

REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL PROVINCIAL DR. ANTONIO LUACES IRAOLA

TESIS EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

TITULO: Intervención educativa para prevenir enfermedades cerebro vascular en pacientes con factores de riesgo.

AUTOR: Dra. Yaneth Gonzáles caballero
TUTOR: Carlos Alberto Casas Díaz
CONSULTANTE: Dr.C Gudelia García Díaz

Ciego de Ávila

2016

PENSAMIENTO

“En prever esta todo el arte de salvar del médico”

José Martí

DEDICATORIA

- A mis padres.
- A mis hermanos.
- A mis profesores.
- A mis amigos.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermana y sobrinos que son el estímulo para vencer las dificultades, los obstáculos y llegar a la meta.

A todas aquellas personas que tuvieron un gesto de buenas intenciones, preocupación, aliento, contribución o ayuda, sin embargo dentro de todas ellas hubo personas más cercanas tanto en la familia, como entre amigos y compañeros, **ellas saben quiénes son**, eternamente agradecida.

Un especial agradecimiento, a la directora de este estudio, la **Dra. Gudelia García Díaz** quien la casualidad puso en mi camino y con la cual aprendí a transitar en esta obra.

"No puedo responder otra cosa que gracias y gracias" como dijera (William Shakespeare).

RESUMEN

Para darle solución al siguiente problema ``Elevado número de pacientes con factores de riesgos propensos a sufrir enfermedades cerebro vascular en el poblado Jagueyal del municipio Venezuela en la provincia Ciego de Ávila.`` se elaboró un grupo de acciones para intervenir de forma educativa en los Consultorios Médicos de Familia # 1 y 2 de dicha localidad desde mayo del 2015 hasta marzo del 2016. En el transcurso de la investigación se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos donde se destacan el analítico-sintético, el inductivo –deductivo, la generalización-abstracción, el análisis documental, la encuesta y el análisis porcentual. Se tuvieron en cuentas tres fases: una fase organizativa, otra fase de aplicación y una última fase de corroboración. Entre los principales resultados se destacaron: cambios en el estilo de vida de los pacientes, estados de ánimos satisfactorios, disminución de los valores de tensión arterial, glucémicos, colesterol, iniciación y cumplimiento de ejercicios físicos.

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
DISEÑO TEÓRICO.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
DISEÑO METODOLOGICO.....	23
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	29
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	46

INTRODUCCION

Las Enfermedades Cerebrovasculares (ECV) constituyen actualmente, la primera causa de ingreso en los servicios de neurología a nivel mundial y así mismo han comenzado a ubicarse entre las primeras posiciones como causa de mortalidad en pacientes adultos.

Enfermedad Cerebrovascular es el nombre dado al conjunto de alteraciones focales o difusas de la función neurológica de origen preferentemente vascular (hemorrágico o isquémico), sin consideración específica de tiempo, etiología o localización. (1)

Constituyen en la actualidad, uno de los problemas de salud más importantes. Son la tercera causa de muerte en los países desarrollados, primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas, séptima causa de años perdidos por discapacidad y la segunda causa de demencia. Su coste socio-sanitario es muy elevado. (2) Si se tiene en cuenta que no distingue razas ni nacionalidad.

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el "inicio repentino de parálisis". En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. (1)

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer. Nacido en Schaffhausen, Suiza, en 1620, Wepfer estudió medicina y fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha organizado programas multinacionales para conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad en este grupo de enfermedades que constituyen la tercera causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en el grupo etario de 85 años y más. Se estima que afecta alrededor del 5% de la población mayor de 65 años. La prevalencia mundial se sitúa entre los 500 y 700 casos por cada 100 000 habitantes. (3)

En España, es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres, provoca la muerte a más de 137 pacientes por cada 100 000 y supone el 10% de la mortalidad global. El mayor estudio multicéntrico realizado hasta el 2007(PAEEC) efectuado con 10 929 enfermos ingresados en 86 unidades de cuidados intensivos (UCIs), recogió solo 429 pacientes con ECV, lo que representa casi el 4% de la población de UCI española. (4-5)

A nivel europeo, en otros estudios multicéntrico de similares dimensiones efectuado durante un periodo de 4 años en UCIs del Reino Unido sobre 11 940 pacientes, figura la hemorragia cerebral como única categoría diagnóstica de ingreso de ACV con un total de 409 enfermos, en una proporción similar de solo el 3.6 % de todos los ingresos.

En la actualidad se notifican tasas de mortalidad de 61,5 por 100 000 habitantes en países desarrollados; cada 53 segundos ocurre un evento de ECV y cada 3,3 minutos muere un paciente por este motivo.

La incidencia anual de los Estados Unidos es valorada en 500 000 habitantes de los que mueren 175 000; la prevalencia de sobrevivientes es cerca de los 3 millones, encontrándose los rangos de prevalencia entre 500 y 600 por cada 100 000 habitantes por año. Según datos de 11 estudios realizados en Europa, Rusia, Australia y Estados Unidos, la incidencia mundial de esta afección fue estimada anualmente en 300 a 500 por 10 000 habitantes de 45-84 años y aumenta significativamente cada 10 décadas por encima de los 35 años, de manera que puede duplicarse e incluso triplicarse y llegar a ser de hasta 3000 por 100 000

habitantes en mayores de 85 años. En este país la frecuencia anual es de 26 000 nuevos enfermos.

En los países de Centroamérica hasta el momento el único estudio epidemiológico de campo que se tiene, es el realizado por Zelaya y colaboradores, en la Colonia Kennedy de Tegucigalpa, Honduras, con resultados aún no publicados, donde la prevalencia encontrada es de 5.7 x 1000, coincidiendo con el promedio de la mayoría de los estudios realizados en población en países no desarrollados. En dicho estudio se observó una incidencia de 65.6 x 100 000 habitantes. La mortalidad por Ictus fue de 32.5 x 100 000 habitantes, menor que la reportada en Assam, India, donde se aprecian cifras elevadas de 91 x 100 000 habitantes. En América del Sur la incidencia fluctúa entre 35 y 183 x 100 000 habitantes por año y la prevalencia entre los 174 y 651 x 100 000 habitantes. (6)

En Cuba, las enfermedades cerebro vascular es la segunda causa de morbilidad neurológica y la tercera causa de muerte. Se ha calculado una incidencia anual de 30 x 100 000 habitantes.

En las últimas 3 décadas se ha observado un ascenso del número de casos y ha ocasionado el 10 % de las muertes; como promedio, cada año mueren unas 7 900 personas. Su prevalencia es del 5 % en mayores de 50 años. Es responsable de una vasta carga de invalidez en la comunidad, pues del 50 al 70 % de los que sobreviven, quedan con secuelas.

En el 2001 provocó la muerte a más de 50,2 cubanos por cada 100 000 habitantes. Las tasas más elevadas se registran en la región occidental de Cuba, particularmente en la capital y algunas provincias del centro, como Villa Clara y Cienfuegos siendo en esta última la tercera causa de muerte. Hasta el 2006, la tasa de mortalidad reportada fue de 75,4 por 100 000 habitantes. (7)

Hay diferentes tipos de ictus según la naturaleza de la lesión. El ictus isquémico es el más frecuente, 85 % del total, y su consecuencia final es el infarto cerebral. El ictus hemorrágico se debe a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del lecho vascular; constituye el de peor pronóstico,

pues solo ellos conforman entre 15 y 25 % de todas las enfermedades cerebrovasculares y su índice de mortalidad duplica al de las isquémicas.(8)

La incidencia anual de hemorragia subaracnoidea (HSA) muestra cifras entre 4 y 19,4 x 100 000 habitantes. Constituye entre el 5 y el 10 % de todos los ictus, con una tasa de letalidad entre el 26 y el 58 %. La edad más frecuente de presentación está entre los 35 y 59 años, con afectación similar de ambos sexos, aunque la mortalidad es ligeramente superior en las mujeres. (9-10)

Es una patología grave, con una mortalidad aproximada del 20 al 40% de los pacientes internados, más un 8 a 15% de mortalidad en los primeros minutos u horas, en la etapa prehospitalaria. (11)

De todas las causas de ictus, la hemorragia intracerebral (HIC) representa, entre el 10 y el 40% de estos; ocupa el tercer lugar después del infarto cerebral aterotrombótico y embólico; pero también es el suceso cerebrovascular que presenta mayor letalidad. La incidencia es algo diferente entre países, razas y sexos, pero la mayor parte de los estudios señalan una incidencia entre 12 a 15 x 100 000 habitantes, en estrecha relación con la prevalencia de hipertensión arterial. Entre el 30 y el 50% de los pacientes con HIC fallecen en los primeros 30 días y aproximadamente el 50% de los sobrevivientes quedan con un importante grado de minusvalía. (12-13)

La edad más frecuente de aparición de HIC está entre la 5ta y 6ta.décadas de la vida, se plantea que el riesgo de padecerla aumenta al doble por cada decenio después de los 55 años. (15) El principal factor de riesgo es la hipertensión arterial presente en más del 45 al 65 % de los enfermos con HIC. Existe un consenso general que es más frecuente en los varones que en las mujeres y que la raza negra es más propensa que la blanca a padecerla. (13)

En los últimos 5 años, de 1570 pacientes ingresados con ictus en el hospital Antonio Luaces Iraola, incluyendo ATI, 205 tuvieron una HIC; lo que representa el 13,2 % de todos los ictus para este período. Esta cifra es similar a lo reseñado en la literatura. La hipertensión estaba asociada con el 83 %

de nuestros casos. (11)

Dado el desarrollo del sistema de salud en Cuba, las estadísticas de morbimortalidad se comportan de forma similar a los países del primer mundo. Esta incidencia es de 1,5 x 100 000 habitantes. En los últimos años mueren como promedio anualmente unas 7 900 personas por esta causa, de ellos, alrededor del 85% tiene 60 años o más, lo que hace a estas edades las de mayor riesgo de morir por estas enfermedades.(2)

En los últimos años la tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebro vasculares en países desarrollados y en Cuba ha ido al incremento, según el Dr. Miguel Ángel Buergo en su publicación en el año 2001, expone que “se ha aprobado un Programa Nacional de prevención y control de las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) en Cuba, que permitirá a largo plazo la reducción de la mortalidad por estas enfermedades, donde el componente preventivo es de gran importancia para lograr estos objetivos”, 8 años después este programa no ha tenido el efecto que se esperaba, pues la mortalidad por esta causa sigue en aumento (10)

La tendencia de la mortalidad por esta causa en la provincia de Ciego de Ávila en los últimos 11 años es prácticamente invariable, aunque tiene una ligera inclinación al ascenso. En la provincia se espera que para los próximos 3 años exista un incremento ligero de las tasas de mortalidad por esta enfermedad, con una estimación puntual para el año 2009 de 71,6 por 100 000 habitantes . y un intervalo de confianza al 95% de 48.34 – 94.94.

Esto indica que las ECV seguirán siendo una problemática dentro de las tres primeras causas de muerte en la provincia de Ciego de Ávila, según estudios realizados en otras provincias hablan de una mala dispensarización de los factores de riesgo de esta enfermedad, aunque no se cuenta con publicaciones al respecto en la provincia, se conoce que también esta situación existe aquí y por consiguiente influye en los resultados del programa nacional de reducción de la mortalidad por ECV. (2)

Existe poca diferencia entre las tasas de mortalidad según sexo en la provincia, en los últimos 10 años, durante los años 2000 y 2005 los hombres tuvieron tasa por encima de las mujeres, en el resto de los años existió una ligera sobremortalidad femenina. Para ambos sexos el promedio de cambio relativo de las tasas al final del periodo respecto al año de inicio fue de incremento, para el sexo masculino de un 17,2% y para el sexo femenino de un 18,4%, aunque es ligera la diferencia, el sexo femenino tiene un mayor aumento. (8)

En estudio estadístico realizados en la provincia Ciego de Ávila se encontró una tendencia ascendente en la tasa de mortalidad por ECV y el pronóstico fue que continuaría aumentando hasta el año 2010, no obstante vemos que estas tasas cayeron notablemente en estos años, probablemente a causa de la puesta en ejecución del programa nacional de prevención y control de ECV. En el municipio de Venezuela en la actualidad se registran 63 pacientes con enfermedades cerebrovasculares y en el área de estudio el poblado Jagueyal 12 pacientes.

El ascenso progresivo del número de casos de la ECV, principalmente las hemorragias intracerebrales, la elevada mortalidad aparentemente asociada a los factores de riesgos de los ictus hemorrágicos y al no diagnóstico oportuno relacionado con el manejo inicial de esta entidad; fueron razones suficientes para realizar una revisión exhaustiva de la literatura internacional y nacional dirigido al conocimiento y entendimiento más profundo de esta enfermedad.

Problema

Elevado número de pacientes con factores de riesgos propensos a sufrir enfermedades cerebro vascular en el poblado Jagueyal del municipio Venezuela en la provincia Ciego de Ávila.

Hipótesis: Es posible evitar enfermedades cerebro vascular en los pacientes con factores de riesgos del poblado Jagueyal del municipio Venezuela en la provincia Ciego de Ávila si se interviene de forma educativa.

Objetivo General: Intervenir de forma educativa para prevenir enfermedades cerebro vascular en pacientes con factores de riesgo de los consultorios # 1 y 2 del poblado Jagueyal municipio Venezuela provincia Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos

1. Identificar variables sociodemográficas atendiendo a:
Edad, sexo y color de la piel, así como otros factores de riesgos.
2. Implementar actividades de intervención educativa en los pacientes con factores de riesgo de los consultorios # 1 y 2 del poblado Jagueyal municipio Venezuela provincia Ciego de Ávila.

MARCO TEORICO

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el "inicio repentino de parálisis". En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. (12)

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer. Nacido en Schaffhausen, Suiza, en 1620, Wepfer estudió medicina y fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. (13)

La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad cerebrovascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra sin otra causa que el origen vascular (12).

Existe una cierta controversia sobre la nomenclatura más idónea para designarlas. Se utilizan tanto las denominaciones de Accidente Vascular Cerebral (AVC) o Accidente Cerebrovascular (ACV), como las más imprecisas de ictus (afectación aguda) o apoplejía (parálisis aguda), que han sido sancionadas por la práctica, tanto en español como en inglés, en el que se emplea el término stroke ("golpe")(3).

La enfermedad cerebrovascular supone en nuestro medio la tercera causa de mortalidad, tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, siendo la octava causa de años potenciales de vida perdidos en el varón y la quinta en la mujer. Constituye una de las patologías neurológicas más frecuentes con una alta tasa de morbilidad física y psíquica (4), es la primera causa de invalidez en el mundo (5) y la manifestación más devastadora de la hipertensión arterial (HTA) y la aterosclerosis. (6).

Factores de riesgo

Existen tres factores de riesgo no modificables, relacionados con la ECV: la edad, el sexo y la historia familiar de ECV. En cuanto a la edad se ha calculado que por cada década después de los 55 años se duplica el riesgo de ECV. Algunos autores señalan como otro factor no modificable el color de la piel o la etnia, basándose en las grandes diferencias existentes entre afro americanos, indios de EUA, hispanos y población blanca, sobre todo en menores de 65 años. Sin embargo, como veremos más adelante, la mayor incidencia en afro americanos (4 veces mayor en menores de 64 años) no necesariamente es igual a “factor genético”, porque ser afro americano en EUA significa también estar expuesto a un conjunto de condiciones distintas a las de los blancos, varias de las cuales son modificables. (13)

En cuanto a los factores de riesgo señalados como sí modificables tenemos los siguientes: Hipertensión, el más importante factor de riesgo de sufrir un ECV. Tanto el riesgo relativo (RR) como el atribuible (RA) son muy elevados en la quinta década de la vida y luego van disminuyendo progresivamente hasta la novena década. El predictor más importante de evento fatal es la presión del pulso que es un indicador del endurecimiento de la aorta.

Tabaquismo: El tabaquismo representa un RR de 1.8 para sufrir una ECV.

Diabetes mellitus: es un factor de riesgo en la medida en que produce alteraciones macrovasculares que a su vez derivan a la hipertensión.

Estenosis carotídea asintomática, que aumenta el riesgo de ECV de manera proporcional al grado de obstrucción de la arteria afectada, aunque cuando se dan grados casi totales de obstrucción y el RR no aumenta ya más.

Fuentes cardiogénicas de émbolos: la fibrilación auricular (FA) sin alteración valvular, que es común en la población vieja, aumenta el riesgo 4.5 veces. Si ésta se combina con otros factores de riesgo como los señalados antes, es un predictor de ECV; los anticoagulantes reducen el riesgo en estos pacientes. Hay otras enfermedades que pueden generar un ECV cardioembólico: cardiomiopatía, enfermedad valvular y cardiopatías congénitas. La cardiopatía isquémica se ha asociado con enfermedad cerebrovascular. Después de un infarto del miocardio, 8% de los hombres y 11% de las mujeres tendrán un ECV isquémico en el curso de los siguientes 6 años, probablemente por la alta frecuencia de fibrilación auricular. (14)

Hiperlipidemia: por asociarse a aterosclerosis se ha dicho que la hiperlipidemia actuaría como un factor para EVC; el uso de estatinas reduce el riesgo de un ECV.

Obesidad: se ha sugerido que la obesidad aumenta el riesgo de ECV porque se asocia a su vez con hipertensión, hiperglicemia e hiperlipidemia; en los hombres esta asociación se da sobre todo en relación con obesidad abdominal.

Hiperhomocisteinemia: se ha encontrado una cierta relación entre los niveles de homocisteína en el plasma y el riesgo de sufrir un ECV; se ha encontrado que la administración de ácido fólico disminuye estos niveles, pero no se ha encontrado que baje el riesgo de ECV.

Abuso de drogas: el abuso de cocaína, anfetaminas y heroína aumenta entre 7 a 14 veces el riesgo de un ECV, en general por cuestiones multifactoriales (hipertensión, hipercoagulabilidad, vasoespasmo, etc.).

Estados de hipercoagulabilidad: varios trastornos hereditarios que cursan con hipercoagulabilidad aumentan el riesgo de ECV pero su prevalencia es muy baja, por lo que el RA poblacional a éstos es muy bajo.

La terapia de reemplazo hormonal: se ha encontrado que la terapia de reemplazo aumenta el riesgo de ECV de repetición.

El peso relativo de todos estos factores es distinto para las distintas formas de ECV: aterotrombóticas, cardioembólicas, lacunares; así, por ejemplo la hipertensión parece tener un peso mayor en infartos lacunares que en aterotrombóticos y en éstos que en eventos cardioembólicos, mientras que fumar se asocia más con evento de tipo aterotrombótico.

Aun así existe un 30% de casos en los que no se encuentran factores de riesgo que puedan haber contribuido al ECV. En estos casos se habla de ECV criptogénico. Esta forma es más frecuente en personas menores de 45 años y existen actualmente estudios que tratan de relacionar una parte de estos casos a persistencia del foramen oval; al parecer esta asociación ha sido consistente en varios estudios.

Se le ha relacionado también con otros factores como migraña, o borracheras fuertes en la semana anterior o las 24 horas anteriores al ECV. (15)

La ECV, más que una enfermedad aislada, es una consecuencia del padecer otras enfermedades y de la exposición a otros factores y condiciones que conducen a ella como desenlace. Según la epidemiología social de Krieger, el ECV sería una forma de “incorporación”, en nuestra biología, de un conjunto de condiciones creadas socialmente.

Estas condiciones se incorporarán a través de diversas “vías”, y se distribuirán en la población según distintos patrones de acumulación interactiva de factores de riesgo y protectores. El distinto lugar que ocupan las personas dentro de las relaciones sociales se manifestará, así, en formas de distribución social diferencial de la ECV según clase social. La reconstrucción de esas vías de incorporación y sus patrones de acumulación de factores permitiría ir más allá de una lista de factores de riesgo con mayor o menor peso y articular una explicación de cómo las

condiciones sociales en las que vivimos crean la ECV, y bajo qué forma lo hacen.
(15)

Si se tiene en cuenta que en el proceso salud-enfermedad las representaciones populares sobre la salud y la enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales a causa de las molestias que sufre, mientras que la salud se percibe como la ausencia.

A reserva de cualquier consideración que se pueda hacer desde disciplinas sociales, como ejemplo la sociología, es evidente que en esta concepción popular, históricamente arraigada se resume no solo una reflexión sobre el cuerpo, sino también sobre la “disposición” del sujeto para hacer sus cosas y a la larga, también lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad “normal” que se espera del propio sujeto en un contexto familiar o económico determinado.

Los médicos de la edad antigua, cultura Helénica, como Hipócrates observaban a sus pacientes y creaban teorías acerca de los temperamentos vinculados a órganos corporales y el vínculo entre deseos, apetitos, finalidades y voluntad con el cuerpo y el poder ordenador de la razón, consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en sus sustratos material, y no, una expresión de la voluntad o de un espíritu maligno, estableció que cada enfermedad tiene su causa natural y que sin esa causa natural nada puede tener lugar. Creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad y recocció además, la importancia de diversas características personales.

También en el siglo XIX hubo otras expresiones provenientes no sólo de médicos, sino además, de economistas filósofos y políticos, que llamaron la atención en el

sentido de que la presentación de la enfermedad podía tener relación con las condiciones materiales de vida y trabajo.

Cuando en el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad. Se encontraron también nuevos recursos químicos y físicos para hacer un diagnóstico y tratamiento más adelante se han producido notables aplicaciones de la genética a la interpretación y tratamiento de enfermedades e incluso para hacer manipulaciones que arrojan resultados sorprendentes. El biologicismo inicial del siglo XIX ha pasado a ser ahora ultratecnológico y todo esto ha tenido un impacto en la medicina y en la sociedad.
(16)

En el proceso salud-enfermedad la personalidad es la organización e integración de los procesos, las unidades psicológicas primarias y las formaciones motivacionales complejas; que se caracteriza por ser única e irrepetible, dinámica, estable, subjetiva. Que entre sus funciones está orientar, dirigir, regular y autorregular el comportamiento del ser humano en las diferentes esferas de la vida. Este comportamiento puede ser predisponente a la salud o a la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el término salud no debe definirse tan sólo como ausencia de enfermedad, sino como “un completo estado de bienestar físico, social y mental”. Es lógico pensar que al estar la personalidad vinculada a nuestra manera de percibir lo que nos rodea y a nuestra manera de actuar (cogniciones y conductas), también estará jugando un importante papel en la determinación del estado de salud.

El predominio del paradigma biomédico, centrado en el individuo y en la enfermedad, tuvo una gran repercusión en los estudios relativos al papel de la personalidad en la salud y en la morbilidad, y su influencia se observa en los modelos tipológicos conceptualizadores de esta sólo como predisponente de

enfermedad y no de salud. No es hasta casi las dos últimas décadas del recién acabado siglo XX que comienzan a delinearse modelos de personalidad con rasgos psicológicos que pueden considerarse promotores de estilos de vida saludables, lo que se corresponde con el modelo biopsicosocial..

La salud humana es el resultado de un complejo sistema de influencias biológicas, sociales y psicológicas. En el camino del desarrollo de la personalidad se adquieren cualidades que se convierten en recursos personológicos para el desenvolvimiento del ser humano en el intercambio con el medio .Estos recursos pueden ser factores protectores o factores de riesgo para la salud del individuo considerando que cada persona tiene una forma particular de reaccionar ante los diferentes eventos que en la vida puedan presentarse.

Las personas con un desarrollo adecuado o elevado de la personalidad contarán con factores cognoscitivos, afectivos y volitivos integrados en formaciones motivacionales complejas que funcionarán como recursos personológicos protectores de la salud. Por el contrario, las deficiencias o insuficiencias en el desarrollo de factores cognoscitivos, afectivos y volitivos inciden en la evolución deficiente o insuficiente de las funciones de la personalidad colocando a ésta en situaciones de riesgo para la salud, por los comportamientos que se asumen por la persona.

En el plano de la determinación de la salud, la imagen del mundo tiene una serie de elementos que pueden influir en determinadas tomas de decisiones sobre cuestiones que tienen que ver con la salud, como son:

La imagen que tiene la persona de la relación médico-paciente (y la que tiene del médico como profesional y como persona). Pudiera ser que una persona no acepte las explicaciones que su médico le proporciona, por la valoración que hace del mismo, y como consecuencia, desconfíe de la eficacia del tratamiento impuesto, no siguiéndolo.

La imagen de lo que deben ser los servicios de salud en cuanto a higiene, atención, seguridad y eficiencia de las instituciones (de gran importancia en la valoración individual de la sociedad en que vive).

La imagen de determinadas enfermedades (el llamado “cuadro interno” de la enfermedad). En este aspecto es determinante la valoración de la enfermedad por el individuo. La mayoría considera al cáncer incurable, y por tanto todo lo que se haga por tratarlo no tendrá éxito desconociendo los avances que en ese tema existen hoy. También en ocasiones resulta difícil para algunas personas entender que algo es enteramente orgánico, como por ejemplo: el aumento de la tensión arterial (hipertensión), puede ser modificado por factores psicológicos. (18)

La autovaloración (La imagen de sí mismo, reflejo de sí mismo), desempeña un papel importante tanto positivo como negativo en el cuidado y mantenimiento de la salud, a tenor con las funciones que esta formación posee (valorativa, reguladora y educativa). Por ejemplo, el temor a que cierta enfermedad dañe el aspecto físico, (la imagen corporal), puede conducir a que se tomen decisiones con respecto a la prevención o al tratamiento que lejos de conservar la salud la perjudiquen.

Muchas personas no adoptan las conductas adecuadas al criterio estrictamente médico porque según su auto concepto, ello está por debajo de su dignidad o de lo que merecen (Ejemplo. tomar los medicamentos a su hora, no ingerir determinadas comidas o alcohol, asistir a una consulta especializada, aprender relajación, etc.).En el caso contrario, otras personas tienen como parte de su proyecto de vida la preocupación por la salud, llegando en algunos casos a conductas exageradas muy semejantes a la hipocondría.

Las aspiraciones frustradas por la ocurrencia de sucesos imprevistos (dramáticos o extraordinarios) o un hecho al que se le otorga mayor trascendencia que la que

tiene realmente puede que desempeñen un determinado papel en la etiología de muchas enfermedades, tanto las producidas directamente por la ansiedad y la depresión derivadas de la frustración, como las causadas por determinados excesos en los que puede caer el sujeto para compensar su frustración (hipererotismo, alcoholismo, drogadicción, etc.).

La pobreza en el desarrollo de esta esfera de la personalidad puede conducir a la persona a tomar decisiones equivocadas que comprometan su estado de salud actual o futura por la estructura y los contenidos de las creencias de salud que la hacen sentirse poco vulnerables a la amenaza de enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de la misma.

En cambio una autovaloración adecuada respecto al estado de salud contribuye a que en cada momento se impongan propósitos y aspiraciones acorde a las posibilidades reales de ejecución en las diferentes esferas de la vida previendo frustraciones y la aparición de vivencias negativas, además de concebir la auto educación en comportamientos protectores de la misma.

Las necesidades y motivaciones individuales se reflejan a nivel psíquico generalmente de tres formas: En forma de objetivos de la actividad, en forma de deseos y en forma de vivencias afectivas. Desempeñan un papel en la determinación de la salud a partir del lugar que ocupan los motivos relacionados con la salud, desde los aspectos de prevención, que se manifiestan en el estilo de vida (hábito de fumar, alcoholismo, sedentarismo, etc.) hasta los aspectos curativos (asistencia o no a los servicios de salud, utilización o no de los medicamentos que le son prescritos, etc.). (15)

Una excitación emocional fuerte o una brusca o profunda caída de la actividad emocional producen cambios patológicos en el organismo tales como modificaciones en el metabolismo de los lípidos, disminución de la

inmunocompetencia, aumento de las cifras de tensión arterial o cambio en el estado de ánimo, depresión y ansiedad, afectar la atención activa, adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para la salud como hábitos tóxicos o descuidar el tratamiento de una enfermedad.

El estilo de vida como categoría socio psicológico, reflejo del comportamiento del sujeto en su contexto social, cultural y económico y su especificidad psicológica en la realización de su actividad vital. Es el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consciente y mantenida en su vida cotidiana (sistema de actividades y sistema de comunicación) y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo. El estilo de vida tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad. (16)

Un estilo de vida saludable disminuye el riesgo de contraer enfermedades. Para mantener la salud hay que pensar en tener una alimentación balanceada, nutritiva, sin excesos de grasas saturadas, actividad laboral moderada, con sus correspondientes horas de descanso, práctica frecuente de ejercicios físicos, sueño reparador durante la noche, hacer uso de la recreación, mantener un ajuste emocional que le permita el autocontrol y la relajación y sexualidad protegida, etc.

Cuando las personas tienen control de sí mismo y son capaces de autodeterminarse y autorregularse son menos vulnerables y están más protegidas para decidir y orientar sus estilos de vida. A partir del conocimiento de cuáles son sus debilidades, pueden decidir qué hacer con su vida, y eliminar aquellos comportamientos de riesgo que pueden llevarlo a enfermar. Por este motivo hay que fomentar la capacidad de control, en aquellas personas más vulnerables, que manifiestan comportamientos nocivos para la salud, ayudándolos a que puedan elegir un estilo de vida más saludable.

El organismo humano desde el punto de vista biológico, logra a través del mecanismo de homeostasis establecer un equilibrio entre el medio interno y externo, ese equilibrio también trata de lograrlo desde el punto de vista psíquico a través de los mecanismos de defensa.

Mecanismos de defensa psicológica: son los mecanismos psíquicos que tratan de compensar y restaurar el equilibrio emocional cuando este se encuentra amenazado o sometido a grandes tensiones.

Son producto de la vida social y funcionan de forma inconsciente, es decir, que no pueden ser evocados voluntariamente al campo de la conciencia ya que el sujeto no ve la verdad que ocultan y realmente es honesto hasta el punto de que rechazaría indignado cualquier intento de evidenciárselo, sin la previa preparación psicológica para ello. Frecuentemente aparecen entrelazados unos con otros. (14)

La Familia ejerce gran influencia en el proceso salud-enfermedad. Se considera a la familia como el grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Conceptos tales como cumplimiento de funciones, funcionamiento familiar y afrontamiento a las crisis, son claves para el análisis del papel que juega la familia en el proceso salud – enfermedad, y en el Mantenimiento de la salud, La familia cumple funciones importantes para el crecimiento y desarrollo de sus miembros que por su naturaleza e impacto constituyen la base de la preservación de la salud. (15)

Otra función importante que realiza la familia para el mantenimiento de la salud es la de amortiguar el estrés. Esta función se ejerce en tanto la familia atenúa el efecto del estrés que sufre el individuo proveniente del entorno social en el que se desenvuelve, o sea, la familia actúa como espacio continente de las tensiones externas.

En la producción y el desencadenamiento de la enfermedad los problemas derivados del funcionamiento familiar constituyen fuentes generadoras de estrés, con su consiguiente respuesta en el organismo. Las emociones negativas invaden la subjetividad del sujeto y rápidamente se traducen en respuestas psicológicas que pueden tender a la cronicidad.

El individuo enfermo, miembro de un grupo familiar, a menudo es portavoz de la enfermedad de la familia, y en él se cristalizan todas las tensiones familiares, por tanto el enfermo juega un papel de depositario de la ansiedad familiar.

En la curación el grupo familiar constituye el primer nivel de atención de salud, ya que en su seno el individuo recibe los primeros cuidados, los primeros consejos y el primer dictamen de la enfermedad.

La situación de salud de una población está estrechamente vinculada al modo de vida de la sociedad como un todo, a las condiciones de vida de la sociedad en cuestión, al estilo de vida de los individuos que integran esa sociedad y a la calidad de vida. Los cambios en el cuadro de morbimortalidad apuntan hacia la multicausalidad de los principales problemas de salud, lo que ha corroborado las influencias de los factores psicológicos, sociales y ambientales como las causas fundamentales de las enfermedades. (13)

Cuando las actividades vitales que conforman el modo de vida, armonizan con las necesidades sociales e individuales, permiten un despliegue sano de la individualidad y un crecimiento personal que apunta a la calidad de vida, el resultado es la salud. Cuando el modo de vida no es saludable, existiendo malas condiciones de vida que determinan en la calidad de vida la tendencia es a la enfermedad.

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en

los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso y se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud.

Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

Para afirmar que un individuo está sano es preciso considerar objetivamente 4 condiciones: Morfología: Que no haya alteración macro o microscópica ostensible de la estructura ni realidad material ajena al cuerpo (pie equino, cálculo, agente microbiano). Función: Sus funciones vitales expresadas en cifras valorativas y trazados gráficos se valoran en el rango de la normalidad (pruebas funcionales renales, respiratorias, circulatorias, metabólicas, etc.). (17)

Rendimiento Vital: Referido al rendimiento sin fatiga excesiva y sin daño aparente lo que demanda su rol social. Conducta: Referido a su comportamiento adecuado socialmente; es decir, se tiene en cuenta un elemento subjetivo, pero también el objetivo, si ambos coinciden hay salud. Lo que habitualmente llamamos "Salud", es Salud relativa, un ligero desplazamiento hacia la "Enfermedad" que hace que no se esté totalmente sano o totalmente enfermo. (17)

Por su parte la Enfermedad, considerada por los antiguos como pérdida o erosión del alma, penetración mágica en el cuerpo, depresión por espíritu maligno, etc., fue categorizada por Galeno en el siglo II después de JC como "disposición prenatal del cuerpo por obra de la cual padecen las funciones vitales, producidas por un desorden instantáneo de la naturaleza individual y medianamente causada por una causa externa o primitiva que, actuando sobre un individuo sensible a ella y predispuesto, determina en su cuerpo una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada". (12)

"No hay Enfermedad sin causa, no hay Enfermedad sin etiología" (se cumple aquí la ley de la causalidad). Se dice sin adición ni innovación, siguiendo las clásicas e imperecederas líneas directrices que hace siglos estableció el pensamiento etiológico de Galeno y en relación con estas causas se define una causa externa (que puede tratarse de un agente microbiano, un tóxico, una insolación, emoción, ingestión excesiva de alimentos, etc.), y una causa interna (relacionada con el sexo, la raza, el tipo constitucional, etc.) que hace posible la acción del agente externo. (17)

El proceso Salud-Enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, la contaminación, el miedo, etc., factores de la vida que influyen en la biología humana se reflejan en ese proceso, el cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio, hoy es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa). (Goleman D. 1998). La "Cumbre de la Tierra", adentrándose en la trama de lo ambiental y lo social, definió que la pobreza, la miseria y las inequidades de los grupos poblacionales son problemas ambientales, tan ambientales como la erosión, la desertificación y la contaminación. (15)

Por su parte cada individuo, como integrante de una sociedad, tendrá su "Modo de Vida" propio, que será su "Estilo de Vida", que representa su carácter activo, la

actividad regulada por la psiquis, producto del Modo de Vida. Es un conjunto de motivaciones y necesidades, modos de valoración y actuación adquiridos de la historia personal y la imagen general elaborada del mundo, todos estos aspectos integrados en la personalidad. (15)

Salud y Enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los Modos y Estilos de Vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto los Modos y Estilos de Vida desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positivamente o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de Riesgo). La salud está pues en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que también durante su vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla.

Una aseveración importante como conclusión sería esta expresada por Geofreg Rose: "Los factores genéticos dominan la susceptibilidad individual a la enfermedad, pero el ambiente y el estilo de vida, dominan la incidencia y la prevalencia". (16-17)

La salud-enfermedad es el equivalente a la vida del ser humano en todos sus aspectos, siendo preciso que en el lado positivo debe dar un sujeto bien integrado en su estructura física, fisiología y funciones sociológicas. Este proceso adapta y mantiene en equilibrio al individuo tanto con el medio físico como al social.

Materiales y metodos

Se realizara un estudio observacional descriptivo de corte transversal con los pacientes que tienen factores de riesgos propensos a enfermedades cerebro vascular de los consultorios # 1 y 2 del poblado Jagueyal municipio Venezuela provincia Ciego de Ávila desde mayo del 2015 hasta marzo del 2016.

Universo de estudio.

El universo está constituido por 67 y la muestra por 32 pacientes del CMF 1 y 2 de Jagueyal con factores de riesgo que cumplieron los criterios de inclusión, de exclusión y salida.

Criterios de inclusión

- Aceptación de los pacientes a participar en la investigación previa firma de consentimiento informado
- Cumplir con los criterios para entrar en la clasificación de factores de riesgo
- Ausencia de enfermedades invalidante que afecten su capacidad intelectual.
- Residir y permanecer físicamente en el área dispenzarizada.

Criterios de exclusión

- Pacientes que se trasladen para otra área de salud durante la investigación.
- Ausencias reiteradas a las actividades de intervención educativa.

Criterios de salida

- Fallecer en el transcurso de la investigación.

Métodos de obtención de información

Métodos teóricos:

- ❖ **Histórico - Lógico:** Para la caracterización de la evolución del objeto y campo en su relación con el problema hasta la actualidad y la fundamentación teórica de la investigación.
- ❖ **Analítico – Sintético:** Con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan la inserción de los componentes del proceso salud enfermedad sintetizando aquellos aspectos de utilidad para proponer las transformaciones.
- ❖ **Inductivo – Deductivo:** Para establecer generalizaciones en relación a los resultados científicos de la investigación a partir del análisis particular de diferentes autores y la determinación de los aspectos fundamentales que debe contemplar la estrategia de intervención educativa que se propone.

Métodos, técnicas e instrumentos empíricos:

La observación: Desarrollada de forma participante en el terreno al paciente **(Anexo 1)**.

Encuesta: Dirigida a los pacientes, con el propósito de identificar los aspectos más vulnerables de su salud y la importancia atribuida a la prevención de enfermedades **(Anexo 2)**.

Análisis documental: Para valorar los criterios a nivel mundial y los estudios precedentes sobre el tema que se aborda **(Anexo 3)**.

Dentro de los métodos matemáticos estadísticos se empleó:

El análisis porcentual: para organizar y agrupar los datos en tablas de doble entrada, de manera que permitiera la caracterización del comportamiento del fenómeno en estudio.

La fuente de recolección de la información fue la entrevista y un cuestionario validados por expertos que se les aplicó a los individuos. Los resultados de la

encuesta, así como los datos obtenidos de la Historia clínica Individual de los pacientes encuestados en la consulta y en las visitas de terreno se vaciaron en una tabla confeccionada al efecto en dos categorías del modelo “Campos de Salud”:

Biología Humana

-Color de la piel

-Edad

-Sexo

-Antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial.

-Antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus.

-Antecedentes patológicos personales de Hipercolesterolemia.

Estilos de Vida

-Obesidad.

-Hábito de fumar.

Definición de las variables

Color de la piel: Color de la piel de la persona que la distingue de las demás.

Antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial: Todo paciente que haya presentado cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg en al menos tres ocasiones de manera fortuita.

Antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus: Todo paciente con diagnóstico previo de diabetes mellitus y/o tratamiento con fármacos hipoglicemiantes previo durante al menos 6 meses anterior a la recogida de datos.

Antecedentes patológicos personales de Hipercolesterolemia: Todo paciente diagnosticado previamente y/o con tratamiento hipolipemiante durante al menos 6 meses anterior a la recogida de datos.

Obesidad: Toda persona con un índice de masa corporal por encima o igual a 30 (Kg/m²) fue considerada como obesa según el programa cultural alimenticio 2007.

Para calcular el índice de masa corporal se utilizó la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

Hábito de fumar: Consume tabaco en el momento del episodio (cigarrillos y otras formas de tabaco) o consumió tabaco hasta menos de 3 meses antes de sufrir el episodio de accidente cerebrovascular agudo.

Fumador ligero: Fuma 1-10 cigarrillos o de 1-2 tabacos por día.

Fumador moderado: Fuma de 11-20 cigarrillos o de 3-5 tabacos por día.

Fumador intenso: Fuma más de 20 cigarrillos o más de 5 tabacos por día.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Continua	Menos de 30 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 años y más años	Según último año cumplido
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo Biológico
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanco Negro Mestizo	Según color de la piel
Antecedentes patológicos personales de HTA	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según cifras tensionales
Antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según valores de la glicemia
Antecedentes patológicos Personales de Hipercolesterolemia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según valores del colesterol
Obesidad	Cualitativa Nominal dicotómica	Obeso No obeso	Según índice de masa corporal
Hábito de Fumar	Cualitativa	Ligero	Según cantidad de

	ordinal	Moderado Intenso No fumador	cigarrillos por día
--	---------	-----------------------------------	---------------------

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Variable atendiendo a la edad

Edad	Cantidad	%
30-39	10	31.2%
40-49	4	12.5%
50-59	6	18.7%
60 y +	12	37.5%
total	32	100%

Fuente: historia clínica y encuesta

Como se puede apreciar en la tabla, las mayores cifras corresponden a los adultos mayores de 60 años. Estos resultados coinciden con lo descrito en la literatura por Acosta Rodríguez L, Mustelier Fernández C, Molero Segrera M, Molero Segrera (2006) las cuales describen a los pacientes longevos como los de mayores riesgos a padecer enfermedades cerebro vascular. Revisiones en la literatura médica internacional plantean que por cada década después de los 55 años se duplica el riesgo de EVC. (15), otros estudios como el realizado por Fernández Cherkásova y colaboradores en Marianao reportó un predominio del grupo etario de 65 a 74 años con un 46,3 %.

Tabla 2: Variable atendiendo al sexo

Femenino	Masculino	%
11		34.3%
	21	65.6%

Fuente: historia clínica y encuesta

En el estudio prevaleció el género masculino con el 65.6% de los pacientes, esto se puede apreciar también en el municipio Venezuela y también en las estadísticas de la provincia Ciego de Ávila, no obstante algunas bibliografías como las de Patricio Mellado T, Jaime Court L, Jaime Godoy F, Victoria Mery C, Barnett Cdio titulado Características de la enfermedad cerebrovascular en un servicio de cuidados intermedios neurológicos (2010) discrepan de este dato, donde aclaran que es el sexo femenino el de mayores riesgos. Se respetan esos comentarios pues los mismos se refieren a estudios realizados con otras variables, en países con estilos de vida, ubicación geográfica y atención primaria de salud diferentes a las de Cuba y a las del poblado de Jagueyal donde se llevó a cabo esta investigación.

Tabla 3: Variable atendiendo al color de la piel

Blanca	Mestiza	negra	total
24	5	3	32
75%	15.6%	9.37%	100%

Fuente: historia clínica y encuesta

Los datos que emergieron de la tabla anterior se refieren a la prevalencia de la raza blanca en un **75%**, le sigue la mestiza en un **15.6%** y la negra es la que menos pacientes aportó. La literatura consultada como Rodríguez Rueda JM, Polanco Rodríguez F, Olivera Bacallao LO, Pérez Chávez JL, Fabelo Mora CJ, Rodríguez González I. (2006) no distingue cuál de las razas es la más propensa a factores de riesgo, sin embargo la raza mestiza es poco comentada al respecto en

la bibliografía. Se desconoce si en los estudios realizados en países desarrollados se tuvo en cuenta este tipo de población.

No obstante comenta en su investigación ``**Factores de riesgo de las Enfermedades Cerebrovasculares. Municipio Ciego de Ávila. Enero-Mayo de 2011**`` el Doctor Ernesto González Casanova que en publicaciones internacionales se informa sobre una variabilidad en la incidencia determinada por la composición étnica de las poblaciones teniendo los individuos negros e hispanos un mayor riesgo que las personas blancas lo cual no necesariamente es debido a factores genéticos, porque ser afro americano o de origen hispano en Estados Unidos significa también estar expuesto a un conjunto de condiciones distintas a las de los blancos.

Tabla 4: Variable atendiendo a riesgos

Enfermedades asociadas	Cantidad	%
HTA	24	75%
Diabetes Mellitus	8	25%
Hipercolesterolemia	13	40.6%
Hábito de fumar	16	50%
Obesidad	5	15.6%

Fuente: historia clínica y entrevista cara a cara

Se constató en la tabla anterior una alta prevalencia (75%) de pacientes con HTA relacionado con la existencia de estilos de vidas inadecuados y modificables. Estos resultados coinciden con estudios realizados por INTERSTROKE, American Heart Association y American Stroke Association – 2009, Oxford Vascular Study, relacionados con los Factores de riesgo para el ictus donde recomiendan para reducir riesgo

- Toma de Tensión Arterial al menos cada dos meses, cada año para mayores de 55 años.

- Modificar el estilo de vida.
- Uso de fármacos antihipertensivos

Existen enfermedades o marcadores de enfermedades bien definidos como los que representa la tabla anterior que incrementa el riesgo de ECV. En este caso tienen directa relación el aumento de la presión arterial, tanto diastólica como sistólica, de manera que la HTA constituye el principal factor de riesgo, a mayor TA mayor riesgo, ocasionando que se multiplique el riesgo de 2 a 7 veces con respecto a normotensos. La Hipercolesterolemia está dada por una desbalanceada dieta e incorrectos hábitos alimenticios.

Cita en su tesis el Doctor Ricardo González que autores como A. Hervás en Navarra España y Frómeta Guerra y colaboradores en la República Bolivariana de Venezuela encontraron que el riesgo de padecer una ECV era 2,5 y 2,67 veces mayor respectivamente en pacientes diabéticos que en pacientes con cifras de glucosa en sangre normales.

Se aprecia un 40.6% de pacientes con Hipercolesterolemia pero el papel de la misma como factor de riesgo de ECV isquémica o hemorrágica no está suficientemente aclarado sin embargo existen evidencias importantes que indican relación entre la ECV isquémica y el incremento del colesterol total y de las proteínas de baja densidad.

Se puede observar también que el 50% de los pacientes llevan estilos de vidas modificables inadecuados, la cifra más elevada le corresponde al tabaquismo y el sexo masculino es el más adicto. La literatura consultada resalta que el tabaquismo es un factor de riesgo no desestimable para sufrir una enfermedad cerebro vascular.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Teniendo en cuenta los resultados anteriores se elabora un grupo de actividades de intervención educativas. Se entiende por actividades de intervención cierto ordenamiento de las acciones para solucionar un problema en el cual cada paso es necesario para el siguiente. Estas acciones están fuertemente formadas hacia el fin a alcanzar. Las cuales tienen como fin:

- Resolver problemas de la práctica y vencer dificultades con optimización de tiempo y recursos.
- Proyectar un cambio cualitativo a partir de eliminar contradicciones entre el estado actual y el deseado.
- Planificar acciones orientadas hacia el fin a alcanzar, lo cual no significa un único recurso de las mismas.
- Interrelacionar dialécticamente en un plan global los objetivos que se persiguen y la metodología para alcanzarlos.

Las actividades se planificaron y ejecutaron en tres fases:

Fase Organizativa: En esta primera etapa se dieron a conocer los objetivos de la intervención, se planificaron las actividades, se estableció el horario y el responsable de citar a los pacientes, de aplicar la encuesta y preparar los distintos debates y charlas de promoción y educación encaminadas a la disminución de los factores de riesgos para las enfermedades cerebro vascular.

Fase de Aplicación: Se determinó trabajar con un solo grupo por el número reducido de pacientes y para lograr la interacción de los mismos como colectivo, logrando una dinámica fluida, asequible y consiente de la importancia de la misma.

Las actividades estuvieron dirigidas hacia las siguientes temáticas:

- Alimentación Saludable
- Estilos de Vida Sanos (alcoholismo, tabaquismo, drogas)
- Actividad Física
- Control de la tensión arterial, los niveles glucémicos y lípidos.

Fase de socialización: Después de haberse implementado las actividades, se

reunieron los mismos individuos a los cuales se le aplicó la misma encuesta y posteriormente fueron valorados de forma cualitativa los resultados para llegar a conocer si realmente sintieron que hay transformación en los factores de riesgo de los mismos.

ACTIVIDADES

Actividad #1 Preparación y orientación del equipo multidisciplinario

Objetivo: Preparar al personal de salud y al promotor de Educación Física para poner en práctica el plan de intervención.

Plan de Acción:

- Capacitación permanente del equipo multidisciplinario.
- Organización de todas las condiciones donde se realicen las actividades estén dadas.
- Disponer de materiales audiovisuales para las distintas charlas y debates de promoción y educación de salud.

Fecha de cumplimiento: abril 2015

Responsable: Autora del proyecto.

Actividad #2 Primeramente se realizó un contacto con el grupo con el objetivo de conocer a los participantes a través de su presentación y sus expectativas.

Tipo de actividad: Técnica participativa.

Tiempo: 50 minutos.

Responsables: Especialista en MGI, enfermera y Dra jefa del proyecto.

Participantes: Pacientes con factores de riesgos.

Actividad #3. Alimentación Saludable

Objetivo: Incentivar a la elaboración y consumo de una dieta saludable.

- **Plan de Acción:**
- Charla acerca de las dietas y los falsos conceptos relacionados a la misma.
- Debate acerca de la importancia que tiene el consumo de frutas y vegetales así como la disminución de la sal y grasa animal en la población.
- Charla acerca de la necesidad que tiene el paciente en riesgo de llevar una dieta saludable.
- Debate acerca de cómo elaborar una dieta saludable con los productos de la canasta básica.
- Lectura de guías alimentarias. (elaborado por los profesores de la carrera Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas)

Fecha de cumplimiento: septiembre 2015

Responsable: Nutricionista y Autora del proyecto

Participantes: Pacientes con factores de riesgos.

Actividad #4. Actividad Física

Objetivo: Incentivar a los pacientes a realizar ejercicios físicos que propicien elevar la calidad de vida.

Plan de Acción:

- Realizar monitoreo cardiaco.
- Hacer tomas de TA antes de realizar los ejercicios físicos.
- Realizar actividad física aerobia moderada 30 minutos al menos 5 días por semana
- Realizar actividad física intensa por 20 minutos al menos 3 días por semana.
- Demostrar la realización de ejercicios de respiración y de relajación.

Estas actividades se realizarán todos los días de la semana en horarios a partir de las 9 am por un período de 3 meses.

Fecha de cumplimiento: octubre 2015

Responsable: Promotor de cultura física y Autora del proyecto

Actividad #5. Estilos de Vida Saludables:

Objetivo: Demostrar los beneficios que tiene no tener hábitos tóxicos.

Se llevarán a cabo diferentes tipos de charlas con visualización de pancartas (alcoholismo, tabaquismo, droga) para realizar el debate de los mismos.

Se harán una vez por semana en horarios de 9 pm. Estas actividades las ejecutará el psicólogo del policlínico de Venezuela que forma parte del equipo multidisciplinario del proyecto.

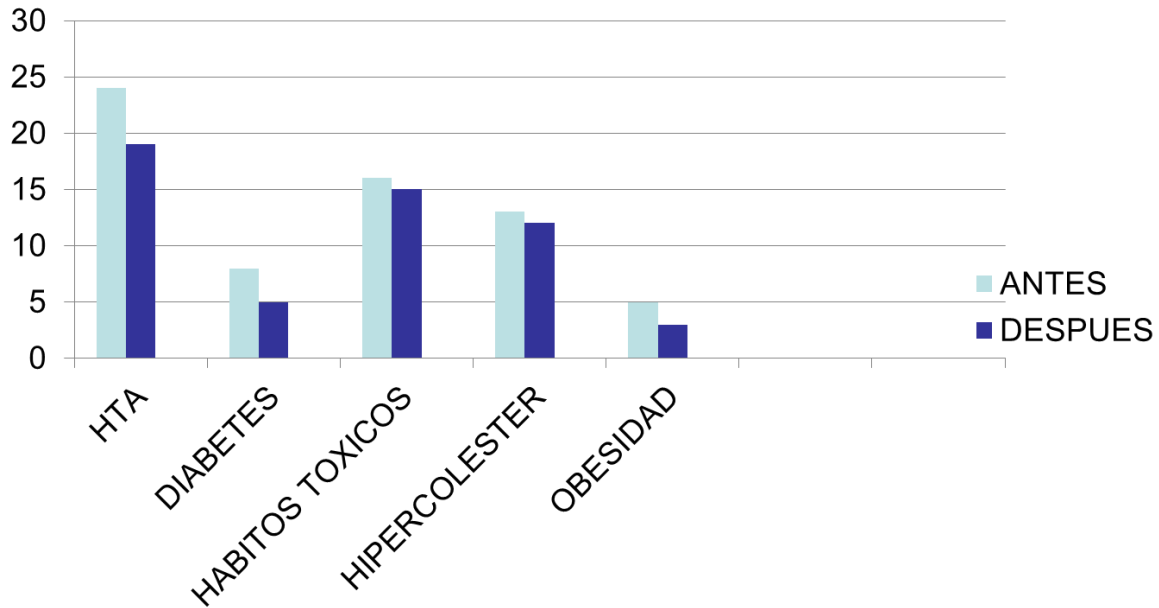
Plan de Acción:

- Presentar fotos y pancartas de las manifestaciones del tabaquismo, las drogas y el alcohol.
- Debate acerca de lo visualizado.
- Charla donde se ejemplifique con vivencias personales o cercanas las consecuencias del consumo de estas sustancias tóxicas.
- Charla acerca de las diferentes herramientas para eliminar el consumo de sustancias tóxicas. (Medicina Natural Tradicional)
- Intercambio de experiencia de forma oral.

Fecha de cumplimiento: noviembre 2015

Responsable: Psicóloga y Autora del proyecto

Grafica representando el comportamiento del control de los factores de riesgo antes y después de la intervención educativa.



Corroboración de la intervención educativa en los pacientes con factores de riesgos del poblado Jagueyal del municipio Venezuela en la provincia Ciego de Ávila

La intervención educativa se implementó en el tiempo previsto. La implementación de las actividades se realizó atendiendo a las etapas y acciones previamente diseñadas, la interpretación de los resultados y la evaluación de su efectividad se materializó a través una encuesta de satisfacción a los participantes y en la interpretación de los valores en los complementarios indicados periódicamente en el transcurso de la investigación.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el aumento de las enfermedades cerebro vascular en Ciego de Ávila fue necesario identificar a los pacientes en riesgos del poblado Jagueyal y ejecutar acciones multidisciplinarias de promoción y prevención contextualizadas con ellos. De acuerdo al criterio emitido por los pacientes que participaron en la investigación con factores de riesgo se pueden disminuir los mismos si se interviene en la praxis con acciones dirigidas a la realización de ejercicios físicos, dietas, eliminación de hábitos tóxicos y control sistemático de los valores glucémicos y de tensión, todas ellas lideradas por el médico de la Atención Primaria de Salud. El hábito de fumar y la hipercolesterolemia fueron los factores de riesgos donde no se obtuvieron cambios significativos a pesar de los pacientes haber participado en cada una de las acciones y cumplir con las indicaciones del médico.

RECOMENDACIONES

Continuar la implementación de intervenciones educativas para los pacientes con factores de riesgos teniendo en cuenta el contexto y los factores que no fueron significativamente modificables en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. 4th de. La Habana: Científico Técnica; 2002.1
- 2- Bonita R, Salomon N, Broad JB. Prevalence of stroke and stroke related disability: estimates from Auckland Stroke Studies. Stroke. 2004;2
- 3- Organización Mundial de la Salud. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS;2006.3
- 4- Marrugat J, Arboix A, García-Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C, et al. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica. Rev Esp Cardiol. 2007;60:573-80.
- 5- Lovesio C. Medicina intensiva. Madrid: El Ateneo; 2001.
- 6- Delgado G, Aymerich N, Herrera M. Internet. Hemorragia intracerebral. España. Salvat;2002.
- 7- Roiz Balaguer M, Morales Barrab I. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López 2006. Rev Habanera Cienc Med. 2010;9(1):19-26.
- 8- .González González A. Morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular de tipo isquémica . Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(4):121-129.
- 9- Acosta Rodríguez L, Mustelier Fernández C, Molero Segrera M, Molero Segrera M. Ictus hemorrágico. Comportamiento epidemiológico. Rev Cubana Med .2006;41 (1):7-11
- 10- Hernández Iglesias M. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en el adulto joven en el Hospital "General Calixto García. Rev Cubana Med. 2002;41(5):23-30.

- 11-Oliva Linares J , Enríquez Sansevero LE, Cusa Serrano R, Ángel Canetti Puebla E, Fernández Brito JE. Enfermedad Cerebrovascular: comportamiento en el Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" Año 1997. Rev Cubana Invest Biomed. 2001;20(3):197-201
- 12-Delgado G, Aymerich N, Herrera M. Hemorragia intracerebral [Internet].2002 [citado 12 Feb 2012].[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple16.htm.2002>
- 13-Hanley DF, Syed SJ. Current acute care of intracerebral hemorrhage. Rev Neurol Dis. 2007;4:10-8.
- 14-Orbay Araña MC, Fernández Machín LM, González García VM, Durán Torres G, Hernández Iglesias M, Rubial León A. Ocurrencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;(5):32-7
- 15- Barbie Rubiera A, Goyenechea Gutiérrez F, Dedeu Martínez A. Hemorragia intraventricular en el adulto. Rev Cubana Med Int Emerg. 2008;7(1):28-34.
- 16-Lacerda Gallardo A, Abreu Pérez D, Borroto Pacheco R, Betancourt Enríquez J. Mortalidad por hemorragias intracerebrales espontáneas. Estudio clinicopatológico. Rev Cubana Cir. 2000;39(2): 97-102.
- 17-Mesa Cabrera M, Fábrega Valdés A, Blanco Aspiazu MA, Morera Méndez F, Suárez Rivero B. Recurrencia del ictus cerebrovascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Milit. 2006; 35(1):45-52.
- 18-Maya C. Urgencias neurológicas: La Habana: Ciencias Médicas; 2007
- 19-12. Buergo Zuaznábar MA. La enfermedad cerebrovascular en el nuevo milenio. Editorial.Rev Cubana

Invest Biomed [serie en Internet] 2001 [citado 14 Ene 2009]; 20(4):245-6.

20-Sabater Bueno K, Cabeza Suárez A, Estupiñán García M, Pestana Knight EM. Atención primaria de salud en la enfermedad cerebrovascular. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en la Internet]. 1999 [citado 16 Jun 2009]; 15(5): 548-554. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500010&lng=es&nrm=iso

21-Eskenazi Schemerler J. Enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Rev Diagnóstico. 2003;42(3):19-22.

22-Acosta Tabares S, Toledo Milián R, Bataille Ceriani M. Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica en el servicio de medicina del Hospital de Guanajay. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(6):553-8

23- Rodríguez Rueda JM, Polanco Rodríguez F, Olivera Bacallao LO, Pérez Chávez JL, Fabelo Mora CJ, Rodríguez González I. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en un período de 2 años. Rev Cubana Med Milit. 2006; 35(4):93-

24-Testar de Armas J, Laureiro Lima CI, Guedes Díaz R, Bandera O, Arocha Molina Y. Evaluación clínico-epidemiológica de la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Militar de Matanzas. Rev Méd Electrón[Internet]. 2009[citado 12 Feb 2012]; 31(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema3.htm>

25-Rodríguez López AJ, Pila Pérez R, Pila Peláez R. Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico en Cuba. Mapfre Med. 2005;16:15-23.

- 26-Buergo Zuaznábar MA. La enfermedad cerebrovascular en el nuevo milenio Rev Cubana Invest Biomed. 2001;20(4):245-6.
- 27-Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares.La Habana :MINSAP; 2000.
- 28-Varelas PN, Rickert KL, Cusick J, Hacein-Bey L, Sinson G, Torbey M, et al. @@Intraventricular hemorrhage after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: pilot study of treatment with intraventricular tissue plasminogen activator. Neurosurgery. 2008;56(2):205-13.
- 29-Patricio Mellado T, Jaime Court L, Jaime Godoy F, Victoria Mery C, Barnett C.Características de la enfermedad cerebrovascular en un servicio de cuidados intermedios neurológicos, en Chile. Análisis de 459 pacientes consecutivos. Rev Méd Chile. 2010; 133:1274-84.
- 30-<http://www.revespcardiol.org/es/ictus-diagnostico-tratamiento-las-enfermedades/articulo/13108281/2010>.
- 31-<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71737.2014>
- 32-http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372014000200002&script=sci_arttext.
- 33-http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
- 34- Cheol Ung Choi, Chang Gyu Park. Comparing the probability of stroke by the Framingham risk score in hypertensive Korean patients visiting private clinics and tertiary hospitals. Choi and Park BMC Neurology. 2010; 10: 78.
- 35- Buergo Zuaznábar MA, Fernández Concepción O. Guías de práctica clínica de Enfermedad Cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

- 36- Frómeta Guerra A, Álvarez Aliaga A, Sánchez Figueredo SA, Fonseca Muñoz JC, Quesada Vázquez A. Factores de riesgos de la enfermedad cerebrovascular aguda. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2010 Nov [citado 2012 Ene 17] ; 9(4): 534-544. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400013&lng=es.
- 37- Cabrera Rayo A, Martínez Olazo O, Laguna Hernández G, Juárez Ocaña R, Rosas Barrientos V, Loria Casteñanos J, et al. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Med Int Mex. 2008; 24(2): 98-103.
- 38- Tomás Abadal L, Varas Lorenzo C, Bernadas Bernat E, Balaguer Vintrió I. Coronary risk factors and a 20-year incidence of coronary heart disease and mortality in a mediterranean industrial population. The Manresa Study, Spain. Eur Heart J. 1994; 15: 1028-1036.
- 39- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991; 22: 983-8.
- 40- Vegazo O, Banegas JR, Civeira F, Serrano Aisa PL, Jiménez FJ, Luengo E. Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. Med Clin (Barc). 2006 127:331-4.
- 41- Rodríguez Salinas LC, Túlio Medina M, Lara Pinto JA. Análisis prospectivo multivariado de factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en pacientes hospitalizados con eventos cerebrovasculares agudos isquémicos y hemorrágicos. Rev Méd Postgrados Med UNAH. 2007; 11 (1): 3-23.
- 42- Álvarez-Aliaga A, Rodríguez-Blanco LH, Quesada-Vázquez AJ, López Costa C. Factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular aguda hipertensiva. Rev Cubana Med [Internet]. 2006 Dic [citado 2012 Ene 17] ; 45(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000400006&lng=es

- 43- Bardaji Fandos T. Enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. Nursing. 2003; 21(3): 45-57.
- 44- Baena Díez JM, Álvarez Pérez B, Piñol Forcadell P, Martín Peñacoba R, Sabaté Muriel N, Boronat Andreu A. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2002 Feb [cited 2012 Jan 18] ; 76(1): 07-15. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100002&lng=en
- 45- Silva Federico A, Zarruk JG, Quintero C, Arenas W, Rueda Clausen CF, Silva Sandra Y, et al. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. Rev Col Cardiol. [Internet]. 2006 Oct [citado 2010 May 27]: 13(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500008&lng
- 46- ¿Cómo detecto un ataque cerebro vascular? [Internet] 2005 [citado 4 de septiembre de 2010]. [aprox. 4 p]. Disponible en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm
- 47- Hervás A. Factores de riesgo de ictus: Estudio caso-control en una población de la Comunidad Foral de Navarra. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2005 Dic [citado 2010 Mayo 28]; 28(3): [aprox. 9 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000500003&lng=es. doi: 10.4321/S1137-66272005000500003.
- 48- Turrent J, Talledo L, González A, Hundían J, Remuñán C. Comportamiento y manejo de la enfermedad cerebrovascular en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet] 2004 [citado 5 de agosto de 2010]; 3(2): [aprox. 11 p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie06204.pdf

- 49- Oliva Linares JE, Enríquez Sansevero LE, Cusa Serrano R, Canetti Puebla MÁ, Fernández Britto O, Rodríguez JE. Enfermedad cerebrovascular: comportamiento en el Hospital Docente Dr. Salvador Allende durante 1997. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2001 Sep [citado 2010 Jun 13]; 20(3): [aprox. 6 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000300006&lng=es.
- 50- Nogales-Gaete J, Núñez AL, Arriagada C, Sáez D, Figueroa T, Fernández R, et al . Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en un hospital público durante 1997. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2000 Nov [citado 2010 Jun 15]; 128(11): [aprox. 10 p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100007&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872000001100007.

ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACION

Objetivo: observar los aspectos personales del paciente.

Actividad observada

___ visita en el terreno

Aspectos a observar	Correcto	Regular	Incorrecto
Tipo de alimentos que consume.			
Cumplimiento del tratamiento medicamentoso.			
Interés por el cuidado de su salud			
Porte y aspecto			
Motivación para prevenir enfermedades			
Hábitos tóxicos			
Peso corporal			

ANEXO 2

ENCUESTA

Objetivo: Identificar los factores de riesgos más vulnerables que pueden ocasionar una ECV y la importancia atribuida por el paciente al componente prevención.

Los médicos del consultorio están interesados en conocer su opinión sobre la importancia que le atribuye a su salud y a la prevención de enfermedades cerebro vascular. Es por esto que necesitamos toda la sinceridad en las respuestas.

Edad: ____ Sexo: F ____ M ____ color de la piel: blanca---- mestiza----- negra-----

1- En su opinión la enfermedad que padece constituye un hecho:

Negativo _____ Indiferente _____ Superable

2- Marque con una x cuál de estas enfermedades padece

----- diabetes

----- hipertensión

----- colesterol alto

----- cardiaco

3- Conoce usted las causas que pueden provocar una enfermedad cerebro vascular? Si----- no--

¿Cuál?-----

4- ¿Considera tener la preparación necesaria para prevenir una enfermedad cerebrovascular?

Si ____ No ____ No sé ____

¿Por qué _____

5- A través de que vía obtuvo la información

_____ Radio y Televisión

_____ Médico y Enfermera

_____ Familiares

_____ CDR

_____ No ha recibido información

_____ Otros (cuál) _____

6- Cree que salud puede mejorar si recibe orientaciones precisas y aclaratorias? Si----- no-----

no se-----

Siente apoyo del personal de salud del poblado?

Si----- no----- en ocasiones-----

ANEXO 3

Guía para el análisis documental

- 1- Textos básicos de medicina
- 2- Revistas de neurología
- 3- Artículos científicos de enfermedades cerebro vascular
- 4- Tesis de especialidad, maestrías y doctorados

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dada la situación de las enfermedades cerebro vascular que afecta una parte considerable de la población a nivel mundial, y la alta incidencia de personas que viven con ella, decidimos realizar esta investigación, y estamos seguros que:

Si intervenimos de forma educativa logramos prevenir esta enfermedad. Le garantizamos que todos los datos obtenidos con relación a su persona serán protegidos y guardados en su historia clínica con mucha discreción y confidencialidad.

Título del proyecto: "Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida en adultos mayores de 60 años con accidentes cerebrovasculares en la provincia Ciego de Ávila"

Yo: _____

(Nombre y Apellidos)

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando yo lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.

He tenido contacto con _____

(Nombre y Apellidos del investigador)

La cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio, firmo este modelo.

Firma del paciente

Fecha

ANEXO 5

CONSIDERACIONES ETICAS

Se respetará siempre las opiniones de los participantes y sus deseos para que tengan la mayor información disponible a ellos para decidir si participar en el estudio o no. Los nombres ni las particularidades de los participantes serán divulgados a otro miembro sin previo consentimiento del participante, utilizando la información obtenida para beneficio de la población.

