descripción clínica-imageneológica y cognitiva en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda en la atención secundaria de salud. Rev Ciencias Médicas, La Habana, 2009. (Citado 3 de abril de 2012); 2 (1): (aproxi.6p.).

Disponible en: <http://www.cpimha.sld.cu>

11.Fernández Concepción O. Depresión pos- ictus: frecuencia y factores determinantes. Rev Cubana de Neurología y Neurocirugía, 2012. (Citado 3 abril de 2012); Vol. 2 (1): (aproxi. 6p.).

Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>

12.Espárrago Llorca C. Depresión post ictus: una actualización. Elsevier. (Citado 4 de abril de 2012):

Disponible en: <http://www.elsevier.es>

13.Lara Jaque R. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev. Chilena Salud Pública, 2010. (Citado 5 de abril de 2012); Vol. 14, (aproxi. 14p.)

Disponible en: <http://www.revchimed.es>

14.Díaz Pérez KB. Rehabilitación al paciente con ictus en etapa tardía, estudio preliminar. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012, La Habana, diciembre 2012. (Citado 3 de abril de 2012).

Disponible en: <http://www.convenciónsalud2012.sld.cu>

15.Azevedo da Costa F. The Neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enfermadas, 2011 enero. (Citado 4 de abril de 2012); 45 (5). (aproxi. 6p).

Disponible en: <http://www.ee.usp.br/reeusp/> Rev Esc. Enferm

Anexos

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, he obtenido la información suficiente y necesaria acerca de la importancia de mi participación en la presente investigación.

He comprendido los requerimientos necesarios para ofrecer una óptima participación, así como he recibido toda la información oportuna acerca del estudio y el alcance científico y práctico del mismo, a través de los especialistas. Por lo anterior brindo mi consentimiento a participar en la investigación.

Firma.

Anexo 2.

Registro de Deterioro Cognoscitivo Vascular. Bogotá – Colombia

EXAMEN MINIMENTAL (MMSE)

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA (dd/mm/aa):	
TELÉFONO(S):		EDAD:	ESCOLARIDAD:

1. ORIENTACIÓN (Pregunte lo siguiente) Cuál es la fecha de hoy?	Fecha (p.e. 21)	1	
Cuál es el año?	Año	1	
Cuál es el mes?	Mes	1	
Cuál es el día?	Día de la semana (p.e. lunes)	1	
Puede decirme también qué horas son?	Aproximadamente.	1	
Puede decirme también el nombre de esta clínica?	Clínica	1	
En qué piso estamos?	Piso	1	
En qué ciudad estamos?	Ciudad	1	
En qué departamento estamos?	Departamento	1	
En qué país estamos?	País	1	
2. MEMORIA INMEDIATA Pregúntele al sujeto si puede probar su memoria. Entonces diga "Mesa", "Carro", "Dedo", clara y lentamente, en un segundo cada una. Después pídale al paciente que las repita. La primera repetición determina su puntaje (0 - 3). Pero repítalas hasta 6 veces hasta que el paciente repita las tres palabras.	"Mesa"	1	
	"Carro"	1	
	"Dedo"	1	

3. ATENCIÓN Y CALCULO Pídale al paciente que cuente a partir de 100 restando 7. Deténgase después de 5 sustracciones. Puntee el número total de respuestas correctas.	"93"		
	"86"		
	"79"		
	"72"		
	"65"		
Si el sujeto no puede o no desea hacer esta tarea, pídale que deletree la palabra "MUNDO" al revés. El puntaje es el número de letras en posición correcta. Por ejemplo "ODNUM" es 5, "ODUNM" es 3, "MUDNO" es 0.	0	1	
	D	1	
	N	1	
	U	1	
	M	1	
IV. MEMORIA DE EVOCACIÓN Pídale al sujeto que repita las tres palabras que previamente se le ha dicho que memorice.	"Mesa"	1	
	"Carro"	1	
	"Dedo"	1	
V. LENGUAJE			
Nominación Muéstrele al sujeto un reloj y pregúntele qué es. Repita para lápiz.	Reloj	1	
	Lápiz	1	
Repetición Pídale al paciente que repita "Juan necesita zapatos".	Repetición	1	

<p>Orden en Tres Pasos</p> <p>Déle al paciente un pedazo de papel y dígame "Tome el papel en su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo".</p>	Toma el papel en su mano derecha	1	
	Lo dobla por la mitad	1	
	Lo coloca en el suelo	1	
<p>Lectura</p> <p>Sostenga la tarjeta que dice "Cierre los ojos" para que el paciente la vea claramente. Pídale que la lea y haga lo que dice. Puntee correcto si lo hace.</p>			
	Cierra los ojos	1	
<p>Escritura</p> <p>Déle al paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase. Debe hacerlo espontáneamente. Debe contener un sujeto y un verbo y debe tener sentido.</p>			
	Escribe una frase	1	
<p>Copia</p> <p>En la página, pídale al paciente que dibuje los pentágonos que se intersectan (como en el ejemplo). Cada lado de aproximadamente 5 cm. Los 10 ángulos deben estar presentes y dos deben intersectarse para dar un punto.</p>			
	Dibuja pentágonos	1	
PUNTAJE TOTAL			

Anexo 3.
TEST DE YESAVAGE

Nombre _____
Fecha _____

Conteste a las siguientes preguntas sin meditar demasiado sus respuestas:

SI NO

- 1.- ¿En general, está satisfecho con su vida?
- 2.- ¿Ha abandonado mucho sus tareas habituales y aficiones?
- 3.- ¿Siente que su vida está vacía?
- 4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?
- 5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?
- 6.- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle
- 7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
- 8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?
- 9.- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?
- 10.- ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
- 11.- ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?
- 12.- ¿Actualmente se siente un/una inútil?
- 13.- ¿Se siente lleno/a de energía?
- 14.- ¿Se siente sin energía en estos momentos?
- 15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

Total:

Anexo 4

KATZ

Nombre..... Fecha.....

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE – (con esponja, en bañera o ducha).

- ☐ No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- ☐ Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- ☐ Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (no se lava).

VESTIRSE – (saca la ropa de los armarios y los cajones – incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva).

- ☐ Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- ☐ Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- ☐ Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO – (ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa).

- ☐ Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- ☐ Recibe asistencia para ir al servicio o al lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- ☐ No va a la habitación denominada “servicio” para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- ☐ Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo como un bastón).
- ☐ Se acuesta y se levanta de la cama o silla con asistencia.
- ☐ No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- ☐ Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- ☐ Sufre accidentes “ocasionalmente”.
- ☐ La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal; usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- ☐ Se alimenta sin asistencia

☐ Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.

☐ Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado **parcial o completamente** mediante sondas o líquidos endovenosos.

CATEGORÍA:

Anexo 5

Entrevista semi estructurada de Apoyo Emocional.

Preguntas.

1. ¿Recibe Ud. visita de sus amigos y familiares?
2. ¿Cuenta Ud. con personas que se preocupen de lo que le sucede?
3. ¿Recibe Ud. amor y afecto?
4. ¿Tiene Ud. la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o la casa?
5. ¿Tiene Ud. la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas familiares, personales y económicos?
6. ¿Recibe Ud. muestras de afecto y cariño cuando está enfermo?
7. ¿Tiene Ud. alguien que lo consuele cuando está deprimido o disgustado?
8. ¿Se siente Ud. solo?

Anexo 6.

Tabla 1. Distribución del sexo en la muestra.

sexo	(n)	%
masculino	14	66,7
femenino	7	33,3

Tabla 2. Distribución del color de la piel en la muestra.

Color de piel	(n)	%
Blanca	16	76,2
Negra	5	23,8
Mestiza	-	-
Total	21	100

Tabla 3. Distribución del promedio de edad por sexo.

Sexo	Promedio de edad
Mujeres	64
Hombres	70,9

Tabla 4. Distribución del vínculo laboral de los pacientes.

Vínculo laboral	(n)	%
Trabajador	11	52,4
Jubilado	7	33,3
Ama de casa	3	14,3
Total	21	100

Tabla 5. Distribución del estado conyugal en la muestra.

Estado conyugal	(n)	%
Con pareja	16	71,4
Sin pareja	5	28,6
Total	21	100

Anexo 7.

Tabla 6. Distribución de la escolaridad en la muestra.

Escolaridad	(n)	%
Universitaria	3	14,3
Preuniversitaria	2	9,5
Secundaria	10	47,6
Primaria	6	28,6
Total	21	100

Tabla 7. Distribución de los hemisferios cerebrales dañados en la muestra.

Hemisferio	(n)	%
Izquierdo	8	38,1
Derecho	13	61,9
Total	21	100

Tabla 8. Distribución del tipo de ictus isquémico en la muestra.

Tipo de ictus	(n)	%
Aterotrombótico	12	57,1
Cardioembólico	9	42,9
Total	21	100

Tabla 9. Distribución de los niveles de depresión en la muestra.

Niveles de depresión	(n)	%
No depresión	12	57,1
Probable depresión	8	38,1
Depresión	1	4,8
Total	21	100

Autores:

Rafael Miranda Pedroso*

Elizabeth Hernández Álvarez**

Edisbel Díaz Alonso***

*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Intensiva y Emergencias, mater en Urgencias Medicas en Atención Primaria de Salud.

**Licenciado en Psicología, Profesor Instructor.

*** Licenciado en Psicología.