



**INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FÍSICA
"Manuel Fajardo"
FACULTAD DE VILLA CLARA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS
ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA.**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA**

JOMO KENYATA MORÉ CHANG.

SANTA CLARA

2008

**INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FÍSICA
“MANUEL FAJARDO”
FACULTAD DE VILLA CLARA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS
ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA.**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA**

**AUTOR. MSc. JOMO KENYATA MORÉ CHANG.
TUTOR (es). Dra. C. PASTORA DELER SARMIENTO.
Dr. C. SILVIO ABREU ADAY.**

**SANTA CLARA
2008**

AGRADECIMIENTOS:

A los Licenciados Nora Junco Cortés, Mercedes Quiñones Álvarez y Liuneisy Estévez Agüero, porque otrora me insertaron en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Al Departamento de Ciencias Médicas de la Actividad Física del Instituto Superior de Cultura Física “Manuel Fajardo” de Villa Clara por facilitar la continuidad del tránsito por esta valiosa profesión.

A mis tutores: Dra C. Pastora Deler Sarmiento (mi pasto) por ser una hacedora del amor en su valiosa e incondicional colaboración y conducción y Dr. C. Silvio Abreu Aday.

A los Doctores en Ciencias: Selva D. Pérez-Silva, Ileana Moreno, Rocío Fernández-Ballesteros, María A. Riera, Ernestina Bosh, Antonio Morales, Alberto Sánchez, Magda Mesa, Luis García, Antonio Lanza, Mayra del Toro, María de los A. Sasiguain, Mario Cuesta, Lucia Alba, Yanet Pérez Zurita y Edgardo Romero por su comprensión y apoyo.

A la Máster en Ciencias Eloida Pedroza Jorge por la orientación siempre oportuna.

A mis compañeros de la Farmacia Homeopática de Santa Clara por la continua asistencia a mis inquietudes.

A los Licenciados en Cultura Física que trabajaron conmigo.

A los integrantes del paradigmático proyecto comunitario “Cultura de vida como calidad de vida”

A Jorge Luis Rosales Amador, Amaury Peralta Sánchez y Mercedes Silveira Pérez;....Amigos de siempre.

A Lidia Cano, Omar Hernández Trimiño, Eddy de Jesús Suárez Leiva y Maria Caridad Pérez Álvarez, por su ayuda epistemológica.

A Nora Chang Pinillos (mi madre), Carmen Moré Chang (mi hermana) y Enmanuel Hernández Moré (mi sobrino).

A todos, muchas gracias.

Dedicatoria

A mi madre.
A la memoria de mi padre, se sentiría muy feliz.
A mis pacientes.
A mis amigos incondicionales.

EXORDIO

“(...) el remedio está en cambiar bravamente la instrucción verbal en experimental, de retórica en científica... , hombres vivos, hombres directos, hombres independientes, hombres amantes, eso han de hacer las escuelas”.

José Martí (1853-1895)

SINTESIS:

La presente investigación surge a partir de la identificación de la brecha entre las formas tradicionales que fundamentan la intervención rehabilitadora del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica y la perspectiva que concibe a este paciente como sujeto activo en el proceso de apropiación de la experiencia socio-histórico-cultural, a partir de las premisas biológicas que aporta el proceso bioadaptativo de la neuroplasticidad. A través de la acción reflexión orientada y la retroalimentación de la ejecución en el grupo de discusión junto a otros métodos y técnicas de investigación se procedió al diseño, aplicación y evaluación del programa de orientación para la Rehabilitación Física del hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica en virtud de un aprendizaje para la vida, el crecimiento personal, la complementariedad, la mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente y la superación profesional del rehabilitador.

INDICE DE CONTENIDOS:

INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA	11
1.1 Características de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico.....	11
1.2 Estado actual de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico.....	14
1.3 Caracterización del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.....	16
1.4 La Rehabilitación Física en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica, espacio ideal para la rehabilitación del hemiparésico crónico.....	21
1.5 La teoría de la Neuroplasticidad en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico	30
1.6 El Enfoque Histórico Cultural de Vygotski en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico	34
1.7 La interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski como fundamento de la Rehabilitación Física del hemiparésico crónico	37
1.8 La concepción del programa de orientación como aporte principal de la investigación. Su papel en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico	41
Conclusiones parciales del capítulo uno	49

2. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA	51
2.1 Población y muestra	51
2.2 Estrategia metodológica adoptada en la investigación.....	51
2.3 Métodos y técnicas de nivel teórico.....	52
2.4 Temporalización de la investigación.....	54
Conclusiones parciales del capítulo dos	81
3. PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA.....	82
3.1 Fase diagnóstica del programa de orientación	82
3.2 Fase de diseño del programa de orientación	85
3.3 Fase de aplicación del programa de orientación	100
3.4 Fase de evaluación del programa de orientación.....	100
3.5 Evaluación final del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica	115
CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	125
ANEXOS	147

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Diseño de las actividades del programa de orientación en correspondencia con las necesidades físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora.....	71
Figura 2.2 Talleres desarrollados en el grupo de discusión.....	72
Figura 2.3 Cursos teóricos y teórico-prácticos desarrollados en el grupo de discusión.....	73
Figura 3.1 Indicadores de los juicios de valor del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.	95
Figura 3.2 Contenido, metodología y temporalización de la primera etapa.....	98
Figura 3.3 Contenido, metodología y temporalización de la segunda etapa.	99

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud confirma que 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de limitación en su validismo. Las principales causas son los daños al sistema nervioso, los trastornos mentales y la enfermedad cerebrovascular, que se define como la interrupción repentina del suministro de sangre al cerebro por isquemia o hemorragia. Es la tercera causa de muerte en Cuba y países desarrollados y la primera causa de invalidez en los adultos mayores de 50 años.

La secuela más constante de esta enfermedad es la hemiplejía o parálisis muscular total de un hemicuerpo que se establece posterior a la supervivencia al coma neurológico. La total flacidez muscular junto a los síntomas y signos invalidantes imposibilitan la marcha y las actividades básicas cotidianas de la vida diaria (bañarse, vestirse, usar el servicio sanitario, movilizarse, alimentarse y controlar los esfínteres anal y vesical).

Con la Rehabilitación Física por medio de la Kinesioterapia la hemiplejía deviene hemiparesia o el grado menor de parálisis muscular de un hemicuerpo que provocan las capacidades residuales permanentes resultantes de la evolución de la hemiplejía sobre las que insistirán los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica. No interfieren en la independencia para las actividades básicas cotidianas de la vida diaria pero obstaculizan la realización de las actividades instrumentadas de la vida diaria - limpiar, cocinar, comprar, usar medios de transportes, manejar dinero, medicación, usar el teléfono- y las actividades avanzadas de la vida diaria que permiten la integración social y ocupacional: practicar deportes, hacer ejercicios regularmente, hacer viajes,

actividades físico-recreativas, participar en actividades culturales, sociales, asociativas etcétera.

Dada las necesidades del paciente hemiparésico crónico al recobrar la marcha y la independencia para las actividades básicas cotidianas de la vida diaria, se requiere de acciones terapéuticas e intervenciones psico-sociales para un mayor nivel de validismo, calidad de vida relacionada con la salud y cumplir con el encargo social de la Rehabilitación Física: la integración social y ocupacional del discapacitado.

Así se ajusta al paradigma bio-psico-social de la Medicina y se puede lograr con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica según la conceptualización de Roger (2007,30) como proceso de “Curación y Educación para la salud”, surgida en los límites entre la Medicina y la Cultura Física. Esto implica la recuperación de la funcionalidad y a la vez, de la capacidad psico-social del individuo. Se trasciende al reto de redimensionar la concepción de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

En la actualidad la concepción integradora de la naturaleza humana y la salud, junto a los adelantos científicos médicos y la preocupación a nivel nacional e internacional por la Rehabilitación Física que involucra al aspecto psico-social determina, no solo el incremento del hemiparésico crónico en la comunidad por la mayor supervivencia al coma neurológico, sino que condiciona el establecimiento de diversas formas de intervención con fundamento en múltiples enfoques teóricos.

Se transita por formas de tratamientos propias de un paradigma positivista con mayor énfasis en los resultados que en el proceso el cual se centra en, aspectos médicos, biológicos y en el punto de vista fisioterapéutico. Por lo tanto, la Cultura Física

Terapéutica y Profiláctica en la actualidad no tiene una identidad teórica consecuente para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico que le permita cumplir con su encargo social.

Esta carencia en el conocimiento le impone al Licenciado en Cultura Física la continua adecuación de los programas para el hemipléjico y su transferencia al estado de hemiparesia crónica, y adoptar los resultados empíricos más positivos y que mejor funcionen en los pacientes. Así se establecen abordajes superficiales y en última instancia el paso desde el mecanicismo al pragmatismo.

La ausencia de una concepción que fundamente y oriente la intervención que conlleve a la integración de la terapéutica con el proceso de socialización del hemiparésico crónico a partir de sus premisas biológicas determina, la diversidad y fragmentación de la práctica procesual de la Rehabilitación Física de este paciente en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Al mismo tiempo impulsa la reorientación de muchos de sus planteamientos hacia el enfoque psico-social, y genera múltiples estrategias de intervención, cuyo carácter integral está en la participación de un equipo multidisciplinario y tienen como fundamento teórico esencial la teoría de la Neuroplasticidad.

En este sentido se señalan los programas de ejercicios físicos terapéuticos vigentes para la rehabilitación del paciente hemipléjico: Coll y otros (2005); Junco y Moré (1994); Senmanat y Horsford (2006) y el Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensiva todos con valiosos aportes teóricos y prácticos, pero con limitaciones al develar lo tradicional o médico o biológico de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica en sus concepciones de trabajo.

No hay duda que estos programas resultan imprescindibles para el logro de los niveles iniciales de validismo en la fase aguda de la secuela de la enfermedad cerebrovascular (hemiplejía). Sin embargo, una vez que se alcanza el estado de hemiparesia crónica, es la propia interacción del individuo con los agentes socializadores del contexto socio-histórico-cultural que lo determina la que devela por sí sola, la imposibilidad de operar con muchas de las ideas que nos aportan.

Los rehabilitadores configuran el proceso de Rehabilitación Física para el hemiparésico crónico, no solo a partir de las adecuaciones que le hacen a los programas vigentes en correspondencia a los contextos específicos, sino que instauran el proceso como un servicio de oferta y demanda.

La orientación (ayuda) se produce a medida que surgen y se detectan las necesidades sin una adecuada planificación en función de objetivos que le den sentido y que involucre, no solo al equipo multidisciplinario, sino a todos los actores sociales, la comunidad, la familia y el propio paciente en un proceso formativo y desarrollador que aporte a la mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente, el crecimiento personal y el aprendizaje para la vida de los implicados en el proceso de transformación social.

En el proceso de Rehabilitación Física de pacientes hemiparésicos crónicos con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica no solo es suficiente la apropiación de habilidades, capacidades motrices y conocimientos que trasmite el rehabilitador. Deben adquirirse además aquellos conocimientos, hábitos y motivaciones necesarios para continuar aprendiendo por sí solo con vista a enriquecer más la motricidad, la inteligencia, la capacidad productiva y el aprendizaje para la vida.

De este modo, en el ámbito de la Rehabilitación Física, la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica emana como una necesidad normal para la vida pues, al ser tangible sus beneficios para el sujeto, adquiere significación.

De aquí se desgaja la necesidad de intervenir con actividades organizadas y dirigidas a un objetivo de carácter educativo, instructivo, cultural, recreativo y desarrollador. Para ello es imprescindible el trabajo grupal en la intervención social donde el comportamiento y la actividad de la dinámica humana se condicionan por la organización colectiva mediada por la comunicación y la interacción social.

Con esta reflexión se hace al sujeto partícipe del proceso rehabilitador y protagonista de su propia formación, desarrollo y transformación en el camino de aprender a aprender a gestionar su propia independencia, lo que implica la superación profesional del Licenciado en Cultura Física y la intencionalidad educativa que ha de lograrse en la diversidad.

Estas pretensiones se fundamentan en la comprensión de la interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski. Con ello se integra teoría y práctica, los ámbitos cognitivo, afectivo, motriz, y actitudinal en el proceso de Rehabilitación Física del hemiparésico crónico. Se facilita el tránsito de la dependencia a la independencia de éste. Se transfieren los preceptos de participación activa del individuo desde el entorno de la salud al de la Cultura Física Terapéutica comunitaria y se le da continuidad al proceso de Rehabilitación Física de este paciente en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica donde debe continuar su rehabilitación para toda la vida.

El Enfoque Histórico Cultural de Vygotski influye en la intervención social que se dirige al desarrollo humano a través de la participación activa del sujeto. Desde esta perspectiva se señalan el programa de orientación de la Escuela de Bárbara Taylor en Harlem, Estados Unidos de América; los programas de orientación bajo la consigna “Los caminos de la participación” que desarrolla la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) desde 1981; el proyecto jamaicano de estimulación del niño pequeño; los programas de Educación Especial para la integración de los minusválidos a través de la Federación Mundial conocida como “REHABILITACIÓN INTERNACIONAL”; y la Terapia Social de Fred Newman, entre otros.

Estos programas de orientación no pueden transferirse del todo a los ámbitos médicos pues se conciben para la habilitación y no para la Rehabilitación Física. No se promueven desde los puntos de convergencia de la Psicología, la Educación Física, el Deporte, la Recreación y la Cultura Física Terapéutica. Tocan tangencialmente la calidad de vida relacionada con la salud, concepto que condiciona la efectividad de la intervención físico-rehabilitadora. No tienen objetivos que se encaminen a la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

En la bibliografía que se revisó, no se localizan programas de orientación para la intervención social comunitaria con enfoque participativo desde los dominios de las Ciencias Médicas que sean aplicables al proceso objeto de estudio.

Paralelamente se estructuran diversos programas de orientación en el campo de las Ciencias de la Educación, las Ciencias Sociales y Ciencias de la Cultura Física pero sus

elementos no son transferibles y aplicables al dominio de la salud y al estado de hemiparesia crónica.

La **situación problémica** descrita se puede abreviar de la siguiente manera:

La Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica en la actualidad, se concibe mediante la adecuación de los contenidos de los programas para el hemipléjico con tendencia tradicional, lo que resulta insuficiente para satisfacer las necesidades y aspiraciones del hemiparésico crónico. Por tanto, se requiere de una concepción de programa específico y de la atención comunitaria en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica desde una posición de sujeto activo.

A partir de lo anterior se formula el siguiente **problema científico**:

¿Cómo concebir el proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica?

La parte de la realidad objetiva que es portadora del problema y sobre la cual se actúa constituye el **objeto de estudio** de esta investigación, y se enmarca en el proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico.

Consecuentemente, fijamos el **campo de acción** en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

En relación al problema científico expuesto se formulan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características actuales del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica?

2. ¿Qué fundamentos teóricos y metodológicos pueden sustentar un programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica?
3. ¿Qué particularidades hacen distintivo los componentes del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica?
4. ¿Qué criterios determinan la viabilidad del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico?

Para solucionar el problema se concibe el siguiente **objetivo general**: diseñar un programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Objetivos específicos:

- 1-Diagnosticar las necesidades del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- 2-Fundamentar en el orden teórico y metodológico un programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- 3-Determinar la estructura y contenido del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- 4-Evaluar los resultados del diseño y aplicación del programa de orientación.

Dado el carácter social de esta investigación se toma como sustento metodológico el enfoque materialista dialéctico.

Los métodos y técnicas de investigación se aplican a una muestra de 15 pacientes hemiparésicos crónicos de etiología cerebrovascular (aterotrombótica) en el área de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica de la sala de Rehabilitación Física Integral del Policlínico Universitario “José Ramón León Acosta” del municipio de Santa Clara, provincia de Villa Clara e incluye además los dos Licenciados en Cultura Física que laboran en el área y 30 expertos.

La tesis se estructura en tres capítulos. El primero establece los fundamentos teóricos de la investigación. El segundo expone los elementos que se refieren al diseño metodológico y se detallan los métodos, técnicas y procedimientos de investigación. En el tercer capítulo se presenta la propuesta final y la evaluación de los resultados del diseño y aplicación del programa de orientación.

Se declaran como **aportes de significación teórica** los siguientes:

- La concepción de un programa de orientación que trasciende las concepciones tradicionalmente trabajadas en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica ya que ubica al paciente en el centro del proceso desde la perspectiva del Enfoque Histórico Cultural de L.S. Vygotski y lo interrelaciona dialécticamente con la teoría biomédica de la Neuroplasticidad con lo cual se enriquece la planificación, ejecución y control del proceso rehabilitador.
- El constructo teórico: “Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica”.

Novedad científica: Se expresa en una concepción que identifica, perfecciona y da continuidad al proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica en virtud de un aprendizaje para la vida del paciente y la superación profesional del rehabilitador.

Como **aporte de significación práctica** se declara: Un programa de orientación para desarrollar la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico que orienta metodológicamente los procedimientos en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica, y que ofrece estrategias para estimular la responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente, el crecimiento personal y el aprendizaje para la vida de todos los implicados.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA

En este capítulo se exponen las bases teóricas de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica que, permiten explicar la interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski para la concepción del programa de orientación a partir de un constructo teórico-metodológico del proceso objeto de estudio.

1.1 Características de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Rehabilitación Física como el proceso global y continuo encaminado a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y habilidad funcional en personas discapacitadas a partir de sus capacidades residuales permanentes para su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma independiente su propia vida en el entorno comunitario y se materializa en la participación activa en acciones laborales, socio-culturales, deportivas, familiares y de las asociaciones de discapacitados donde la promoción y prevención de salud son importante.

La discapacidad es un fenómeno de trascendencia social y económica con incidencia cada vez mayor en la sociedad. De hecho, la OMS estima la afectación en el diez por ciento de la población iberoamericana y a la vista de los índices de crecimiento poblacional en América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número absoluto de personas discapacitadas. En Cuba, un estudio de prevalencia en el año 2003 arrojó que el siete por ciento de la población tenía algún tipo de discapacidad.

Entre las causas más frecuentes de discapacidad se encuentra la enfermedad cerebrovascular que se define como la interrupción repentina del suministro de sangre al cerebro por isquemia o hemorragia. Constituye la tercera causa de muerte en Cuba y en países desarrollados después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Además, en los adultos es la primera causa de invalidez.

En relación a esta enfermedad se observa un incremento anual. Puede aparecer a cualquier edad y predomina por encima de los 50 años de acuerdo al reporte de autores como (Bastos, 2005; Cardamone, 2005; Coll y otros, 2005; Cuba, 2003; Fernández-Ballesteros, 2000; Lavados, 2005; Rodríguez y Pila, 2005); pero "...Tan importantes son las cifras de incidencias como el grado de discapacidad que producen las enfermedades cerebrovasculares", según argumenta Moré (2004 a).

El problema de la recuperación de estas enfermedades se aborda por autores como (Fernández-Ballesteros, 2000; López y Fernández, 2002; Millaras, 2004; Moré, 1995 a,b, 2004 a; Pellegrín, 2004; Pila, 2002; Rodríguez y Pila, 2005) quienes refieren que un diez por ciento se recupera en su totalidad en forma espontánea entre ocho y 12 semanas, otro diez por ciento no se recupera y el 80 por ciento se beneficia con el tratamiento de rehabilitación. Estas opiniones influyen en el interés del investigador por buscar formas de influir en el proceso de Rehabilitación Física en el mayor número de enfermos y de implicar al paciente en su propio proceso rehabilitador.

Una de las secuelas más constantes de la enfermedad cerebrovascular es la hemiplejía o parálisis muscular total de un hemicuerpo que se establece en el período posterior a la supervivencia al coma neurológico. La marcada flacidez muscular y los síntomas y signos clínicos invalidantes imposibilitan la marcha y las actividades básicas cotidianas

de la vida diaria (ABCVD) tales como bañarse, vestirse, usar el servicio sanitario, movilizarse, ser continente (control de esfínter anal y vesical) y alimentarse.

Las acciones de rehabilitación en este paciente son estructuradas sobre la base de la Kinesioterapia que se realiza en las modalidades de rehabilitación institucional (centros especializados de rehabilitación) y/o institucional con extensión a la comunidad (salas de Rehabilitación Física Integral) y permiten a la médula espinal recobrar su automatismo que, mediado y modulado por la Rehabilitación Física (RF), conduce a una disminución de la intensidad de la parálisis motora, estado que se conoce como hemiparesia.

Estas ideas fundamentan la exclusión de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica (CFT y P) en las etapas iniciales de la recuperación motora de la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, una vez que se alcanza el estereotipo dinámico motor y se trasciende al estado de hemiparesia en ausencia de complicaciones motoras y/o psíquicas seculares, se impone un nuevo reto más allá del resultado que se obtiene por medio de la Kinesioterapia.

La hemiparesia es el grado de parálisis muscular de un hemicuerpo en la cual los síntomas y signos clínicos invalidantes que la caracterizan son la expresión de las capacidades residuales permanentes resultantes de la evolución de la hemiplejía. No interfieren en la independencia para la marcha y las ABCVD pero dificultan la independencia para la realización de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) tales como limpiar, cocinar, comprar, usar medios de transporte, manejar dinero, medicación, usar el teléfono, entre otras; así como las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): practicar deportes, hacer ejercicios físicos regularmente, hacer viajes,

actividades físico recreativas, participar en actividades culturales, sociales, asociativas, etcétera: Las AIVD y AAVD permiten la integración social y ocupacional del paciente.

Las necesidades que surgen en el hemiparésico crónico después de recobrar la marcha y la independencia para las ABCVD requieren no solo de acciones terapéuticas, sino también de acciones educativas que posibiliten su implicación en el proceso rehabilitador a partir de las necesidades educativas especiales que instauran sus capacidades residuales permanentes y sobre las cuales se promoverá el trabajo preventivo correctivo compensatorio que aporta la CFT y P. Esto diferencia notablemente dicho proceso de la habilitación que demanda un niño que presenta el mismo estado por lesión hipóxica o isquémica al Sistema Nervioso Central y que no posee experiencias previas del desarrollo psicomotor, de acuerdo a Moré (1995, a,b).

1.2 Estado actual de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico

La literatura que versa sobre el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico deja ver limitaciones en el orden teórico y práctico por la carencia de programas dirigidos a este tipo de paciente.

Los autores que trabajan la RF del paciente hemiparésico crónico lo hacen desde la óptica del hemipléjico y se destacan los estudios de (Armenta, 2003; Avello, 2008; Bastos, 2005; Bobath, 1973; Brunnstron, 1978; Collin y Wade, 2000; Coll, 2005; González y Kindelán, 1997; Harris, 2002; Junco y Moré, 1994; Lapierre, 1971; Licht, 1963; Millaras, 1998, 2004; Moré, 2004 a; Navarro y Arencibia, 2006; Padilla, 2006; Pohl y Mehrholz, 2002; Rosinch, 2000; Sánchez, 2000; Sánchez y Gómez, 2004; Senmanat y Horsford, 2006; Silver, Macko, Forrester, Goldberg, Smith, 2000; Urquiza y Hernández, 2008; Vega, 2005; Viel, 1994)

Enfocan sus concepciones al plano fisioterapéutico sin involucrar al paciente en su propio proceso rehabilitador y a partir de las adecuaciones de dichos programas al paciente hemiparésico. Por tanto, se necesita dar un vuelco al proceso rehabilitador desde esas aristas.

En la actualidad el proceso se caracteriza por la preferencia de las repeticiones de ejercicios físicos terapéuticos en el que el rehabilitador define el objetivo, elabora las acciones y las indica como algo acabado e inmodificable. Los métodos no llevan al paciente a implicarse en el proceso, ni al conocimiento de los procedimientos que le sirven para asistir con su propia rehabilitación, ni al discernimiento sobre cómo comprueba que va experimentando progresos, lo que le serviría de estímulo para seguir adelante.

Se siguen los preceptos científicos del modelo médico el cual rige la práctica de la CFT y P en la actualidad como lo afirman Rodríguez y Tarrau. (2007) y se expresa al estudiar entre otros, el programa vigente para la RF del hemipléjico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica (ACFT y P) de Coll y otros (2005). En este programa se formula como objetivo general...“Mejorar el autovalidísmo” y los siguientes objetivos específicos para cada etapa:...“Mejorar la postura...la amplitud articular...el equilibrio en sedestación y bipedestación...la fuerza y tono muscular del lado sano fundamentalmente...el estado físico general...el estado psicológico...Incrementar el rendimiento físico...Desarrollar la resistencia y las capacidades coordinativas... Perfeccionar el trabajo de equilibrio y coordinación”.

Al no ofrecerse en dicho programa orientaciones adicionales, se interpreta que todo ello hay que lograrlo sobre la base de repeticiones. No se aprecia en dichos objetivos la

implicación del paciente, lo que se justifica porque se dirigen al hemipléjico. Se infiere que el programa no satisface las demandas de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P en las ACFT y P de la comunidad.

Frente a estas directrices dominantes y a la luz de las nuevas tendencias psicopedagógicas influyentes, se necesita dar un nuevo enfoque al proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en el que éste actúe como sujeto activo de su proceso rehabilitador en el contexto de las ACFT y P mediado por la actividad grupal.

1.3 Caracterización del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica

Las primeras ideas que se conocen acerca de la rehabilitación mediante los ejercicios físicos terapéuticos datan 2000 años a.n.e. en China con la “gimnasia médica” que incluía ejercicios respiratorios y movilizaciones; en la India con los ejercicios respiratorios, movilizaciones y masajes expuestos en los libros Veda; en Grecia en los trabajos de Hipócrates y Paracelso creadores de la gimnasia terapéutica que se caracterizaba por dieta, hidroterapia y el uso de plantas medicinales. También Galeno, dió un salto en su concepción al asociar la gimnasia terapéutica con la terapia ocupacional. Muchas de estas experiencias empíricas se mantienen en el proceso de RF actual.

En el siglo XIX en Europa con los métodos desde la visión de diferentes concepciones en cuanto a formas de realizar ejercicios físicos, la RF se vió favorecida con los ejercicios naturales (Amorós, F. y el sistema Francés), ejercicios higiénicos para la forma correcta del cuerpo (Pier, H.; Ling y el sistema Sueco), con ejercicios dirigidos a

lograr un carácter atlético del tren superior (Friederich, L.;Jahn y el sistema Alemán); y con la inclusión del deporte como forma de mejorar física y relacionalmente a los jóvenes (Arnold , T. y el sistema Inglés).

Estos cambios se acentúan con los aportes de las tendencias del siglo XX en que, por primera vez, se defiende la idea de que el ejercicio físico que se incorpore debe sustentarse en la vivencia del sujeto y en la necesidad de actividades relacionales que conduzcan al sentido de la acción y a la socialización.

Caracterizar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P en la actualidad constituye un desafío por los múltiples enfoques teórico-prácticos en los que se fundamenta, junto a lo que advierte Waerhauge (1981), citado por Araujo (2003)...“Hay pocas investigaciones que documentan los efectos de la actividad física sobre el sistema nervioso. De las que lo hacen, algunas se basan en actividades físicas inadecuadamente decididas y otras presentan resultados poco concluyentes”. En esta dirección se localizó solo un artículo relacionado con la aplicación de los medios de la CFT y P en la comunidad para el hemiparésico crónico. (Ghedina, 2000).

La influencia del modelo tradicional o médico o biológico cuyo carácter reduccionista, mecanicista, ahistórico y descontextualizado se señala por (Arnold, 2001; Ávila y Fonte, 2004; Contreras, 2007; Díaz y Calzadilla, 2001; Licea, 2006; Pérez, 1987; Pedríguez, 2003; Saforcada, 1992; Tuner, 2000) muestra aportes válidos en tanto otros son limitantes. Su visión reduccionista que se centra en el movimiento, no puede explicar la variedad de fenómenos que lo sobrepasan.

La concepción biológica o tradicional de la RF del hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P es tácita en la terapia correctiva y compensatoria que se fundamenta en los mecanismos de acción tonificante, trófica, de formación de compensaciones y de normalización de funciones, de acuerdo a Popov (1981); Senmanat y Horsford (2006).

Las incongruencias que se advierten entre el modelo tradicional y las nuevas necesidades de carácter social y educativo de los hemiparésicos crónicos, dió lugar a estrategias de intervención integral (ver Anexo 1) que, a criterio del autor, enfatizan la rehabilitación motora sin aportar una visión orientada al contexto socio-histórico-cultural. En respuesta a la necesidad de considerar la realidad como múltiple, el Modelo Psicoeducativo, a través de sus tendencias Psicomotricidad, Psicocinética y Expresión Corporal, impacta en el proceso de RF con los medios de la CFT y P y deja ver un tránsito desde el plano físico biológico al plano psíquico y vivencial del sujeto. Busca su integración armónica.

Consecuentemente, la concepción de la salud persigue el bienestar psíquico y físico y el mejoramiento de la calidad de vida, (paradigma psico-físico de la Medicina) de acuerdo a López (2006,21) y Pérez (1987). Se enfatiza en la motivación y el aprendizaje más que en la enseñanza y se eleva el carácter activo y consciente del sujeto, al incrementar las potencialidades educativas del ejercicio físico terapéutico.

En este sentido, el Método Bobath para la habilitación de niños con necesidades educativas especiales resultantes de un neurodesarrollo alterado y para la rehabilitación de las secuelas de la enfermedad cerebrovascular, junto al Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensivo se alzan como concepciones de vida para los discapacitados. Se señalan los criterios de Sentmanat y Horsford (2006,235)

quienes valoran"...el papel estimulante del ambiente, la reeducación vocacional, social, ocupacional y la interacción paciente-terapeuta-equipo multidisciplinario".

Ambos procederes, aún cuando abogan por una orientación sistémica en el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico y mantienen la integración del enfoque clínico-terapéutico con el educativo exclusivo de la CFT y P, dejan percibir posiciones del modelo tradicional cuando aluden los aportes de Acebes, Bascuñana, Molins, Valdéz, Cerda (1996); Crossman (1959) y Rabbit (1961) citado por Sentmanat (2006,232), para fundamentar la concepción general del sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensiva. Estos autores expresan que "...la relación entre la cantidad de repeticiones realizadas y el nivel de habilidad alcanzado, solo se logra con capacidad máxima y velocidad adecuada y se constituye un engrama, cuando la actuación motora se repite de veinte a treinta mil veces".

Al proceso de RF del paciente hemiparésico crónico también le sirve de fundamento la concepción del deporte como instrumento educativo al promoverse la integración sociodeportiva y familiar con sentido ecológico y al soslayarse la exigencia del alto rendimiento del deporte espectáculo. Se concibe la actividad física como proceso y fin de la recreación según López (2006) y Pierón (1988).

La concepción sociodeportiva en la RF se fundamenta además en los criterios de autores como Alonso y Peralta (2000); Aturralde (2003) que argumentan"...Las adaptaciones biológicas con las que ocurre el proceso de rehabilitación por ejercicios físicos no distan en nada de lo planteado por la teoría del entrenamiento deportivo. No hay criterio de pausa, carga, densidad etc., que sea diferente según se trate de un sujeto sano o enfermo."

En este sentido, Roger (2007,30) sustenta una redimensión al concepto de CFT y P, y la concibe como proceso de “Curación y Educación para la salud”, que surge en los límites entre la Medicina y la Cultura Física ya que”...Ni la una ni la otra se ocupan de abordar y mucho menos de resolver los problemas científicos que surgen al margen de sus respectivos objetos de estudio”, de ahí su autonomía.

Desde esta óptica, la RF del hemiparésico crónico se fundamenta en una visión educativa como lo expresa Aturralde (2003), cuando asevera que”...Enseñar, corregir y entrenar independiente de su finalidad y de la abstracta y artificial categorización del individuo como sano o enfermo es un acto educativo”.

Las reflexiones del autor de esta investigación permiten considerar al proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P como un proceso dialéctico de intervención físico-terapéutica y educativa en la comunidad.

De acuerdo a Vygotski (1982) (1987 a,b) (1988) (1989) el proceso educativo es la fuente que conduce al desarrollo subjetivo individual y en esta investigación subyace en la perspectiva psico-social. Este criterio se ajusta al paradigma bio-psico-social de la Medicina.

En el orden práctico la carencia de una concepción que guíe la RF del paciente hemiparésico crónico exige adecuaciones a partir del hemipléjico, condiciona abordajes superficiales y limitados hábitos de los pacientes de asumir la RF en las ACFT y P.

Autores como Araujo (2003) sostienen que en la práctica aún prevalece la separación del enfoque clínico-terapéutico del educativo. Este planteamiento se reafirma en la cita de Schapira y Muzaber (1998,178): “...La Rehabilitación Física es recuperación de habilidades y no integración de elementos individuales para interactuar con el contexto”.

La cita precedente se materializa en comportamientos personales y estilos de vida resultantes de las barreras de comunicación social, actuaciones unidireccionales no interactivas y falta de motivación para el desarrollo de las AIVD y AAVD.

En esta dirección se coincide con Pérez (2004), Larumbe y Fernández (2007) y específicamente con Badiá (2004,13) cuando afirma que...“La intervención ha sido abordada desde un punto de vista fisioterapéutico, con escasa visión integradora y multidisciplinar de las necesidades educativas de la persona”.

En resumen, de todo el análisis precedente, se sintetiza que las características actuales del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P, están marcadas por el modelo tradicional que se fundamenta en aspectos biológicos y físicos aunque se advierte el carácter sistémico.

No se observa algún planteamiento que declare cómo el paciente puede asumir una posición de sujeto activo en la interacción social a través de la acción grupal que, de acuerdo a los postulados del Enfoque Histórico Cultural (EHC) de Vygotski, persigue convertir al sujeto en protagonista de su propia formación, desarrollo y transformación.

El análisis de cada uno de los modelos permite penetrar en sus aspectos positivos e interesantes y, a la vez, reflexionar sobre sus puntos débiles; lo que evidencia la necesidad de ir a la búsqueda de una concepción de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P.

1.4 La Rehabilitación Física en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica, espacio ideal para la rehabilitación del hemiparésico crónico

En Cuba, con el triunfo de la Revolución en el año 1959, comenzó realmente el empleo del ejercicio físico con fines terapéuticos y profilácticos dado la connotación social que

se logra con la creación del INDER. Se aportó una nueva dimensión al proceso de RF con los medios de la CFT y P en la comunidad junto a la promoción y la prevención de la salud, que se concretó en el año 1982 con la creación de las ACFT y P.

El desarrollo y enriquecimiento científico de la concepción de la CFT y P se aprecia en las definiciones de Sentmanat y Horsford (2006,12); Popov (1988) quienes la concretan como una...“Disciplina médica independiente que aplica los medios de la Cultura Física en la curación de las enfermedades y lesiones, en la profilaxis de sus agudizaciones y complicaciones así como en la recuperación de la capacidad de trabajo”.

Estos autores consideran la necesidad de la ejecución consciente y activa de los ejercicios físicos terapéuticos por parte de los enfermos, y lo valoran como un proceso terapéutico pedagógico que se diferencia cualitativamente de los demás métodos terapéuticos en especial, de la Fisioterapia.

En este sentido se coincide con Alonso (2001) que asevera...“No se trata de sustituir el trabajo del fisioterapeuta, todo lo contrario, se trata de culminar aquello que a éste le resulta imposible obtener porque requiere de otros elementos del ejercicio físico y conocimientos de carácter pedagógico que en su formación no son objeto de estudio”.

Desde esta posición, Sentmanat y Horsford (2006,12) argumentan que...“Ningún método terapéutico por separado puede garantizar la recuperación y el total restablecimiento de la capacidad de trabajo”. Así se sustenta el concepto de Rehabilitación Física Integral y se organiza el proceso en programas de intervención que se enfocan hacia los sistemas orgánicos: Rehabilitación Cardíaca Integral, Social y Ocupacional, Psicológica, Psiquiátrica, Neumológica, Ortopédica, Geriátrica, Pediátrica, Neurorehabilitación etcétera.

La concepción psico-social del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P, debe quedar explícita al transformar al paciente en protagonista de su propia rehabilitación, de acuerdo a lo que afirma Addine (2004) "...La realidad como praxis solo se transforma cuando se hace a las personas participe de ella".

Los múltiples enfoques teóricos y la ausencia de una definición específica del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P, exige realizar un constructo teórico-metodológico que oriente el estudio, permita la operatividad en el proceso investigativo y esclarezca la concepción de interacción individuo-grupo-sociedad en el proceso rehabilitador.

Este constructo se obtiene al intentar clarificar por aproximación teórica más que redefinir; y ordena los indicadores de operacionalización que emanan del diagnóstico de las necesidades.

Se observa una continua y creciente preocupación a nivel mundial y nacional por la RF que establece un marco propicio para esta investigación, implícito entre otros en la Declaración Decenio de Las Américas: por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) (2006); II Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, La Habana 2002, y recientemente el Encuentro Internacional de Neurorehabilitación "Neurorehabana 2008".

Esta idea integradora de la naturaleza humana y la salud junto a los adelantos científicos médicos, justifica el aumento de la incidencia del hemiparésico crónico en la comunidad a consecuencia de la mayor supervivencia a la enfermedad cerebrovascular y genera la multiplicidad de ideas en torno al desarrollo de la RF para este paciente con

los medios de la CFT y P desde un paradigma positivista. Pero las propias corrientes impulsan la reorientación de muchos de sus planteamientos hacia el aspecto psico-social.

No obstante, los abordajes aún son superficiales ya que, la ausencia de una concepción identitaria del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P condiciona la transferencia desde lo establecido para el hemipléjico. Se adoptan los resultados empíricos más positivos y que mejor funcionen en los pacientes por lo que en última instancia se transita del mecanicismo al pragmatismo.

La perspectiva psico-social posibilita la inserción dinámica del proceso de RF en el subsistema de Cultura Física del INDER cuyo primer objetivo es "...Promover la práctica de actividades físicas de manera que constituya parte de la cultura general de cada ciudadano y propicie el aumento de los niveles de salud" INDER (1991, 5). Se vincula a la sostenibilidad del desarrollo humano según Pascual (2002) y Santana (2005) y al nivel de pertinencia de su componente estructural que para Montero (2005,39)"... surge de la identificación y sistematización de las necesidades humanas".

El diagnóstico de las necesidades en la dinámica de la relación dialógica rehabilitador-paciente instaura la direccionalidad de la intervención social. Se parte de la unión de los procesos cognitivos, afectivos, motores y actitudinales, cuyo carácter mediatizado y mediatizador, se clarifica a través de las concepciones de Vygotski y adquiere el proceso un carácter activo, global y continuo.

Desde esta óptica se alude la significación de los factores axiológicos y el trabajo de la estética en la actividad física como forma compleja de integración de las estimaciones supremas de la dinámica de la relación dialógica rehabilitador-paciente.

En relación a los valores humanos sirven de fundamento no sólo las concepciones de Vygotski, sino también las ideas de (González, 2002; Lugones, 2002) y lo que expresan Sentmanat y Horsford (2006,283) al sugerir paciencia, amor profesional y "...un profundo conocimiento de la plasticidad del sistema nervioso y sus efectos para la restauración." ya que la problemática fundamental del hemiparésico crónico se centra en la esfera afectiva-emocional y en el contexto socio-familiar.

De tal suerte se plantea el constructo de la siguiente manera:

“La Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica constituye un proceso activo, global y continuo que a partir de la contextualización de necesidades, permite la integración de lo cognitivo, afectivo, motriz y actitudinal en la relación dialógica rehabilitador-paciente y, a través de la orientación, potencia la mutua responsabilidad, el crecimiento personal y el aprendizaje para la vida, como forma de contribuir a alcanzar un mayor nivel de validismo y calidad de vida relacionada con la salud”.

Para hacer viable esta concepción se debe dar respuesta a qué, cómo, dónde, cuándo, quién y para qué. Solo así el constructo cumple con su carácter teórico-metodológico.

Al abordar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P reflexionamos en el grupo-clase de CFT y P como la forma principal de materialización del mismo. Es el factor esencial dentro de todas las formas de actividades en la que se interrelacionan las categorías didácticas de acuerdo a (Álvarez, 1992; Fiallo, 2001; García, 2002; Klinberg, 2004) y brinda la oportunidad inigualable para que los profesores exclaustren iniciativas, creatividad y habilidades profesionales.

La clase es una acción pedagógica que se refiere a procesos formativos que se orientan a la dimensión educativa, que busca avance y cualificación en sensibilidad (valores, afectos, normas); inteligencia (capacidades psicomotoras, intelectuales, habilidades entre otras); autonomía (independencia para actuar); solidaridad (visión global de las cosas) según asevera Deler (2003).

Por centrarse la actividad física en el ser que se mueve adquiere una proyección integradora según Lagardera (1987) citado por López (2006,53) y le confiere a la concepción un perfil global que implica potenciar el carácter activo, transformador, y autodeterminado del sujeto bajo la orientación del rehabilitador.

En este sentido durante la clase de CFT y P, el rehabilitador debe establecer la toma de conciencia del objetivo por parte del paciente, que no se garantiza con la simple explicación al inicio de un curso o de determinado tema de los objetivos a alcanzar formulados en términos de tareas, sino que es necesario que durante todo el proceso el paciente vaya descubriendo, reformulando, tomando conciencia de sus necesidades y del sentido de las acciones que realiza, de acuerdo a lo expuesto por (Bell, 2003; Bermúdez y Pérez, 2003; Castellanos y otros, 2002; Castellanos, Llivina, Silverio, 2004; Capote, 2002,2008, Saqué, 1996).

En el proceso de RF de pacientes hemiparésicos crónicos con los medios de la CFT y P no solo es suficiente la apropiación de habilidades, capacidades motrices y conocimientos que trasmite el rehabilitador. Deben adquirirse además aquellos conocimientos, hábitos y motivaciones necesarios para continuar aprendiendo por sí solo con vista a enriquecer más la motricidad, la inteligencia, la capacidad productiva y el aprendizaje para la vida. De este modo el ámbito de la RF con los medios de la CFT

y P emana como una necesidad normal para la vida, pues, al ser tangibles sus beneficios para el sujeto, adquiere significación, según Moré (2006) (2008).

De aquí se desprenden las actividades organizadas y dirigidas a un objetivo de carácter educativo, instructivo, cultural y recreativo que se realizan después de la clase. Intencionalmente con estas actividades se concretan ideas por parte de los pacientes tales como, la asimilación del por qué y para qué se hacen las mismas, la comprensión de su contenido, las vivencias de satisfacción con la actividad y los logros en su ejecución que pongan de manifiesto el desarrollo de habilidades y destrezas alcanzadas. Para ello es imprescindible el trabajo grupal en la intervención social según asevera Bermúdez (2002) y Schvarstein (1991).

El grupo real que se conforma en la relación dialógica rehabilitador-paciente se constituye de forma tal que el comportamiento y la actividad de la dinámica humana se condicionan por la organización colectiva mediada por la comunicación y la interacción social. De acuerdo a Makarenco citado por Martín (2007)"...Las acciones del grupo son asignadas por la sociedad y constituyen el sistema de relaciones prácticas concebidas como relaciones de dependencia responsable".

En este sentido los postulados del EHC de Vygotski fundamentan la mediación entre la integración de las relaciones del grupo y la socialización, lo que propicia una educación desarrolladora.

El trabajo grupal, amparado en los presupuestos teóricos del EHC de Vygotski, se concibe como proceso de participación que estructura la intervención social y atiende a la diversidad.

El grupo real como protagonista del proceso rehabilitador con los medios de la CFT y P soluciona la contradicción entre el carácter social de la enseñanza y el individual del aprendizaje de acuerdo a Castellanos (2004) que sostiene que el grupo nominal y/o formal representado por la clase no responde a esta contradicción, pero asevera que "...el grupo real es un espacio por excelencia donde se producen las medicaciones que impulsan el desarrollo y el crecimiento personal".

El grupo real es un organismo vivo con voluntad propia y actuaciones que le dan sentido. Por este motivo las ciencias relacionadas con la CFT y P defienden la actividad grupal como proceso de socialización y vía para la atención a la diversidad a través del establecimiento de diferentes niveles de ayuda en correspondencia con las potencialidades individuales.

El grupo es un espacio para la comunicación, el diálogo, la participación, la orientación conductora del desarrollo subjetivo individual, la implicación y la intencionalidad educativa que ha de lograrse en la diversidad.

El trabajo en el grupo real aporta una concepción distintiva al proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P en las ACFT y P. Al posibilitar un abordaje integrador con un enfoque físico-terapéutico y psico-social urge a los proveedores de salud a buscar métodos y técnicas que, junto al control del trastorno fisiológico, ayuden a estas personas a reflexionar sobre lo que es mejor para su salud y cómo aprenderlo a partir de la experiencia socio-histórico-cultural.

Por tanto, es imprescindible para estructurar el pensamiento rehabilitador para estos pacientes como guía de la intervención, la concepción del trabajo en grupo vinculado al contexto como una invariante de necesidad plurimotivada. Aquí la comunicación

interpersonal y la autoexpresión, superan el modelo comunicacional prevaleciente lo que coincide con (González, 2002; Lomov, 1989; Simón y Albert, 1989; Ojalvo, 1995).

Este aspecto implica la construcción por parte de los propios pacientes, bajo la guía y orientación del rehabilitador, de esquemas motrices de amplia utilización en situaciones variadas a partir de una concepción constructora y significativa del aprendizaje desarrollador y las infinitas posibilidades de desarrollo del sistema nervioso de acuerdo a la plasticidad cerebral.

Por otro lado, el grupo condiciona la integración que se debe conformar en ideología de trabajo al irrumpir en los ámbitos extra hospitalarios y fortalecer la unidad del enfoque clínico-terapéutico y psico-social.

Esta nueva concepción de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P permitirá la continuidad del proceso en la comunidad para lograr una persona autónoma y responsable, capaz de gestionar su propio validísimo e implica además la superación profesional del rehabilitador.

No se puede eludir la proposición de que la transformación conceptual del proceso de RF con los medios de la CFT y P, conduce al cambio de la relación rehabilitador-paciente según Moré (2004b)...”De una interacción social asimétrica (en la que existe con frecuencia una relación emocional y confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el cliente, es visto como un error del trabajador y no de la naturaleza del problema) a una interacción multilateral integral “...que prevenga la despersonalización y el cansancio emocional del rehabilitador”, conocido como síndrome de desgaste profesional, expuesto entre otros por (Moré, 2004b; Paula, 2005; Torralba, 2000).

En resumen, la explicación de las características del constructo sirve de fundamento para conducir el método y la práctica que se concretan en su carácter global o visión integral de la totalidad de la realidad objeto de estudio, su carácter multicausal dado por los nexos de interdependencia entre sus elementos constituyentes y otros sistemas de la realidad natural o social, su carácter dinámico y dialéctico, su enfoque histórico concreto y su sentido humanista.

1.5 La teoría de la Neuroplasticidad en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico

La OMS en 1982 definió la Neuroplasticidad (NP) como la... "Capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente después de estar sujetas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades. Esto le permite una respuesta adaptativa (o mal adaptativa) a la demanda funcional" citado por Aguilar (2003, 1098). Este autor conceptualiza el fenómeno como "...La capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos a través de modificar su propia organización estructural y funcional". Con ello se deroga la antigua concepción del cerebro como una unidad estática e inmutable.

Bregrado y Almaguer (2002) aseguran que... "El ejercicio físico es fuente de desarrollo del cuerpo, del cerebro y la mente, mediante la inducción de cambios plásticos"; ya que las fibras musculares cambian sus propiedades morfofuncionales en respuesta a variaciones en los "patrones de activación" de las motoneuronas.

Autores como, (Aguilar, 2003; Bach, 2000; Bregrado y Almaguer, 2002; Estrada, 1988; Gómez, 2001, 2006; González, 1999) consideran que la NP está modulada por factores ambientales, sociales, educativos, psicológicos, la terapia física, el ejercicio físico

terapéutico y el estado de equilibrio bio-psico-social del individuo. Desde esta perspectiva, Bach (2000) señala otros factores como la edad, el tiempo, la motivación, la familia, el médico y el terapeuta.

Sin embargo, autores como Héctor (2000) y Laroche (2000), sostienen que el factor fundamental para la respuesta neuroplástica a largo plazo es la agresión al sistema nervioso...“Una vez ocasionada la degeneración, el sistema nervioso debe regenerar (restituir) las neuronas dañadas y reorganizar las existentes después de una lesión, o de la experiencia”, citado por Bach (2000, 329); lo cual justifica y fundamenta el proceso de RF en el hemiparésico crónico.

Las bases neurales de la recuperación motora se establecieron por (Aguilar, 2003; Bach, 2000; Bregado y Almaguer, 2002; Estrada, 1988; Gómez, 2001, 2006; González, 1999; Sánchez y Gómez, 2004). En ella se distinguen dos tipos de recuperación: a corto y a largo plazo. Esta última tiene como determinantes la experiencia individual, el medio social y la lesión al sistema nervioso.

Otros factores son el balance entre los circuitos inhibitorios y excitatorios sensibles al ácido gamma amino butírico –GABA- (base bioquímica de la reorganización), la activación de los receptores de N metil D aspartato responsables de los mecanismos sinápticos de potenciación y depresión a largo plazo, donde juega un papel importante la interacción GABA-acetilcolina comprometida en la morfogénesis cortical.

La disminución de la actividad del GABA y el aumento de la acetilcolina por el ejercicio físico terapéutico producen el desenmascaramiento y la activación de vías neurales paralelas o alternativas a la lesión desde áreas vecinas o distantes, fenómeno conocido por activación de vías directas ipsilaterales (eferencias directas desde la corteza motora

al tallo cerebral y la médula espinal con trayectos diferentes en la cápsula interna). Esto demuestra que la corteza motora es la diana del cambio plástico y secundariamente la corteza somestésica.

Por tanto la RF ejerce un efecto modulador sobre la NP a través de cambios plásticos en la representación cortical del movimiento o por aumento de la eficacia sináptica por desenmascaramiento o por plasticidad estructural que estabiliza los cambios que potencian las modalidades cruzadas (cortezas que habitualmente procesan determinada información que al estar ausentes, dan entrada o procesan información de otras modalidades sensitivas).

Aguilar (2003) ha descrito tres procesos interactivos en la RF del paciente hemiparésico crónico: la resolución de la diasquisis*, la compensación conductual y la metaplasticidad sináptica. Según Aturralde (2003) y Tamayo (2006) “...El modo en que la neuroplasticidad produce la reorganización cortical luego de la lesión, es el mismo con el que el sujeto joven o adulto aprende tareas nuevas”. En este sentido Aguilar (2003), señala a la plasticidad sináptica como responsable de la memoria y el aprendizaje y la plasticidad neuronal como responsable de los cambios de duración variable en la función sináptica y con origen en estímulos externos que condicionan el aprendizaje (experiencia), fenómeno conocido como Metaplasticidad sináptica y expuesto por (Bach, 2004; Bear, 2007; Canon, 2004; Collin y Wade, 2000; Sakurai y Havashi, 2000; Siebner, 2003; Well, 2000; Zurita y Vaquero, 2002).

*Concepto antiguo que relaciona la recuperación de la función con la recuperación de la depresión neuronal desde sitios remotos pero conectados al sitio de la lesión.

Autores como Cullell, García, Estévez y Kulisevsky (2002, 376) y De la Celda y Rodríguez (2007) aseguran que la plasticidad cerebral "...puede apoyar la explicación al fenómeno del aprendizaje"; y de acuerdo a los hallazgos de Bregado y Almaguer (2002); declaran que "...constituye un concepto básico para comprender procesos tan aparentemente diferentes como el aprendizaje y la recuperación de funciones cognitivas y motoras tras una lesión".

Hay dos tipos de conexiones neuronales: las progresivas que pierden plasticidad con el tiempo y las asociativas recíprocas que conservan una susceptibilidad mayor para las modificaciones dependientes de la experiencia. La persistente adaptabilidad de las conexiones recíprocas es probablemente el sustrato para la adquisición de habilidades que generan patrones preceptuales y motores a lo largo de la vida en los hemiparésicos crónicos en virtud de los fenómenos neuroplásticos, por lo que la rehabilitación se explica en estos pacientes. También es lento el proceso de aprendizaje con mesetas o periodos sin éstos como lo advierten (Aguilar, 2003; Bach, 2000; Bregado y Almaguer, 2002; Gómez, 2001).

Estos enfoques junto a los nuevos datos aportados por la Neurofisiología permiten al autor sustentar el proceso de RF en el paciente hemiparésico crónico a partir de varios postulados teóricos entre los que se encuentran los siguientes:

- La plasticidad cerebral esta presente toda la vida.
- La adquisición y consolidación estructural y funcional se da en etapas en las cuales el progreso no es aparente (mesetas).
- En el fenómeno de la NP tienen que estar presente determinadas condiciones tales como, el ambiente óptimo que induzca la socialización; la retroalimentación sensorial y

propioceptiva múltiple interna y externa; la existencia de un programa que promueva el desarrollo de habilidades con sentido, tiempo y dirección; con evaluaciones periódicas de los resultados que permitan nuevos patrones de movimiento y aprendizaje en el contexto de una adecuada comunicación en la relación médico-paciente-terapeuta.

1.6 El Enfoque Histórico Cultural de Vygotski en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico

Lev Semionovich Vygotski (1896-1934) fue el fundador y primer gran teórico del EHC. Su propuesta consistió en elaborar una teoría y práctica psicológica basada en el Materialismo Dialéctico e Histórico desarrollado por Carlos Marx para explicar, comprender y transformar al hombre. Con ello se soluciona el dilema entre la determinación desde fuera y desde dentro en el desarrollo y formación de las funciones psíquicas superiores y se comprende el tránsito humano desde el estado de dependencia a la posición de autodeterminación personal que constituye el emergente más elaborado y completo de un sistema social al afirmar que "...El hombre es un resultado de la sociedad en que vive pero como sujeto autodeterminado y no como cosa producida...el hombre es el artífice de sí mismo" Vygotski (1973) citado por Corral (2006,184) y Palacios (1987).

Existen axiomas del EHC que fundamentan la dimensión psico-social de la RF del paciente hemiparésico crónico, uno de ellos se relaciona con el énfasis que en la actualidad se le da al proceso rehabilitador por su carácter socializador formativo y desarrollador a partir del efecto distintivo de la actividad humana que no radica en la adaptación al medio sino en su transformación según afirma Leontiev (1979,24).

Por tanto, se define la posición activa del sujeto en relación a la sociedad, a otros hombres y sobre sí mismo. Consecuentemente la fundación de la subjetividad, su desarrollo y variaciones es un resultado indirecto y un nuevo punto de partida de la acción transformadora social.

La actividad humana solo puede ser transformadora y mediatizada en condiciones de relación social que supone la cooperación: resultados positivos para cada uno a partir de actuaciones diferentes de acuerdo a Leontiev (1979). Requiere de la comunicación para la regulación y dirección del proceso e introduce en las otras personas del grupo las cualidades y expectativas del sistema de procesos psicológicos que controlan el comportamiento; a partir de lo cual se postula por Vygotsky (1982) (1987 a) (1988) la ley psicogenética del desarrollo: de lo interpsicológico a lo intrapsicológico, en que la tesis de la historicidad como principio explicativo es la piedra angular del análisis lógico, de su comprensión y eventual control.

El autor de esta tesis defiende la idea de que en la RF del hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P se requiere de un proceso de interiorización o socialización para transformar al paciente en un ente activo, consciente, orientado hacia un objetivo en condiciones socio-históricas concretas.

Esta perspectiva obliga, por un lado a considerar la valoración del proceso rehabilitador del paciente hemiparésico crónico más que el resultado, a realizar la observación del desarrollo de este paciente para determinar sus potencialidades y niveles de competencia alcanzado que demanden ayudas específicas y, desde la dimensión física, considerar la direccionalidad del método de ejercicio físico terapéutico.

Esto involucra el descubrimiento de las zonas de desarrollo salutogénico que se encuentran en las áreas intactas del sistema nervioso no afectadas por la lesión o recuperadas por la rehabilitación, conocidas como Zonas de Desarrollo Próximo (ZDP) o Situación Social del Desarrollo que, de hecho, vienen a ser apoyadas por el propio contexto del paciente.

Observar la diferencia entre el nivel evolutivo real y el nivel de posibilidad del paciente para aprender con ayuda (orientación) permite la socialización pues la maduración y el desarrollo de estos sujetos no está determinado biológicamente. Es el resultado de modos de actividad ya internalizados de acuerdo a Sanz (1992).

La determinación de las ZDP en el hemiparésico crónico permite establecer el pronóstico y la valoración rehabilitadora, caracterizar el desarrollo de formas de tratamiento rehabilitador prospectivas al direccionar el proceso, rectificar el pasado y proyectar el futuro próximo en correspondencia con el estado evolutivo dinámico del paciente.

Ello accede a la intencionalidad educativa que ha de lograrse en la diversidad, la intervención social a través del trabajo en grupo y nos sitúa en la ley de la compensación enunciada por Vygotski (1989), esencia del trabajo correctivo preventivo compensatorio y del propio proceso de RF del paciente hemiparésico crónico.

En este sentido los factores sociales son los determinantes para la prevención de la discapacidad (Prevención secundaria) y la minusvalía (Prevención terciaria) que determinarán la completa integración social y ocupacional de estos individuos en virtud de una mayor independencia para las AIVD y AAVD que se traduce en mayor nivel de validismo y calidad de vida de vida relacionada con la salud.

1.7 La interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski como fundamento de la Rehabilitación Física del hemiparésico crónico

La interrelación dialéctica entre la teoría de NP y el EHC cristaliza en la tesis del determinismo histórico social de las funciones psíquicas superiores planteado por Vygotski (1987a). En ella se teoriza, sobre la solución al problema de lo biológico y lo social en la determinación de las funciones psíquicas mediatizada por la comunicación en la dinámica humana de la relación dialógica rehabilitador-paciente.

El aprendizaje condicionado por la NP se manifiesta en forma de mesetas. La recuperación después de la meseta depende de la organización de la materia en unidades asociativas perceptivas o motoras de mayor tamaño en virtud de la metaplasticidad sináptica activada por la experiencia biológica del cerebro y socio-histórico-cultural del sujeto. La recuperación, a criterio del autor de esta investigación, es el resultado del acercamiento de lo actual a lo potencial devenido ZDP y mediado por la actividad humana.

A partir de este punto se asevera que la subjetivación del paciente hemiparésico crónico y su consecuente desarrollo no se determinan por NP. Esta es una condición imprescindible para la objetivación de las cualidades psicológicas. La subjetivación como interiorización es un cambio de estructuras, de formas de aplicación y actividad, es personalización según asegura Moreno (2003) y Talizina (1977) (1985.)

Con ello se asume la concepción de Vygotski de que la educación es fuente que conduce al desarrollo y desde la perspectiva psico-social de la RF de estos pacientes involucra la orientación.

La variabilidad de efectos que un mismo estímulo puede producir en diferentes individuos por la NP, fundamenta la diversidad clínica en los pacientes a pesar de tener la misma enfermedad. En el ámbito de la CFT y P la diversidad se entiende como la variabilidad intersubjetiva, como lo diferente y lo distintivo, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo en la formación de los sujetos.

Estos enfoques deben asumirse por el rehabilitador al localizar los diferentes niveles de ayuda en relación a las necesidades educativas especiales, de acuerdo a lo expuesto por (Bell, 2002 a, b; Caballero, 2002; Moreno y López, 2000).

Por tal motivo, el análisis de la NP conduce a entender mejor la intencionalidad educativa de la CFT y P que ha de lograrse en la diversidad pues el fenómeno neuroplástico determina la variabilidad o variación de las condiciones de prácticas educativas adaptadas a las condiciones evolutivas de los hemiparésicos crónicos. Esta variación es, sin duda, la adaptación de respuestas y tomas de decisiones.

La integración es precisamente esa intencionalidad educativa y posibilita unir dialécticamente los conceptos socioeducativos de variabilidad, integración y diversidad al concepto biológico de NP.

Paralelamente al dominio de lo aprendido, se desarrollan las capacidades físicas sobre las condiciones morfofisiológicas como producto cualitativamente superior del propio desarrollo del individuo. Así los elementos básicos del currículo alcanzan la naturaleza de ser facilitadores del desarrollo de las potencialidades al operar a través de la NP; lo que vuelve a sugerir la idea de que la educación conduce al desarrollo.

La lesión cerebral no compromete la función psicológica de manera absoluta. Entonces se puede comprender cómo se compensa la pérdida de un eslabón en la cadena

funcional y entender la NP como cualidad del sistema nervioso. Esto exige pensar en las posibilidades del sujeto.

Considerar las potencialidades significa enfrentar el proceso de NP expresado en la concepción de mediación y el concepto de ZDP, pues se define la manera específica en que los profesores terapeutas median socialmente o crean interactivamente las condiciones para el aprendizaje (activación de la metaplasticidad sináptica) en cuyos marcos se trabaja a partir de premisas afectivas favorables. Luego, parece seguro que "...la compensación aunque no siempre concluya con el éxito, siempre será un proceso creador y desarrollador en su esencia misma de alto contenido pedagógico y humano" de acuerdo a Bell (2003,13).

Desde esta visión se alude la conceptualización de NP dada por Maciques (2005,5), "...como la capacidad humana de responder al estímulo social de forma sistemática y secuencial", y en la óptica de Millaras (2004, 80); que sostiene que "...La naturaleza del estímulo y/o las lesiones al sistema nervioso central determinan la reorganización cortical" para interrelacionarlo dialécticamente con las concepciones de Luria (1977,150) quien concibe el desarrollo "...con implicación de mecanismos biológicos elaborados culturalmente y socialmente implantados".

Este análisis coincide con la perspectiva de González (1985,45) "...La discapacidad es un reto al esfuerzo individual y no una limitación para actuar" lo que supone la eliminación de conductas rehabilitadoras que impliquen formas de negación del estado natural del paciente hemiparésico crónico.

Por lo tanto, se sostiene que la teoría de la NP y el EHC convergen cuando se sitúan en el sujeto considerado como un ser bio-psico-social. Cuando esencialmente se descubre

y se trabaja en el paciente las ZDP. Cuando se mediatiza a través de la comunicación la metaplasticidad sináptica y la compensación que aporta al desarrollo y socialización. Cuando se actúan sobre los motivos, sentimientos y valores más positivos para hacer sentir la necesidad de aprender más para toda la vida y ubicar al hemiparésico crónico ante un proyecto de vida útil para él y la sociedad.

A partir de estas ideas se podría concebir lo biológico sistematizado y expresado subjetivamente con carácter dialéctico en el EHC y objetivado en la teoría de la NP. De igual manera el carácter objetivo de la teoría de Vygotski se encuentra en los mecanismos de acción neuroplásticos en función de la experiencia socio-histórico-cultural. Se configura de esta suerte un par dialéctico e interactivo necesario para la configuración de la concepción del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.

La explicación de la develada interrelación dialéctica entre la teoría biomédica de la NP y el EHC de Vygotski posibilita fundamentar en el orden teórico y metodológico el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P al darle una identidad teórica a la CFT y P en relación a su pertinencia; concepción abierta al diálogo, al perfeccionamiento continuo; pues de acuerdo a Corral (2006,182)"...El poder heurístico de una teoría no se mide por lo que explica sino por las posibilidades que los demás le encuentren para explicar otros eventos".

1.8 La concepción del programa de orientación como aporte principal de la investigación. Su papel en la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico

La exigencia de intervenir por programas de orientación que trasciendan a la planificación de actuación basado en las necesidades se fundamenta en los trabajos de (Álvarez, 1991; Álvarez, 1993; Álvarez y Hernández, 1998; Campoy, 2003; Fernández-Ballesteros, 2003; Hernández y Martínez, 1996; Repetto y Talavera, 1994; Vélaz de Medrano, 1998).

En esta concepción influye el EHC de Vygotski y se señala la Escuela de Bárbara Taylor en Harlem Estados Unidos de América, referente a la educación socio-terapéutica en niños procedentes de minorías nacionales y raciales. Su objetivo es crear una zona colectiva de desarrollo próximo donde las personas sean agentes productoras del cambio social.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) desarrolla desde 1981, “Año Internacional de los impedidos”, un conjunto de programas de ayuda a los discapacitados bajo la consigna “Los caminos de la participación”. En esta dirección se destacan el proyecto jamaicano de estimulación del niño pequeño de Marigold (1992), intervención que responde a las necesidades e integración de la madre al proceso de aprendizaje y los programas de Educación Especial para la integración de los minusválidos a través de la Federación Mundial conocida como “REHABILITACIÓN INTERNACIONAL”.

Otro programa de orientación de relevancia internacional es la llamada Terapia Social de Fred Newman concebida como una modalidad de tratamiento que ayuda a las

personas a relacionarse con sus problemas emocionales específicos, al implicarlas en la actividad de crear herramientas para reorganizar su vida emotiva.

El análisis de estos antecedentes confirma que, los enfoques de intervención social por programas de orientación a nivel de la comunidad dirigidos al desarrollo de la RF a través de la participación activa y la integración social de los individuos a partir de sus condiciones biológicas tienen una proyección unilateral; puesto que no abarcan todas las esferas del desarrollo humano y no se pueden transferir a los ámbitos médicos. Los que abordan estas cuestiones se centran en niños, y se conciben como programas de orientación para la habilitación y no para la RF.

Tampoco se suscitan desde los puntos de convergencia de la Psicología, la Educación Física, el Deporte, la Recreación y la CFT y P pues, si bien promueven los aspectos que se relacionan con la calidad de vida, tocan tangencialmente la calidad de vida relacionada con la salud. Este concepto condiciona la efectividad de la intervención físico-rehabilitadora de los pacientes hemiparésicos crónicos en las ACFT y P.

A las reflexiones anteriores se le suma la ausencia de objetivos para la RF del hemiparésico crónico en las ACFT y P. Hasta donde se revisó no se encuentran programas de orientación para la intervención social comunitaria con enfoque participativo desde los dominios de las Ciencias Médicas que sean aplicables al proceso objeto de estudio.

Paralelamente se estructuran diversos programas en el campo de las Ciencias de la Educación, las Ciencias Sociales y Ciencias de la Cultura Física pero sus elementos no son transferibles y aplicables al dominio de la salud y al estado de hemiparesia crónica.

Un acercamiento a la planificación y sistematización de las acciones sobre el hombre desde el ángulo médico, biológico, en integración con el plano filosófico, socio-histórico-cultural, pedagógico y psicológico, lo tenemos en el Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensiva. Sus limitaciones teóricas y prácticas constituyen los puntos de partida para estructurar los programas de intervención en la comunidad del paciente hemiparésico crónico, de acuerdo a los requerimientos de cada contexto específico y a las demandas que establecen las nuevas tendencias psicopedagógicas que influyen en el ámbito de la CFT y P.

Desde esta perspectiva la intervención por programas de orientación se fundamenta en el axioma de que, orientar es ayudar a otra persona a cumplir sus funciones sociales. Es un vínculo interpersonal con movilización creativa para enfrentar un problema o tomar una decisión en un contexto facilitador y estimulante según expresan (Álvarez, 1993; Araujo, 1999; Repetto y Talavera, 1994; Rodríguez, 1992; Veláz de Medrano, 1998).

Orientar es conocer lo racional del paciente, concebir la diversidad del grupo. No es sobreproteger. No es lastimar. No es sustituir pues se potencia la dependencia. Tampoco es segregar o ignorar demandas. Ayudar es poner al paciente hemiparésico crónico a prueba en función de aprender a aprender a resolver de forma desarrolladora los problemas. Es enseñar a aprender coincidiendo con (Álvarez y Soler, 1996; Beauadat, 1999; Del Pino, 1998, 2004, 2005; Del Pino y Recarey, 2005; García, 1996; Moreno, 2003).

La característica distintiva de la orientación desarrolladora es el diálogo que, de acuerdo a González (2002,78)"...es la mejor evidencia de la aparición de un contacto personal durante la orientación en el grupo real".

La distinción de un programa de orientación con respecto a otros programas de intervención es su base en principios teóricos, objetivos y normas de actuación que le dan sentido en respuesta a las necesidades en el seno de la comunidad según (Álvarez, Bisquerra, Filella, Fita, Pérez, 2007; Bisquerra, 1996, 1998; Campoy, 2003; Hernández, 2008; Repetto y Talavera, 1994; Repetto, 1999, 2000, 2008; Vélaz de Medrano, 2002).

De acuerdo a lo anterior, autores como Arias (2006) y Fernández (2008), afirman que la concepción teórica de un programa de orientación es el sustento de la intervención para el desarrollo de los sujetos a lo largo de su vida y la base de la orientación de normas organizativas y funcionales de esta unidad teórico-práctica. Parten de la concepción histórico-cultural como intento sistematizador e integrador en la diversidad; cuestión que se persigue en la investigación y se objetiva en el diseño de un programa de orientación a partir del constructo teórico-metodológico expuesto en la página 25 de este capítulo.

De la concepción tradicional de programa de Fernández-Ballesteros (1996,22) que lo considera como "...El conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas"; se trasciende con los aportes de Repetto (1994) a la idea de la orientación a metas como respuestas a las necesidades de los implicados.

Esta concepción se enriquece con las contribuciones de Álvarez (2001) al adjudicarle al programa los principios de prevención, desarrollo e intervención social e implicar los diferentes agentes de la comunidad.

Sin embargo, Vélaz de Medrano (2002), citado por Campoy (2003), incluye conceptos imprescindibles para diferenciar un programa de orientación de otros tipos de programas, al aseverar que constituye un sistema que fundamenta, sistematiza y ordena la intervención, que se orienta a priorizar y satisfacer las necesidades de desarrollo o de asesoramiento detectadas en los distintos destinatarios de dicha intervención.

De acuerdo a estos referentes teóricos acerca de las múltiples definiciones que ofrecen los autores en relación al término Programa de Orientación, se toma partido con la que propone Campoy (2003). Este autor concibe el proceso como una "...intervención teóricamente fundamentada, planificada, dirigida por unos objetivos, que tiene como fin satisfacer las necesidades que se diagnostican en un contexto específico, tiene como componentes el diseño, aplicación y evaluación, tiene en cuenta el currículo existente, y se basa en un enfoque de trabajo en equipo, identifica los resultados y desarrolla un sistema de evaluación continua". La estructura de un programa de orientación y las diferentes fases de intervención que este autor propone se presenta en el Anexo 2.

La **fase diagnóstica** de un programa de orientación comprende el diagnóstico de las necesidades como puntos de partida deficitaria o insatisfactoria que reclaman soluciones. Aquí se recoge la información necesaria para integrar en el programa cuatro clases de exigencias: las relacionadas con el problema de la investigación, con el programa, con el contexto y los recursos y las relacionadas con los destinatarios.

Consecuentemente la fase en cuestión incluye la fundamentación del programa, la contextualización y la determinación de los destinatarios.

La **fase de diseño** del programa de orientación comprende la elaboración del esquema conceptual cuyos elementos integrantes son las teorías en que se basa, la metodología de intervención que propugna (de diseño, instrumental y didáctica) y los juicios de valor que se pueden realizar a partir de los resultados.

El otro componente de la fase de diseño es la programación, en ella se precisan los resultados, se elaboran las orientaciones, se definen las acciones de los sectores implicados, y se preparan las estrategias correctivas y de control.

En la programación se siguen los principios generales de la planificación expuestos por Peterssen (1976) y citado por Campoy (2003), que son los siguientes:

- Principio de la continuidad (la decisión debe mantenerse sin adaptarse a una planificación rígida).
- Principio de la reversibilidad (las decisiones deben ser revisadas).
- Principio de la precisión inequívoca (es condición de la reversibilidad).
- Principio de la ausencia de contradicción (las decisiones deben ser concordantes).
- Principio de la adecuación (las decisiones deben ser coherentes y adecuarse a las exigencias reales de la práctica).

El cumplimiento de las acciones precedentes conduce a la declaración de los objetivos, la metodología, los contenidos, la temporalización y los recursos.

La **fase de aplicación** en la opinión de Sanz (2000) citado por Campoy (2003) supone una "...constante intercomunicación con todos los elementos implicados en el

programa”. Este autor también hace referencia a Oldroyd y Hall (1991) cuando adiciona...”la supervisión del desarrollo de las actividades del programa”.

De acuerdo a Merino (1997) citado por Campoy (2003) el proceso de aplicación se lleva a cabo a través de tres bloques principales de actividades y tareas:

- Actividades de difusión-implicación y formación, orientadas a implicar de manera activa a los diferentes agentes.
- Actividades y tareas programadas que se concretan en la práctica.
- Actividades de seguimiento y control. Estas se concretan en decisiones derivadas de la evaluación.

La **fase de evaluación** del programa de orientación según Campoy (2003); Manzano (2007); Sanz (1990) incluye la aplicación y evaluación de la propuesta definitiva tanto en su diseño, en su propia aplicación y en los resultados.

En esta fase es imprescindible realizar la selección de los instrumentos de evaluación, aplicar los mismos y efectuar el análisis y registro de las valoraciones.

En arreglo a Campoy (2003), la fase de evaluación del programa en su diseño, en su aplicación y en sus resultados consiste en realizar un seguimiento a lo largo del proceso que permita obtener información acerca de cómo se lleva a cabo, con la finalidad de enfocar la intervención orientadora en correspondencia a los datos obtenidos.

Según Tejedor (2000) citado por Campoy (2003) esta fase hay que entenderla como...”la posibilidad de utilizar la intervención como recurso crítico para mejorar los procesos de acción”; y para Pérez (2000) también reseñado por Campoy (2003), esta fase permite valorar la calidad y los logros del programa como base para la posterior

toma de decisiones de mejora, tanto del programa como del personal implicado y, de modo indirecto, del cuerpo social en que se encuentre inmerso.

Esta última idea supone, con relación al contenido y objeto de evaluación abarcar el programa en su calidad, tanto la de sus propios objetivos, de su diseño, de sus medios o del propio sistema de constatación de sus resultados y en sus propios resultados.

La evaluación desde la perspectiva del propio programa considera al programa en cuanto tal (objetivos, contenidos, recursos y evaluación); en su proceso de implementación y desarrollo; el programa como realidad llevada a cabo y como realidad dinámica; lo que implica la elección de un modelo de evaluación.

La elección del modelo de evaluación exige establecer el diseño (estrategia o plan) de evaluación, en función del enfoque teórico adoptado y del sistema de control que se utiliza sobre la información recabada.

Este diseño implica determinar la manera mediante el cual se va a contrastar la información obtenida sobre el programa a fin de conseguir las evidencias necesarias. Para ello se recurre no sólo a los procedimientos propios de los estudios experimentales sino que se completa con otro sistema de control, tal es el caso de "...enfoques participativos a través de diversas técnicas (grupos de discusión, triangulación, etcétera) que se utilizan para contrastar y consensuar la información de distinta procedencia" de acuerdo a Pineault y Davaluy (1989); Apodaca (1999) citado por Campoy (2003).

En este sentido, Campoy (2003) declara que..."Junto a los llamados datos "duros", no olvidar las percepciones de los agentes y destinatarios, ya que pueden condicionar la

realidad misma del programa. De ahí el valor de las formas de triangulación en el análisis de los datos.”

Como resultado de la fase de evaluación del programa de orientación se constituyen los juicios de valor que configuran el esquema conceptual de éste, pues de acuerdo a Gutiérrez (2004) (2005) la evaluación “...es la interpretación de la medida de los datos que al compararlo con la norma nos lleva a expresar un juicio de valor,... es un acto eminentemente comunicativo”.

Conclusiones parciales del capítulo uno

- El proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se fundamenta predominantemente en el modelo médico o biológico, aunque se advierten estrategias de intervención integral con la participación de un equipo multidisciplinario pero sin enfoque al contexto socio-histórico-cultural del paciente.
- La carencia de una concepción que guíe el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P, condiciona las continuas adecuaciones por parte del licenciado en Cultura Física de los programas establecidos para el hemipléjico y, los limitados hábitos de los pacientes de asumir la RF en las ACFT y P.
- Los programas de RF en la ACFT y P para el paciente hemipléjico no satisfacen las necesidades y expectativas del paciente hemiparésico crónico al no declarar cómo asumir el proceso desde una posición de sujeto activo donde el paciente se haga protagonista de su propio proceso rehabilitador.
- La pertinencia de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se determina por el alcance de un mayor nivel de validismo y calidad de vida relacionada con la salud de este paciente para su integración social y ocupacional que se logra

con la implicación, el esfuerzo personal, la mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente, el aprendizaje para la vida y la superación profesional del rehabilitador.

- La concepción del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se fundamenta en la explicación de la interrelación dialéctica entre la teoría de la NP y el EHC de Vygotski. Esta interrelación posibilita la creación de un constructo teórico-metodológico que la define, y el establecimiento de una concepción de programa de orientación para la continuidad del proceso a través de la acción grupal
- Dada las características del constructo se orienta el proceso investigativo y la práctica social transformadora; por su carácter global, multicausal, dinámico, dialéctico, histórico-concreto y su sentido humanista
- La concepción de un programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P sigue el modelo que establece Campoy (2003).

2. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA

En este capítulo se exponen las acciones que se emprenden para la realización del trabajo investigativo según los objetivos propuestos y a partir del constructo teórico-metodológico, pues, de acuerdo a Corral (2006,101)...”Un constructo no es un concepto: apenas una idea intuitiva o metodológica que se postula como hipótesis a ser confirmada”.

2.1 Población y muestra

Se selecciona por muestreo intencional los 15 pacientes hemiparésicos crónicos de etiología cerebrovascular (aterotrombótica) que realizan su tratamiento rehabilitador en el ACFT y P de la sala de Rehabilitación Física Integral del Policlínico Universitario “José Ramón León Acosta” del municipio de Santa Clara, provincia de Villa Clara. También se incluyen los dos Licenciados en Cultura Física que laboran en la misma y 30 expertos.

2.2 Estrategia metodológica adoptada en la investigación

Se toma como sustento metodológico el enfoque materialista dialéctico.

El proceso se fortalece por la interacción con los sujetos investigados lo cual, desde una concepción de investigación acción participativa de acuerdo a Baxter (2006), permitió constantemente planificar, diseñar, incorporar, modificar y perfeccionar en la medida que aparezcan las necesidades. Se enfatiza en una experiencia vivida en la investigación de una transformación socio-cultural en la que la población objeto de

estudio interviene al identificar sus necesidades, al interpretar los resultados y al buscar soluciones durante la discusión grupal.

También se articula la metodología de diseño, aplicación y evaluación de programas de orientación con la concepción metodológica de la investigación.

La aproximación al objeto de estudio responde a dos niveles del conocimiento y los métodos que lo permiten son teóricos y empíricos, los cuales se insertan en las fases del proceso investigativo y se emplean dialécticamente según (Álvarez, 2003; Cullell y Mendoyo, 2006; Hernández, 2004).

2.3 Métodos y técnicas de nivel teórico

- **Enfoque global:** proporciona la orientación general del estudio como realidad integral de elementos que interaccionan unos con otros según Mateo y Suárez (2001).
- **Enfoque participativo:** proporcionó la orientación metodológica general del estudio por la naturaleza de su objeto.
- **Ascenso de lo abstracto a lo concreto:** posibilitó determinar la esencia del proceso rehabilitador con los medios de la CFT y P y ascender a lo concreto pensado..."Diversidad organizada después de estudiada y analizada" según Martínez (2006, 113).
- **Análisis-síntesis:** desarticulamos el todo en sus partes constituyentes y relaciones principales y lo integramos mentalmente con la síntesis a los componentes del diseño investigativo al descubrir sus regularidades y características esenciales.
- **Inducción-deducción:** a través de la inducción se conocieron los factores que rigen el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con los medios de la CFT y P los cuales se convirtieron en premisas para deducir su nueva concepción.

- **Hipotético-inductivo-interpretativo:** se utilizó en la discusión grupal a partir de la fundamentación de las hipótesis que emergen durante la investigación comprensiva y transformadora de la práctica social. Se produce un cambio situacional, en que la acción es seguida de una reflexión intencionada basada en la situación que conlleva a una nueva acción de acuerdo con Baxter (2006).
- **Hipotético-deductivo:** se utilizó en el pre experimento. A partir de la hipótesis de investigación deducimos su probable consecuencia para comprobar su veracidad.
- **Triangulación:** para contrastar e interpretar la credibilidad, aplicabilidad y consistencia de los datos que aportan las diferentes fuentes, métodos y personal participante desde diferentes ángulos y momentos de la intervención.

En correspondencia se utilizó la triangulación de fuentes, metodológica y temporal.

La triangulación de fuentes recopiló y analizó la información proveniente de varias fuentes a fin de contrastarlas e interpretarlas para comprobar sus confirmaciones. La metodológica confrontó los datos obtenidos por la aplicación de los métodos empleados. La triangulación temporal contrastó e interpretó la información obtenida de la discusión grupal al inicio y final de la intervención con los resultados de la valoración rehabilitadora en el pre experimento.

- **Modelación:** permitió el diseño del programa de orientación y adopción del modelo de evaluación dado por la capacidad del método de "...reproducir y analizar los nexos y relaciones de los elementos que están inmersos en un fenómeno que es objeto de estudio", de acuerdo a lo planteado por Ruiz (2006,31).

2.4 Temporalización de la investigación

El proceso empírico de la investigación se organizó en tres fases y comprendió entre los meses de diciembre del 2004 al 2007.

- Primera etapa. Fase diagnóstica.
- Segunda etapa. Fase de diseño del programa.
- Tercera etapa: Fase de aplicación del programa.
- Cuarta etapa. Fase de evaluación del programa.

Fase diagnóstica

Esta fase exige la aplicación de métodos y técnicas de nivel teórico, y las de nivel empírico se describen a continuación:

- **Observación estructurada participante:**

La contextualización del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P implicó la observación de las acciones de rehabilitación en la comunidad para estos pacientes (ver Anexo 3). El instrumento de observación fue una lista de cotejo que plasma la cobertura que ofrece la comunidad con acciones de rehabilitación. Estas acciones se valoran de aceptable o inaceptable de acuerdo al grado de funcionalidad de la estructura social que la determina.

Se observó que el paciente es miembro de la Asociación Cubana de Limitado Físico-Motor con el único propósito de tener un carné que lo identifique como discapacitado sin hacer vida activa en este grupo formal que se crea para la integración social, vocacional y ocupacional. De ahí que se valore como inaceptable a pesar de ser una organización importante en nuestra sociedad.

La cobertura de acción comunitaria representada en la Asistencia Social, los Talleres protegidos, las organizaciones de masas (CDR, FMC, DC, PCC, etcétera.) se valora de aceptable en relación a su funcionalidad.

Es aceptable la funcionalidad de las salas de Rehabilitación Social y Ocupacional, con la particularidad de que los pacientes después de su remisión al ACFT y P regresan a la modalidad rehabilitadora con extensión a la comunidad, muchos de ellos con recidiva* de su cuadro clínico inicial y/o con complicaciones motoras y/o psíquicas seculares.

La funcionalidad de las ACFT y P se valoró de inaceptable dado los limitados hábitos por parte de los pacientes de asumir la RF en estas instituciones. El rehabilitador adecua los programas del hemipléjico al estado de hemiparesia crónica y se le suma la diversidad de práctica de gimnasia terapéutica en los gimnasios de Cultura Física de las Escuelas Comunitarias de Cultura Física Deporte y Recreación, donde se aplican técnicas clásicas de Kinesioterapia combinadas o no con la CFT y P, elementos de la Educación Física Especial, masajes de diversos tipos, gimnasia terapéutica China e Indu renovadas con métodos terapéuticos occidentales como la Terapia Gestalt, la Osteopatía, la Quiropraxia, terapia de la polaridad, técnicas de relajación. En fin, hay una amalgama de acciones con múltiples enfoques y portadoras de valiosos aportes dentro de una diversidad terapéutica desordenada que no identifica a la CFT y P para estos pacientes.

Esta observación enfoca el estudio hacia la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora fundamentalmente.

*Recidiva: Reparición de una enfermedad más o menos tiempo después de transcurrido un período de salud completa.

- **Observación no estructurada participante:**

La guía de observación del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico por medio de la clase de CFT y P se expone en el Anexo 4.

La clase de CFT y P para este paciente se caracterizó por la irregularidad, poca sistematicidad, planificación inadecuada. La ausencia de un clima emocional favorable.

La limitada implicación, complementariedad, esfuerzo personal y responsabilidad de los implicados. El enfoque unilateral hacia el plano físico. La ausencia de un aprendizaje desarrollador. La limitada atención a las diferencias individuales desde la labor colectiva de aprendizaje con el ofrecimiento de inadecuados niveles de ayuda al paciente.

Los objetivos son de carácter instructivo. Los contenidos se concretan en ejercicios físicos terapéuticos resultantes de las adecuaciones del programa del hemipléjico y la transferencia de técnicas de Kinesioterapia. Los métodos son reproductivos (repetición del movimiento), con la adecuada dosificación de la carga física. La individualización se hace por el control del pulso y la tensión arterial. Los medios cristalizan en ejercicios para la potenciación de la movilidad activa fundamentalmente en el lado sano y la evaluación se centra en los resultados.

El análisis de este registro de valoraciones exige enfocar la investigación en la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora en integración con la perspectiva psico-social en la que subyace el aspecto educativo.

- **Análisis de documentos:**

Se determinaron los objetivos del análisis de documentos. Se estableció la muestra de documentos para posteriormente realizar el registro y valoración de la información.

Se estudiaron los principales documentos que rigen el proceso de RF en las ACFT y P, el plan de estudio actual de la asignatura CFT y P y los programas de ejercicios físicos terapéuticos para las secuelas de enfermedad cerebrovascular, a fin de determinar hasta qué punto abordan la problemática del hemiparésico crónico en las ACFT y P. Se revisaron los siguientes programas vigentes:

- Programa de Rehabilitación del síndrome hemipléjico crónico en las Áreas Terapéuticas de Cultura Física. Junco y Moré (1994).
- Programa de ejercicios físicos terapéuticos para pacientes hemipléjicos. Coll y otros (2005).
- Programa de rehabilitación con ejercicios físicos según el método ondulatorio de las cargas, de acuerdo a los principios del Deporte y la Educación Física. Alcides (2006).
- Hemiplejía y Rehabilitación Física. Durán del Campo y Barrios (2006).
- Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensivo del Centro Internacional de Restauración Neurológica de Ciudad de La Habana.

Se constató que ninguno de los programas con que cuenta el Licenciado en Cultura Física para operar en las ACFT y P aborda en profundidad la problemática de este paciente por concebirse específicamente para la rehabilitación de la hemiplejía.

Los autores Coll y otros (2005) diseñan una tercera fase para el perfeccionamiento de la marcha y el mantenimiento del nivel de validismo al final de la etapa de hemiplejía que no soluciona las necesidades de los hemiparésicos crónicos.

También se analizó el Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensivo cuyos valiosos aportes contrastan con la limitación de su concepción teórica general, aplicable con más exactitud a la fase de hemiplejía.

Los resultados del análisis orientan la investigación hacia el diagnóstico de las necesidades en la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora e impulsan la trascendencia a necesidades desde la perspectiva de vida y psico-social.

• **Entrevista abierta no estructurada a los pacientes:**

La guía de entrevista y sus resultados iniciales y finales se exponen en el Anexo 5.

Los resultados iniciales permiten el diagnóstico de las necesidades y se triangulan con los resultados finales que se obtienen después de la aplicación del programa junto a la valoración rehabilitadora.

El análisis de los resultados iniciales permite aseverar las insuficiencias presentes en el proceso de RF de los pacientes hemiparésicos crónicos con los medios de la CFT y P que se expresan a continuación: la imposibilidad de llevar una vida independiente a partir del trabajo preventivo correctivo compensatorio sobre las capacidades residuales permanentes; la presencia de la fatiga como limitante del validismo; la disminución de la capacidad funcional de trabajo condicionado por la práctica repetitiva de ejercicios físicos terapéuticos rutinarios y carentes de sentido; la pérdida de recursos psicológicos expresados en quejas de angustia, pena, tristeza, preocupación, intolerancia a las frustraciones, ansiedad generalizada; las inadecuadas relaciones interpersonales con la familia y los restantes miembros de la comunidad.

La falta de conciencia acerca de la enfermedad y su rehabilitación mediatiza sentimientos de incapacidad para el cambio actitudinal orientado hacia la implicación, esfuerzo personal, mutua responsabilidad y autogestión de su propia independencia.

Con los resultados iniciales de esta entrevista adquieren representatividad las necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica, de vida y psico-social.

• Técnica de los Diez deseos:

Identifica hacia cuáles esferas de la vida se inclinan los deseos de los pacientes. Estudia la motivación. Se administra por entrevista estructurada en situación formal a los pacientes de forma individual al inicio de la investigación y permite el diagnóstico de las necesidades. Los resultados se reflejan en el Anexo 6.

Su análisis ratifica la necesidad de enfocar la intervención rehabilitadora de estos pacientes más allá de la perspectiva físico-terapéutica y hacia la perspectiva psicosocial y de vida. Los deseos prioritarios se relacionan con el aprendizaje de la gestión del validismo, la incorporación a la vida laboral, la ayuda a sus familiares, amigos y a otros discapacitados.

• Prueba postural:

Diagnosticó las deformidades posturales y articulares que son la expresión de las capacidades residuales permanentes sobre las que se insiste a través del trabajo preventivo correctivo compensatorio con los medios de la CFT y P y determinan el tratamiento de rehabilitación personalizado en función de las necesidades. La prueba se aplica de forma individual por medio de la observación estructurada completa, participante, directa con el paciente contenido en el examen físico al inicio de la investigación (ver Anexo 7).

Se observó la presencia de deformidades articulares tales como: contractura en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas y pronación de antebrazo en cuatro pacientes; rotación externa de cadera en seis pacientes, pie aducto e invertido en dos pacientes, *genus recurvatum* en nueve pacientes.

Las deformidades posturales observadas son: cifoescoliosis en dos pacientes, escoliosis dorsal en tres pacientes, hiperlordosis lumbar en un paciente.

A partir de estos resultados se orienta el estudio de las necesidades hacia la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora en interrelación dialéctica con la perspectiva de vida y psico-social de acuerdo a la ley de la compensación de Vygotski.

El diagnóstico de estas necesidades apoya la exigencia de que los pacientes al matricularse en el ACFT y P deben tener una resolución completa de los síntomas y signos clínicos invalidantes que caracterizan la hemiplejía ya que, el Licenciado en Cultura Física no está preparado para afrontarlos y solucionarlos.

• **Encuestas:**

Las encuestas se administraron por medio de la entrevista estructurada en situación formal a los pacientes de forma individual al inicio de la investigación para el diagnóstico de las necesidades y durante los momentos evaluativos del pre experimento.

Los resultados de las encuestas se triangularon temporalmente entre sí y con los resultados de las discusiones en el grupo de trabajo y la entrevista abierta no estructurada a los pacientes al final de la aplicación del programa.

La selección de las encuestas se realizó en correspondencia a las necesidades diagnosticadas. Las encuestas conformaron la variable dependiente del pre experimento a la cual Fernández-Ballesteros (2000) denomina como Valoración Rehabilitadora que es la cuantificación de todos los atributos y déficit importantes ya sean médicos, funcionales y psico-sociales con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento rehabilitador y utilización de recursos.

Las escalas de valoración rehabilitadora no sustituyen un diagnóstico. No son exactas al 100 % en su interpretación. Son solo una herramienta para evaluar la calidad del proceso rehabilitador, criterios que ratifican autores como Millaras (1998) (2003 a,b) (2004) y Rodríguez (2006).

En este sentido Li (2006,3) fundamenta su importancia para justificar el proceso y demostrar la efectividad y eficacia de las intervenciones, la credibilidad científica de la RF; pero aboga por la inclusión de los valores y creencias de los pacientes ya que, documentan mejor el estado actual, la evolución y las necesidades de éstos.

De ahí que se triangule la información de las encuestas con los discernimientos y criterios subjetivos de los pacientes en la entrevista no estructurada y de la discusión en el grupo de trabajo en los momentos inicial y final de la aplicación del programa.

Los dominios de la valoración rehabilitadora incluyen conceptos relacionados con la perspectiva psico-social y reemplazan a la deficiencia, discapacidad y minusvalía, con lo que se ajustan a la ley de la compensación planteada por Vygotski.

La fase crónica de la enfermedad cerebrovascular que se refleja en la hemiparesia según Secundini y Drueta (2006,46) se caracteriza por la estabilización o la presencia de cambios lentos donde se agotan los recursos terapéuticos y técnicas específicas y adquieren mayor peso la evaluación de los dominios relacionados con la salud para la reinserción social, familiar, laboral y las adaptaciones socio educativas que elevan la calidad de vida relacionada con la salud.

Escala de Lawton y Brody: Valora la motivación y desempeño del paciente en las AIVD y AAVD e indica la capacidad de autonomía familiar (ver Anexo 8).

Escala de valoración sociofamiliar: Mide desventaja y establece la valoración sociofamiliar (ver Anexo 9). La validación se realizó por Alemany (2006).

Escala de depresión de Hamilton: Medida del estado depresivo (ver Anexo 10). Moré (2005 d,e) determina un coeficiente de confiabilidad de 0,73, un índice de validez de contenido de 0,88 y validez de criterio de 0,72 para las escalas de Lawton y Brody y Depresión de Hamilton.

Escala de impacto de la fatiga: Medida de la repercusión de la fatiga para el desarrollo de las AIVD y AAVD (ver Anexo 11). Esta escala tiene una consistencia interna elevada (alpha de Cronbach 0,88), la validez concurrente es de 0,81 y tiene relativa independencia con la depresión.

Perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado a la Enfermedad Cerebrovascular (SA-SIP30): Instrumento genérico de calidad de vida en la fase de hemiparesia crónica. Mide el impacto de la enfermedad (ver Anexo 12).

Cuestionario de salud SR-36: Mide la calidad de vida relacionada con la salud (ver Anexo 13). Según Garrat, Schmidt, Mackintosh, Fitzpatrick. (2002), el coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach tiene un valor superior a 0,7. La reproductibilidad test-retest medida por coeficiente de correlación interclase fluctuó entre 0,58 en la escala de rol emocional y 0,99 en la escala de rol físico. La consistencia interna es de 0,4 y el éxito de escalaje es del 100%.

Prueba de caminata de los seis minutos: Evalúa de forma sistemática la capacidad funcional (ver Anexo 14).

- **Grupo de discusión:**

Se utiliza el grupo como generador de ideas bajo el procedimiento Brainstorming (Lluvia o tormenta de éstas) de tipo colectivo para conocer actitudes o comportamientos ante una situación e inducir la reflexión.

En el grupo se explican los objetivos. Se presentan los participantes. Se definen las reglas. Se asignan los observadores: seis integrantes del proyecto comunitario de investigación acción participativa “Cultura de vida como calidad de vida” y un moderador, el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

La discusión grupal permitió identificar las necesidades, establecer los objetivos del programa, planificar, diseñar y aplicar las actividades y su sistema de control, la retroalimentación de la ejecución y la acción reflexión orientada.

El proceso reflexivo mejoró la práctica y solucionó teóricamente el problema mediante el razonamiento comprobado por la acción que es la tentativa de poner en práctica la solución. Se estableció un ciclo (espiral) en que la acción es seguida de la reflexión y, tras una mayor comprensión, se suceden más acciones y reflexiones, y así se manifiesta un camino de ascenso que transita desde el descubrimiento conceptual a la planificación y de éste a la ejecución y evaluación de acuerdo a lo planteado por Báxter (2006, 106) y Contreras (2007).

En el grupo se valoraron las acciones del programa por la técnica P.N.I. (positivo, negativo, interesante) y se permitió el razonamiento lógico de las situaciones y el establecimiento de acciones aprendidas en la práctica (proceso de acción-reflexión).

La duración de las sesiones no sobrepasó los 45 minutos. En opinión de varios autores un tiempo mayor disminuye la creatividad de los participantes que actúan como un cerebro colectivo.

Las notas garantizan la totalidad de la información y permite que el registrador pueda observar y anotar otras expresiones no pronunciadas verbalmente. Los datos se resumen en matrices. Se escogen los mejores aportes. Se extraen las conclusiones. La comprensión del grupo y la descripción de los participantes conforman el informe. Después se procede a la simplificación y resumen de la información con el método de trillaje, (ver Anexo 15): Categorización y codificación por segmentación al tener en cuenta los criterios de las unidades temáticas que se refieren a los mismos temas y se agrupan las que se refieren a los mismos tópicos.

Para establecer la priorización y eliminar del listado de problemas los menos importantes y reducir el número de estos cuando es superior a 20, se utilizó la Matriz de Priorización o Método de Ranqueo que es el más recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (ver Anexo 16).

Como resultado de la discusión en el grupo de trabajo en función del diagnóstico de las necesidades los participantes refieren:

- Se debe disponer de materiales educativos para mejorar la ejecución de las tareas indicadas.
- Se debe disponer de la ayuda de acuerdo a la situación actual para acometer las expectativas y autogestionar el validismo.

- Se deben realizar cursos y talleres para aprender a modificar nuestras actitudes, cambiar nuestros estilos de vida y planificar nuestra propia vida en función de la rehabilitación.
- Se deben realizar actividades culturales y recreativas en función de nuestras necesidades educativas especiales.
- Se debe procurar la reflexión continua en relación a la preparación física para adaptar los ejercicios físicos terapéuticos en función de nuestros intereses, problemas de salud, aptitudes, rasgos del carácter, concepciones, motivaciones y deseos.

Las concepciones de los pacientes al inicio y final de la intervención resultantes de la reflexión en el grupo de discusión se exponen en el Anexo 16 A y se triangulan con los resultados de las escalas de valoración rehabilitadora y la entrevista a los pacientes.

La triangulación de métodos y fuentes en la fase diagnóstica de la investigación reveló los siguientes resultados:

- **Necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora:**

Presencia de deformidades posturales y articulares. Disminución de la capacidad funcional. Disminución de la resistencia a la fatiga. Necesidad de redimensionar la clase de CFT y P en correspondencia con las nuevas tendencias psicopedagógicas imperantes.

- **Necesidades desde la perspectiva psico-social:**

Limitaciones en el proceso de planificación y orientación de la RF. Limitaciones en la capacidad del sujeto de establecer un significado a sus acciones motoras. Limitaciones en la capacidad de trazar sus propios objetivos en función de la RF. Limitaciones en el establecimiento de espacios de reflexión e intercambio. Presencia del síndrome

depresivo. Necesidad de encontrar vías para el control emocional y manejo adecuado del estrés. Insuficiente conocimiento en relación con la enfermedad, sus factores de riesgo y su proceso rehabilitador.

- **Necesidades desde la perspectiva de vida:**

Insuficiente autogestión del validismo. Bajo nivel de calidad de vida relacionada con la salud. Inadecuadas actitudes personales para enfrentar el medio social y estructurar el futuro. Disminución de la autoestima. Inadecuados estilos de vida favorecedores del bienestar. Inadecuados planes de vida a partir de la actividad física terapéutica. Desimplicación social, poco esfuerzo personal y complementariedad en la relación dialógica rehabilitador-paciente. Presencia de importante deterioro social en las relaciones interpersonales con la familia y la sociedad. Impacto desfavorable de la enfermedad cerebrovascular. Escasas alternativas culturales en integración con la CFT y P.

Fase de diseño del programa de orientación

Para el desarrollo de esta fase se aplican métodos y técnicas de nivel teórico y los siguientes de nivel empírico:

- **Grupo de discusión:**

La discusión grupal no solo posibilitó el diagnóstico de las necesidades sino también el diseño de las actividades del programa de orientación en virtud del procedimiento de acción reflexión orientada que lo perfeccionó y permitió su control por medio de la retroalimentación de la ejecución y la técnica PNI (positivo-negativo-interesante).

El grupo de discusión constituyó el espacio ideal y mediador entre las relaciones interindividuales y la sociedad.

• Talleres:

La orientación de los pacientes y rehabilitadores para el diseño del programa incluyó también el trabajo en forma de talleres. En tal sentido, de acuerdo a Torrealba (1996) citado por Martín (2007,56) esta técnica permite aprender haciendo, en oposición a aprender diciendo lo que otros dicen, preguntan o responden. En esta dirección los pacientes junto a los rehabilitadores vivenciaron la oportunidad de construir sus propias concepciones para resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades objetivas de cooperación y subjetivas de interacción social. El dominio de la información que se obtuvo se compartió y se utilizó por todos.

En los talleres se diseñaron las actividades contentivas del programa de orientación en respuesta a las necesidades diagnosticadas.

Se respetó que las situaciones propuestas fueran desde las propias vivencias, inquietudes y deseos de mejorar, lo que le concede significación y funcionalidad, ya que los participantes actúan involucrados en sus funciones y descubren que pueden aportar experiencias que posibilite proyectarse a lograr nuevas metas en su rehabilitación. Con ello asumen el desarrollo de la creatividad, complementariedad, la mutua responsabilidad y el aprendizaje para la vida.

• Cursos teóricos y teórico-prácticos:

En algunas oportunidades los participantes en la discusión grupal decidieron por el aprendizaje significativo a través de cursos teóricos y teórico-prácticos donde los conocimientos impartidos por el especialista en rehabilitación se ajusten a los referentes teóricos que poseen de determinado tema de interés en relación a sus necesidades.

La construcción teórica resultante de los talleres junto al conocimiento que se adquirió de forma significativa en los cursos se transformó en desarrolladora cuando los participantes vivenciaron lo aprendido para la vida durante las actividades complementarias del programa de orientación.

• **Clase de CFT y P:**

En la planificación y diseño de las clases se tuvo en cuenta lo que señala Ceballos (2001,13)"...Lo esencial en la actividad física es que estén debidamente adaptadas a las posibilidades del grupo". Se opta por el estilo de enseñanza problémica (Pensamiento divergente o resolución de problemas a partir del descubrimiento guiado para desarrollar en los sujetos el pensamiento productivo) y la tendencia sociocéntrica de la Didáctica Contemporánea, específicamente la activista que tiene como medio la orientación desarrolladora y como técnica la comunicación a través del diálogo; ideas que también se consideran en los cursos teóricos, teórico-prácticos, talleres y actividades complementarias.

Se entrega a los pacientes una guía formativa y orientadora de ejercicios físicos terapéuticos (ver Anexo 17), la cual se elabora por el Licenciado en Cultura Física a partir de los aportes que varios autores hacen a la preparación física en las ACFT y P por medio de los diferentes programas establecidos para la RF de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

La guía presenta dos vertientes funcionales. Una se enfoca al trabajo individual y personalizado de la preparación física del paciente pues éste, en el cumplimiento de las tareas motoras de forma independiente orientadas para su realización en el hogar,

selecciona de forma activa y desarrolladora los ejercicios físicos terapéuticos en correspondencia a sus posibilidades, potencialidades y desarrollo físico alcanzado.

La otra vertiente se enfoca al trabajo metodológico del Licenciado en Cultura Física, pues su diseño el producto de un proceso global, interactivo, comunicativo, resultante de la discusión en el grupo real y en interrelación con su profesionalidad, se pueden seleccionar los contenidos apropiados para la planificación de la clase de CFT y P.

La guía no constituye algo acabado, inamovible, inmutable e invariable, todo lo contrario; es perfectible en su esencia misma. Le ofrece al rehabilitador la posibilidad de enriquecer su contenido en los marcos de la dialéctica entre la no directividad y directividad del proceso de enseñanza aprendizaje de la CFT y P.

También se le entregó a cada paciente la guía de alimentación, (ver Anexo 18), previo análisis, estudio y discusión en el grupo de trabajo en la primera etapa del programa de orientación; y se siguen los criterios de Barrera (2007) y Carvajal (2004) en relación a la alimentación y nutrición los cuales sirvieron de fundamento para el curso “Nutrición y actividad física terapéutica”. Con estas guías se logra la personalización del método de ejercicio físico terapéutico y la atención a las diferencias individuales desde la labor colectiva de aprendizaje; la orientación desarrolladora que conduce al protagonismo, la responsabilidad, la implicación y transformación del sujeto como ente activo de su propia formación y desarrollo.

En la Figura 2.1 se relacionan las particularidades de las actividades diseñadas en correspondencia con la necesidad físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora y de acuerdo al objetivo concreto que se persigue con cada acción compensadora del

defecto primario, que para el hemiparésico crónico son las capacidades residuales permanentes.

Es importante declarar el valor de los juegos menores como una de las formas de materializar la ley de la compensación de Vygotsky en este paciente. Su diseño, aunque se hace a partir de las necesidades físico-terapéuticas, satisfacen también las necesidades desde la perspectiva de vida y psico-social.

A continuación se exponen las particularidades de las actividades diseñadas por medio de la reflexión en el grupo de discusión para satisfacer las necesidades desde la perspectiva psico-social:

- Actividades para el desarrollo de la auto expresión y comunicación interpersonal que faciliten la formación de valores, recursos psicológicos personales, implicación, esfuerzo personal, responsabilidad mutua, complementariedad, disposición de ayuda, gestión personal del validísimo, cumplimiento del deber espontáneo y motivación para las AIVD y AAVD.
- Actividades de Educación Continuada para aumentar el nivel de conocimiento en relación a la enfermedad, su rehabilitación y control de los factores de riesgo.
- Actividades de integración de procesos cognoscitivos, afectivos, volitivos y actitudinales para reducir las alteraciones psíquicas.

Seguidamente se ofrecen las particularidades de las actividades para satisfacer las necesidades diagnosticadas desde la perspectiva de vida:

- Actividades socio-culturales para la elevación del nivel de calidad de vida relacionada con la salud, el protagonismo recreativo, la modificación de estilos de vida,

establecimiento de planes de vida saludables que aporten al mayor bienestar y crecimiento personal.

- Actividades culturales en integración con la CFT y P para reducir el deterioro social, el impacto negativo de la enfermedad, aumentar el validismo y la integración social y ocupacional.

Necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora:	
Actividades	Tipos de ejercicios
<p>Actividades físico-terapéuticas para la potenciación de las:</p> <p>Capacidades físicas : Resistencia aeróbica.</p> <p>Capacidades coordinativas: :</p> <p>Generales: Regulación, cambio y adaptación del movimiento.</p> <p>Especiales: Precisión, Diferenciación, Anticipación, Ritmo, Equilibrio, Orientación, Acoplamiento.</p> <p>Complejas: Ritmo de aprendizaje motor, agilidad.</p> <p>Incondicionales condicionales:</p> <p>Movilidad: Activa y pasiva.</p> <p>Capacidades intelectuales: Pensamiento, inteligencia, creatividad, imaginación, atención, memoria, sensopercepción motriz y representación.</p>	<p>Ejercicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calentamiento. -Movilidad articular. -Reeducación respiratoria. -Juegos menores. -Bicicleta estática. -Marcha. -Trote. -Escalador. -Estera rodante. -Step. -Semicuclillas -Abdominales. -Recuperación -Relajación. -Excursión al campismo.

Figura 2.1 Diseño de las actividades del programa de orientación en correspondencia con las necesidades físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora.

En la Figura 2.2 se relacionan los Talleres que posibilitaron el diseño del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P según las necesidades diagnosticadas desde la perspectiva de vida y psico-social.

Seguidamente en la Figura 2.3, se relacionan los cursos teóricos y teórico-prácticos desarrollados en correspondencia con las necesidades diagnosticadas desde la perspectiva de vida y psico-social.

NECESIDADES DIAGNOSTICADAS	TALLER DESARROLLADO
Necesidades desde la perspectiva psico-social	Desarrollo de la creatividad (Anexo 19)
Necesidades desde la perspectiva de vida	Control de vida y estilo de vida (Anexo 20)
	¿Cómo realizar un cambio en nuestra vida? (Anexo 21)
	Elaboración de un plan de vida en función de la rehabilitación por medio de los ejercicios físicos terapéuticos (Anexo 22)
	¿Cómo mejorar las relaciones interpersonales? (Anexo 23)

Figura 2.2 Talleres desarrollados en el grupo de discusión.

Fase de aplicación del programa de orientación

Los fundamentos teóricos de esta fase del diseño del programa de orientación articulado dialécticamente con el diseño metodológico de la investigación se expusieron en la página 46 del capítulo uno.

Las particularidades de las actividades de difusión-implicación y formación, orientadas a implicar de manera activa a los diferentes agentes así como, las actividades y tareas programadas que se concretan en la práctica, se describen precedentemente en relación a la fase de diseño del programa de orientación.

En arreglo a Campoy (2003) esta fase incluye además las actividades de seguimiento y control que se concretan en decisiones derivadas de la evaluación y se detallarán al

abordar la fase de evaluación del programa de orientación ya que, en definitiva, la fase de aplicación incluye la propia aplicación y la evaluación de la propuesta final tanto en su diseño, en su aplicación y en los resultados.

NECESIDAD DIAGNOSTICADA	CURSO DESARROLLADO
CURSOS TEÓRICOS	
NECESIDADES DESDE LA PERSPECTIVA PSICO-SOCIAL	Los 27 beneficios del ejercicios físico (Anexo 24)
	Características de una actividad física recreativa (Anexo 25)
CURSOS TEÓRICO-PRÁCTICOS	
NECESIDADES DESDE LA PERSPECTIVA DE VIDA	Manejo del estrés y control de la ansiedad (Anexo 26)
	Nutrición y actividad física terapéutica (Anexo 27)
	Sexualidad y discapacidad (Anexo 28)
	Los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y su control (Anexo 29)

Figura 2.3 Cursos teóricos y teórico-prácticos desarrollados en el grupo de discusión.

Fase de evaluación del programa de orientación

La evaluación del programa en su diseño, en su aplicación y en sus resultados implica realizar un seguimiento a lo largo del proceso. Los fundamentos teóricos de esta fase se declararon en la página 47 del capítulo uno.

Se elige el modelo de evaluación participativa y a partir de esta elección, se procedió a establecer el diseño (estrategia o plan) de evaluación, en función del enfoque teórico que se adoptó, y del sistema de control que se utilizó sobre la información recabada.

El diseño asume el pre experimento, el grupo de discusión, la entrevista a los pacientes y las formas de triangulación.

Como resultado de la fase de evaluación del programa se establecen los juicios de valor que conforman el esquema conceptual de éste

Desde esta perspectiva Fernández-Ballesteros (1996) señala determinados juicios de valor, los cuales se consideran en esta investigación:

Pertinencia: según Fernández-Ballesteros (1996) un programa será pertinente si responde a las necesidades concretas. De acuerdo al objeto de estudio de esta investigación la pertinencia se relaciona con la respuesta del programa al encargo social (reinserción social y laboral del hemiparésico crónico) que por supuesto, surge de las necesidades que se identificaron.

Suficiencia: responde a la medida en la cual las acciones que se implantaron pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen. Se relaciona con la fase de diseño del programa.

Progreso: este juicio se relaciona con la evaluación procesual y la de los resultados. Conciernen a la fase de aplicación del programa.

Eficacia: representa la virtud, poder, actividad y fuerza para obrar. Para Bouza (2000); Ródenes, Santos, Usabiaga, Barba. (2004) se refiere a la relación entre los objetivos y los resultados medidos en condiciones ideales. Por su parte, Fernández-Ballesteros (1996) lo enfoca en el sentido de suponer la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos se lograron.

Eficiencia: se refiere a la virtud y facultad para lograr un efecto específico. Según Fernández-Ballesteros (1996), se aplica a lo que realiza cumplidamente la función a la que está destinado. De acuerdo a Bouza (2000) es la relación entre los recursos y los resultados medidos en condiciones reales, pero se evalúa a partir de comparaciones y su estudio incluye recursos.

Efectividad: se refiere a la calidad de efectivo. Para Fernández-Ballesteros (1996) se aplica al medio que produce efecto, y hace referencia a la medida en la cual el programa alcanza una serie de efectos. En arreglo a Bouza 2000 es la relación entre los objetivos y los resultados medidos en condiciones reales. El porcentaje de efectividad se mide, según este autor, mediante la ecuación 3.1:

$$\% \text{ de efectividad} = \frac{(NpeBfi - NpeBii)}{Pi} \times 100 \quad \text{ecuación 3.1}$$

Donde:

NpeBfi: es el número de pacientes evaluados de BIEN al final de la intervención.

NpeBii: es el número de pacientes evaluados de BIEN al inicio de la intervención.

Pi: es la población intervenida.

Los últimos tres juicios de valor se relacionan con la fase de evaluación del programa.

El autor de esta tesis considera otros juicios de valor dada la naturaleza y el objetivo general del programa, los cuales sirven para valorar el programa en todas sus fases y son:

Flexibilidad: se refiere a la propiedad de que el programa se planifique y se diseñe a partir de la dinámica de la relación dialógica rehabilitador-paciente en función de necesidades, intereses y gustos.

Descentralización: se refiere a la propiedad del programa de posibilitar que cada instancia rectora modifique el diseño original de acuerdo al contexto en que se mueva, dado el carácter global de sus categorías principales; lo que implica la iniciativa y creatividad de los niveles subordinados.

Adaptabilidad: se refiere a la posibilidad del programa de acomodarse, ajustarse, insertarse, arreglarse, avenirse a las circunstancias y condiciones específicas que determina el contexto.

• **Pre experimento:**

Permitió la evaluación procesual del programa tanto en su diseño, en su aplicación y en sus resultados los cuales se exponen y se discuten en la página 100 del capítulo tres.

Diseño del pre experimento:

- **Objetivo general:** Valorar la influencia del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P.
- **Hipótesis de investigación:** La aplicación de un programa de orientación influye de manera favorable en la valoración de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P.
- **Determinación de los criterios de inclusión, exclusión, diagnóstico, de salida y bioéticos** con el correspondiente consentimiento informado de los pacientes, (ver Anexo 30).
- **Determinación de las variables operacionales** (ver Anexo 31).

Variable Dependiente: Valoración de la RF después de aplicado el programa de orientación cuyos dominios son: AIVD y AAVD, valoración sociofamiliar, depresión, fatiga, capacidad funcional, factores de riesgo perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular, y calidad de vida relacionada con la salud.

Variable Independiente: Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.

Variables de control: edad, sexo, color de la piel, tiempo de evolución de la hemiparesia y nivel de escolaridad.

- Confección y llenado de la planilla de recogida de datos (ver Anexo 32).
- Control de otras fuentes de invalidación interna que afectan la calidad del pre experimento tales como, la historia, la maduración, la inestabilidad, la administración de pruebas, la instrumentación, la regresión estadística y la mortalidad experimental.
- Determinación del muestreo a utilizar: intencional, pues los métodos para su estudio responden a la Estadística Inferencial no paramétrica también llamada “muestras de métodos libres” a pesar de que las variables se clasifican de tipo cuantitativa. Por el nivel de información que aportan la prueba de Rangos y Chi Cuadrado con el propósito de hallar diferencias estadísticas en los casos analizados. Por el propósito de valorar la influencia significativa en los indicadores de una variable.

Además este tipo de muestreo no probabilístico se seleccionó de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, donde es imposible y éticamente inaceptable privar a todos los individuos objeto de estudio de los beneficios un sistema de influencia ya que no es posible enfermar para aplicar posteriormente el sistema. Por otro lado, los individuos seleccionados son todos los que están en el registro de pacientes, es decir, todos los que tienen la enfermedad.

- El diseño elegido es de preprueba-postprueba, existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tiene el grupo en la variable dependiente antes del estímulo; aunque autores como Hernández (2004,148) plantean que estos diseños no son adecuados para el establecimiento de relaciones entre las variables relevantes pues no se puede establecer con certeza la causalidad.

Lo que se puede establecer con certeza es determinados grados de confirmación de la hipótesis en consonancia con la mayor cantidad de variables ajenas que se puedan controlar. Es decir, lo importante es demostrar como la hipótesis, dada la labor investigativa, se va haciendo menos refutable. Esto permite no arribar al absolutismo.

- Determinación de los métodos de análisis estadístico matemático para el procesamiento de la información que se obtuvo en el pre experimento:

Para el análisis y discusión de los resultados se utilizaron los recursos disponibles de la Estadística Matemática. Se crearon distribuciones de frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentaje) y distribuciones relativas a variables de distribución libre entre las cuales se destacan las pruebas de Friedman y de Wilcoxon junto a otras valoraciones de tipo descriptivo para valorar la significación asociada al proceso de investigación realizado.

La confianza de los datos aportados se vincula al uso del paquete estadístico SPSS versión 11.0 y a las variables controladas en el proceso según la operacionalización de éstas. Se consideró como valor de confianza para la significación estadística el correspondiente al 95% de modo que α se tomó como 0,05 en todos los casos.

Las pruebas de Friedman y Wilcoxon fueron necesarias al no contar con la normalidad de las variables que se declaran para este trabajo.

Para el control de las variables ajenas se utilizó la prueba de Chi cuadrado y el modelo de regresión logística con el estadígrafo Lambda de Wilks, para medir el cambio que provocan las variables ajenas en la valoración de la RF del paciente hemiparésico crónico después de aplicado el programa.

- **Método de expertos:**

Para evaluar la calidad formal del programa de orientación se utiliza el criterio de expertos ya que, se deposita gran parte de la confiabilidad del proceso en los expertos que se seleccionan. Esto implica una dependencia entre la calidad del programa y la calificación de los expertos.

En este sentido se coincide con los criterios de Campistrous y Rizo (2006,161) en que la subjetividad del investigador o los títulos del experto o la imagen social de éste, no garantizan que los expertos reúnan las condiciones necesarias para su selección.

El método de expertos se realizó en las siguientes etapas:

- Selección del grupo de expertos:

Al seguir a Campistrous y Rizo (2006) se recurre a los procedimientos que permiten realizar una selección más objetiva de los expertos. De esta suerte se eligen los que descansan en la autovaloración de los expertos, que consiste en la determinación del coeficiente Kc de competencia del experto sobre el problema que se analiza a partir de su propia valoración y de las fuentes que le permiten argumentar sus criterios (ver Anexo 33).

Además de la competencia, se tuvo en cuenta otras características del experto como son: capacidad de análisis, espíritu autocrítico, creatividad, disposición a participar en el estudio y posibilidad real de hacerlo.

Este procedimiento permitió la selección de 30 expertos cuya caracterización se muestra en el Anexo 34.

- Aplicación de la encuesta a los expertos:

Posteriormente se recurrió a la búsqueda de una mayor objetividad en la opinión de los expertos y para ello se confeccionó una encuesta con su correspondiente gradación y se utilizó una de las características del método Delphi, dada en el hecho de consultar más de una vez a cada experto para que éste tenga la oportunidad de ver cómo se distribuyen las opiniones de los otros expertos, comparar esta distribución con sus propios criterios y decidir si lo reafirma o si realmente debe repensarlo ante las opiniones de los otros que también son expertos.

La encuesta se entregó dos veces, pues en la opinión de Campistrous y Rizo (2006,152) no se recomienda repetir estas consultas varias veces para buscar concordancia entre los expertos (propio del método Delphi) pues da lugar a influencias recíprocas que distorsionan los criterios verdaderos. Además no se trata de que concuerden, sino de utilizar sus criterios y darles objetividad mediante un proceso de escalamiento a través de la ley de los juicios comparativos y los juicios categóricos.

La escala de los indicadores de la encuesta se estableció por el procedimiento de dar peso a los indicadores, es decir, asignarle una escala que establezca la influencia que tiene el indicador o sea, la fuerza en la variable que se mide de acuerdo a la ley de la correspondencia (ver Anexo 35).

- Procesamiento estadístico de los resultados de la encuesta aplicada a los expertos:

Los resultados de la encuesta aplicada a los expertos para evaluar el programa de orientación se sometieron a un análisis de concordancia (otra característica del método Delphi), cuyos resultados se exponen en la página 115 del capítulo tres.

Conclusiones parciales del capítulo dos

- La contextualización del proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P permitió diagnosticar necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora, perspectiva psico-social y perspectiva de vida como resultado de la aplicación combinada de métodos, técnicas y procedimientos de investigación con enfoque global y participativo que se ajustan a una secuencia temporal de acciones facilitadas por la reflexión en el grupo de discusión como eje central de la investigación.
- La clase de CFT y P junto a los talleres y cursos teóricos y teórico-prácticos desarrollados en el grupo de discusión permitió la configuración de los componentes del programa de orientación que son el diseño, aplicación y evaluación según el modelo que ofrece Campoy (2003).
- Los métodos, técnicas y procedimientos de investigación se articularon dialécticamente con la metodología de diseño, aplicación y evaluación del programa de orientación.
- La fase de evaluación del programa de orientación es el resultado de la aplicación del mismo, contempla las actividades de seguimiento y control de las acciones propias del programa y el modelo de evaluación participativa cuya estrategia comprende el pre experimento, la entrevista a los pacientes, el grupo de discusión y las formas de triangulación.
- Como resultado de la fase de evaluación del programa de orientación se establecen determinados juicios de valor.
- La evaluación final del programa de orientación se realiza por el método de expertos.

3. PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO CRÓNICO EN LAS ÁREAS DE CULTURA FÍSICA TERAPÉUTICA Y PROFILÁCTICA

En este capítulo se muestra el resultado final de esta investigación, se exponen y se discuten los resultados del pre experimento y se presentan los resultados de la evaluación final de la propuesta por el método de expertos.

El programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P sigue el modelo de Campoy (2003) y comprende diferentes fases de intervención que se exponen en el Anexo 2.

3.1 Fase diagnóstica del programa de orientación

Esta fase incluye establecer las necesidades, fundamentar el programa, delimitar el problema, la contextualización y la declaración de los destinatarios.

- **Diagnóstico de las necesidades**

Las necesidades de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se expusieron en la página 65 del capítulo dos y se diagnosticaron desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora, desde la perspectiva psico-social y de vida.

- **Fundamentación del programa de orientación**

La RF del paciente hemiparésico crónico en la comunidad requiere de la intervención psico-social y de espacios que faciliten no solo la combinación de formas de tratamiento que se fundamenten en los aspectos físico-terapéuticos y pedagógicos, sino también la continuidad del proceso rehabilitador. En este sentido, el contexto que ofrecen las ACFT y P resulta ideal para la inserción dinámica de acciones enfocadas a la orientación (ayuda) desarrolladora de la personalidad de estos individuos.

Cuando el paciente hemiparésico crónico transita por el camino que inexorablemente lo conduce a su reinserción social y laboral definitiva, ineludiblemente se vincula a un conjunto de necesidades que son el reflejo de las carencias de los programas anteriores en relación a la pertinencia de la RF, por la existencia de modos de actuación insuficientes para cumplir este encargo social de acuerdo a las exigencias del contexto socio-histórico-cultural actual y al objetivo para el cual se diseñaron; específicamente para el paciente hemipléjico el cual devela una lógica diferente.

Para el cumplimiento del encargo social de la RF en este paciente se requiere, primeramente, modificar su concepción que en la fase de hemiparesia crónica debe entenderse como una relación dialógica de ayuda al paciente por parte del rehabilitador. En esta relación el enfermo adquiere una posición de sujeto activo capaz de gestionar su propio validismo, y se convierte en protagonista de su propia formación, desarrollo y transformación.

En segundo lugar se requiere que el rehabilitador que labora en las ACFT y P, trascienda las formas tradicionales y asuma los requerimientos de las tendencias psicopedagógicas actuales para enseñar al paciente a aprender a aprender para la vida, atender las diferencias individuales desde la labor colectiva de aprendizaje y ofrecer niveles de ayuda en correspondencia al desarrollo físico y psíquico alcanzado por los pacientes.

Esto implica actuar de cara a la diversidad, entender la interrelación dialéctica entre la directividad y no directividad del proceso de enseñanza aprendizaje para la apropiación de la experiencia socio-histórico-cultural.

Estas pretensiones se materializan en formas de actuación que implican el diálogo, la comunicación, la discusión en el trabajo de los grupos reales de pacientes como reflejo de las motivaciones y actitudes de los propios enfermos; y es el resultado de la comprensión de la interrelación dialéctica entre lo biológico y lo social, entre lo individual y lo general, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo actual y lo potencial, entre lo interno y lo externo y entre la dependencia y la independencia.

Los cambios lentos que caracterizan al hemiparésico crónico tienen su fundamento en la teoría de la NP, y exigen acciones que se encaminen a hacer tangible en el paciente los beneficios de la CFT y P, al derivar como una necesidad normal para sus vidas.

Dada la complejidad del proceso de rehabilitación en este paciente se hace necesario actuar sobre los valores, creencias personales, motivaciones, intereses, referentes teóricos, recursos psicológicos y actitudes; como expresión de la ley de la compensación enunciada por Vygotski; que objetiva la prevención primaria, secundaria y terciaria en la RF del hemiparésico crónico; a la vez que previene el síndrome de desgaste profesional en el rehabilitador.

Con los argumentos expuestos se fundamenta el programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.

- **Delimitación del problema**

A partir de los fundamentos del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se define su problema científico, el cual se formula de la siguiente manera:

¿Cómo desarrollar la RF del paciente hemiparésico crónico desde la posición de sujeto activo, que facilite la continuidad del proceso en las ACFT y P?

- **Contextualización del programa de orientación**

El programa se aplica a pacientes hemiparésicos crónicos atendidos en un ACFT y P.

- **Destinatarios**

Directos: paciente hemiparésico crónico.

Indirectos:

- Licenciado en Cultura Física que labora en el ACFT y P de la atención primaria de salud y de las escuelas comunitarias de Cultura Física, Deporte y Recreación.
- Profesores de la asignatura de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Metodólogos del grupo nacional y provincial de ACFT y P.
- Médicos especialistas y Tecnólogos de la Salud en Medicina Física y Rehabilitación que laboran en centros especializados de rehabilitación, hogares de ancianos y de impedidos físico-motor.
- Familia del paciente hemiparésico crónico.
- Miembros de la Asociación Cubana de Limitado Físico-Motor.

3.2 Fase de diseño del programa de orientación

El fundamento teórico de esta fase se expuso en la página 45 del capítulo uno; el fundamento metodológico en la página 66 del capítulo dos. La fase consta de dos etapas:

Primera etapa, donde se elabora el esquema conceptual que contiene las teorías en que se basa, la metodología de intervención que propugna y los juicios de valor que se pueden realizar a partir de los resultados obtenidos.

Segunda etapa, que comprende el proceso de programación donde se establecen los objetivos, metodología, contenidos, temporalización y recursos.

- **Esquema conceptual del programa de orientación**

Teorías en que se basa:

La teoría que fundamenta este programa es la explicación de la interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski.

El programa se sustenta en las Ciencias de la Cultura Física y las Ciencias Biomédicas.

El fundamento filosófico es la concepción dialéctico materialista.

Axiomas de la teoría de la NP que conciernen al programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P:

- El factor fundamental para la respuesta neuroplástica a largo plazo es la agresión al sistema nervioso.
- La mediación de mecanismos fisiológicos, bioquímicos e histológicos modulados por factores ambientales, sociales, educativos, psicológicos, el ejercicio físico-terapéutico y el estado de equilibrio bio-psico-social del individuo.
- El aumento de la neurotransmisión de volumen por difusión no sináptica de la vía dopaminérgica resultante del ejercicio físico junto a la acetilcolina, aumentan la potenciación a largo plazo que condiciona la metaplasticidad sináptica modulada por la experiencia individual, el medio social y la propia lesión al sistema nervioso.
- El aumento de la morfogénesis cortical se asocia a la activación de modalidades cruzadas, extensión de mapas corticales y a la persistente adaptabilidad de conexiones neuronales asociativas recíprocas por el aprendizaje, la socialización y la comunicación.

Axiomas del Enfoque Histórico Cultural de Vygotski consustanciales con el programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P:

- La ley psicogenética del desarrollo psíquico.
- El carácter socializador, formativo y desarrollador de la actividad social humana transformadora, donde el sujeto ocupa una posición activa.
- El carácter mediatizado y mediatizador de la dinámica humana del grupo real.
- La observación y evaluación del proceso por encima de los resultados para el diagnóstico de las posibilidades, la determinación de los niveles de ayuda, la direccionalidad del método y el descubrimiento de la lógica del paciente por medio de su historicidad.
- La educación del individuo centrada en valores sociales y humanistas por la interiorización del patrimonio socio-cultural legado por la humanidad.
- La integración de los ámbitos cognitivo, afectivo, motriz y actitudinal.
- La concepción de que el paciente hemiparésico crónico es un ser social consciente, activo, orientado hacia un objetivo, en condiciones socio-históricas concretas.
- El trabajo en las Zonas de Desarrollo Próximo.
- La ley de la compensación.
- La ley del determinismo histórico social del desarrollo humano.

- **Metodología de intervención**

La metodología de intervención que propugna el programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P, se explica siguiendo un sistema de preguntas que permite caracterizar la esencia de la propuesta, sus vínculos, nexos, estructura, funcionalidad y utilidad para la RF de este paciente con los medios de la CFT y P.

¿Por qué se trabaja?

Porque existe la necesidad social de desarrollar una concepción teórico-metodológica que guíe la práctica procesual de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P desde la posición de sujeto activo, a partir de sus necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora, psico-social y de vida y sobre la base de las potencialidades condicionadas por la NP para la completa reinserción social y laboral de este paciente.

¿Qué se trabaja?

El constructo teórico-metodológico “Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P”.

¿Cómo se trabaja?

Con un programa de orientación que esencialmente tiene un carácter flexible, procesual, contextualizado en función de las necesidades de los pacientes.

Se opta por el estilo de enseñanza problémica y la tendencia sociocéntrica de la Didáctica Contemporánea, específicamente la activista que tiene como medio la orientación desarrolladora y como técnica la comunicación a través del diálogo.

El eje central del proceso de intervención es la actividad grupal de la dinámica humana que se configura en la relación dialógica rehabilitador-paciente, en función de tareas relacionadas con el desarrollo físico y psico-social alcanzado.

La concepción de la evaluación es integral (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.) en el marco de la tendencia educativa actual: “Educación continuada para toda la vida”.

¿Dónde se trabaja?

El proceso no tiene un espacio único. Pueden ser tan variados como situaciones haya de tipo organizativa, de tipo material etcétera. Se prefieren los espacios naturales y se utiliza el gimnasio terapéutico.

¿Cuándo se trabaja?

Cuando se diagnostican las necesidades de los pacientes una vez matriculados en el ACFT y P. Las sesiones de trabajo comienzan con la clase de CFT y P y le siguen las discusiones grupales, los talleres y los cursos, en los que se planifican además las actividades complementarias.

¿Quién trabaja?

Los elementos constituyentes de la relación dialógica rehabilitador-paciente en coordinación con todos los factores de la comunidad, la institución a la que pertenece el ACFT y P, la familia y demás agentes socializadores.

¿Para qué se trabaja?

Para facilitar la continuidad del proceso rehabilitador en la comunidad a partir de la posición activa del paciente en la gestión de su validismo y mayor nivel de calidad de vida relacionada con la salud, para su total reincorporación social y laboral.

Orientaciones metodológicas generales del programa de orientación diseñado:

- Para iniciar el proceso de RF por medio del programa de orientación es indispensable la caracterización individual de los pacientes y sistematizar las categorías principales del programa en función de las necesidades individuales.
- Las actividades del grupo deben desarrollarse después de las clases de CFT y P y no deben durar más de 45 minutos.

- Coordinar con el médico especialista en Rehabilitación la reevaluación del paciente si aparecen complicaciones motoras y/o psíquicas seculares, así como el control farmacológico de los factores de riesgo. Verificar el cumplimiento exitoso de las etapas kinesioterapéuticas precedentes correspondiente a la fase de hemiplejía.
- El Licenciado en Cultura Física debe planificar la clase de CFT y P con una parte inicial de 10 minutos, y lograr que desde el punto de vista psicopedagógico se cree un ambiente educativo y un estado psíquico favorable hacia la práctica de la actividad física. Desde el punto de vista didáctico metodológico debe propiciar el acondicionamiento de los sistemas cardiorrespiratorios y osteomioarticular.
- La parte principal puede constar de 30 a 35 minutos ya que en ella se cumplen los objetivos y, desde el punto de vista del contenido se emplea el ejercicio físico terapéutico porque constituye el elemento principal para la potenciación de las capacidades físicas.
- La parte final, de 5 a 10 minutos, posibilita las conclusiones del proceso de enseñanza aprendizaje y evalúa el resultado desde el punto de vista didáctico metodológico, y además, brinda las recomendaciones que refuercen el resto de las actividades.
- El tipo de ejercicio siempre será aeróbico, dinámico, isotónico, con participación de todos los grupos musculares.
- En la clase de CFT y P hay que cumplir con los siguientes requisitos metodológicos: Los ejercicios de calentamiento y respiratorios en la parte inicial; los juegos menores, los ejercicios de resistencia aeróbica, movilidad articular, respiratorios, en la parte principal y los ejercicios de relajación, movilidad articular, respiratorios y recuperación en la parte final.

- El método de ejercicio físico terapéutico se inicia con intervalos de reposo activo y se pasa progresivamente a continuo a medida que se produzca el mejoramiento de la capacidad funcional.
- En la planificación de las actividades físicas hay que plantearse objetivos de naturaleza formativa de valores, hábitos, destrezas intelectuales y motoras.
- Hay que evitar la aparición de estados agudos que conduzcan a la descompensación de la enfermedad de base del paciente. Para ello, el licenciado tiene que establecer una adecuada interrelación de trabajo con el médico.
- Las sesiones del método de ejercicio físico terapéutico no se inician o se suspenden si las cifras de tensión arterial se encuentran por encima de 130-140/95-99 mm Hg.
- Se suspende o no se inicia la actividad física en presencia de manifestaciones agudas objetivas y/o subjetivas de fatiga, intolerancia al ejercicio físico, descompensación de la enfermedad de base, síntomas y/o signos clínicos de enfermedades agudas sobreañadidas.
- El ejercicio físico terapéutico siempre se iniciará por el hemicuerpo afecto, se insiste en la movilización permanente de éste y se realiza transferencia de peso y movimiento al mismo en todo momento.
- El profesor debe disponer de un amplio abanico de alternativas para la realización de las actividades físicas en función de las características individuales del paciente y su profesionalidad. Evitar la monotonía y el desánimo del paciente.
- Se deben establecer los niveles de ayuda en correspondencia con la identificación de las ZDP.

- Las actividades físicas deben planificarse y diseñarse por el Licenciado en Cultura Física, el cual debe tener en cuenta las sugerencias aportadas por el grupo en función de los intereses y motivaciones colectivas.
- La individualización del método de ejercicio físico terapéutico se hará por el pulso y la tensión arterial durante el ejercicio.
- Se debe mantener la equidad en la distribución de las tareas durante los juegos y aumentar progresivamente la complejidad y el nivel de esfuerzo de estos en dependencia a las condiciones físicas y el tránsito por las ZDP.
- Algunas orientaciones metodológicas para la realización de los juegos menores se ofrecen en el Anexo 17. Se enfatiza en el control de la intensidad de la carga física que se aplica durante los juegos menores por medio de algunos de los siguientes procedimientos: pulso arterial y tensión arterial; tiempo total de la sesión de juego; examen funcional a través de la observación de síntomas y signos subjetivos resultante del efecto de la actividad física (rubor, sudoración, cianosis, etcétera); identificación del efecto emocional de los juegos menores ya que, la alegría, la vivencia y el deseo por la repetición son productos de un juego intensivo; "...Pues jugar en forma intensiva no significa jugar hasta el agotamiento" de acuerdo a los criterios de Döbler y Döbler (1975,63); determinación objetiva de la intensidad de la carga física que se aplica durante la parte principal de clase de CFT y P pues ésta influye en el tiempo de la sesión de juego y en la intensidad de la carga física aplicada en el juego, en el sentido del aumento o la disminución.
- La ayuda para el tránsito por las ZDP no es sustitución sino establecimiento de las premisas para el aumento progresivo del esfuerzo personal, la implicación en el

proceso y la gestión particular del validísimo. Es según los criterios de los propios pacientes... “Abrir camino, no ordenar ni disponer”

- Las actividades físicas deben realizarse en contacto con la naturaleza, y se pueden usar diversos materiales de soportes. El más recomendado es la música.
- La aplicación del programa siempre supone la constante superación del profesor, unido a altas dosis de altruismo, amor y humanismo.
- La tendencia principal de las actividades físicas es facilitar la integración social y laboral y deben implicar la prevención del síndrome de desgaste profesional en el rehabilitador.
- Se debe procurar en cada sesión de trabajo del grupo, el desarrollo de la autoexpresión y la comunicación interpersonal a través del diálogo abierto.
- Se deben evitar las conductas con tendencias a la sobreprotección que expresen lástima.
- Se deben establecer coordinaciones de trabajo del grupo con las instituciones sociales, asociaciones de minusválidos, organizaciones de masas, proyectos sociales de la comunidad para planificar, organizar y sistematizar las actividades físico-recreativas, las actividades socio-culturales vinculadas a la CFT y P y el resto de las actividades complementarias.
- **Juicios de valor que se pueden realizar a partir de los resultados obtenidos**

Como resultado de la fase de evaluación del programa se establecen los juicios de valor que conforman su esquema conceptual. Los fundamentos teóricos de los juicios de valor de un programa de orientación que establece Fernández-Ballesteros (1996), junto

a los juicios de valor que establece el autor de esta investigación se expusieron en la página 73 del capítulo dos.

En la Figura 3.1, se muestran la forma en que se concretan los juicios de valor en el programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P.

- **Proceso de programación del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P**

Objetivo fundamental del programa de orientación

El objetivo fundamental del programa es enseñar a aprender y aprender (a aprender) a gestionar un mayor nivel de validismo por parte del paciente hemiparésico crónico, unido a la superación profesional del rehabilitador, al elevar la calidad de vida relacionada con la salud de los implicados en el proceso.

Objetivo general del programa de orientación

Aplicar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico con una visión de continuidad en las ACFT y P y aprendizaje para la vida según las potencialidades contenidas en el paciente por la plasticidad cerebral y con la atención a la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos del programa de orientación

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar la independencia física del paciente a partir de la satisfacción de sus necesidades y sobre la base de sus propias limitaciones.
- Acrecentar el nivel de validismo para la realización de las AIVD y AAVD.

Juicios de valor	Indicadores
Pertinencia	El programa da respuesta al encargo social de la RF del paciente hemiparésico crónico (integración social y laboral), a partir de su concepción y en virtud del aprendizaje para la vida de estos individuos.
Suficiencia	El programa logra un clima socio psicológico adecuado en el grupo, atiende las diferencias individuales, establece adecuados niveles de ayuda, utiliza técnicas y recursos que posibilitan el logro de los objetivos en virtud de una adecuada comunicación interpersonal y autoexpresión.
Progreso	Se mantiene el 100% de asistencia, la motivación, implicación, esfuerzo personal, mutua responsabilidad y se evalúa periódicamente el proceso, así como cada una de las acciones desarrolladas que tienen como medio el grupo de discusión.
Eficiencia	Los resultados se corresponden con los objetivos trazados y se logran con el mínimo de recursos, el tiempo de trabajo con el paciente es de 6 horas semanales.
Eficacia	Se logra modificar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular, así como el perfil de las consecuencias de éstas. Se logra mayor independencia para las AIVD y AAVD. Se logra mejorar las relaciones socio familiares, la capacidad funcional, reducir la depresión y el impacto negativo de la fatiga.
Efectividad	El programa de orientación mostró un 87 % de efectividad.
Flexibilidad	El diseño del programa es el reflejo de la relación individuo-grupo-sociedad.
Descentralización	Se expresó en el hecho de que aún cuando se parte de principios e invariantes de la RF, no se aleja de ellos y el contenido del programa se configura de manera variada de acuerdo a los intereses, vivencias, particularidades y nivel de desarrollo de los pacientes.
Adaptabilidad	El programa se adapta a cualquier exigencia contextual. Puede ser aplicado con uno, dos y más de 15 pacientes en cualquier ACFT y P.

Figura 3.1 Indicadores de los juicios de valor del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.

- Potenciar en el paciente los recursos psicológicos necesarios que posibiliten el control emocional, la reducción de la depresión y la activación de mecanismos que modifiquen estilos de vida en función del bienestar.
- Favorecer las relaciones interpersonales con la familia, el rehabilitador y la sociedad.
- Diferenciar el perfil de las consecuencias o impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Integrar alternativas socio-culturales con la CFT y P que faciliten la modificación de actitudes sobre el proceso rehabilitador, al implicar una regulación y autorregulación conductual favorecedora de la integración social y ocupacional.
- Integrar acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.
- Potenciar la calidad de vida relacionada con la salud.
- Instrumentar alternativas flexibles con igual impacto en el paciente que en el rehabilitador.
- Modificar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

Contenido, métodos y temporalización del programa de orientación

Primera etapa: “Aprender a aprender”.

Duración: 6 meses.

Objetivo general:

Crear en el paciente las condiciones físicas para la satisfacción de sus necesidades según sus propias limitaciones y de acuerdo a la modificación de estilos de vida en función del bienestar.

Objetivos específicos:

- Potenciar directamente la capacidad física condicional: resistencia aeróbica.
- Potenciar indirectamente las capacidades coordinativas generales, especiales y complejas.
- Potenciar las capacidades incondicionales condicionales.

La relación del contenido expresado en actividades, los métodos, la temporalización y evaluación por unidades didácticas de la primera etapa del programa de orientación se exponen en la Figura 3.2.

Segunda etapa: “Aprender para la vida”

Duración: 6 meses.

Objetivo general:

Mantener el nivel de realización de las actividades físicas alcanzado como resultado de la potenciación de las capacidades por el cumplimiento de las tareas programadas en la fase anterior lo que contribuye al logro de la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, responsabilidad mutua para vivir con vitalidad y estar satisfecho con la vida.

Objetivos específicos:

- Desarrollar alternativas socio-culturales integradas con la CFT y P para facilitar la modificación de actitudes ante el proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual favorecedora de la integración social y ocupacional.
- Desarrollar acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.

Unidad	Tarea	Metodología	Tiempo	Evaluación
Físico Terapéutica o Clínico-rehabilitadora	Clase de CFT y P	Intensidad 50-60% Fc máx. Enseñanza Problemática. Método elaboración conjunta	45-50 minutos 3 veces/semana	-Pulso arterial -Tensión arterial -Peso corporal (mensual) -PNI -Autoevaluación. -Coevaluación. -Heteroevaluación. -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución
Psico-social	Cursos: -Los 27 beneficios del ejercicio físico terapéutico. -Características de una actividad físico recreativa. -Manejo del estrés. -Nutrición y actividad física terapéutica. -Sexualidad y discapacidad. - Los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y su control. -Guía de ejercicios físicos terapéuticos. - Guía de alimentación.	Enseñanza Problemática. Método elaboración conjunta	45-60 minutos 3 veces/semana	-Autoevaluación. -Coevaluación. -Heteroevaluación. -Grupo de discusión -PNI -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución
Perspectiva de vida	Talleres: -Control de vida y estilos de vida. -¿Cómo realizar un cambio en nuestras vidas? Actividades complementarias: -Intervención en (Radio y TV).	Enseñanza Problemática. Método elaboración conjunta	45-60 minutos 3 veces/semana una vez a la semana	Autoevaluación. -Coevaluación. -Heteroevaluación. -Grupo de discusión -PNI -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución

Figura 3.2 Contenido, metodología y temporalización de la primera etapa.

- Desarrollar alternativas flexibles con igual impacto en el paciente que en el rehabilitador.

El contenido expresado en actividades, los métodos, la temporalización y evaluación por unidades didácticas de la segunda etapa del programa de orientación se exponen en la Figura 3.3.

• **Recursos:**

- Se puede utilizar el gimnasio terapéutico pero se prefieren los lugares naturales.
- Implementos deportivos disponibles en el gimnasio que conforman la mecanoterapia.
- Voluntad de apoyo y gestión de los elementos directivos de la organización institucional a la que pertenece el grupo.

Unidad	Tarea	Metodología	Tiempo	Evaluación
Físico – terapéutica o clínico- rehabilitadora	Clase de CFT y P Excursión al campismo	Intensidad 60-70 % Fc máx. Enseñanza Problémica. Método elaboración conjunta	45-50 minutos 3 veces/semana anual	-Pulso arterial -Tensión arterial -Peso corporal (mensual) -PNI -Autoevaluación. -Co-evaluación. -Heteroevaluación. -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución
Unidad psico- social	Talleres: -Desarrollo de la creatividad. Actividades complementarias: -Visita a museos. -Recorrido histórico por la ciudad. -Intercambio cultural con Sociedades Culturales y grupos comunitarios.	Enseñanza Problémica. Método elaboración conjunta	45-60 minutos 3 veces/semana trimestral	Autoevaluación. -Coevaluación. -Heteroevaluación. -Grupo de discusión -PNI -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución
Unidad perspectiva de vida	Talleres: -Elaboración de un plan de vida en función de la rehabilitación por medio de ejercicios físicos terapéuticos. -¿Cómo mejorar las relaciones interpersonales? Actividades complementarias: -Tertulias científicas y culturales.	Enseñanza Problémica. Método elaboración conjunta	45-60 minutos 3 veces/semana mensual	-Autoevaluación. -Coevaluación. -Heteroevaluación. -Grupo de discusión -PNI -Acción reflexión orientada -Retroalimentación ejecución

Figura 3.3 Contenido, metodología y temporalización de la segunda etapa.

3.3 Fase de aplicación del programa de orientación

El diseño de las actividades contentivas del programa supone la aplicación de éstas e incluye las actividades de seguimiento y control. La descripción de esta fase desde el punto de vista teórico se realizó en la página 46 del capítulo uno; desde el punto de vista metodológico en la página 72 del capítulo dos.

La concreción de la fase en el programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P se objetiva en la fase de programación del diseño del programa expuesto a partir de la página 85 del presente capítulo.

3.4 Fase de evaluación del programa de orientación

A partir de la elección del modelo de evaluación participativa que implica establecer el diseño de evaluación que implicó el pre experimento, el grupo de discusión la entrevista a los pacientes y las formas de triangulación, se le da cumplimiento a la fase de evaluación del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P cuyos fundamentos teóricos se declaran en la página 47 del capítulo uno, y los fundamentos metodológicos en la página 73 del capítulo dos.

La fase de evaluación del programa de orientación incluye además la aplicación del programa con las actividades de seguimiento y control las cuales se expusieron en la página 72 del capítulo dos y la evaluación del programa tanto en su diseño, en su propia aplicación y en los resultados por medio de los juicios de valor explicados en la página 93 de este capítulo, y a través del informe y discusión de los resultados del pre experimento que se realiza a continuación.

El individuo masculino de color de piel blanco entre 45 y 55 años de edad con la Hipertensión Arterial como factor de riesgo más frecuente conformó el perfil de la

muestra estudiada, según se expone en la Tabla 1 y 1 a, (ver Anexo, 36). Estos hallazgos coinciden con los reportes de (Cardamone, 2005; Cuba, 2003; Córdova, 2000; Fernández-Ballesteros, 2000; Finestone y Greene-Finestone, 2003; Grau, 2004; Lavados, 2005; Moré, 2004 a; Padilla, 2006; Rodríguez y otros, 2006) que localizan la alta probabilidad del infarto cerebral aterotrombótico en el hombre blanco hipertenso. Estudios de carga de la enfermedad demuestran que la misma constituye...”La quinta causa de años de vida ajustados por discapacidad”, según Lavados y Hoppe (2005,1272) y Concha (1996) siendo la primera causa de muerte alrededor de los 65 años de vida.

Se atribuye este hallazgo al predominio de los individuos blancos en la población cubana. La influencia del 20 por ciento en el sexo masculino mayor de 40 años de la Hipertensión Arterial según reportan Moré (2005, a) y Socarrás (2006), asociada a otros factores como el tabaquismo, sedentarismo, obesidad y sobrepeso, estrés psicológico, Diabetes Mellitus y envejecimiento que, promueven el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica de acuerdo a lo que confirman Moré (2005, a,b,c) Negrín y Fernández-Brito (2007,8) López y otros (2002). En este estudio los 15 pacientes eran sedentarios y 13 estaban sometidos a estrés psicológico.

Al analizar el comportamiento de las AIVD y AAVD por medio de la escala de Lawton y Brody, como se muestra en la Tabla 2, (ver Anexo 37); se constata que el 93,33 % de los pacientes alcanzó la autonomía para las mismas al final de la intervención con el programa de orientación. Las evaluaciones ofrecen diferencias significativas de acuerdo a la prueba de Friedman, sin embargo, el tránsito de la dependencia total a la

autonomía que se midió a través de la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon ofrece diferencias altamente significativas.

Estos hallazgos reflejan el trabajo en las ZDP y cristalizan en las concepciones de los pacientes al final de la intervención en el grupo de discusión... "Cada persona es el alfarero de sí misma"... "Uno es lo que se proponga"... "La lástima paraliza, no me ayuda a crecer"... "En el camino de la vida es preferible ser peregrino y no turista".

Estas frases materializan modos de actuación que declaran laboriosidad, creatividad, complementariedad y mutua responsabilidad, al sentir mayor realización personal en tanto mayor es su aporte social y capacidad de enfrentar obstáculos y encontrar soluciones a los problemas.

En este sentido se considera a... "la capacidad funcional para la actividad física como el elemento esencial de la autonomía y no la edad cronológica", según Meixoeiro (2006,225), coincidiendo con lo que Revé (1994), citado por Ceballos (2001) denomina "flujo": sensación de absoluto control donde la habilidad se corresponde con la dificultad.

Desde esta óptica se asume la integración de lo cognitivo-afectivo-motor con proyección social y se apuntan las ideas de González (1985,23)... "El hombre forma y desarrolla los contenidos de su motivación, no solamente por la adquisición de nuevos significados, sino por el establecimiento de complejas relaciones que tienen un sentido emocional para él". Esto cristaliza en las valoraciones de los pacientes en la entrevista no estructurada al final de la intervención... "Los ejercicios físicos terapéuticos ya no son algo mecánico ni aburridos, son amenos e interesantes, se combinan los juegos con

actividades recreativas y culturales”...”Comprendimos que los ejercicios físicos-terapéuticos deben formar parte consustancial con nuestras vidas”.

El desarrollo de la autoexpresión y la comunicación interpersonal en el grupo de discusión satisfizo las necesidades que particularizan las condiciones internas del individuo, en correspondencia a lo que plantean (Bello, 2005; Castellanos, Llivinia, Silvero, 2004; Del Pino y Recarey, 2005; García, 1996; Mitjans, 1995; Moré, 2005 d,e; Schvarstein, 1991; Simón y Albert, 1989).

Sería interesante valorar en profundidad estos cambios subjetivos en futuras investigaciones, al disponer de un amplio rango de pruebas que aporten más información sobre el comportamiento de las capacidades físicas incondicionales condicionales potenciadas indirectamente en este estudio como también, considerar el uso de técnicas de rehabilitación neuropsicológicas tales como el aprendizaje sin error, desenmascaramiento de pistas, ejercicio físico-terapéutico en procesos de atención, en estrategias de asociación con múltiples modalidades sensoriales, potenciación de la generalización y la metacognición.

La fundamentación de la mayor independencia que logró el hemiparésico para la realización de las AIVD y AAVD, se hace además a partir de los aportes de la Neuropsicología y la Evaluación Neurocognitiva Integral que destacan la participación concatenada de áreas corticales en la actividad física e involucran al factor cinestésico, cinético, espacial y planificador.

Este enfoque metodológico dinámico estructural cuyo antecedente se encuentra en los estudios de A.R. Luria según Cardamone (2005), determina la trascendencia cualitativamente superior de la funcionalidad del individuo y su centro radicaría, a

criterio del autor de esta investigación, por un lado en la teoría de la NP y, por otro, en el EHC de Vygotski.

Además, las investigaciones de (Dena, 2000; Sanz y otros, 2004) muestran como la actividad física determina el aumento de la endorfina, serotonina y adrenalina, las cuales potencian las moléculas de señalización que actúan como neurotransmisores y neuromoduladores en las sinápsis que conlleva a facilitar el proceso de aprendizaje, desarrollo y control del cerebro sobre el cuerpo, el entorno y la NP, con énfasis en el concepto de metaplasticidad sináptica.

Desde esta posición Bear (2007) del Picower Institute plantea que las neuronas se hacen más fuertes cuando se aprende, pues la potenciación sináptica a largo plazo influye más en el hipocampo.

El comportamiento de la valoración sociofamiliar del hemiparésico crónico como resultado de la aplicación del programa de orientación se expone en la Tabla 3 (ver Anexo 38). Al inicio de la intervención los 15 pacientes presentaban manifiesto problema social. Autores como (Durante, 2006; Fernández-Ballesteros, 2002; Moré, 2005 b; Semanant y Horsford, 2006) sitúan la problemática fundamental de este paciente en la esfera psicoemocional y en la relación sociofamiliar.

Se coincide con los criterios de Pérez (2005,88) en relación al gran problema de la familia cubana... "Poca capacidad psicológica para resolver conflictos debido a dificultades de comunicación, porque no hay aprendizaje del lenguaje emocional, no se comunican las emociones y los afectos".

La trascendencia altamente significativa (según la prueba de Wilcoxon) al nivel de buena/aceptable situación social de 13 pacientes al final de la intervención, se logró en

virtud de los talleres para potenciar la autoexpresión y regular la comunicación interpersonal, unido al reflejo progresivo de las múltiples configuraciones de relaciones sociales con pluriexpresión de sentidos que se enriquecen con las actividades reflexivas del grupo.

Estos hallazgos se fundamentan a criterio del autor en los postulados de HL Teunber “doble disociación de la función” que AR. Luria denomina “análisis sindrómico” y Vygotski “estructura o núcleo del defecto primario”, citado por Brown (s,f) y Cardamone (2005). Presupuestos teóricos que posibilitan aplicar la ley de la compensación al hemiparésico crónico en los marcos del trabajo en las ZDP y sobre la base de considerar al individuo como un producto filogenético, ontogenético y cultural.

La triangulación confirma estos hallazgos, tácito en las frases de los pacientes al final de la intervención...”Ayudar a mi familia y amigos”...”Seguir aprendiendo para ser más útil”...”Relajarme y cooperar”...”Trabajar para ayudar a mi familia y no ser una carga para ella”; y en el registro de valoraciones de la entrevista final no estructurada a los pacientes”...”Los cursos y talleres nos han ayudado a vivir, hemos aprendido a vivir, a ser más independiente”...”Hemos construido nuestros propios conocimientos y técnicas para enfrentar los abatares de la vida”...”La información que obtuvimos con la ayuda del Licenciado en Cultura Física nos sirvió a todos e incluso a los mismos licenciados, pues ellos también aprendieron a vivir, a ser mejores y a ayudarnos mejor”.

El comportamiento de la depresión se presenta en la Tabla 4 del Anexo 39. Al inicio de la intervención dos pacientes (13.33%) presentaron un cuadro que iba más allá de una depresión mayor y 13 pacientes (86.66 %) mostraron una depresión mayor. Este hecho coincide con los criterios de (Fernández-Ballesteros, 2002; Marco y Muniesa, 2003;

Millaras, 2004; Moré, 2005 b; Suárez, 2002; Vagué y Villardel, 2001; Vázquez y Jiménez, 2004).

En este sentido, diversas investigaciones neuropsicológicas señalan que la lesión del hemisferio dominante altera el análisis de la información espacial y la falta de este factor psicológico primario, perturba el movimiento y secundariamente la proyección e inserción del individuo en la sociedad.

Por otra parte, el desequilibrio entre la integración de los procesos cognitivos, afectivos y motores en interacción con el medio socio-cultural, determina la configuración de un “sistema cerebral disfuncional” idea que sostiene Cardamone (2005) y que se pudiera restablecer al comprender la interrelación dialéctica entre la teoría de la NP y el EHC de Vygotski.

El sistema cerebral disfuncional se manifiesta en un síndrome de alteración global de las funciones cerebrales superiores que algunos autores denominan “apático-acinético-abúlico” o también “síndrome disejecutivo” según Cardamone (2005) y se relaciona con la dependencia y la falta de motivación para las AIVD y AAVD.

El logro de la “flexibilidad mental” entendida por Joy Hirsch citado por Cramer y Basting (2002) como la oportunidad de escoger la situación, se alcanzó en el 60 % de los pacientes con diferencia altamente significativa con respecto al inicio de la intervención. Este planteamiento fue hecho en la Universidad de Columbia. E.U.A mediante pruebas de atención y estudios cerebrales instantáneos a partir de imágenes de Resonancia Magnética Funcional que captan el cerebro en acción, y se determinó la existencia de un área que activa y desactiva la respuesta emocional al temor y la depresión en la

región cingular rostral de la amígdala: centro cerebral donde se procesan las respuestas emocionales al medio social.

Por otro lado, la propia actividad física posee amplios correlatos con los beneficios psicológicos, tácito en las expresiones del grupo al final de la intervención... "La felicidad está en uno mismo"... "Todo en la vida se puede lograr, solo se necesita la ayuda y orientación de alguien más capaz"... "Nada es difícil siempre que se haga con amor"... "Estoy despertando la parte del cerebro que se durmió"... "La meta es difícil, el esfuerzo fue duro, pero valió la pena"... "Mi condición no es un impedimento, es un reto".

El comportamiento del impacto de la fatiga en la independencia para las AIVD y AAVD se despliega en la Tabla 5 del Anexo 40. Al inicio de la intervención, la fatiga interfería la realización de estas actividades y se presentó en 11 pacientes (73,33 %), coincidiendo con (Coll y otros 2005; González, 1973; Junco y Moré, 1994; Millaras, 2004).

Las pruebas de Friedman y Wilcoxon confirman resultados diferentes y altamente significativos entre las evaluaciones parciales y entre el inicio y final de la intervención. La triangulación con la entrevista a los pacientes al final de la intervención, registró valoraciones que corroboran este resultado... "La fatiga no dificulta la realización de las actividades de la vida diaria"... "Gracias a los ejercicios físicos terapéuticos que realizamos con el Licenciado en Cultura Física hemos alcanzado un nivel de satisfacción con la vida y bienestar general importante".

Lo anterior puede estar en relación con la potenciación de la capacidad física condicional de resistencia aeróbica con cargas de mantenimiento de acuerdo a (Ceballos, 2001; Debra, 2005; Meixoeiro y Durante, 2006; Moré, 2005 a; Vagué y

Vilardel, 2001; Vázquez y Jiménez, 2004); y puede explicar como el factor de riesgo obesidad no se modificó completamente con las actividades físicas del programa. A pesar de que los pacientes disminuyeron su peso corporal, el cambio no fue significativo, de acuerdo a la confirmación que aporta la prueba de Friedman.

En la Tabla 6 del Anexo 41 se muestra el comportamiento del impacto que la enfermedad cerebrovascular produce en el paciente consecuente a la aplicación del programa diseñado. Inicialmente los 15 pacientes presentaron valores altos cercanos a 100 que ratifica la completa repercusión de la enfermedad en el estado de salud, así se coincide con Prieto y Aguirre. (2000); Socarrás y otros (2006); Selman-Housein (2002). Al final de la intervención se confirmó la ausencia de repercusión de la enfermedad en la mayoría de los pacientes por los valores bajos del índice. Al contrastar los resultados iniciales y finales, la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon ofrece una diferencia altamente significativa.

Este hallazgo se puede explicar por el fenómeno neuroplástico ajustado a la influencia socio-cultural con lo que se coincide con Sánchez y Gómez (2004). Pero no siempre este fenómeno constituye un mecanismo de buena adaptación, lo que explica los valores altos en la escala, de dos pacientes en la cuarta evaluación.

La ausencia de repercusión se puede fundamentar en la activación de los mapas corticales relacionados al uso, junto al aumento de la eficacia sináptica y las modalidades cruzadas que modifican patrones corticales de representación somestésica y motora, según plantean (Aguilar, 2003; Bergrado y Almaguer, 2002; Cramer y Bastings, 2000; Gómez, 2001, 2006; Culler y otros, 2002; Grau y Arboix, 2004).

Desde esta óptica Bregado y Almaguer (2002) consideran la NP como un instrumento terapéutico...”Si algún órgano debido a la deficiencia natural morfológica, fisiológica o genética no logra cumplir enteramente sus funciones sensitivas motoras y de integración, entonces el sistema nervioso central y el aparato psíquico del mismo asumen la tarea de compensar este defecto para lograr un mayor desarrollo”. Este planteamiento obliga a integrar en el programa la ley de la compensación de Vygotski.

Autores como Johansen-Berg et al, citado por Millaras (2004) declaran la activación de patrones de reorganización cortical en relación a la capacidad de movimiento y el proceso rehabilitador; medidos en la Resonancia Magnética Funcional por el incremento de la actividad de la corteza pre motora y, secundariamente la somatosensorial contralateral y regiones posterosuperiores bilaterales del cerebelo junto a la implicación motora ipsilateral, incluso más intensa y preservada en los hemiparésicos crónicos.

En esta dirección se coincide con Maciques (2005) cuando relaciona la NP con la motricidad como producto de una organización psicológica cada vez más compleja, condicionada por el papel activo del sujeto con sus características biológicas en interacción con el entorno.

Por otra parte, Araujo (2003) afirma que el placer del ejercicio se consigue al consentir los gustos y al hacer éste a la manera particular de los alumnos; ideas contenidas en los juicios de valor del programa de orientación.

Por último se resalta la activación por el programa del “sistema cerebral funcional”. Este se entiende como los vínculos y conexiones clínicamente estables entre las distintas áreas corticales y subcorticales como sustrato anatomofisiológico de las funciones

psicomotoras, resultado de las formas de aprendizaje que se establecen con el medio socio-cultural circundante.

Estos hechos se reflejan en las reflexiones del grupo al final de la intervención..."El pasado no me pertenece, lo único que puedo manipular es el día de hoy para construir el de mañana"... "Mi trombosis cerebral ya es historia"... "No me considero un discapacitado, eso fue ayer y ya ni lo recuerdo"... "Con tantas cosas lindas de la vida que hemos aprendido, no vale la pena volver atrás"... "Sigo luchando por vivir, pues mi enfermedad no me lo impide".

En la Tabla 7 del Anexo 42 se presentan los resultados de la prueba de caminata de los 6 minutos para medir capacidad funcional. El consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx) en las cuatro evaluaciones ofreció diferencias altamente significativas según la prueba de Friedman. Igual significación estadística entre el inicio y final de la intervención por la prueba de Wilcoxon, evidencia el incremento del potencial del método de ejercicio físico terapéutico en la dirección aeróbica que disminuye el doble producto (DP) ante el grado de estimulación que produce determinada carga física sin sobrecarga de presión al ventrículo izquierdo y, consecuentemente mejora las condiciones funcionales cardiorespiratorias con ahorro energético miocárdico.

Para Rivas (1999) el DP disminuido es la expresión de una eficiencia cardíaca mejorada, irrefutable en un gasto cardíaco aumentado para un nivel dado de utilización miocárdica de oxígeno; una eficiencia aumentada del metabolismo muscular periférico declarado en una mayor extracción de oxígeno arteriovenosa y un aumento del aporte de oxígeno al miocardio por un flujo sanguíneo coronario incrementado.

La modificación de estos parámetros implica la mejoría altamente significativa de la capacidad funcional que, según Williams (1995) y Artgao (1989) citado por Hernández y Agramante (2006,146)...”Es relativamente mayor en las personas que parten de una capacidad física peor” como la que se presenta en los pacientes objeto de estudio.

Según Semanant y Horsford (2006) el incremento de la capacidad funcional constituye la esencia de la RF con los medios de la CFT y P y en este estudio se produce a partir del aumento del VO₂ máx. De acuerdo a Pan y otros (1986) citado por Hernández y Agramante (2006,146) conduce a...”Una mejor comprensión de la enfermedad y la renuncia a una invalidez latente” que se logra en virtud de la naturaleza de las actividades del programa de orientación que se diseñó.

Ineludiblemente el método de ejercicio físico terapéutico que se aplicó en el programa adopta una dirección en el sentido de los cambios adaptativos positivos que favorecen la NP y, junto a la influencia social facilitadora, potencian el desarrollo de la RF del paciente hemiparésico crónico.

Sería interesante realizar estudios que fundamenten mejor y con mayor profundidad las relaciones que se develan en estos hallazgos y de lo cual se deduce que configuran una tríada: “Capacidad funcional-Neuroplasticidad-Enfoque Histórico Cultural”, por lo tanto se puede plantear que, contribuirá a la estructuración de estrategias de intervención más integrales que incidan en otros indicadores del proceso rehabilitador.

La respuesta favorable de los pacientes a la carga física de trabajo, también se sustenta en los aportes de Manero y Kristen (2005, 25)”...Cualquier nivel del método de ejercicio físico terapéutico hace que disminuya la frecuencia cardiaca en reposo, se incremente el volumen sistólico en el ejercicio y significativamente el umbral de metabolismo

anaeróbico, con lo cual se acrecienta la magnitud del ejercicio que puede hacerse sin que se acumule ácido láctico en sangre arterial”.

La evolución lenta y progresiva de la capacidad funcional en estos pacientes se fundamenta en las concepciones de Rivas (1999,152)...”Para alcanzar valores máximos de capacidad física se requieren períodos superiores al año”. No obstante Hernández y Agramonte (2006) sostienen como determinantes las características de las actividades del programa empleado y la clínica de los enfermos.

En la segunda etapa del programa se trabajó con una intensidad inferior al 70% de la frecuencia cardíaca máxima pre determinada por la edad y el sexo de los pacientes, pues en la opinión de (Alonso y Serrano, 2005; Fernández-Ballesteros, 2000; German, 2005; Góngora y González, 2006; Marín y García, 2004; Mateos y Maestros, 2005; Meixoeiro y Durante, 2006); la mejoría de la capacidad funcional se origina con un por ciento bajo en relación a la capacidad máxima para su edad y condiciones físicas.

En la Tabla 8 del Anexo 43 se muestra el comportamiento de la modificación y el control de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en virtud de la aplicación del programa de orientación. En relación a los factores de riesgo modificables tales como el sedentarismo y el estrés psicológico, la aplicación del programa produjo cambios altamente significativos que se confirman por la prueba de Friedman.

Sin embargo, con respecto a la obesidad, no se produce una disminución del peso corporal de forma significativa. Este hecho obliga para futuras investigaciones a enfatizar en el tiempo total de aplicación del método de ejercicio físico terapéutico mediante la clase de CFT y P, a partir del principio de que el único ejercicio que reduce el peso corporal de forma significativa es el de baja intensidad y por tiempo prolongado

al trabajarse en la zona de moderada potencia lo que implica la activación de la oxidación completa de la glucosa, la gluconeogénesis, la lipólisis y la beta oxidación de los ácidos grasos, según reporta Moré (2005 c) junto a otros factores como la alimentación y nutrición adecuada.

Existen factores de riesgo que no se pueden modificar pero sí controlar. En este pre experimento el control de la Hipertensión Arterial y la cardiopatía isquémica fue altamente significativo según la prueba de Friedman. Sin embargo, el control de la Diabetes Mellitus y la Hipercolesteronemia en las cuatro evaluaciones mostró diferencias significativas.

Este hecho exige reflexionar aún más en la importancia del control médico durante la actividad física relacionada con la salud, que condiciona no solo el control de estos factores de riesgo sino también la potenciación de los elementos que integran la calidad de vida relacionada con la salud.

Autores como (Balladares, 2006; Garrat, Schmidt, Mackintosh, Fitzpatrick, 2002; Góngora, 2006; Herrera, 2001,365; Martín y Carvajal, 2000; Millaras, 2003 a); destacan la importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud en la intervención rehabilitadora, (ver Tabla 9 del Anexo 44). En este sentido Martínez y Pérez de Heredia (2002, 230) y Carod-Artal (2004,1054) plantean que..."Las actuaciones multifactoriales además de reducir la mortalidad y morbilidad se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacen posible que estos puedan reincorporarse a la sociedad".

Los resultados entre las evaluaciones por el Cuestionario de salud SR-36 exhiben diferencias altamente significativas por la prueba de Friedman, y similar nivel de significación estadística para los valores que se ofrecen entre el inicio y el final de la

aplicación del programa de orientación según la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. Este hallazgo se corresponde con los juicios de valor relativos al programa. La valoración de la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P, después de la aplicación del programa de orientación corrobora la hipótesis de trabajo y se alcanza un 87 % de buena rehabilitación (ver Gráfico 1, del Anexo 45).

La evolución satisfactoria se puede atribuir a la naturaleza y característica de las actividades del programa de orientación; la integración del enfoque global a la concepción metodológica del mismo; el enfoque participativo en la planificación de los componentes del programa de orientación, la integración de los procesos cognitivos, afectivos y motores en función de la motivación y en interacción con lo social y cultural; el trabajo en las ZDP en los marcos de la afectividad, complementariedad y mutua responsabilidad a partir de las premisas biológicas aportadas por la NP; la significación del determinante social en el desarrollo subjetivo individual.

No se logró con la aplicación del programa una buena rehabilitación en dos pacientes, cuya explicación, pudiera hallarse en los trabajos experimentales de Sole y otros (2004) acerca de la ausencia de regeneración axonal en el sistema nervioso central adulto con implicación de la conexión entorrino-hipocámpica.

Para hacer menos refutable la hipótesis, se procedió a establecer con certeza determinados grados de confirmación de la misma en consonancia con las variables ajenas que se controlaron y se aplicó la prueba de Chi cuadrado para valorar dos a dos las variables.

Este análisis solo demuestra que existe total independencia ($p < 0,01$) entre la valoración rehabilitadora y cada una de las variables controladas: edad, sexo, color de la piel, tiempo de evolución de la hemiparesia y escolaridad (Ver Anexo 46).

No fue posible hacer un análisis discriminante, pues la valoración rehabilitadora no cambió con excepción de dos pacientes (uno regular y otro malo). Los 13 restantes tienen una evolución buena.

Se quiso hacer una regresión logística para introducir y sacar del modelo las variables, e ir probando cuál tenía más peso sobre los resultados. Se determinó el estadígrafo Lambda de Wilks que da la medida del cambio que provocan las variables ajenas en la variable dependiente.

Al respecto, el SPSS emite las siguientes conclusiones:..."La variable dependiente tiene más de dos valores no perdidos. Para la regresión logística el valor dependiente debe asumir exactamente dos valores en los casos que se están procesando" (ver Anexo 47). Por lo tanto, se puede concluir que en esta muestra no hay elementos para decir que la variable dependiente está afectada por las variables ajenas.

3.5 Evaluación final del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica

La evaluación de la calidad formal de la propuesta definitiva se realizó por la valoración de los expertos cuya metodología se explicó en la página 78 del capítulo dos.

El análisis de concordancia ofreció un valor de 0,51 en los cortes que es superior a los obtenidos en las escalas para cada una de las variables controladas a través del criterio

de expertos. Por tanto, los expertos consideraron nuestra propuesta como muy adecuada en cuanto a coherencia, factibilidad, utilidad y pertinencia (ver Anexo 48).

A continuación se exponen otras valoraciones de los expertos:

- El programa deja explícito su funcionalidad y posibilidad de aplicarse en las ACFT y P.
- La concepción del programa tiene un carácter novedoso al contextualizarse en las ACFT y P.
- El programa resalta la posición activa del sujeto en la gestión del validismo.
- Todos los expertos recomendaron la aplicación del programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P, por constituir un recurso práctico necesario e inexistente hasta nuestros días en estas instituciones del nivel comunitario, lo que facilitará la continuidad del proceso rehabilitador y la adherencia del paciente al mismo.

CONCLUSIONES

Como resultado del proceso investigativo que se desarrolló, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El desarrollo de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica se fundamenta en una concepción que implica explicar la interrelación dialéctica entre la teoría de la Neuroplasticidad y el Enfoque Histórico Cultural de Vygotski.
- El constructo “Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica” fundamenta teórica y metodológicamente las acciones prácticas contentivas del programa de orientación.
- La contextualización en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico permitió, diagnosticar necesidades desde la perspectiva físico-terapéutica o clínico-rehabilitadora y desde la perspectiva de vida y psico-social.
- El programa de orientación logró la integración de los ámbitos cognitivo-afectivo-motriz y actitudinal en el paciente hemiparésico crónico en los marcos del trabajo grupal y a partir de la transformación del paciente en sujeto activo de su propia rehabilitación.
- El programa de orientación permitió la unión del enfoque clínico-terapéutico y psico-social, incrementó la pertinencia de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica y facilitó la continuidad del proceso rehabilitador en el contexto comunitario en virtud de un cambio de actitud por parte de los implicados, el aporte de diferentes niveles de ayuda y la atención a las diferencias individuales desde la labor colectiva de

aprendizaje. Se trasciende las concepciones que históricamente fundamentan la Rehabilitación Física del hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

- La estructura y contenido del programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica se determinan a partir de su concepción teórica-metodológica y de la dinámica del grupo real que se configura en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Los resultados del pre experimento constituyen evidencias empíricas que apoyan el fundamento teórico y práctico del programa de orientación que se aplicó y junto a la evaluación por el criterio de expertos demuestran su científicidad.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis de los resultados que se obtienen en esta investigación se ofrecen las siguientes recomendaciones:

- Considerar el uso de técnicas de rehabilitación neuropsicológica en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para evaluar objetivamente la potenciación de las capacidades trabajadas indirectamente en este estudio si la contextualización del proceso rehabilitador lo demanda.
- Realizar estudios cualitativos que esclarezcan a fondo el tránsito por las zonas de desarrollo próximo y los cambios subjetivos individuales acaecidos en el proceso rehabilitador.

- Desarrollar estudios experimentales que fundamenten mejor y con mayor profundidad la relación que se devela en la triada: “Capacidad funcional-Neuroplasticidad-Enfoque Histórico Cultural”, hallada en esta investigación.
- Diseñar estudios correlacionales bivariados o múltiples con valor explicativo parcial o total que posibiliten medir otros indicadores del proceso de Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico de acuerdo al contexto donde se aplique el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addine, F. (2004). *Didáctica: teoría y práctica*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Aguilar, F. (2003). Plasticidad cerebral. Parte 1, *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, **41**(2): 1090-1099.
- Alonso, R.F. y M.A. Peralta. (2001). La rehabilitación física y el profesor de educación física, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, Consultado: junio, 3, 2006, Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/>>
- Araujo, J. (2003). *Actividad física y salud*. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Libro electrónico, PDF, CD Universalización de la Cultura Física.
- Aturralde, J.M., M. Scavo y R. Amaya. (2003). Bases epistemológicas sanitarias y legales respecto a la participación de la educación física en el proceso de rehabilitación, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **7** (8), Consultado: marzo, 7, 2004, Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/>>
- Bach, P. (2000). Bases científicas de la rehabilitación neurológica tardía, *Rehabilitación*, **5** (2): 327-334.
- Badiai, M. (2004). Tendencias actuales de investigación e intervención en la secuela de enfermedad cerebrovascular, *Rehabilitación*, **12** (Monografía 1), Consultado: mayo, 29, 2005, Disponible en: <<http://profesional.medicinatv.com/fmc/muestra2.asp?id=1588&idpg=3>>
- Bell, R. (2003). *Prevención, corrección, compensación e integración: Actualidad y perspectiva de la atención de los niños con necesidades educativas especiales*. Dirección nacional de educación especial, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Libro electrónico, PDF, CD Universalización de la Cultura Física.

- Bregrado, J.A. y W. Almaguer. (2002). Mecanismos celulares de la neuroplasticidad, *Rev Neurol*, **31** (19):1074-1095.
- Campoy, T. (2003). Diseños de programas de orientación. (*Comunicación personal*), Universidad de Jaén, España.
- Cardamone, R. (2005). *Bases teóricas y clínicas del diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica*, Consultado: enero, 8, 2008, Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcli.exe/doyma/>
- Carod-Artal, F. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus, *Rev Neurol*, **39** (11): 1052-1062.
- Castellanos, D. (2004). *La diversidad del aprendizaje escolar y sus implicaciones didácticas. Fundamentos de las Ciencias de la Educación. Modulo II. 2da parte.* Maestría en Ciencias de la Educación, Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño, Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana.
- Ceballo, J.L. (2001). *El adulto mayor y la actividad física.* Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Libro electrónico, PDF, CD Universalización de la Cultura Física.
- Cramer, S.C., E.P. Bastings. (2000). Mapping clinically relevant plasticity after stroke, *Neuropharmacology*, (39): 842-851.
- Coll, J.L., P. Pérez, R. Hernández, J. Martín y P.A. León. (2005). Programa de ejercicios físicos terapéuticos para pacientes hemipléjicos. (*Comunicación personal*), Grupo Nacional de Áreas Terapéuticas.
- Corral, R. (2006). *Historia de la psicología. Apuntes para su estudio.* La Habana, Editorial Félix Varela.

- Cullel, G., C. García y J. Kulisevsky. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia, *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, **29**(6): 374-378.
- Döbler, E. y H. Döbler. *Juegos menores*. La Habana, Editorial Orbe.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid, Síntesis, S.A.
- González, F. (1985). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana, Editorial Ciencias Sociales.
- González, J.C. (2002). *Ambos: Autoexpresión y comunicación interpersonal en la organización*: Grupo Cambio Humano, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana.
- Gutiérrez, R.B. (2004). *Didáctica formativa. (Comunicación personal)*, Universidad Pedagógica "Felix Varela", Villa Clara.
- Gutiérrez, R.B. (2005). *Los componentes del proceso pedagógico. (Comunicación personal)*, Universidad Pedagógica "Felix Varela", Villa Clara.
- Hernández, R. y S. Agramonte. (2006). *Rehabilitación física de las enfermedades isquémicas del corazón*. En: *Ejercicios físicos y rehabilitación*, Colectivo de autores (eds.), (Tomo 1, pp. 126-155), Ciudad de La Habana, Editorial Deportes.
- INDER. (1991). *Resolución no. 24: Sistema cubano de cultura física y deporte*, La Habana.
- Lavados, P. y A. Hoppe. (2005). Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular en Chile, *Rev. Med Chile*, **133**(11):1271-1273.
- Luria, A. R. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana, Orbe.

- Martínez, R., M. Pérez de Heredia y J.C. Miangolarra. (2002). Terapia ocupacional en los programas de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación*, **36**(4): 227-234.
- Martínez, M. (2006). *Los métodos de investigación educacional: Lo cuantitativo y lo cualitativo*. En: Metodología de la investigación educacional, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Martín, E. (2007). *Metodología para la preparación técnico táctica con acento en las acciones de grupo en equipo de béisbol de alto nivel*. Tesis de Doctorado, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Maciques, E. (2005). Estimulación temprana. (*Comunicación personal*), Centro Nacional de Equinoterapia de Cuba.
- Manero, R. y M. Kristen. (2005) Entrenamiento físico en trabajadores con enfermedad respiratoria ocupacional, *Mapfre Medicina*, **16** (2):24-30.
- Meixoeiro, T. y P. Durante. (2006). *Actividad física en personas mayores*. En: Terapia ocupacional en geriatría: Principio y práctica, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Millaras, J.A. (2004). Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular, *Rehabilitación*, **38** (2):78-85.
- Montero, R. (2005). Dirección de la cultura física y el deporte. Lecturas sobre la dinámica del sistema organizativo de cultura física y deporte, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **24** (9), Consultado: junio, 3, 2006, Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd35/mode.htm>

- Moré, J.K. (2004a). Prueba precoz de control del tronco en la deambulaci3n del hemipl3jico, *Medicentro*, **8** (3), Consultado: junio, 5, 2005, Disponible en: <<http://www.capiro.vcl.sld.cu/>>.
- Moré, J.K. (2004b). S3ndrome de desgaste profesional (burnout), *Medicentro*, **8** (4), Consultado: junio, 5, 2005, Disponible en: <<http://www.capiro.vcl.sld.cu/>>
- P3rez, V. (2005). *Buena compa3a3a*. La Habana, Editorial Ciencia y T3cnica.
- Popov, N.S. (1988). *La cultura f3sica terap3utica*. La Habana, Editorial Pueblo y Educaci3n.
- Rivas, E. (1999). Fases de entrenamiento de la rehabilitaci3n card3aca, *Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc*, **13**(12), 149-157.
- Roger, P. (2007). *La cultura f3sica terap3utica como ciencia: Un estudio epistemol3gico*. Tesis de Maestr3a, Instituto Superior de Cultura F3sica "Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana.
- Ru3z, A. (2006). *Fundamentos de la investigaci3n educativa*. En: Metodolog3a de la investigaci3n educativa, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias M3dicas.
- Schapira, T. y L. Muzaber. (1998). Par3lisis cerebral y el concepto bobath de neurodesarrollo, *Rev Hosp. Mat Inf Ram3n Sarda*, **17** (2): 84-90.
- Sentmanat, A. y F. Horsford. (2006). *Ejercicios f3sicos y rehabilitaci3n*. Colectivo de autores (eds.), (Tomo 1), La Habana, Editorial Deportes.
- Tamayo, R. (2006). *Neurorehabilitaci3n*. Consultado: marzo 4, 2006, Disponible en: <<http://www.neurorehabilitacion.com/neurorehabilitacion.htm>>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alcides, G. (2006). Método ondulatorio de las cargas en el entrenamiento de la marcha del hemiparético, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **23** (34), Consultado: marzo,4, 2006, Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/>>
- Alemany, P., R. González, et al. (2006). *Grupo de atención domiciliaria. Instrumentos de valoración de programa de atención domiciliaria*, Consultado: enero, 29, 2006, Disponible en: <http://www.profei.com>.
- Alonso, M. y A. Serrano. (2005) Nivel sociosanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual de salamanca, *Mapfre Medicina*, **16**(12):122-129.
- Alvarez, I.M. (2003). *Diseños humanísticos*. Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas, Departamento de Psicología, Universidad Central de Las Villas.
- Álvarez de Zayas, C. (1992). *La escuela en la vida*. La Habana, Editorial Educación y Desarrollo.
- Álvarez, L. y E. Soler. (1996). *La diversidad en la práctica educativa. Modelos de orientación y tutoría*. Madrid, CCS.
- Álvarez, M. (1991). La evaluación en los programas de orientación: Evaluación del contexto y del diseño, *Revista de Investigación Educativa*, **9** (17):49-82.
- Álvarez, M., R. Bisquerra, R. Filella, E. Fita, F. Martínez y N. Pérez (2003). *Diseño y evaluación de programas de orientación emocional*, Consultado: marzo, 6, 2004, Disponible en: <http://www.movilizacioneducativa.net/resumen-libro.asp?idLibro=5>
- Álvarez, V. (1993). *Orientación educativa y acción orientadora: Relación entre teoría y la práctica*. Madrid, EOS.
- Alvarez, V. y J. Hernández. (1998). El modelo de intervención por programas, *Revista de Investigación educativa*, **16** (2): 79-123.

- Araujo, A. (1999). *Coach: Um parceiro para o seu sucesso*. Sao Paulo, Editora Gente.
- Arias, G. (2006). *El centro de orientación y atención psicológica*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Consultado: febrero,18, 2008, Disponible en: <<http://www.uh.cu/facultades/psico/resecoap.htm>>
- Arnold, M. (2001). *Introducción a las Epistemologías Sistémico/Constructivistas*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Consultado marzo,14, 2008. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/02/frames32.htm>
- Armenta, J.A. (2003). *Contribución del método brunnstron al tratamiento fisioterapéutico del paciente hemipléjico adulto*. PDF, Consultado: marzo,10, 2005, Disponible en: <<http://www.doyma.es/>>
- Ávila, G., P. Fonte. (2004). *Cambios de paradigmas*. En: Salud ecológica. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Avello, M.E. (2008). *Efectividad de la neurofacilitación en la reducción de la espasticidad del síndrome hemiparésico crónico*. Tesis Maestría en Medicina Tradicional y Natural, Instituto Superior de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruíz de Zarate Ruíz", Villa Clara.
- Balladares, M. (2006).Escalas de calidad de vida, *Revista IREN*, **10** (1): 33-39
- Bastos, F. (2005). *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento*. Consultado: enero, 26, 2006, Disponible en: <<http://www.cfisiomurcia.com>>
- Barrera, J. (2007). Envejecimiento y nutrición, *Rev Cubana Invest Bioméd*, **26**(1):111-116.
- Báxter, E. (2006). *El proceso de investigación en la metodología cualitativa. El enfoque participativo y la investigación acción*. En: Metodología de la investigación

- educacional, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Bear, M.F. (2007). *Potenciación sináptica. Metaplasticidad neuronal*. PDF, Consultado: noviembre, 18, 2006, Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idu=11275>.
- Beauadat, A. (1999). *La creatividad*. Madrid, Ediciones Narcea. S. A.
- Bell, R. (2002 a). *Pedagogía de la diversidad: Más allá de los tipos y niveles de integración*. En: Diagnóstico y diversidad. La Habana, Ed. Pueblo y Educación.
- Bell, R. (2002 b). *Convocados por la diversidad*. Ciudad de La Habana, Ed. Pueblo y Educación.
- Bello, Z., y J.C. Casales. (2005). *La inteligencia humana: Determinantes y estructura*. En: Psicología general, La Habana, Editorial Félix Varela.
- Bermúdez, R. y L. Pérez. (2003). *Aprendizaje formativo y crecimiento personal*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Bermúdez, M. (2002). *Dinámica de grupo en educación: su facilitación*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Bisquerra, R. (1996). *Orígenes y desarrollo de la orientación psicopedagógica*. Madrid, Narcea.
- Bisquerra, R. (1998). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona, Praxis.
- Bobath, B. (1973). *Hemiplejía del adulto valoración y tratamiento*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.

- Bouza, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud, *Rev Cubana Salud Pública*, **26** (1): 50-56.
- Brunnstron, S. (1978). *Reeducación motora en la hemiplejía*. Consultado: junio, 2, 2005, Disponible en: <<http://www.cfisiomurcia.com/>>
- Brown, Y. (s,f). Educación especial. (*Comunicación personal*), Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana.
- Caballero, E. (2002). *Diagnostico y diversidad*. La Habana, Ed. Pueblo y Educación.
- Cannon, W. (2004). Apoptosis y proliferación en metástasis cerebrales. *Mapfre Medicina*, (5):34-39.
- Campistrous, L. y C. Rizo. (2006). *Indicadores e investigación educativa*. En: *Metodología de la investigación educacional. Desafíos y polémicas actuales*. Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Capote, R. (2000). *Resolución de problemas químicos con cálculos estequiométricos. Una nueva didáctica de enseñanza aprendizaje*. Tesis de Maestría, Universidad de Pinar del Río.
- Capote, R. (2008). Taller sobre aprendizaje desarrollador. VIII escuela de verano para Educadores. (*Comunicación personal*), Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación para América de la Universidad Cristóbal Colón, Ciudad de La Habana.
- Carbajal, A. (2004). Algunos problemas filosóficos de la nutrición: La ética en la atención nutricional del paciente, *Rev Cubana Med Gen Integr*, **20** (1):20-38.
- Castellanos, D., M.J. LLivina y M. Silverio.(2004). *Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador*. La Habana, FUNDADEPORTE.

- Castellanos, D., B. Castellanos y M.J. LLivina. (2002). *Aprender y enseñar en la escuela*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Collin, C., D.T. Wade. (2000). Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus, *Rehabilitación*, (33):23-56.
- Concha, M., X. Aguilera y J. Salas. (1996). *Estudio de carga de enfermedad en Chile*. Consultado: enero, 12,2008, Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/atm1/invest/carga/nacional.htm>
- Contreras, O.R. (2007). *La enseñanza de la educación física a la luz de los diferentes paradigmas de investigación educativa*. Consultado: Diciembre, 20, Disponible en: <http://www.guadernsdigitals.net/articles/conceptos/conceptos6/c6enseñanza.htm>
- Córdova, A. (2000). *Rehabilitación*, *Rehabilitación*, (34):12-24.
- Cuba. (2003). *Anuario estadístico de salud de cuba. Principales causas de muerte de todas las edades*. Consultado: enero, 6, 2005, Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadísticas/anuario-res.Php>.
- Cullell, E., M. Mendoyo y C. González. (2006). *Los paradigmas de investigación en el campo de la cultura física y el deporte*. En: *La investigación científica en la actividad física: Su metodología*, Ciudad de La Habana, Editorial Deportes.
- Díaz, P. y A. Calzadilla. (2001). *El Reduccionismo, Antirreduccionismo y el Papel de los enfoques y métodos Generales del Conocimiento Científico*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Consultado: marzo, 16, 2008. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/02/frames32.htm>
- Debra, J. (2005). *Equilibrio y movilidad en personas mayores*. Barcelona, Editorial Paidotribo.

- De la Celda, A. y D. Rodríguez. (2007). *Evolución de la neuroplasticidad en el hemisferio cerebral en depleción de las esgrimistas juveniles villaclareñas producido por una distribución diferente del tiempo de trabajo en ambos hemicuerpos*. Trabajo de Diploma. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Del Pino, J.L. y S. Recarey. (s,f). *Orientación y prevención en el contexto escolar. Fundamentos de las Ciencias de la Educación. Modulo II. 2da parte*. Maestría en Ciencias de la Educación. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño. Ciudad de la Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Del Pino, J.L. (1998). *La orientación profesional en los inicios de la formación superior pedagógica: Una perspectiva desde el enfoque problematizador*. Tesis de Doctorado. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", Ciudad de la Habana.
- Del Pino, J.L. (2004). *Proyectos y planes de vida: Un verdadero desafío para la juventud*. En: Temas de introducción a la formación pedagógica, La Habana, Ed. Pueblo y Educación.
- Del Pino, J.L. (2005). *Motivación profesional para la formación pedagógica en planes emergentes*. La Habana, Editorial Academia.
- Del Pino, J.L. y S. Recarey. (2005). *La orientación educativa y la facilitación desde el rol profesional del maestro*. CD ROM. Maestría en Ciencias de la Educación. MINED.
- Dena, M. (2000). *Manual de ejercicios de rehabilitación*. Barcelona, Editorial JIMS.
- Durante, P. y P. Pedro. (2006). *Terapia ocupacional en geriatría: Principio y práctica*. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

- Estrada, R. (1988). Neuroplasticidad, *Rev INN*, **2** (4):2-16.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Epidemiología de la invalidez en el anciano*. En: Gerontología social, Madrid, Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Programas de orientación*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Fiallo, J. (2001). La interdisciplinaridad en la escuela: un reto para la calidad de la educación. (*Comunicación personal*), Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, Ciudad de La Habana.
- Finestone, H. y L.S. Greene-Finestone. (2003). Medicina de rehabilitación: Diagnóstico de disfagia y tratamiento nutricional en pacientes con accidente cerebrovascular, *Canadian Medical Association Journal*, **169** (10): 1041-1044.
- García, L. (1996). *Autoperfeccionamiento y creatividad*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- García, G. (2002). *Compendio de pedagogía*. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- García, A. (2004). *Influencia de un sistema combinado de tuiná y bobath en el tratamiento de la parálisis cerebral infantil*. Trabajo de Diploma, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Garrat, A., L. Schmidt, A. Mackintosh y R. Fitzpatrick. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measure, *B. M. J.* (324): 1417.

- German, D. (2005). Deporte y discapacidad, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, Consultado: marzo, 4, 2006, Disponible en <http://www.efdeportes.com/pinopen.htm>
- Ghedina, R. (2000). *El ejercicio terapéutico cognoscitivo (según perfetti) en el tratamiento del hemipléjico adulto*. Consultado: marzo,20, 2004, Disponible en:<http://www.enf.once.es/home.cfm?ld=10&nivel=2#x> <
- Gómez, L. (2001). Bases neurales de la recuperación motora en las lesiones cerebrales, *Neurociencias*, **2** (24): 216-221.
- Gómez, L. (2006). *Neuroplasticidad. Del laboratorio a la clínica*. Consultado: junio,9, 2006, Disponible en: <<http://www.uvirtual.sld.cu/wssc/slides.php3?c=83&d=1>>
- Góngora, Y.L., F. González y J.L. González. (2006). Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla, *Revista Cubana de Reumatología*, **VII** (9-10):39-41.
- González, R. y B. Kindelan (1997). *Fisioterapia de la hemiplejía*. En: Rehabilitación médica. González, R. (eds) (pp. 130-143.). Madrid: Masson S A.
- González, R. (1999). *Neuroplasticidad*. Conf., Hospital Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz", Ciudad de La Habana.
- González, V. (2002). La educación de valores en el currículo universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio, *Rev Cubana Educ Méd Super*, **14** (1):74-82
- Grau, M., A. Arboix y D. Bartres. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en los infartos cerebrales de tipo lacunar, *Mapfre Medicina*, **15** (4):244-250.
- Harris, M. L., L.W. Forrester, R.F. Macko y K.H. Silver. (2002). Hemiparetic gait parameters in overground versus treadmill walking, *Neurorehabil Neural Repair*, **15** (2):105-112.

- Hector, C. (2000). La importancia de la rehabilitación neurológica, *Revista Crecimiento Interior*, **7**(68). Consultado: marzo, 4, 2006, Disponible en: <<http://www.neurorehabilitacion.com/neurorehabilitacion.htm>>
- Herrera, A. (2001). ¿Sólo buscar evidencia? ¿cómo generar evidencia? El ensayo clínico en rehabilitación, *Rehabilitación*, **35** (6): 365-368.
- Instituto de Investigaciones en Neuroplasticidad y Desarrollo Celular. A.C. Cambridge Healthtech Institute's Second Annual tissue Engineering/regeneration Healing/stem cell Biology. Pittsburg. Pennsylvania. Estados Unidos de América. Consultado: febrero, 12, 2005. Disponible en:<http://www.iinedec.org>.
- Hernández, J. (2008). *Programas de orientación educativa y su evaluación*. Consultado: febrero, 18, 2008, Disponible en: <<http://www.um.es/facuedu/programas/l-psicopedagogia/025Y.pdf>>
- Hernández, R. (2004). *Metodología de la investigación 1*. Ciudad de La Habana, Editorial Félix Varela.
- Junco, N., J.K. Moré y M. Quiñones. (1994). *Rehabilitación del síndrome hemipléjico en las áreas terapéuticas de cultura física*. En: Los ejercicios físicos con fines terapéuticos, Colectivo de autores (eds.), (pp. 44-54), La Habana, Unidad Impresora José Antonio Huelga. INDER.
- Klinberg, L. *Didáctica general*. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Landers, J. (2004). Chronic rehabilitation, *International Journal of Rehabilitation Research*, **27** (1):1-5.
- Lapierre, A. (1971). *La reeducación física*. Barcelona, Editorial Científica Médica.

- Larumbe, R. y R. Fernández.(2007). Evaluación de un programa intensivo de educación conductiva dirigido a niños con parálisis cerebral, *Mapfre Medicina*,**18** (2):134-144.
- Lavados, P., C. Sacks, L. Prival, A. Escobar, et al. (2005). Indidence, 30 days case fatality rate and prognosis of stroke in Iguigüe, Chile: A 2 year community based prospective study (piscis project), *Lancet*, (365):2206-2215.
- Leontiev, A. N. (1979). *Actividad, conciencia y personalidad*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Licea, O. (2006). *Ecología interior*. La Habana, Editorial Científico-Técnica.
- Li, L. (2006). Importancia de las escalas de medición en rehabilitación, *Rev IREP. Instituto de Rehabilitación Psicofísica*, **10** (1):2-3
- Licht, S. (1963). *Terapéutica por el ejercicio*. La Habana, Edición Revolucionaria.
- Lomov, B.F. (1989). *El problema de la comunicación en psicología*. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Sociales.
- López, B., S. Fernández, S. Delgado y M.C. Posada. (2002). Programa de rehabilitación de las capacidades atencionales en pacientes con demencia tipo alzheimer y enfermedad cerebrovascular, *Mapfre Medicina*, **13** (3):186-196.
- López, A. (2006). *Educación física contemporánea: La necesidad de un enfoque integral físico-educativo*. En: El proceso de enseñanza-aprendizaje en educación física. La Habana, Editorial Científico Técnica.
- Lugones, M. (2002). Confidencialidad; relaciones medico paciente; educación médica, *Rev Cubana Educ Med Super*, **16** (3):189-195.
- Luria, A. R. (1965). *Neuropsychological analysis of focal brain lesions*. New York, Mc Graw Hill.

- Luria, A. R. (1966). *Human brain and psychological processes*. New York, Harper & Row.
- Manzano, N. (2007). Indicadores para evaluar programas de orientación educativa, *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, **11**(19).
- Mateo, J.M. y C. Suárez. (2001). *La ciencia y la tecnología en el debate ambiental*. En: Filosofía y sociedad, Guadarrama, P. y Suárez, C (Compiladores), (Tomo II, pp 720-740), La Habana, Editorial Félix Varela.
- Marco, E., J. Muniesa y E. Duarte. (2003). Estudio prospectivo de la depresión post ictus y los resultados funcionales, *Rehabilitación*, (37):456-461.
- Marigold, T. (1992). *Proyecto jamaicano de estimulación del niño pequeño que incluye formas de hemiplejía y hemiparesia. Intervención que responde a las necesidades e integración de la madre al proceso de aprendizaje*. Rehabilitación Internacional Consultado: marzo, 23, 2005, Disponible en: <<http://www.rehabilitacioninternacional.com/>>
- Martín, M. L., A. Carbajal y O. Moreiras. (2000). La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos, *Rev Mult Gerontol*, **10** (1):9-14.
- Marín, M., A.J. García. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial, *Mapfre Medicina*, **15** (3):177-186.
- Mateos, R., A. Maestro y L. Rodríguez.(2005). Medición de la calidad de vida en la artrosis de rodilla, *Patología del aparato locomotor*, **3** (2):111-120.
- Millaras, J.A. (1998). ¿Beneficia la rehabilitación al paciente con enfermedad vascular cerebral?, *Rehabilitación*, **32** (3):145-147.

- Millaras, J.A. (2003a). ¿Índice de barthel o medida de independencia funcional?, *Rehabilitación*, (37):301-310.
- Millaras, J.A. (2003b). Construcción validación y resultados de un cuestionario sobre factores relacionados con el uso de los protocolos de fisioterapia, *Fisioterapia*, (25):114-123.
- Millaras, J.A. (2004). Evidencia clínica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular, *Rehabilitación*, **38** (5):246-249.
- Mitjans, A. (1995). *Creatividad, personalidad y educación*. La Habana, Editorial Academia.
- Moré, J.K. (1995a). *La cultura física terapéutica para niños con necesidades educativas especiales*. En: Los ejercicios físicos con fines terapéuticos. Colectivo de autores (eds.), (Tomo IV), Ciudad de La Habana, Editorial INDER-MINSAP.
- Moré, J.K. (1995b). *Rehabilitación de la parálisis cerebral infantil y del retardo motor*. En: Los ejercicios físicos con fines terapéuticos. Colectivo de autores (eds.), (Tomo IV), Ciudad de La Habana, Editorial INDER-MINSAP.
- Moré, J.K. (2005a). Efectividad terapéutica de un programa de entrenamiento físico en la hipertensión arterial esencial ligera, *Medicentro*, **9** (4). Disponible en: <<http://www.capiro.vcl.sld.cu/>>
- Moré, J.K. (2005b). Efectividad terapéutica de la homeopatía en la reducción de la ansiedad generalizada, *Medicentro*, **9** (1). Disponible en:<[http:// www. capiro.vcl.sld. cu/](http://www.capiro.vcl.sld.cu/)>

- Moré, J.K. (2005c). *¿Somos lo que comemos?. Un material didáctico para una adecuada nutrición*, Vol. 1, Editorial VI Congreso Universitario Internacional de Medicina Natural y Bioenergética, CD ROM, NATUROSALUD 2005.
- Moré, J.K. (2005 d). *Terapia floral en las alteraciones anímicas que explican la respuesta de ansiedad*. Farmacia Homeopática de Santa Clara, Editorial VI Congreso Universitario Internacional de Medicina Natural y Bioenergética, CD ROM, NATUROSALUD 2005.
- Moré, J.K. (2005 e). *Satisfacción con la vida en la tercera edad*. Farmacia Homeopática de Santa Clara, Editorial VI Congreso Universitario Internacional de Medicina Natural y Bioenergética, CD ROM, NATUROSALUD 2005.
- Moré, J.K. (2006). *Estrategia Pedagógica para el desarrollo de la expresión corporal a favor de la salud*. Editorial Feijó, CD del Evento II Conferencia Internacional de Actividad Física, Tiempo Libre y Recreación, Una Cultura Ambiental para el III Milenio, I Taller Nacional de Desentrenamiento Deportivo.
- Moré, J.K. (2008 a). *Acciones físico recreativas para mejorar la calidad de vida con respecto a la salud de los pacientes hemiparésicos crónicos en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica*. Editorial Feijó, CD del Evento III Conferencia Internacional de Actividad Física, Tiempo Libre y Recreación, Una Cultura Ambiental para el III Milenio.
- Moré, J.K. (2008 b). *Estudio para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes aquejados de "XP" (Xeroderma Pigmentario) mediante la actividad física y la recreación*. Editorial Feijó, CD del Evento III Conferencia Internacional de

- Actividad Física, Tiempo Libre y Recreación, Una Cultura Ambiental para el III Milenio.
- Moreiras, O. y A. Carbajal. (2004). *Tablas de composición de alimentos*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Moreno, J.A. y A. López. (2000). Integralidad, variabilidad y diversidad en Educación Física, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **5** (19), Consultado: junio,3, 2006, Disponible en: <http://www.sportquest.com/revista/>
- Moreno, M.J. (2003). *Selección de lecturas. Psicología del desarrollo*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Moreno, M.J. (2004). *Una concepción pedagógica de la estimulación motivacional en el proceso de enseñanza aprendizaje*. Tesis de Doctorado. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona".
- Navarro, H. y C. Arencibia. (2006). *Rehabilitación de la marcha. Un ejemplo en pacientes hemipléjicos con genu recurvatum*. En: Ejercicios físicos y rehabilitación, Colectivo de autores (eds.), La Habana, Editorial Deportes.
- Negrín, E. y Fernandez-Brito, J.E. (2007). Prevalencia y formas de insuficiencia cardíaca en mayores de 65 años, *Rev Cubana Invest Biomed*, **26** (2):8-13.
- Núñez de Villavicencio, F. (2006). *Psicología y salud*. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ojalvo, V. (1995). *Comunicación educativa (Comunicación personal)*, Universidad de La Habana.

- OMS. (2006). *Declaración decenio de las Américas por la igualdad y los derechos de los discapacitados*. En: 47. Consejo Directivo. 58 Sesión del Comité Regional. Washington, (eds.), EUA, 25-29 de septiembre 2006.
- Padilla, M. (2006). *Accidente cerebrovascular*. En: *Terapia ocupacional en geriatría: Principio y práctica*, Colectivo de autores (eds.), Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Palacios, J. (1987). Reflexiones en torno a las implicaciones educativas de la obra de Vygotski. En: "Actualidad de Lev, S. Vygotski. Madrid, Editorial del Hombre, Anthropos.
- Paula, I. (2005). Estudios de casos sobre el distrés laboral en profesionales de la educación especial, *Mapfre Medicina*, **16** (1):36-52
- Pascual, R. (2002). *Enfoque sistémico para la formación ambiental de los profesionales de la cultura física a través de la educación avanzada*. Tesis de Maestría. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona".
- Pedraz, V. (2003). Poder y cuerpo. El incontestable mito de la relación entre ejercicio y salud, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, Consultado: marzo,7, 2006, Disponible en: <http://www.efdeportes.com>
- Pellegrin, R., M.T. Alfonso y J. Martín. (2004). Hombro congelado en el hemipléjico, *Rehabilitación*, **38** (3):104-107.
- Pérez, R. (1987). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana, Científico-Técnica.
- Pérez, S.E. (2004). *Apuntes para una didáctica de las ciencias naturales*. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.

- Pierón, M. (1988). *Didáctica de las actividades físicas y deportivas*. Madrid, Editorial Gymnos.
- Pila, R., A.J. Rodríguez y A. Pacheco. (2002). Perspectivas prometedoras en la enfermedad cerebrovascular isquémica. Parte II: Tratamiento, *Mapfre Medicina*, **3** (2):197-203.
- Pohl, M., J. Mehrholz. (2002). Speed-dependent treadmill training in ambulatory hemiparetic stroke patients: A randomised controlled trial, *Stroke*, **33** (2):553-558.
- Prieto, D., R. Aguirre. (2000). *La salud como valor social*. En: Lecturas de filosofía, salud y sociedad, Colectivo de autores (eds.), (pp.60-78), La Habana, Ciencias Médicas.
- Repetto, E. y E. Talavera. (1994). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Madrid, Ed. UNED.
- Repetto, E. (1999). *Tu futuro profesional*. Consultado: febrero,18 2008, Disponible en:<<http://www.uniovi.es/uniovi/apartados/centro/ciencias.educacion/mide/programas/orietaescolar.pdf>>
- Repetto, E. (2000). *La orientación educativa*. Universidad de Jaén. Consultado: febrero, 18, 2008, Disponible en:<<http://www.uniovi.es/uniovi/apartados/centro/ciencias.educacion/mide/programas/orietaescolar.pdf>>
- Repetto, E. (2008). *El papel de los programas de orientación profesional: Claves facilitadoras de la orientación*. Consultado: febrero,19, 2008, Disponible en: <<http://www.educaweb.com/esp/servicios/monografico/orienta/opinion12.asp>>
- Ródenes, S., J.F. Santos, I. Usabiaga y E. Barba. (2004). Eficiencia y efectividad del tratamiento rehabilitador en el hemipléjico, *Rehabilitación*, **38** (2):66-71.

- Rodríguez, S. (1992). Orientación y reforma: El reto de la intervención por programas, *Qurrriculum*, **5**, 27-47.
- Rodríguez, A. y Pila R. (2005). Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico en Cuba, *Mapfre Medicina*, **16** (1):16-19.
- Rodríguez, A.L. (2006). Validez y confiabilidad de los instrumentos de medición, *Rev IREP. Instituto de Rehabilitación Psicofísica*, **10** (1): 4-7.
- Rodríguez, L., L. Rodríguez, D. Rodríguez y M. Sánchez. (2006). *Bases para la discusión diagnóstica en neurología*. Consultado: septiembre, 6, 2007, Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/neroc/temas.php?idu=3405>
- Rodríguez, F., Y. Tarrau. (2007). *Caracterización del proceso de enseñanza aprendizaje de la cultura física terapéutica en la rehabilitación del hemiparésico crónico*. Trabajo de Diploma, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Rosinch, A. (2000). *Enfermedades cerebrovasculares*. En: Medicina interna, Ferreri, J.A. (eds.), (Vol. 2, pp. 11-23.), Barcelona, Ediciones DOYMA.
- Saforcada, E. (1992). *Introducción al libro de psicología comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James G. Kelly y otros*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Sagué, A. (1996). *La capacidad para la comunicación educativa. Una concepción teórica estructural desde la educación avanzada*. Tesis de Maestría. CENESEDA, La Habana.
- Sakurai, M., T. Hayashi T. y K. Abe. (2000). Delayed selective motor neuron death and fas induction after spinal cord ischemia in rabbits, *Brain Res*, (797):23-28.

- Sánchez, B. y L. Gómez. (2004). Efectos de la aplicación de un programa de restauración neurológica como patrón de activación de la neuroplasticidad para recuperar funciones motoras. Presentación de un caso, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **56** (34). Consultado: marzo,4, 2006, Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/>>
- Sánchez, I. (2000). Rehabilitación de pacientes tras accidentes cerebrovasculares, *Rehabilitación*, **34** (6): monografía.
- Santana, J. (2003). *La contextualización de la dimensión ambiental en el proceso de formación de los profesionales del eslabón de base del deporte de alto rendimiento*. Tesis Doctoral, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Sanz, R. (1990). *Evaluación de programas en orientación educativa*. Madrid, Pirámide.
- Sanz, S., A. De Pobes y M.P.Bové. (2004). Terapia ocupacional en el estado vegetativo y de mínima conciencia: estimulación sensorial, *Mapfre Medicina*, **15** (2):112-118.
- Sanz, T. (1992). El enfoque histórico-cultural en el planeamiento curricular en la enseñanza superior. (*Comunicación personal*). Universidad de La Habana.
- Schvarstein, L. (1991). *Psicología social de las organizaciones; nuevos aportes*. Barcelona, Editorial Paidós.
- Secundini, R. y S. Druetta. (2006). Escalas de evaluación del accidente cerebrovascular, *Rev IREP. Instituto de Rehabilitación Psicofísica*, **10** (1): 46-69.
- Segura, M.E. y D. González. (2005). *Teorías psicológicas y su influencia en la educación*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.

- Selman-Housein, E. (2002). *Guía de acción para la excelencia en la atención médica*. La Habana, Editorial Científico-Técnica.
- Sentmanant, A. (2003). *De vuelta a la vida. Sistema de neurorehabilitación multifactorial intensiva*. Madrid, Sangova S.A.
- Sentmanant, A. y C. Martínez. (2006). Sixteen years of application of the intensive multifactorial neurorehabilitation system at CIREN, *Revista Digital Educación Física y Deportes*, **4** (8). Consultado: febrero,4, 2006, Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/>>
- Serra, J., A. Salvà, G. Lloveras y L. Padró. (2001). Consejo sobre alimentación en las personas mayores, *Med Clin*, **116** (1):90-94.
- Siebner, HR. (2003). Transcranial magnetic stimulation: New insights into representational cortical plasticity, *Exp.Brain Res*, **148** (1): 1-16.
- Silver, K. H., R.F. Macko, L.W. Forrester, A.P. Goldberg y G.Y. Smith. (2000). Effects of aerobic treadmill training on gait velocity, cadence and gait symmetry in chronic hemiparetic stroke: A preliminary report, *Neurorehabil Neural Repair*, **14** (1):65-71.
- Silvestre, M., J. Zilberstein. (2002). *Hacia una didáctica desarrolladora*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Silvestre, M., J. Zilberstein. (2000). *Enseñanza y aprendizaje desarrollador*. Ciudad de La Habana, Ediciones CEIDE.
- Simon, P., L. Albert. (1989). *Las relaciones interpersonales*. Barcelona, Ed. Herder.
- Socarrás, M., M. Bolet, I. Castañeda. (2006). Estado de salud de los trabajadores de la tercera edad del Hospital General Calixto García, *Rev Cubana Invest Bioméd*, **25** (3).

- Sole, M., A. Martínez y E. Soriano. (2004). Factores implicados en la ausencia de regeneración axonal en el sistema nervioso central adulto: La conexión entorrino-hipocámpica como modelo experimental, *Mapfre Medicina*, **15** (4):273-284.
- Suárez, B. (2002). *Estudio de los determinantes subjetivos de la calidad de vida en el atleta retirado*. Trabajo de Investigación, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Talizina, N.(1977). Tecnología de la enseñanza y su lugar en la teoría pedagógica, *La Educación Superior Contemporánea*, **1** (17):121-128.
- Talizina, N. (1985). *Los fundamentos de la enseñanza en la educación superior*. La Habana, DEPES.
- Tejedor, F.J. (1990). Perspectiva metodológica del diagnóstico y evaluación de necesidades en el mundo educativo, *Revista Investigación Educativa*, **8** (16):15-38.
- Tuner, B.S. (2000). *El cuerpo y la sociedad*. México, Ed.FCE.
- Treviño, C. M. (2004). *Neurofacilitación. Una nueva propuesta terapéutica*. Consultado: marzo, 4, 2005, Disponible en: <http://www.stockholmchllenge.se/winner.asp?ar=2002>
- Torralba, F. (2000). Filosofía del cuidar, *Mapfre Medicina*, **11** (2):101-111.
- Urquiza, R. y J. Hernández. (2008). *Propuesta de ejercicios físicos terapéuticos para potenciar la resistencia aeróbica en el hemiparésico crónico*. Trabajo de Diploma, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Facultad de Villa Clara.
- Valdéz, J.C. y C.I. Charnicharo del Riego. (2005). *Kinesiología*. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

- Vaqué, J. y M. Vilardell. (2001). Reducción de la morbilidad y vejez saludable, *Med Clin*, **116** (1):3-8.
- Vázquez, C. y F. Jiménez. (2004). *Depresión y manía*. En: Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona, Masson.
- Vega, C. (2005). *Deambulacion funcional en el adulto hemipléjico con daño cerebral de origen vascular*. Consultado: febrero, 23, 2006, Disponible en: <<http://www.geyseo.com/rehabilitacion/temas.htm>>
- Velaz de Medrano, C. (1998). *Orientación e intervención psicopedagógica*. Málaga, Aljibe.
- Viel, G. (1994). *El método kabat. Facilitación neuromuscular propioceptiva*. Barcelona, Masson S A.
- Vygotski, L. S. (1982). *Pensamiento y lenguaje*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Vygotski, L. S. (1987a). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana, Editorial Científico Técnica.
- Vygotski, L.S. (1987b). *Psicología del Arte*. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Vygotski, L.S. (1988). *Interacción entre enseñanza y desarrollo. Selección de Lecturas de Psicología de las Edades I*. (Tomo III), Universidad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Vygotski, L.S. (1989). *Fundamentos de defectología*. Obras completas, (Tomo 5), La Habana, Editorial Pueblo y Educación.

Well, P. (2000). El desenmascaramiento neuronal post ictus, *Ann Neurol*, **56** (19):345-351.

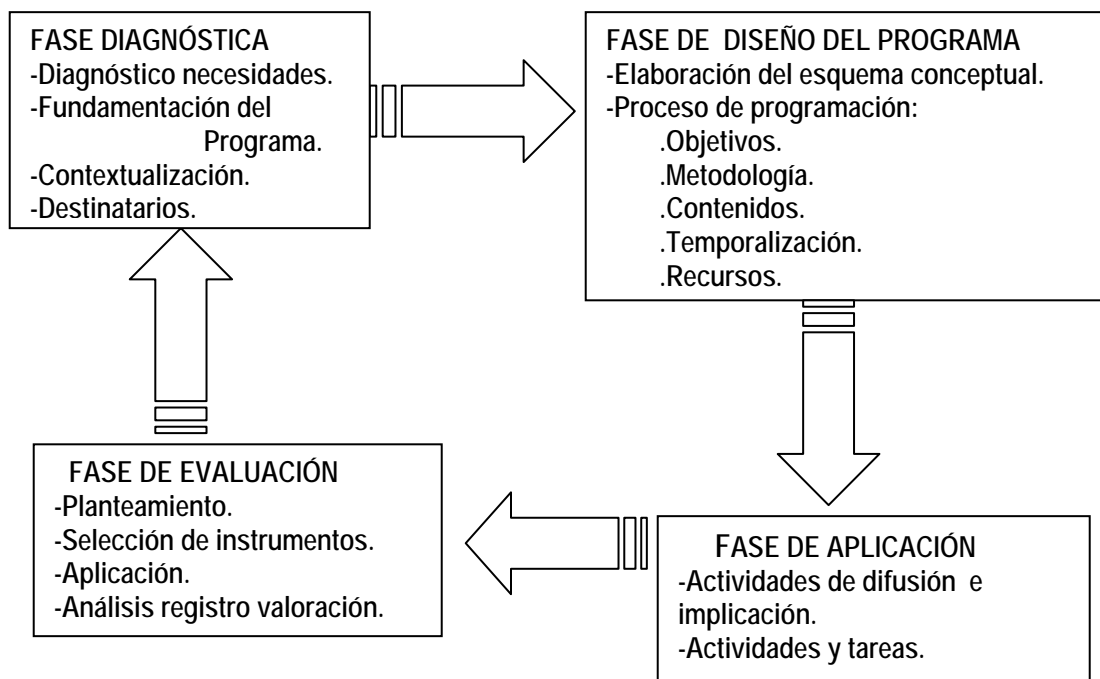
Zilberstein, J. (1999). *Didáctica integradora de las ciencias: experiencia cubana*. IPLAC. Ciudad de La Habana, Editorial Academia.

Zurita, M. y J. Vaquero (2002). Significado de la apoptosis tras una lesión del sistema nervioso central, *Mapfre Medicina*, 13:3-10.

Anexo 1. Estrategias de intervención integral en la rehabilitación del síndrome hemipléjico

- Proprioceptive Facilitation Technics for Treatment of Paralysis. Kabat (1953).
- Programa de Rehabilitaron en la parálisis espástica. Fay (1954)
- Educación Conductiva Peto (1955).
- The Development of Human Motility and Motor Disturbances. Rood (1956)
- Programa de ejercicios físicos terapéuticos para la hemiplejía. Licht (1963).
- The Principies of Exercise Therapy. Gardiner (1963).
- Facilitación Neuromuscular Proprioceptiva. Knott y Voss (1968).
- Programa de ejercicios físicos terapéuticos para la hemiplejía. Lapierre (1971).
- Programa de RF en el síndrome hemipléjico. González (1977).
- Reeducción motora en la hemiplejía. Brunnstron (1978).
- Adult Hemiplejia: Evaluation and treatment. Bobath (1978).
- Neurofacilitación. Kottke (1990)
- Estrategias de intervención rehabilitadora para las secuelas de la enfermedad cerebrovascular Millaras (1993) (1994) (2000) (2003) (2004)
- Programa de Rehabilitación del síndrome hemipléjico en las Áreas Terapéuticas de Cultura Física. Junco y Moré (1994).
- Programa de Rehabilitación del enfermo con accidente vascular cerebral. Zorowitz (1997)
- Rehabilitación de la marcha. Platz (1999); Liston (2000); Silver (2000); Harris (2002); Phol (2002).
- Programa de Rehabilitación de pacientes tras accidentes cerebrovasculares. Sánchez (2000).
- Rehabilitación propioceptiva. Hector (2000).
- Programa de intervención neurorehabilitadora para los déficit de las capacidades atencionales en las secuelas de enfermedad cerebrovascular. López, Fernández, Posada., y otros (2002)
- Programa de restauración neurológica como patrón de activación de la neuroplasticidad para recuperar funciones motoras. Sánchez, Gómez, Torres (2004).
- Programa de Neurorehabilitación en las secuelas de enfermedad cerebrovascular Valdés y Charnicharo del Riego (2005).
- Programa de ejercicios físicos terapéuticos para el paciente hemipléjico. Coll y otros (2005).
- Hemiplejía y Rehabilitación Física. Durán del Campo y Barrios (2006).
- Método ondulatorio de las cargas en el entrenamiento de la marcha del hemiparético. Alcides (2006)
- Programas de rehabilitación con ejercicios físicos según el método ondulatorio de las cargas, de acuerdo a los principios del Deporte y la Educación Física. Alcides (2006).
- Rehabilitación de la marcha. Navarro y Arencibia (2006)
- SISTEMA DE NEUROREHABILITACIÓN MULTIFACTORIAL INTENSIVA. (2003).

Anexo 2. Fases del proceso de intervención por programas de orientación (Campoy, 2003)



Anexo 3. Observación estructurada participante completa encubierta sistemática de campo

Guía de observación.

Objetivo de la observación: Observar la funcionalidad de la cobertura de acciones de rehabilitación que ofrece la comunidad al paciente hemiparésico crónico.

Objeto de observación: Consulta de Medicina Física y Rehabilitación.

Unidad de observación: El proceso de Rehabilitación Física Integral del paciente hemiparésico crónico en la comunidad.

Cantidad de observadores: seis.

Tiempo total y frecuencia de las observaciones: Tiempo total seis meses. Enero-diciembre 2004. Frecuencia de las observaciones. Martes y jueves. De 8am a 5.00pm.

Condiciones de observación: Se observó el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en la comunidad en las diferentes estructuras que lo dimensionan y que constituye la cobertura comunitaria.

Procedimientos: Atención sostenida, sensación, percepción, reflexión.

Instrumento de observación: Lista de Cotejo.

Leyenda: APS (Atención Primaria de Salud). AS (Atención Secundaria). ACFT y P (área de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica).

Desempeño de las acciones de rehabilitación comunitaria para el síndrome hemiparésico crónico (Cobertura de acción comunitaria)	ACEPTABLE	INACEPTABLE
Asociación de minusválidos		X
Área de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica		X
Talleres protegidos	X	
Asistencia social	X	
Organizaciones de masas	X	
Salas de rehabilitación social y ocupacional	X	
Sistema de referencia y contrareferencia (APS.....AS) (AS...APS)	X	
Sistema de referencia y contrareferencia (APS....ACFT y P)	X	
Círculos de abuelos	X	
Escuelas Comunitarias de Cultura Física, Deporte y Recreación.		X
Grupos de acción e integración comunitaria.	X	

Anexo 4. Observación no estructurada participante completa encubierta sistemática de campo

Guía de observación.

Objetivo de la observación: Observar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico por medio de la clase de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Objeto de la observación: La clase de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica con el paciente hemiparésico crónico.

Unidad de observación: La RF con los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Cantidad de observadores: seis.

Tiempo total y frecuencia de las observaciones: Tiempo total seis meses. Enero-diciembre 2004. Frecuencia de las observaciones lunes, miércoles y viernes. De 8am-8.50am.

Condiciones de observación: Se observó la clase de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica realizada por los profesores con los pacientes hemiparésicos crónicos en el ACFT y P, insertada en la sala de Rehabilitación Social y Ocupacional del Policlínico Universitario "José Ramón León Acosta" del municipio de Santa Clara.

Procedimientos: Atención sostenida, sensación, percepción, reflexión.

Instrumento: Registro de valoraciones.

- Se observan síntomas y signos psíquicos de la esfera afectiva tales como ansiedad, angustia, pena, tristeza, preocupaciones.
- Se observa la realización irregular de los ejercicios e inasistencia a las sesiones de clases.
- Se observa irresponsabilidad del paciente en la gestión de su independencia.

- Se observan estilos de vida que no favorecen el bienestar, tales como: -Ausencia de alimentación variada y equilibrada.-Hábitos tóxicos.-Mal control de los factores de riesgo.-Tendencia al sedentarismo.-Ausencia de estimulación mental y cultural.-Desconocimiento de la sexualidad..-No hay empleo adecuado del tiempo libre y está ausente la recreación y las ofertas culturales.
- Se observa que no se generan perspectivas fundamentadas en una adecuada planificación a corto y largo plazo para la consecución de los objetivos de la rehabilitación.
- Se observa escasa oportunidad de autoexpresión y comunicación interpersonal.
- Se observa que no existe un programa de ejercicios físicos terapéuticos específico para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud que manifiestan estos pacientes.
- Se observan niveles de insatisfacción en los pacientes con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Se observa la falta de combinación de objetivos terapéuticos instructivos, educativos con métodos de planteamiento, solución de problemas y descubrimiento guiado.
- Se observa que el sistema de evaluación se centra en los resultados finales y no en el proceso.
- Se observa la falta de apropiación activa y creadora de conocimientos tanto para el Licenciado como para el paciente durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de la RF.
- Se observa como los licenciados (rehabilitadores) desconocen los métodos que posibilitan la integración en la diversidad y la atención individual personalizada.
- Se observa que no existe adecuada orientación y ayuda al discapacitado. Los problemas no se previenen, se resuelven según surjan.
- Se observa falta de implicación de otros agentes educativos y terapéuticos de la comunidad.
- Se observa el mando directo en la acción terapéutica-pedagógica.
- Se observa el estilo reproductivo de la enseñanza dado por la repetición del estereotipo dinámico motor.
- Se observa que la toma de conciencia del objetivo de la clase se intenta con la simple explicación de éste formulado en término de tarea motora.

Anexo 5. Guía de entrevista abierta no estructurada en profundidad y en situación informal a los pacientes

Guía de entrevista.

Propósitos: Diagnóstico de las necesidades de RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P.

Instrumento: Entrevista abierta, no estructurada, en situación casual.

Técnica: Conversación.

Entrevistador: Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Registro de valoraciones inicial:

- Deformidades posturales y articulares que interfieren la realización de las las AAVD y AIVD.

- El paciente refiere como la fatiga dificulta la realización de las ABCVD, AIVD y AAVD.
- Disminución en la capacidad funcional de trabajo que dificulta la interacción social.
- Los ejercicios que se realizan en el ACFT y P son rutinarios no aportan al desarrollo y crecimiento personal.
- El fin de la RF esta dado por la adquisición del patrón de marcha y la independencia para las ABCVD.
- Los pacientes son considerados como "VITALICIOS" y los fisioterapeutas se declaran ineptos para continuar por medio de la Kinesioterapia el proceso de rehabilitación ya que, precisan de acciones pedagógicas y educativas para lo cual no están capacitados, por lo que inexorablemente colegian con el especialista en rehabilitación para su remisión al ACFT y P.
- Se ofrecen quejas por parte de los pacientes de angustia, pena, tristeza, preocupación, intolerancia a las frustraciones., ansiedad generalizada.
- Se expresan inadecuadas relaciones interpersonales con la familia y los restantes miembros de la comunidad.
- Expresión de sentimientos de incapacidad o dificultad para acometer un cambio en su vida.
- Se advierten barreras y dificultades para cambiar comportamientos y estilos de vida.
- Los pacientes no se sienten responsables de la gestión de su independencia. "Total, si no tiene sentido". "Para qué continuar, si ya logré lo que tenía que lograr". "No tiene sentido continuar, esto es lo que me tocó, lo asumo y aprenderé a vivir con esto para toda la vida". "Yo me quedé inválido y gracias a lo que me hicieron en el hospital y en la sala de rehabilitación de éste policlínico ya camino, hablo, me alimento, me visto, me aseo, hago mis necesidades solo sin ayuda de nadie y me comunico con mis amigos del barrio... ¿Qué más puedo pedir? ¿Qué otra cosa puedo obtener? Si ya de hecho burlé a la muerte". .."Sigo fumando, bebiendo, comiendo esas cosas ricas (que dicen los médicos que me hacen daño), total; de algo hay que morir y no me voy a privar de eso mucho menos ahora;... pues es muy triste llevar esta vida de inválido con tantas limitaciones físicas (donde solo puedo hacer las cosas elementales y básicas) y también eliminar esos gustos que a mi me dan mucho placer". "Ejercicios ¿para qué?, no creo que con más ejercicios pueda lograr más de lo que he logrado hasta ahora". "Ya estamos viejos, lo que quiero es terminar los años que me quedan por vivir sin tanto problema, sin tanto esfuerzo y sacrificio."

Campos de estudio de la unidad de observación: PERSPECTIVA FISICO-TERAPÉUTICA O CLÍNICO-REHABILITADORA. PERSPECTIVA PSICO-SOCIAL. PERSPECTIVA DE VIDA

Registro de valoraciones final:

- Se mantienen las deformidades posturales y deformidades articulares que no interfieren en la motivación e independencia para las AAVD y AIVD.
- La fatiga no dificulta la realización de las ABCVD, AIVD y AAVD.
- Se advierte por parte de los pacientes un aumento de la capacidad funcional de trabajo.
- Los pacientes refieren que gracias a los ejercicios físicos terapéuticos que realizan con el Licenciado en Cultura Física han alcanzado un nivel de satisfacción con la vida y bienestar general importante.

- “Los ejercicios físicos terapéuticos ya no son algo mecánico ni aburridos, son amenos e interesantes, se combinan juegos con ejercicios respiratorios, ejercicios para aprender a obtener un mayor validismo, actividades físico recreativas, culturales, etcétera”.
- “Los cursos y talleres nos han ayudado a vivir, hemos aprendido a vivir, a ser más independiente, hemos construido nuestros propios conocimientos y técnicas para enfrentar los abatares de la vida, la información que obtuvimos con la ayuda del Licenciado en Cultura Física nos sirvió a todos e incluso a los mismos Licenciados, pues ellos también aprendieron a vivir, a ser mejores y a ayudarnos mejor”.
- “Hemos comprendido que los ejercicios físicos terapéuticos deben formar parte consustancial con nuestras vidas”.

Anexo 6. Técnica de los diez deseos

Lea cuidadosamente estas instrucciones:

Te pedimos que nos ayudes en este trabajo. Se trata de un estudio científico. Tu ayuda será muy valiosa.

Escribe a continuación 10 deseos tuyos. Tanto aquellos que tú desees como aquellos que tú no desees. Trata de escribir claro y es muy importante que seas plenamente sincero y digas realmente lo que tú desees, según sea tu caso personal.

No es necesario que pienses mucho para responder. Escribe simplemente lo que primero se te ocurra cuando leas las frases incompletas.

Yo deseo _____

Valoración:

Permite identificar hacia cuales esferas de la vida se inclinan los deseos de los pacientes, es decir, sus necesidades.. Se le asigna a cada motivo una puntuación: 10 puntos si es mencionado en 1er lugar, 9 puntos si se menciona en 2do lugar y así sucesivamente hasta asignar 1 punto al deseo mencionado en el décimo lugar.

Resultados:

“Aprender a valerme por mí mismo”...“Trabajar”...“Ayudar a mi familia y amigos”...“Ayudar a otras personas discapacitadas”...“Trasmitir mis experiencias a otros que lo necesiten”...“Ser útil a la sociedad”...“Cambiar mi estilo de vida”...“Ayuda y orientación de alguien más capaz”...“Que no me tengan lastima”...“Conocimiento para la vida y así poder denigrar o defender algo con exactitud”...“Que la bondad, la influencia del ejemplo, la alegría de crear, el placer de trabajar unidos, sean las claves para crecernos y ser cada vez más independientes”

Anexo 7. Test postural

Nombres y apellidos:

Edad: Sexo: Color de la piel: Talla: Peso: Fecha de nacimiento:

Plano Frontal Anterior

Cabeza: normal ladeada izquierda derecha. Hombros: normales__izquierdo__derecho__.Tórax: Normal__Cónico__Cilíndrico__Aplanado__Enquilla__Embudo__Caderas:normales__Izquierda__Derecha__Rodillas:Normales__Valgas__Varas__Semivaras__Semivalgas__Pies:Normales__Talo__Equino__Plano__Semiplano__Valgo__Varo__Semivaro__Calcáneo__Invertido__Evertido__Pronado__Supinado__aducto__abducto_Brazos: Simétricos: __derecho__izquierdo__

Plano Sagital

Cabeza:Normal__Adelantada__Atrasada__Rotadaizquierda__rotadaderecha__Hombros:Normales__Adelantados__Atrasados__Tórax:Normal__Enquilla__Embudo__Glúteos:Normales__Aplanados__Prominentes__Flácidos: __Piernas:Normales__Semiflexionadas__Hiperextendidas__Caderas:Normales__Rotadaizquierda__Rotadaderecha__Pies:normales: __Talos__Equino__Planos__Semiplanos__Valgo__Varo__Semivaro__Abdomen:Normal__Flácido__Espalda:Normal__Cifótica__Lordótica__Cifolordótica__Plana__

Plano frontal posterior

EspaldaNormal__Cifosis__Escoliosis__Clasificación: __EscápulasNormales__Prominentes__Izquierda__Derecha__HombrosNormales__Izquierdo__Derecho__CaderasNormales__Izquierda__derecha__Hemicuerpo más desarrollado izquierdo__derecho__Iguales__

Anexo 8. Escala de Lawton y Brody

Valora la motivación y desempeño del paciente en las AIVD y AAVD en ocho ítems. Mide los primeros grados del deterioro funcional. Indica la capacidad de autonomía familiar, se administra por entrevista estructurada en situación formal a los pacientes durante los cuatro momentos evaluativos del pre experimento.

Tiene alta sensibilidad y especificidad para detectar pequeños cambios en el proceso de rehabilitación.

Gradación:

0-1-Dependencia total. 2-3-Dependencia severa. 4-5-Dependencia moderada. 6-7-Dependencia ligera. 8- Autónomo.

1-Capacidad para atender el teléfono	
-Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números	1
-Marca unos cuantos números bien conocidos	1
-Contesta el teléfono pero no marca	1
-No utiliza el teléfono en absoluto	0
2-Ir de compras	
-Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
-Compra con independencia pequeñas cosas	1
-Necesita compañía para realizar cualquier compra	1
-Completamente incapaz de ir de compras	0
3-Preparación de la comida	
-Planea, prepara y sirve las comidas adecuadamente con independencia	1
-Prepara las comidas adecuadamente si se le da los ingredientes	1
-Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero mantiene una dieta adecuada	1
-Necesita que se le prepare y sirvan las comidas	0

4-Cuidar la casa	
-Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (trabajos duros)	1
-Realiza tareas domésticas ligeras (fregar platos, hacer las camas)	1
-Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
-Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
-No participa en ninguna tarea doméstica	0
5-Lavado de ropa	
-Realiza completamente el lavado de sus ropas	1
-Lava ropas pequeñas y medias	1
-Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	1
6-Medios de transporte	
-Viaja con independencia en transportes públicos	1
-Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa transportes públicos	1
-Viaja en transportes públicos si lo acompaña otra persona	1
-Solo viaja en taxis o automóvil con ayuda de otros	0
-No viaja en absoluto	0
7-Responsabilidad sobre la medicación	
-Es responsable en el uso de la medicación en la dosis correcta y en la hora señalada	1
-Toma responsablemente la medicación si se la prepara con anticipación en dosis separadas	0
-No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
8-Capacidad de utilizar el dinero	
-Maneja los asuntos financieros con independencia	1
-Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, realizar gastos, etcétera	0
-Incapaz de manejar dinero	0

Anexo 9. Escala de valoración sociofamiliar

Mide desventaja y establece la valoración sociofamiliar; se administra por entrevista de forma individual a los pacientes durante los cuatro momentos evaluativos del pre experimento.

Evalúa cinco dimensiones y tiene 24 ítems en tres niveles: buena situación social, riesgo social y manifiesto problema social. La puntuación mínima es de 5 y la máxima es de 24. De acuerdo al puntaje alcanzado se establecen 3 niveles: BUENA SITUACIÓN SOCIAL. RIESGO SOCIAL. MANIFIESTO PROBLEMA SOCIAL

ITEMS	PUNTAJE
A) SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con la familia sin conflicto familiar (1)	
Vive con la familia y presenta algún tipo de dependencia (2)	
Vive con cónyuge de similar edad (3)	
Vive solo y carece de hijos y familiares directos (4)	
Vive solo y carece de relaciones familiares y vecinales (5)	
B) SITUACIÓN ECONOMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo (1)	
Hasta 1.5 veces el salario mínimo (2)	
Pensión mínima (3)	
Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior (4)	
C) VIVIENDA	
Adecuada a sus necesidades (1)	
Barreras arquitectónicas en la vivienda o partes de la casa (2) (escalones puertas angostas, baños pequeños etcétera)	

Ausencia de ventiladores, rampas, teléfonos (3)	
Humedad mala higiene equipos electrodomésticos inadecuados (4)	
Vivienda inadecuada (5)	
D) RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales (1)	
Relación social solo con la familia y los vecinos (2)	
Relación social solo con la familia (3)	
No sale de su casa, recibe visitas (4)	
No sale de su casa, no recibe visitas (5)	
E) APOYO DE RED SOCIAL	
No necesita apoyo (1)	
Con apoyo vecinal (2)	
Voluntariado social (3)	
Ayuda domiciliaria (3)	
Cuidados permanentes (5)	

Significado de la puntuación:

5-9 = Buena. aceptable situación social 10-14 =Existe riesgo social. Mayor de 15 = manifiesto problema social

Anexo 10. Escala de depresión de Hamilton

Medida del estado depresivo, se administra por entrevista estructurada en situación formal a los pacientes de forma individual durante los cuatro momentos evaluativos del pre experimento. Los criterios de valoración se representan por los temas: integración, observación objetiva y la exposición subjetiva de los síntomas. Expresa más que la gravedad de la depresión la significancia del cuadro clínico. El marco de referencia es el momento de la entrevista excepto para los ítems del sueño que se refieren a los días previos.

Los estudios desarrollados por Pedroza y Moré (2000) como parte del proyecto comunitario conjunto entre la Organización Panamericana de la Salud, la Comunidad Económica Europea y la Farmacia Homeopática de Santa Clara "Terapia Floral en las alteraciones anímicas que explican la respuesta de ansiedad" y "Satisfacción con la vida en la tercera edad"; mostraron un coeficiente de confiabilidad de 0,73, el índice de validez de contenido fue de 0,88 y la validez de criterio fue de 0,72 para las escalas de depresión Mini-mental test , Lawton y Brody, Depresión de Hamilton y Geriátrica de Depresión.

Creada por Hamilton en 1960, consta de 17 preguntas graduadas: algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad.

Puntuación total: sumatoria de los ítems (0 a 52 puntos). Una puntuación total de 18 puntos es indicativa de depresión moderada.

PUNTUACIÓN TOTAL

GRADO DESCRIPCIÓN

0 a 7	Normal
8-12	Depresión menor
13-17	Depresión leve
18-29	Depresión mayor
30 a 53	Más que depresión mayor

ITEMS	PUNTUACIÓN DE CADA ITEMS
1-Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0=Ausente 1=Estas sensaciones se indican solo al ser preguntadas. 2=Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3=Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4=El paciente manifiesta estas expresiones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2-Sensación de culpabilidad	0=Ausente 1=Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 3=Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3=La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad. 4=Oye voces acusatorias o de demanda y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3-Ideas de suicidio	0=Ausente. 1=Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2=Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre posibilidad de morir. 3=Ideas o amenazas de suicidio. 4=Intentos de suicidio.
4-Insomnio precoz	0= Ausente 1=Dificultades ocasionales para dormirse (Ejemplo: más de 1 hora). 2=Dificultades para dormirse todas las noches.
5-Insomnio medio	0= Ausente 1=El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2=Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa con 2 excepto si esta justificada. (orinar, tomar o dar medicación etcétera).
6-Insomnio tardío	0=Ausente 1= Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2=No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7-Problemas en el trabajo y actividades	1=Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo actividad o aficiones. 2=Pérdida de intereses en su actividad manifestado por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3=Disminución del tiempo dedicado a actividades

	o descenso de la productividad 4=Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8-Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, falta de concentración y actividad motora disminuida)	0=Palabras y pensamiento sin alteraciones 1=Ligero retraso en el diálogo. 2=Evidente retraso en el diálogo 3=Diálogo difícil 4=Torpeza absoluta.
9-Agitación	0=Ninguna 1="JUEGA" con sus manos cabellos etcétera. 2= Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos etcétera.
10-Ansiedad psíquica	0=Ausente 1=Tensión subjetiva e irritabilidad. 2=Preocupación por cosas insignificantes. 3=Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. 4=Terrores expresados espontáneamente (sin preguntarle).
11-Ansiedad somática: Gastrointestinales, sequedad bucal, flatulencia, diarrea, erutos, cólicos; Cardiovasculares, palpitaciones, hiperventilación, suspiros frecuencia urinaria, sudoración etcétera	0=Ausente 1=Ligera 2=Moderada 3=Grave 4=Incapacitante.
12-Síntomas somáticos gastrointestinales	0=Ausente 1=Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez estomacal 2=Dificultad para comer si es que no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para clamar sus síntomas.
13-Síntomas somáticos generales	0=Ausente 1=Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza , cefalea, dorsalgia, mialgia, fatigabilidad y pérdida de energía 2=Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa con 2 si esta bien definido
14-Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales	0=Ausente 1=Leves 2=Graves 3=Incapacitantes.
15-Hipocondría	0=Ausente 1=Preocupado por sí mismo (corporalmente). 2= Preocupado por su salud. 3=Se lamenta permanente, solicita ayuda profesional
16-Perdida de peso (Completar solo A o B)	A=Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0=No hay pérdida de peso 1=Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual 2=Pérdida de peso definida según el enfermo. B=Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes) 0=Pérdida de peso menor a medio kilo por

	semana 1=Pérdida de peso mayor a medio kilo por semana 2=Pérdida de peso de más de 1 kilo por semana
17-Conciencia de la propia enfermedad	0=Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1=Se da cuenta de su enfermedad y le atribuye a la mala alimentación, estrés, etcétera, como causas. 2=Niega estar enfermo

Anexo 11. Escala de impacto de la fatiga

Esta escala busca evaluar el impacto de la fatiga en las diferentes actividades y el grado de limitación de las mismas. La consistencia interna es elevada (alpha de Cronbach 0,88), la fiabilidad test-retest tras 5 y 33 semanas es adecuada, no observándose diferencias estadísticas entre los resultados. La validez concurrente se llevó a cabo con una escala visual analógica; las correlaciones en los distintos grupos estudiados fueron: 0,50 en sujetos sanos, 0,47 en Esclerosis Múltiple y 0,81 en la enfermedad cerebrovascular.

La correlación con el Center For Epidemiologic Studies Depression fue en general baja, lo que avala la relativa independencia entre fatiga y depresión.

Marque con un círculo el número que le parezca más adecuado, recuerde que solo hace referencia a la fatiga y no a cualquier otra alteración que pueda padecer.

Estoy menos atento 0-1-2-3-4. Ha disminuido mi actividad social 0-1-2-3-4. He reducido mi trabajo y mis responsabilidades 0-1-2-3-4. Tengo dificultad para mantener la atención durante un rato 0-1-2-3-4. Estoy de mal humor 0-1-2-3-4. No puedo pensar con claridad 0-1-2-3-4. Dependo de otros 0-1-2-3-4. Tengo dificultad para llevar a cabo actividades en un tiempo limitado 0-1-2-3-4. Estoy más torpe y coordino peor los movimientos 0-1-2-3-4. Se me olvidan las cosas 0-1-2-3-4. Estoy más irritable 0-1-2-3-4. Debo ser más cuidadoso al programar mi actividad física 0-1-2-3-4. Estoy menos motivado para realizar actividades con esfuerzo físico 0-1-2-3-4. Estoy menos motivado para las relaciones sociales 0-1-2-3-4. La fatiga me limita para salir de casa 0-1-2-3-4. Tengo problemas para mantener una actividad física sostenida 0-1-2-3-4. Tengo dificultad para tomar decisiones 0-1-2-3-4. Tengo pocos contactos fuera de casa 0-1-2-3-4. La actividad diaria se me hace difícil 0-1-2-3-4. Estoy menos motivado para aquellas actividades que requieran concentración 0-1-2-3-4. Evito situaciones que me producen estrés 0-1-2-3-4. Siento los músculos más débiles 0-1-2-3-4. Noto aumento del malestar físico 0-1-2-3-4. Tengo dificultades para establecer nuevos proyectos 0-1-2-3-4. Soy menos capaz de terminar cosas que requieran un esfuerzo intelectual 0-1-2-3-4. Soy incapaz de atender las demandas de familiares y amigos 0-1-2-3-4. Soy menos capaz de sostener económicamente a mi familia y a mí 0-1-2-3-4. He reducido mi actividad sexual 0-1-2-3-4. Encuentro dificultad para organizar mis ideas 0-1-2-3-4. Tengo problemas para terminar actividades que requieran esfuerzo físico 0-1-2-3-4. Me preocupa como me verá la gente 0-1-2-3-4. Soy menos capaz de emocionarme 0-1-2-3-4

0=no 1=un poco 2=bastante 3=mucho 4=lo que más me afecta

Anexo 12. Perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado a la enfermedad cerebrovascular (SA-SIP30)

Instrumento genérico de calidad de vida en la fase de hemiparesia crónica; analiza los cambios en el comportamiento y el grado de disfunción. El instrumento adaptado a la enfermedad cerebrovascular (ECV) tiene 18 subescalas, se administra por entrevista de forma individual.

Evalúa deficiencia, discapacidad y minusvalía; determina el impacto de la enfermedad en la calidad de vida relacionada con la salud; tiene 59 ítems en 8 dominios.

El SIP 30 estudia y mide la conducta observada en lugar de la percepción subjetiva de la salud por lo cual, para muchos autores es una medida de incapacidad más que de calidad de vida. El objetivo del cuestionario es determinar como el accidente cerebrovascular ha impactado en el paciente sobre la salud y la calidad de su vida y cuanto cree que ha recuperado.

DOMINIOS:

Fuerza. Función de la mano. Actividades Básicas Cotidianas de la Vida Diaria. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria. Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria. Movilidad. Estado emocional. Memoria. Comunicación. Participación social.

Se deben evaluar valores por encima de 16 puntos. El paciente responde las preguntas con el número correspondiente o el texto asociado haciéndose hincapié que deben responder con lo que le sucede al momento de la evaluación, al final se obtiene una puntuación usando el algoritmo de la escala de calidad de vida SF-36; de una escala de 0 a 100, el 100 representa la repercusión completa y el 0 la no repercusión.

Este cuestionario se refiere a los problemas físicos que han ocurrido como resultado de su enfermedad cerebrovascular					
1-En la semana pasada usted: ¿Cómo graduaría la fuerza muscular de su....	Mucha fuerza (5)	Bastante fuerza (4)	Algo de fuerza (3)	Un poco de fuerza (2)	No fuerza (1)
a)Brazo más afectado					
b)Puño más afectado					
c)Pierna más afectada					
d)Pie/tobillo más afectado					
Este cuestionario se refiere a sus problemas de memoria y pensamiento					
2-En la pasada semana: ¿Cuánta dificultad tuvo usted para....	No dificultad en todo (5)	Poca dificultad en todo (4)	Algo de dificultad en todo (3)	Mucha dificultad en todo (2)	Extrema dificultad en todo (1)
a)Recordar cosas que la persona le decía junto a usted					
b)Recordar cosas que pasaron ayer					
c)Recordar hacer cosas(observar lista de compromisos o toma de					

medicación					
d) Recordar el día de la semana					
e) Concentrarse					
f) Pensar rápidamente					
g) Resolver problemas diarios					
Este cuestionario se refiere a como usted se siente, cambios en el humor y su capacidad para controlar sus emociones desde su enfermedad cerebrovascular					
3-En la semana pasada cuán frecuente usted....	En ningún Momento (5)	Un poco del Tiempo (4)	Algo del tiempo (3)	La mayoría del Tiempo (2)	Todo el Tiempo (1)
a) ¿Sintió tristeza?					
b) ¿Siente que no hay nadie cercano a usted?					
c) ¿Siente que usted es una carga para otros?					
d) ¿Siente que no tiene nada para mirar hacia delante?					
e) ¿Se reprocha por juzgar que usted lo ha hecho?					
f) ¿Goza con las cosas como siempre?					
g) ¿Se siente bastante nervioso?					
h) ¿Siente que le da trabajo vivir?					
i) ¿Sonríe o ríe al menos 1 vez al día?					
Este cuestionario se refiere a su capacidad para comunicarse con las personas así como su capacidad para entender lo que usted lee o lo que escucha en una conversación.					
4-En la pasada semana.... ¿Cuánta dificultad tuvo para....	Sin dificultad en todo (5)	Poco de dificultad (4)	Algo de dificultad (3)	Mucha dificultad (2)	Extremadamente Difícil (1)
a) Decir el nombre de algo que estaba enfrente suyo					
b) Entender que estaba diciendo usted en una conversación					
c) Responder a preguntas					
d) Nombrar correctamente objetos					
e) Participar en una conversación con un grupo de personas					
f) Tener conversación telefónica					
g) Llamar a otra persona por teléfono incluyendo seleccionar el número correctamente y discar.					
Este cuestionario se refiere a las actividades que realiza en un día típico					
En las pasadas dos últimas semanas ¿Cuánta dificultad tuvo para...	Sin dificultad en todo	Poco de dificultad (4)	Algo de dificultad (3)	Mucha dificultad (2)	Extremadamente Difícil (1)

	(5)				
a) Cortar su comida con cuchillo y tenedor					
b) Vestir la parte superior del cuerpo					
c) Bañarse usted mismo					
d) Cortar sus uñas					
e) Llegar al baño a tiempo					
f) Controlar su vejiga					
g) Hacer tareas livianas del hogar					
h) Ir de compras					
i) Hacer tareas pesadas del hogar					
Este cuestionario se refiere a la capacidad para moverse en su hogar y en la comunidad					
6-En las pasadas dos últimas semanas ¿Cuánta dificultad tuvo para...	Sin dificultad en todo (5)	Poco de dificultad (4)	Algo de dificultad (3)	Mucha dificultad (2)	Extremadamente Dificil (1)
a) Permanecer sentado sin perder su equilibrio					
b) Permanecer parado sin perder su equilibrio					
c) Caminar sin perder su equilibrio					
d) Caminar una cuadra					
e) Caminar rápido					
f) Subir un piso por la escalera					
g) Subir varios pisos por la escalera					
h) Entrar y salir de un auto					
Este cuestionario se refiere a su capacidad para usar la mano que fue más afectada por su enfermedad cerebrovascular					
7-En las pasadas dos últimas semanas ¿Cuánta dificultad tuvo para usar la mano más afectada por su enfermedad	Sin dificultad en todo (5)	Poco de dificultad (4)	Algo de dificultad (3)	Mucha dificultad (2)	Extremadamente Dificil (1)
a) Traer objetos pesados					
b) Abrir latas o frascos					
c) Hacer el moño a los zapatos					
d) Recoger monedas					
Este cuestionario se refiere a cómo la enfermedad cerebrovascular ha afectado su capacidad para participar en las actividades que usted comúnmente hacía; cosas que son satisfactorias para usted y que le ayudan a encontrar un objetivo en la vida.					
8-Durante las pasadas cuatro semanas ¿Por cuánto tiempo usted ha estado limitado en...	Nada del Tiempo (5)	Un poco del Tiempo (4)	Algo del Tiempo (3)	La mayoría del Tiempo (2)	Todo el Tiempo (1)
a) Su trabajo					
b) Sus actividades sociales					
c) Recreaciones pasivas					

d)Recreaciones activas					
e)Su rol como miembro de la familia o amigo					
f)Su participación en actividades espirituales o religiosas					
g)Su capacidad para controlar su vida como usted lo desea					
h)Su capacidad para ayudar a otros					

Anexo 13. Cuestionario de salud SF-36

Mide la calidad de vida relacionada con la salud. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estilo de salud y es aplicable tanto a paciente como a la población en general.

Consta de 36 preguntas o ítems que cubren 8 escalas que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los cuestionarios de salud así como los aspectos más relacionados con las enfermedades y el tratamiento.

Estas escalas son: Función física. 10 ítems. Rol físico. 4 ítems. Dolor corporal. 2 ítems. Salud general. 5.ítems. Vitalidad. 4 ítems. Función social. 2 ítems. Rol emocional. 3 ítems. Salud mental. 5 ítems

Adicionalmente incluye 1 ítem de transacción que proporciona información sobre el cambio percibido en el estado de salud general en el último año

PUNTUACIÓN DE LAS ESCALAS: A mayor puntuación mejor es el estado de salud.

Para el cálculo de las puntuaciones luego de la administración hay que realizar el siguiente algoritmo:

- 1) Recodificación de los ítems, los 10 que lo requieren, los que se encuentran fuera de recorrido y los ausentes a fin de que todos los ítems sigan el gradiente de "a mayor puntuación mejor estado de salud".
- 2) Puntuación cruda de la escala (sumatoria de los ítems que componen las escalas).
- 3) Transformación lineal de las puntuaciones crudas a una escala de 0 a 100.

50 ± 10 media de la población de referencia (de cada país o de la población general del continente americano).

La limitación fundamental del SF- 36 es que no incluyen aspectos relacionados con la calidad de vida como los trastornos del sueño la función cognitiva y sexual

A diferencia del WHOQOL-100 es aplicable a muestras pequeñas; consta de 36 ítems que cubren 8 escalas, interroga con respecto a las últimas cuatro semanas; el tiempo de administración es de 5 a 10 minutos en entrevista de forma individual.

Para la validación y adaptación cultural de este cuestionario se siguió el protocolo común en los países participantes del proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment) que incluía a Cuba, para mantener la comparabilidad de las diferentes versiones.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach tiene un valor superior al mínimo recomendado de 0,7 para las comparaciones de grupos en todas las edades excepto en la función social, y superiores al valor mínimo recomendado de 0,9 para las comparaciones individuales.

La reproductibilidad test-retest medida por coeficiente de correlación interclase fluctuó entre 0,58 en la escala de rol emocional y 0,99 en la escala de rol físico. La consistencia interna (correlación de los ítems con su propia escala) fueron superiores al valor mínimo recomendado de 0,4 y el éxito de escalaje fue del 100% para todas las escalas. Los efectos del suelo y techo fueron < a 15% y > a 15% respectivamente; el análisis de las ecuaciones estructurales confirma poseer un adecuado modelo de medida y validez de contenido.

La validez de constructo evaluada mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en CVRS y las correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS arrojaron buenos resultados y ponen en evidencia que miden concepto diferentes de los que evalúan estos indicadores y discriminan entre las distintas áreas de salud afectadas en cada grupo diagnóstico.

La limitación más importante es que no incluye los trastornos del sueño, la función cognitiva y sexual.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marcar solo un número

1-En general usted diría que su salud es:	Excelente (1)	Muy buena (2)	Buena (3)	Regular (4)	Mala (5)
2-¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace 1 año?	Mucho mejor (1)	Algo mejor (2)	Más o menos igual (3)	Algo peor (4)	Mucho peor (5)
3-Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿Le limita para hacer cosas, actividades? Si es así ¿Cuánto?					
Marque solo 1 número para cada pregunta.		Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita poco (2)	No, no me limita nada (3)	
a)Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar n deportes agotadores					
b)Esfuerzos moderados como mover una mesa, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora					
c)Coger o llevar la bolsa de compra					
d)Subir varios pisos por la escalera					
e)Subir solo un piso por la escalera					
f)Agacharse arrodillarse o ponerse en cuclillas					

g) Caminar 1 Km. o más					
h) Caminar varias manzanas					
i) Caminar una sola manzana					
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.					
4-Durante las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?					
Marque solo 1 número para cada pregunta.	Siempre (1)	Casi Siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
c) ¿Tuvo que dejar de hacer alguna tarea en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas?					
5-Durante las ultima cuatro semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo, en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?					
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?					
6-Durante las ultimas cuatro semanas ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					
Marque solo 1 número para cada pregunta.	Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
7-¿ Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas cuatro semanas?					

Marque solo 1 número para cada pregunta.	No, ninguno (1)	Sí, muy poco (2)	Sí, moderado (3)	Sí, mucho (4)	Sí, Muchísimo (5)
8-Durante las últimas cuatro semanas ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domesticas)?					
Marque solo 1 número para cada pregunta.	Nada (1)	Un poco (2)	Regular (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
9-Las preguntas que siguen se refieren ha cómo se ha sentido y cómo le han sido las cosas durante las ultimas cuatro semanas. En cada pregunta responda lo que se le parezca más a cómo se ha sentido usted.					
Durante las últimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia.....	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
a) ¿Se sintió lleno de vitalidad?					
b) ¿Estuvo muy nervioso?					
c) ¿Se sintió más bajo de lo normal que nada podía animarle?					
d) ¿Se sintió calmado y tranquilo?					
e) ¿Tuvo mucha energía?					
f) ¿Se sintió desanimado y deprimido?					
g) ¿Se sintió agotado?					
h) ¿Se sintió feliz?					
i) ¿Se sintió cansado?					
10-Durante las ultimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como a los amigos y familiares)?					
Marque solo 1 número para cada pregunta.	Siempre (1)	Casi Siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
11-Por favor: diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases	Totalmente Cierta (1)	Bastante Cierta (2)	No lo se (3)	Bastante Falsa (4)	Totalmente Falsa (5)
a)Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					

b)Estoy tan sano como cualquiera					
c)Creo que mi salud va a empeorar					
d)Mi salud es excelente					

Anexo 14. Prueba de caminata de los 6 minutos

Prueba de Caminata de los 6 minutos

1. **Objetivo:** Evaluar de forma sistemática o periódica la capacidad funcional a los pacientes que participan en los programas de ejercicios físicos.

2. Metodología de la prueba:

- Mantener en reposo durante 10 minutos al paciente antes de comenzar la prueba.
- Realizar tomas de frecuencia cardíaca y presión arterial en reposo, al culminar la prueba y pasado el primer minuto de recuperación.
- Explicarle detalladamente la prueba al paciente antes de comenzar la misma.
- Caminar al máximo de las posibilidades de cada paciente durante 6 minutos.
- Medir la distancia recorrida en metros.

3- Indicadores fisiológicos que se obtienen a partir del resultado:

- Consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx).
- Pulso de entrenamiento (PE).
- Doble producto (DP)

4. Formulas para determinar el VO_2 máx., el pulso de entrenamiento y doble producto:

Fórmula del Colegio Americano de Medicina del Deporte modificada por el equipo de trabajo del Centro Actividad Física y Salud del ISCF "Manuel Fajardo".

Fórmula del (CAMD.):

$$VO_2Máx = 0,1ml/ kg /min \times (distancia)+- 3,5ml/kg/min \times tiempo$$

El pulso de entrenamiento se obtiene a partir de la fórmula de Karvonen:

$$PE = (Fc \text{ máx.} - Fc \text{ reposo}) \times 0,6 \text{ a } 0,8 + Fc \text{ reposo.}$$

El doble producto se obtiene a partir la siguiente formula:

$$DP = Fc \text{ máx.} \times PA \text{ sistólica}$$

5. Indicaciones metodológicas de la prueba:

- La prueba debe ser suspendida o no comenzarse si el paciente siente malestar precordial.
- Con presión arterial igual o mayor a 160/100 mmHg no se debe realizar.
- Estimular verbalmente al paciente durante la ejecución de la prueba.
- No se puede realizar una marcha deportiva durante la ejecución de la prueba.
- Debe realizarse en el horario de la mañana o bien tarde cuando el sol no afecte.
- Para la ejecución de la misma debe utilizarse una ropa y un calzado cómodo.
- En los pacientes isquémicos, la primera prueba debe realizarse posterior a una prueba ergométrica.

Anexo 15. Método de trillaje

Método que simplifica la información. No puede considerarse un método de priorización ya que permite eliminar del listado de problemas los menos importantes pero no permite obtener una priorización; por eso se considera un método de reducción de listado. Se aplica cuando el número de problemas u observaciones es superior a 20.

Pasos:

Selección de informantes claves, líderes formales e informales u otros actores sociales que van a intervenir en el proceso

Lectura de todos los problemas a clarificar por los integrantes del grupo (colocar los problemas en lugares visibles)

Ubicar por consenso los problemas en tres grupos:

- Los más importantes
- Los menos importantes
- Los residuales.

Al inicio de la aplicación de este método se debe precisar el número de problemas a ubicarse en cada grupo

Ejemplo:

Si son 20 problemas

	(6)	
(4) 3era vez		(4) 3era vez
(2) 2da vez		(2) 2da vez
(1) vez		(1) vez
Más importantes		Menos importantes

(6) residuales.

Se pide primero el más importante y el menos importante, después se duplica el número, los dos más importantes y los 2 menos importantes y así sucesivamente, lo que queda sin ubicar en ninguno de los dos grupos son los residuales.

Anexo 16. Matriz de priorización o Método de ranqueo

Es el más recomendado por la Organización Mundial de la Salud en el área de la Atención Primaria de Salud.

Su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle un valor en el rango de 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados

Matriz de priorización

problemas	a	b	c	d	e	f	total
xxx							
xxx							
xxx							
xxx							
xxx							

a=tendencia

b=frecuencia.

c=gravedad.

d=disponibilidad de recursos.

e=vulnerabilidad.

f=coherencia con la misión del que planifica.

Anexo 16 a. Concepciones de los pacientes al inicio y final de la intervención resultantes de la reflexión en el grupo de discusión.

Concepciones priorizadas al inicio de la intervención:

‘Lo mejor es ser como los demás’, ‘Mis objetivos como paciente...ser más independiente, pero somos una piedra en el camino’, ‘Mi mayor aspiración es trabajar pero con estas condiciones físicas que tenemos actualmente sentimos que sobramos’, ‘Yo quisiera aportar a la sociedad’, ‘Deseo cambiar mi estilo de vida pero no puedo y no es fácil’, ‘Aspiro a envejecer con calidad de vida, pero eso es una utopía’, ‘Quiero seguir haciendo ejercicios pero el técnico dice que soy vitalicio y no puedo continuar aquí...¿a dónde voy?’, ‘Quiero bajar de peso pero no puedo, no hay voluntad y lo que hago me engorda más’, ‘Quiero dejar de fumar pero no tengo voluntad’, ‘Esto es lo que me tocó y creo que nada más se puede hacer’, ‘La meta es difícil y engorrosa, en este estado es preferible quedarse así hasta el final de mis días que a este paso serán pocos’, ‘Quiero cambiar mi vida pero no tengo condiciones, y lo peor es que, no sé cómo hacerlo; solo la muerte podrá cambiarlo todo, incluso mi vida’, ‘Es mentira que yo pueda volver a trabajar’, ‘Anteriormente logré caminar,.. pero ya:... esto es lo que tenía que tener, no puedo aspirar a más, ha pasado mucho tiempo, llevo mucho tiempo haciendo ejercicios de rehabilitación y nada, no he logrado nada nuevo más allá de lo que tengo’, ‘Yo quisiera pero no será igual que antes’, ‘Aunque lo logre no me sentiré realizado, pues es lo mismo pero no es igual’, ‘Yo no seré capaz de ser lo que un día fui’, ‘Me siento mal pero debo luchar para ser igual que antes, cueste lo que cueste’, ‘No merezco lo que estoy pasando’, ‘Esto es un problema, pues si la medicina con sus recursos actuales no lo ha podido resolver, es que no tiene solución’.

Concepciones priorizadas al final de la intervención:

“Cada persona es el alfarero de sí misma”, “Uno es lo que se proponga”, “La lastima paraliza, no me ayuda a crecer”, “En el camino de la vida es preferible ser peregrino y no turista”, “Ayudar a mi familia y amigos”, “Seguir aprendiendo para ser más útil”, “Relajarme y cooperar”, “Trabajar para ayudar a mi familia y no ser una carga para ella”, “La felicidad está en uno mismo”, “Todo en la vida se puede lograr, solo se necesita la ayuda y orientación de alguien más capaz”, “Nada es difícil siempre que se haga con amor”, “Estoy despertando la parte del cerebro que se durmió”, “La meta es difícil, el esfuerzo fue duro, pero valió la pena”, “Mi condición no es un impedimento es un reto”, “El pasado no me pertenece, lo único que puedo manipular es el día de hoy para construir el de mañana”, “Mi trombosis cerebral ya es historia”, “No me considero un discapacitado, eso fue ayer y ya ni lo recuerdo”, “Con tantas cosas lindas de la vida que he aprendido, no vale la pena volver atrás”, “Sigo luchando por vivir, pues mi enfermedad no me lo impide”, “He aprendido a vivir y veo la vida en colores”.

Anexo 17. Guía de ejercicios físicos terapéuticos

Objetivo general: Definir los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica empleados en la RF del paciente hemiparético crónico durante las clases de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Contenidos:

1. Ejercicios de calentamiento.
2. Ejercicios respiratorios. (Reeducación respiratoria, respiración diafragmática, maniobras respiratorias).
3. Ejercicios para potenciar la resistencia aeróbica. (Bicicleta estática, Marcha, Trote, Marcha-Trote, Escalador, .Estera rodante, Step).
4. Ejercicios de relajación.
5. Juegos menores.
6. Ejercicios de movilidad articular.
7. Ejercicios de recuperación.

Orientaciones metodológicas generales de la guía de ejercicios físicos terapéuticos:

- El calentamiento que debe ser sencillo y de fácil ejecución.
- Se debe utilizar como forma de calentamiento el activo general.
- Sugerimos que se utilice como forma organizativa el disperso y como procedimiento organizativo el individual.
- En el calentamiento se deben realizar entre 10 y 20 repeticiones de cada uno de los ejercicios de movilidad articular y respiratorios, debiendo mantener la posición entre 10 y 15 segundos durante los ejercicios de estiramiento.
- Los ejercicios de cuello, deben realizarse con los ojos abiertos, si aparece el vértigo durante la realización de los mismos, se debe detener el movimiento y mirar a un punto fijo del campo visual.
- Se deben evitar aquellas condiciones que favorezcan la aparición de accidentes.
- Los ejercicios físicos deben realizarse buscando la mayor amplitud del movimiento.

- Se deben incluir para la realización de los ejercicios físicos terapéuticos otros medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica como la musicoterapia etcétera, de acuerdo a las condiciones que presente cada centro.
- Los ejercicios de resistencia se deben planificar en forma de juegos menores y con una intensidad creciente.
- Se debe tener presente que el juego puede ser interrumpido antes de lo planificado si es necesario, o separar a un paciente de la actividad porque consideramos que el esfuerzo que realiza no está siendo asimilado por el mismo, si esto sucede se debe adoptar las medidas para cada caso.
- El profesor o rehabilitador físico debe saber seleccionar dentro del grupo de pacientes quienes pueden participar en el juego, o hacer grupos divididos por las posibilidades individuales de cada sujeto, con actividades específicas para cada grupo.
- La intensidad de la carga física aplicada durante la sesión de juegos menores se controla por medio de los siguientes procedimientos: Pulso arterial y tensión arterial. Tiempo total de la sesión de juego. Examen funcional a través de la observación de síntomas y signos subjetivos resultante del efecto de la actividad física (rubor, sudoración, cianosis, etcétera). Identificación del efecto emocional de los juegos menores (la alegría, la vivencia, el deseo por la repetición) son productos de un juego intensivo; "...Pues jugar en forma intensiva no significa jugar hasta el agotamiento" de acuerdo a los criterios de Döbler y Döbler (1975,63). Determinación de forma objetiva de la intensidad de la carga física que se aplica durante la parte principal de clase de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica pues ésta influye en el tiempo de la sesión de juego y en la intensidad de la carga física aplicada en el juego, en el sentido del aumento o disminución.

.Medios y Recursos:

Gimnasio terapéutico.

Ambientes naturales.

Anexo 18. Guía de nutrición y alimentación

Las recomendaciones dietéticas para preparar una dieta saludable se resumen a continuación

- Disfrutar con la comida y comer en compañía.
- Repartir los alimentos en 3 – 5 comidas diarias, haciendo más de una comida caliente al día.
- Consumir una dieta variada, incluyendo e alimentos de origen vegetal (cereales, frutas, verduras, leguminosas)
- Equilibrar la ingesta de energía con el gasto mediante la realización diaria de ejercicio físico.
- Cuidar el aporte de calcio.
- Moderar el consumo de sal a menos de 2400 mg de sodio al día (menos de 6 gramos de sal).
- Vigilar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación. tomar unos dos litros al día.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas. Se recomienda no superar los 30 gramos de etanol/día.
- Cuidar la dentadura y la higiene bucal para poder masticar bien.
- Reducir el tabaquismo.

- La dieta debe incluir:

cereales (pan, arroz, pasta, galletas, papas etcétera): 6 – 8 raciones/día (ración = 30 – 70 gramos en crudo).

verduras y hortalizas: 3 – 5 raciones/día. (ración = 150 – 200 gramos en crudo).

frutas y zumos de frutas: 2 – 4 raciones/día. (ración = 100 – 150 gramos).

legumbres: 2 – 3 raciones/semana. (ración = 50 – 70 gramos en crudo).

leche y productos lácteos: 3 – 4 raciones/día. (ración de leche = 200 – 250 ml; yogur = 125 gramos; queso curado = 40 – 60 gramos; queso fresco = 60 – 80 gramos).

carnes, pescados y huevos: 2 – 3 raciones/día. (ración = 100 – 150 gramos en crudo).

grasas y aceites: consumir con moderación (menos de 60 gramos/día). Se recomienda usar aceite de oliva.

dulces, golosinas y azúcar: con moderación (menos del 10% de las calorías totales).

Anexo 19. Taller: “Desarrollo de la creatividad”

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las ACFT y P en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Enseñar las técnicas para el desarrollo de la creatividad.
- Identificar la importancia del desarrollo de la creatividad.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar el nivel de validismo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Desarrollar en el paciente los recursos psicológicos necesarios que posibiliten el control emocional, la reducción de la depresión y la activación de mecanismos tendiente a modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Facilitar del desarrollo de alternativas socioculturales en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar el desarrollo de acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.

- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

1-Introducción teórica:

La creatividad es la capacidad para producir algo nuevo con nuestras manos y con nuestra imaginación.

Crear y ser creativos es estar vivos, ser jóvenes, estar abiertos a la ilusión y querer construir nuestro mundo. Ser creativos es cuidar la salud mental psíquica y emocional.

El juego, el vivir jugando es una forma de conseguir una existencia llena, productiva y creativa.

Con los juegos creativos se investiga, se descubre, se inventa, se da forma con nuestras manos a algo que esta en nuestra imaginación, se crea y exterioriza la potencialidades que haya dentro de la mente, se esta aprendiendo a vivir.

2-Concepción unánime de los participantes:

“La creatividad es cultivar nuestra habilidad, es aumentar la confianza en nosotros mismos”

De esta forma se adoptó como lema central del taller la siguiente concepción:

“PODEMOS SER VIEJOS NIÑOS”

Por medio de la técnica tormenta de ideas los participantes en el taller establecieron las reglas para una actitud creativa:

Nada de exigencias. Iniciativa. Tenemos derecho a equivocarnos. No copiar, ser original. Buscar dentro de uno mismo el camino. Ser espontáneo y flexible (darnos la libertad de hacer lo que nos plazca, es mejor no pensar en lo que gusta a los demás o lo que es más lógico, todo debe servir para nuestra satisfacción. Fuera la autocrítica. Soñar despierto (es una forma de encontrar el potencial que llevamos dentro, en nuestro interior esta la semilla que dará el fruto de la obra creada). Dejar a nuestro cuerpo actuar. Dejarse guiar más por la emoción que por la razón. Sensibilidad, observar y oír a los demás y compartir sus esperanzas, tristezas y dolores. Dialogar y no encerrarse en uno mismo para encontrar a los demás y a uno mismo.

3-Establecidas las reglas para facilitar el desarrollo de una actitud creativa se procedió a crear el camino a transitar para desarrollar la creatividad.

CAMINANDO HACIA EL DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD

No se crea de la nada, lo hacemos desde las experiencias vividas y los conocimientos aprendidos. Siempre podemos hacer algo nuevo. Hacer con alegría las actividades básicas, instrumentadas y avanzadas de la diaria. Romper con la pereza que no es más que miedo a lo nuevo. Estar dispuesto a ser peregrino explorador. Ponerse en disposición de pasarlo bien. No dar importancia a cómo sea el resultado de lo que hacemos... “Mi obra es mi hijo, la satisfacción es verlo crecer poco a poco, no tengo por qué esperar que termine siendo perfecto”. No cargarse de exigencias, no hacer la obra por deber sino por placer y amor. Atreverse a empezar. Atreverse a improvisar. Seguir siempre adelante.

4-Conclusiones:

Las acciones desarrolladas en el taller posibilitó por parte de los participantes la producción de una concepción general

“LA CREATIVIDAD ES LA SOLUCIÓN DE LO DEFICIENTE, LO CONFLICTIVO Y LO RUTINARIO TENDIENTE A MEJORAR NUESTRA VIDA, EN EL SENTIDO DE LA AUTORREALIZACIÓN Y LA AUTONOMÍA.”

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 20. Taller: “Control de vida y estilo de vida”

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Argumentar los presupuestos teóricos que nos permiten entender nuestros estilos de vida y sus posibilidades de cambio.
- Identificar la importancia del control de nuestras vidas y de la modificación o cambios en su estilo.
- Aprender a partir de una modificación en nuestro estilo de vida a incidir sobre los indicadores de la RF y el bienestar subjetivo.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Desarrollar en el paciente los recursos psicológicos necesarios que posibiliten el control emocional, la reducción de la depresión y la activación de mecanismos tendiente a modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Facilitar del desarrollo de alternativas socioculturales en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar el desarrollo de acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

A partir de la idea central del taller "SI QUIERO PUEDO"..., se procedió a argumentar:

Presupuestos teóricos de los estilos de vida:

Los estilos de vida se relacionan directamente con la salud general. Los estilos de vida son los comportamientos habituales de las personas en sus tres dimensiones fundamentales: pensamiento, emociones y acciones. En el ámbito de los pensamientos se encuentra la información que se tiene respecto a la salud y las actitudes o tendencias de comportamientos habituales. En el ámbito de las emociones se encuentran las capacidades de control emocional que influyen sobre la calidad de vida. En el ámbito de la acción se encuentran los comportamientos observables y resume los aspectos anteriores. (Conductas relacionadas con la alimentación, el ejercicio físico etcétera). Los estilos de vida saludables no están prefijados por los genes, la educación recibida, los modelos, las modas que en interacción con los aspectos personales individuales irán configurando las formas de actuar ante la vida. Los estilos de vida son susceptibles de ser modificados.

A partir de estos presupuestos teóricos los participantes del taller produjeron por medio de la técnica tormenta de ideas las siguientes concepciones:

Los seres humanos están preparados para hacer ejercicios físicos. Los problemas de alimentación pueden ser tanto por déficit o exceso de nutrientes. Los productos tóxicos son el resultado de comportamientos individuales y del desarrollo social: polución ambiental, residuos tóxicos, energías contaminantes etcétera. El origen de las enfermedades se encuentra en muchos casos en los estilos de vida inadecuados alteraciones emocionales, biológicas sociales como sobrecarga laboral y familiar, soledad y aislamiento, carencias económicas, falta de apoyo social.

Conclusiones:

Se produce finalmente una concepción acerca del estilo de vida favorecedor de un estado de bienestar

EL ESTILO DE VIDA FAVORECEDOR DE UN ESTADO DE BIENESTAR:

Alimentación variada y equilibrada. Disminución de hábitos tóxicos. Control del medio ambiente. Ejercicio físico adecuado y regular. Sistemas de apoyo social y de salud. Estimulación mental y cultural continúa. Recursos accesibles. Lugares de esparcimientos. Ofertas culturales y recreativas.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante)

Anexo 21. Taller: "¿Cómo realizar un cambio en nuestras vidas?"

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Argumentar los presupuestos teóricos que nos permiten entender la posibilidad de cambio en nuestras vidas.
- Identificar la importancia del control de nuestras vidas y de la modificación o cambios en su estilo.
- Aprender a partir de un cambio de vida a incidir sobre los indicadores de la RF y el bienestar subjetivo.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Desarrollar en el paciente los recursos psicológicos necesarios que posibiliten el control emocional, la reducción de la depresión y la activación de mecanismos tendiente a modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Facilitar del desarrollo de alternativas socioculturales en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar el desarrollo de acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

A partir de la idea central del taller “LA SUERTE NOS ACOMPAÑA Y SOMOS LA PARTE FUNDAMENTAL DE ESA SUERTE” se procedió a argumentar:

Presupuestos teóricos para entender y asumir el cambio:

Cambiar nuestro comportamiento influye de modo positivo en nuestras vidas. Por unanimidad la cosa más importante en la vida es la propia vida con salud. No siempre actuamos para conservar la salud, parece que es algo que nos viene dado. Ante la propuesta de un cambio nos sentimos incapaces o con grandes dificultades para acometerlos. Los hábitos que durante nuestra juventud no nos afectaban, con el paso del tiempo van influyendo perjudicialmente. La falta de ejercicios en un organismo joven no se nota en las actividades cotidianas pero con el paso del tiempo nos perjudica enormemente. Cuando uno es joven la salud no suele ser un valor principal, ¡LA TENEMOS TODA!.. No pensamos en enfermar, los beneficios de los comportamientos saludables son a largo plazo: “No fumes hoy, porque dentro de 20 años puedes tener un cáncer”: es algo tan lejano que no nos motiva al cambio. A lo largo de nuestras vidas vamos generando hábitos que a corto plazo son gratificantes y cuyas consecuencias perniciosas no aparecen hasta pasados varios años y luego son difíciles de modificar.

A partir de los presupuestos contruidos se somete a debate una concepción generalizada y arraigada entre los participantes del taller:

"CAMBIAR NO ES FACIL PERO ES POSIBLE"

Los presupuestos teóricos resultantes fueron:

Fijando nuestra atención en las consecuencias de nuestra conducta observamos que:

Conductas cuyas consecuencias son gratificantes, agradables o percibidas como positivas por la persona, tienden a mantenerse. Aumentan la probabilidad de que se repitan. Conductas que no tienen consecuencia alguna ni agradable ni desagradable, tienden progresivamente a eliminarse. Disminuye la probabilidad de la respuesta futura. Conductas cuyas consecuencias son desagradables, adversas o percibidas como negativas por la persona tienden a reducirse con más rapidez y por lo tanto disminuye la probabilidad de que se repitan. Hay conductas que a corto plazo son gratificantes pero a medio o largo plazo son perjudiciales para el organismo. (adicciones, alimentos sal, sedentarismo) que en el momento de su realización suponen cierto nivel de agrado o placer pero con el tiempo generan problemas. A mayor tiempo de implantada una conducta inadecuada mayor dificultades habrá para el cambio. Hay conductas que a corto plazo no son gratificantes son molestas o incómodas pero a medio o largo plazo son beneficiosas para la salud. (ejercicios físicos, comer determinado tipo de alimento, generar determinados hábitos intelectuales como la lectura etcétera)

PRIMERA producción científica:

El reto para conseguir un nivel óptimo de la salud consiste en eliminar comportamientos aparentemente gratificantes e implantar comportamientos costosos para la persona, a largo plazo. Podemos hacer más fáciles los cambios pues se producen dentro de nuestra cabeza: Para cambiar necesitamos estar informados sobre las ventajas e inconvenientes de los hábitos y los posibles cambios. No solo es suficiente estar informado, hay que influir con esa información en nuestras actitudes: lo que pensamos y sentimos asociarlo a la idea del cambio.

SEGUNDA producción científica:

Romper con las falsas ideas que impiden el cambio positivo.

Fijando nuestra atención en la introducción de nuevos comportamientos observamos que:

Si me planteo hacer ejercicios y me veo en un gimnasio con dolores, teniendo que trasladarme hasta él, perdiendo el tiempo durante el trayecto, etcétera, las posibilidades de comenzar a hacer ejercicios serán escasas. Si por el contrario me planteo... ¿Qué puedo hacer para aumentar el ejercicio con el menor esfuerzo? Tal vez se me ocurran cosas que sé que puedo hacer: Caminar todos los días de 30 a 40 minutos. Bajarme una parada antes del ómnibus y caminar cinco minutos hasta la casa. Me gusta la naturaleza, puedo ir al parque más próximo a correr.

TERCERA producción científica:

Si asociamos el cambio a poco esfuerzo, a algo agradable, aumenta la probabilidad de que se produzca y se mantenga.

Fijando nuestra atención en el hecho de no adquirir nuevos hábitos sino de eliminar aquellos inadecuados observamos que:

Cuando tratamos de eliminar hábitos normalmente se perciben como pérdidas: cuando nos aconsejan eliminar de nuestra dieta determinados alimentos, que nos entusiasman, las primeras sensaciones son de pérdida de algo

que siempre hemos disfrutado ¿Por qué tenemos entonces que dejarlo. Si traemos a nuestra mente los elementos motivacionales constatamos que: soy diabético y no puedo comer azúcar; es una pena pero: estaré mejor de salud, no tendré que inyectarme más insulina, tendré mejor función sexual, en el futuro tendré más calidad de vida. Traer a nuestra memoria todas las consecuencias facilitará el cambio, nos ayudará y conseguirá que las primeras ideas que nos asaltan pierdan fuerza y podamos elegir con mayor libertad sobre nuestro comportamiento.

CUARTA producción científica:

Ante los cambios es necesario hacer una lista de ventajas, tenerlas presentes y, si hace falta, ponerlas por escrito y llevarlas con nosotros para leerlas cada vez que aparezcan dificultades en el cumplimiento de lo propuesto.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA GENERALIZADORA Y FINAL DEL TALLER:

Hay que disfrutar del y con el cambio para conseguir un nivel de satisfacción, no podemos centrar nuestra atención en las dificultades, es necesario tener una visión global de nosotros mismos y de nuestra relación con el entorno y las cosas que nos importan.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante)

Anexo 22. Taller: “Elaboración de un plan de vida en función de la rehabilitación por medio de los ejercicios físicos terapéuticos”

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Introducir en los pacientes los presupuestos teóricos necesarios para la elaboración de un plan de vida en función de la rehabilitación.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.

- Facilitar del desarrollo de alternativas socioculturales en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar el desarrollo de acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

Introducción:

A lo largo de nuestras vidas van surgiendo algunos niveles de insatisfacción y hay personas que viven sus vidas dependiendo más de los que les va aconteciendo que de sus propios objetivos; hay personas que se quejan de la "vida que les ha tocado vivir", de no realizar sus expectativas o "que esto no es lo que querían"

1era pregunta:

¿Podemos influir en nuestra vida a medio y largo plazo?

Con las limitaciones que imponen las circunstancias podemos influir en lo que queremos que nos ocurra, se impone trazar un plan de vida. En muchas ocasiones dejamos de plantearnos hacer cosas por verlas difíciles, lejos en el tiempo o porque no encontramos el momento para empezar. El crearnos nuevos hábitos o adquirir nuevos conocimientos en ocasiones se convierte más en una frustración que en una fuente de satisfacción. Empezamos con entusiasmo alguna nueva actividad pero la falta de planificación o el no haber evaluado adecuadamente los esfuerzos que conlleva (si realmente es algo que nos compensa) hace que se deje la tarea. Si esto se intenta varias veces y el resultado siempre es el mismo terminaremos por abandonar nuestro objetivo.

2da pregunta:

¿Por qué hacer un plan a tan largo plazo?

La mayoría de las personas van cambiando sus objetivos o necesidades a lo largo de la vida, la visión actual del mundo y de nosotros mismos no es la misma que hace 15 años; en este periodo han aparecido nuevos intereses, han perdido fuerzas otros, hemos conocido nueva gente, hemos sufrido pérdidas. La idea es generar una perspectiva en donde la cuestión del tiempo influya positivamente en la consecución de nuestros objetivos. Si realizar una actividad significa algo importante, producirá satisfacción aunque en ese momento no sea algo estrictamente necesario.

3era pregunta:

¿Qué podemos hacer?

Se elabora una estrategia por parte de los pacientes:

ESTRATEGIA:

- Realizar un análisis general de nuestra vida En cinco áreas anotar las cosas actuales que nos satisfacen y las que generan algún malestar-Familia -Relaciones sociales -Relaciones afectivo-sexuales o familia creada - Aspectos laborales y/o intelectuales -Tiempo libre.

- Formularnos la siguiente pregunta: ¿Qué cambiaría si pudiera?, ¿Qué me gustaría introducir en mi vida? ¿Qué me gustaría eliminar? Realicemos una lista por cada área anterior respecto a los cambios deseables.
- ¿Cómo quiero que sea mi vida en esas cinco áreas dentro de un cierto plazo?
- Una vez establecidas las metas, vamos a ir introduciendo las acciones que nos llevarán a ellas en el día a día. Valoremos las ventajas, inconvenientes o esfuerzos a realizar, démonos el tiempo que necesitamos para ir combinando las nuevas acciones con lo que quiero mantener de mi vida actual. Para incluir el objetivo en la acción del día a día podemos hacer una tormenta de ideas interior.
- Pasar a la acción, ir poniendo en funcionamiento las acciones decididas y sobre la marcha iremos evaluando si son adecuadas, si podemos combinarlas con las otras cosas importantes de mi vida, si realmente me gusta y sigo motivado a la acción, si se detectan dificultades, para ver que cosas han funcionado y que cosas hay que mejorar o cambiar.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante)

Anexo 23. Taller: “Cómo mejorar las relaciones interpersonales”

“Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente no resulta tan sencillo” Aristóteles.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Introducir en los pacientes los presupuestos teóricos necesarios para el desarrollo de las habilidades que faciliten la comunicación interpersonal y la autoexpresión.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.

- Facilitar del desarrollo de alternativas socioculturales en integración con la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar el desarrollo de acciones educativas por medio de actividades físico-terapéuticas-recreativas y de Educación Continuada.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

Introducción:

Las relaciones sociales tienen una importancia vital a lo largo de la vida, favorecen la salud integral del individuo, ejercen una función protectora en la salud autopercibida, favorecen el bienestar y la calidad de vida

Preguntas:

- ¿Por qué se siente reparo o se evita la conversación con una persona que no se conoce?
- ¿Qué sensación se siente durante una conversación con otra persona?
- ¿Por qué durante una conversación se suele interrumpir la misma cuando se escucha algo con lo que no se está de acuerdo y no se deja que la persona termine de hablar y luego se toma la palabra?
- Imagine que está en un ómnibus muy cansado, le gustaría sentarse pero no hay asiento libre... ¿Le pediría a alguien que le cediese el asiento?
- Imagine que está comprando en el mercado viandas y al llegar a la casa se da cuenta de que muchas de ellas están en mal estado... ¿Iría a reclamar?
- Ante un problema con una persona allegada ¿Intenta ver el punto de vista de esta persona ante el problema o piensa que no hace falta siempre y cuando usted piense que lleva la razón?
- ¿Qué hacer ante un problema con una persona conocida?
- ¿Cuáles son las habilidades o cualidades personales más importantes para mantener buenas relaciones sociales?

De las respuestas dadas por los participantes sometidas al método de trillaje se obtuvo 10 problemas que denotan la limitación en la comunicación interpersonal:

- Se evita la conversación con una persona desconocida
- La mayoría de los participantes no se siente tranquilo cuando habla y/o escucha.
- La mayoría de los participantes interrumpe cuando escucha algo con lo que no esta de acuerdo.
- Todos piden el asiento en el ómnibus pues son discapacitados.
- Todos vuelven de nuevo al mercado a reclamar.
- Ante un problema con la persona allegada, tres de los participantes intentan ver el problema desde el punto de vista de la otra persona implicada, dos plantean que depende de qué persona se trate, dos confirman "si me lo pide la otra persona, si lo hago", y diez sostienen..."ante un problema interpersonal es mejor defender siempre nuestro punto de vista; si creo que tengo la razón, no hace falta pensar en nada más"

- Ante un problema con una persona desconocida, siete de los participantes refirieron no hacer nada,..."es mejor que pase el tiempo; el tiempo lo cura todo"; dos intentan solucionarlo lo más rápido posible, cinco plantea que la solución depende de la cooperación de la otra persona y dos se empeñan en buscar posibles soluciones.

Para mantener buenas relaciones sociales los participantes en su mayoría plantearon la necesidad de desarrollar las siguientes habilidades o cualidades personales:

- Comunicación
- Empatía.
- Asertividad.
- Capacidad para resolver los conflictos.

A continuación se configuraron un conjunto de técnicas dirigidas al desarrollo de las habilidades:

- Estimulo constante de los elementos no verbales de la comunicación (tono y volumen de voz, la mirada, la expresión facial, la postura y la distancia ante nuestro interlocutor, los gestos manuales)
- Prestar atención a los elementos verbales de la comunicación como son (contenido del mensaje, pretensión del mensaje, vocabulario, adecuación gramatical, personalización o no del mensaje, la claridad del contenido.
- Prestar atención a la expresión de las emociones mediante los elementos no verbales de la comunicación (tono de voz, mirada, expresión facial).
- Concentrar la atención en lo que se dice.
- Mantener la coherencia entre lo que se dice y cómo se dice.
- No cortar la palabra a los demás mientras están hablando.
- Fijar la mirada en nuestro interlocutor mientras hablamos o escuchamos.
- Expresar adecuadamente lo que sentimos y detectar las emociones de las personas con las que nos comunicamos.
- Desarrollar la capacidad de ponerse en el lugar del otro para comprender mejor sus pensamientos, sentimientos y emociones.
- Desarrollar la habilidad de defender nuestros derechos sin interferir en los derechos de los demás.

Práctica de las técnicas para mejorar la asertividad:

- **Disco rayado**, con esta técnica se intenta mediante la insistencia en nuestros planteamientos y como si fuéramos un disco rayado, ofrecer a la otra persona la alternativa de nuestro punto de vista..."si, lo entiendo, pero opino que....si lo sé, pero pienso que...estoy de acuerdo, aunque le repito que yo creo que..."
- **Banco de niebla**, esta técnica se utiliza para afrontar un reproche de otra persona que se hace muy persistente, desmesurado o fuera de lugar. Como su nombre indica, el objetivo es crear un banco de niebla buscando apaciguar la situación y creando un ambiente cálido pero defendiendo nuestra posición...."sí me olvidé de...pero por lo general yo no suelo ser así, suelo ser más responsable...esto ha ocurrido en muy pocas ocasiones, lo siento no volverá a ocurrir"
- Aprender a expresar nuestros derechos, opiniones, deseos, necesidades, sentimientos.

- Delimitar en qué momento y en qué lugar tenemos el problema para afrontarlo de la mejor forma posible.
- Caracterizar o describir la situación problemática con el máximo de detalles.
- Utilizar mensajes personalizados.

Ante un conflicto interpersonal:

- Delimitar el problema.
- No pensar que el problema es, en sí mismo, la otra persona.
- Tener siempre en cuenta “Lo que nunca hay que hacer”-No hacer nada.- Hacer siempre lo mismo.- Actuar sin pensar.- Ordenar las posibles soluciones que como alternativas hemos planteado para solucionar el problema.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 24. Curso teórico: “Los 27 beneficios del ejercicio físico terapéutico”

Dirigido a:

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico que se rehabilita en las ACFT y P
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Desarrollar los procesos cognitivos en relación a la integración de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica a las actividades de la vida diaria de los implicados en la relación dialógica rehabilitador-paciente.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Desarrollar en los destinatarios los recursos psicológicos necesarios que posibiliten modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.

FISIOLÓGICOS:

Beneficios inmediatos:

-Ayuda a regular el nivel de glucosa. -Ayuda a regular el nivel de catecolaminas. -Produce endorfinas. -Mejora el sueño.

Beneficios a largo plazo:

-Resistencia aeróbica/cardiovascular. -Fortalecimiento de la resistencia muscular que conlleva a la independencia y la autonomía. -Mejora la flexibilidad. -Preserva la movilidad articular. -Equilibrio y coordinación. -Rapidez de movimientos.

PSICOLÓGICOS:**Beneficios inmediatos:**

-Relajación. -Reducción del estrés y la ansiedad. -Mejora el estado de ánimo.

Beneficios a largo plazo:

-Bienestar general. -Mejora la salud mental. -Mejora el funcionamiento cognitivo e intelectual. -Mejora la psicomotricidad. -Facilita el aprendizaje de nuevas habilidades motoras.

PSICO-SOCIALES:**Beneficios inmediatos:**

-Mejora la imagen social. -Permite la integración social y cultural.

Beneficios a largo plazo:

-Mejora la integración. -Favorece las nuevas amistades. -Amplía redes de apoyo social y cultural. -Mantiene y desarrolla roles activos. -Mejora las relaciones intergeneracionales.

BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD:

-Reduce los costos sociales y de salud. -Mejora la productividad. -Promueve una imagen positiva.

Tomado de Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity among Older Persons OMS 1997.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 25. Curso teórico: "Características de una actividad físico recreativa programada"**Dirigido a:**

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico rehabilitado en las ACFT y P.
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Desarrollar los procesos cognitivos en relación a la integración de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica a las actividades de la vida diaria de los implicados en la relación dialógica rehabilitador-paciente.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Desarrollar en los destinatarios los recursos psicológicos necesarios que posibiliten modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.

Desarrollo:

Ser una actividad recreativa, divertida cuya práctica nos agrade. De intensidad baja a media entre el 60-80% del ritmo cardíaco máximo dependiendo de las características del sujeto y de la patología asociada, en cuyo caso sería necesario mantener la intensidad en los límites más bajos. De práctica regular entre tres y cinco días por semana, la frecuencia y la regularidad son dos factores importantes para maximizar los beneficios del ejercicio. Realizar actividad física programada variada, pero también emplearse a fondo en las actividades de la vida diaria. Realizar actividades no competitivas. Practicar de 30 minutos a una hora por sesión para obtener los beneficios anunciados. Realizar la actividad en compañía, es más ameno y además asegura la fidelidad al programa, permitiéndonos compartir experiencias y logros alcanzados.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 26. Curso teórico-práctico: "Manejo del estrés y control emocional. El bienestar subjetivo"

"El estrés expresado de distintas maneras es tan antiguo como el hombre mismo, que en su lucha por la supervivencia pudo responder adecuadamente ante distintos tipos de exigencias". (Kertesz)

Dirigido a:

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico rehabilitado en las ACFT y P.
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Entrenamiento en técnicas cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales para el manejo del estrés, el control de la ansiedad y el logro del bienestar subjetivo.
- Desarrollar en los destinatarios del programa de orientación los recursos psicológicos necesarios que posibiliten el control emocional, la reducción de la ansiedad y la activación de mecanismos tendiente a modificar estilos de vida en función del bienestar.

Educativos:

- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Aumentar la independencia física del paciente a partir de la satisfacción de sus necesidades y sobre la base de sus propias limitaciones.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.
- Desarrollo de alternativas flexibles con igual impacto en el paciente y en el rehabilitador.

Metodología:

1-Introducción teórica:

La ansiedad es una respuesta que activa al organismo ante la respuesta de un peligro, nos predisponemos así para el ataque, la huida o la defensa, se producen los cambios fisiológicos para adaptarnos a esa situación.

La activación o ansiedad tiene relación con una serie de señales físicas: los músculos se tensan, se prepara la acción, el corazón late más de prisa, aumenta la presión arterial, se altera la respiración, aparece el sudor.

Las reacciones inmediatas ante un estímulo peligroso son las que nos predisponen a la acción y parecen útiles para conservar nuestra integridad.

Niveles de respuesta del comportamiento humano:

Todo comportamiento humano esta constituido por tres niveles de respuesta:

Nivel cognitivo: Hace referencia a los pensamientos que generamos ante una situación y como la interpretamos.

Nivel fisiológico: Son sensaciones que la persona experimenta a nivel físico (ansiedad).

Nivel motor: Es la conducta observable o lo que la persona hace.

Estos niveles se interrelacionan. Un paciente se encuentra ante el médico y éste muestra un aspecto serio; ante esta situación el enfermo piensa...“Tengo algo grave” (nivel cognitivo), siente tensión muscular (nivel fisiológico) y dice: ¿lo que tengo es malo doctor? (nivel motor).

Respuestas cognitivas:

Lo que pensamos puede generarnos ansiedad aunque objetivamente la situación no sea desagradable. Ello ocurre en los siguientes casos:

-Anticipación de consecuencias negativas. -Dar más importancia a las cosas negativas. -Minimización de los eventos positivos. -Excesiva preocupación por la salud. -Ideas de indefensión.

Respuestas fisiológicas:

-Aumento del ritmo cardíaco. -Sudoración. -Tensión muscular -Fatiga y cansancio

Respuestas motoras:

-Inquietud generalizada. -Movimientos del cuerpo y de las manos. -Habla rápida o entrecortada. -Gestos de la cara. -Marcharnos, huir.

Con todo lo visto hasta ahora, sabemos ya, que nuestras emociones no son directamente provocadas por las situaciones, sino por cómo las percibimos.

2-Debate y reflexión en torno a las ideas expuestas:

Se realiza el debate y reflexión guiado por el moderador del taller auxiliándonos de ejemplos de la vida diaria para llegar a las siguientes conclusiones parciales:

Nuestro organismo se activa ante situaciones peligrosas. Las situaciones peligrosas dependen del valor que les demos a nivel subjetivo...“como pensamos sobre ellas”. Hay situaciones objetivamente no peligrosas que valoramos como tales y provocan ansiedad. La ansiedad puede aparecer simplemente anticipando peligros. Muchas de estas situaciones producen respuestas automáticas en el individuo. La ansiedad mantenida o con alta frecuencia es el estrés e implica una activación que puede ser producida por situaciones objetivamente desagradables.

Concepciones enfatizadoras:

La ansiedad como activación del organismo tiene una función de adaptación y de equilibrio importante para la supervivencia pero al mismo tiempo puede generar estados de malestar, bien por que su intensidad no corresponde a la gravedad de los hechos, bien porque se mantiene en el tiempo, pierde su capacidad de adaptación. Cuando esta ansiedad pierde su función y se mantiene en el tiempo es la base de las alteraciones que llamamos psico-somáticas.

Muchos de estos problemas podemos disminuirlos analizando estilos de pensamientos y pensando más objetivamente, existen técnicas para reducir el estrés que podemos entrenar por nosotros mismos.

3-Elaboración conjunta de técnicas para el control cognitivo:

- Reestructuración cognitiva: modificación de pensamientos inadecuados

- Detección de las fuentes de estrés: aprender a reconocer las situaciones que generan alteraciones emocionales.
- Prevención de respuestas: prepararse para los acontecimientos futuros que pueden ir apareciendo a largo de nuestras vidas.
- Autoinstrucciones: darnos mensajes que permitan afrontar situaciones que aparecen inesperadamente.
- Percepción de control: ser conscientes de que uno mismo puede determinar de alguna manera el curso de su vida y de su pensamiento.
- Mejora de la autoestima: reconocer nuestros aspectos positivos y nuestras capacidades

4-Elaboración conjunta de técnicas para el control fisiológico:

- Ejercicios de respiración
- Entrenamiento en relajación

5-Elaboración conjunta de técnicas para el control motor:

- Ejercicios físicos
- Descanso adecuado
- Higiene del sueño.

6-Parte práctica:

Ejercicio No 1 "CAMBIAR NUESTRO PENSAMIENTO" (técnica cognitiva para manejar e estrés).

1era parte: Identificar los tipos de pensamientos inadecuados más frecuentes que pueden influir en nosotros:

- Observar solo una parte de la realidad y la más negativa... Ejercicio: entrenamiento de la forma objetiva de pensar.
- Magnificar lo negativo, minimizar lo positivo de forma que la actitud final esta determinada por los aspectos negativos...Ejercicio: dedicar el mismo tiempo a valorar las dos dimensiones del acontecimiento.
- Adjetivos desmedidos: tendencia a la exageración, con lo cual automatizamos el significado exagerado y la emoción se reproduce intensamente ante la situación. Calificar un suceso cotidiano ligeramente desagradable como horrible hace sentirlo como tal... "El lenguaje es el mediador entre la situación y su valoración y es el vehículo con el que expresamos nuestro pensamiento"...Ejercicio: calificación realista del acontecimiento ¿Es realmente horrible?
- Sobregeneralizar, que impide concretar la situación problema e implica la imposibilidad de analizar los factores que generan ansiedad...Ejercicio: concretar la situación problema.¿Qué hay de cierto en lo que me digo?
- Pensamientos anticipatorios probables o seguros...Ejercicio: Si hay posibilidades de que ocurra lo que temo... ¿qué puedo hacer para evitarlo o solucionarlo? ¿Existe alguna posibilidad de que no ocurra, que ocurra algo diferente o que salga bien?

2da parte: Consejos para aplicar las técnicas

- Anotar frase a frase, preguntarse que hay de cierto en cada afirmación y cambiar la frase cada vez que sea errónea, así le estaremos diciendo a nuestro organismo que reaccione ajustadamente ante las situaciones y consecuentemente eliminando la ansiedad.

- Autoinstrucciones. Los pensamientos repetidos se automatizan, son instrucciones para la acción

Ejercicio para cambiar autoinstrucciones:

- 1-Detectar el problema dándome cuenta de que estoy alterado.
- 2-Parar,..... Haciéndose la pregunta ¿qué me sucede?
- 3-¿Qué me está pasando?
- 4-¿Cuál es mi objetivo?
- 5-¿Qué puedo hacer? Abrir la mente mediante el brainstorming interior.
- 6-Actuar. Darnos la instrucción y repetirla hasta la automatización.

Ejercicio No. 2 "TÉCNICAS FISIOLÓGICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS".

- Relajación progresiva de Jacobson, se basa en la contracción y relajación de grupos musculares:
 1. Sentarse cómodo
 2. Hacer dos o tres inspiraciones lentas y profundas.
 3. A partir de aquí vamos a contraer los músculos que se señalan durante 3 o 4 segundos para posteriormente dejar que se vayan relajando (soltando) sin hacer ningún esfuerzo.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 27. Curso teórico-práctico: "Nutrición y actividad física terapéutica"

"Que tus alimentos sean tu medicina, que tu medicina sean tus alimentos"... Hipócrates.

Dirigido a:

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico rehabilitado en las ACFT y P.
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las ACFT y P en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Desarrollar los procesos cognitivos en relación a la adecuada nutrición, necesaria para la realización de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

- Aumentar el nivel de conocimientos respecto a la alimentación y nutrición que contribuya al control de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.
- Facilitar el desarrollo de los procesos cognitivos en relación a la nutrición para la actividad física, necesario para la prevención primaria, secundaria y terciaria de la discapacidad.

Educativos:

- Facilitar la modificación de actitudes en relación a la nutrición que favorezcan al proceso rehabilitador por medio de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Potenciar el conocimiento de los destinatarios del programa de orientación en relación la nutrición que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca al proceso rehabilitador por medio de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Desarrollar en los destinatarios los recursos psicológicos necesarios en relación a la nutrición que posibiliten modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Aumentar el nivel de validismo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

Desarrollo:

La adecuada alimentación es la base de una buena nutrición y por tanto de la salud y la calidad de vida.

Llamamos **alimentación** al conjunto de actividades destinadas a lograr que se cubran las necesidades de alimentos del organismo, comprende la producción, comercialización, transformación, conservación y consumo de alimentos, proceso que dependen del hombre.

Por **nutrición** entendemos las transformaciones que sufren los alimentos desde que penetran en el organismo hasta que son aprovechados por éste para incorporarlos a sus tejidos o para producir energía; comprende la digestión, la absorción y el metabolismo, es un proceso interno en que la persona no puede intervenir.

La alimentación es voluntaria y educable pero la nutrición no, la primera depende de lo que podamos y queramos comer y la segunda del buen funcionamiento del organismo; hay muchas maneras de alimentarse pero solo una de nutrirse, estar bien alimentado no garantiza la buena nutrición.

Las sustancias nutritivas o nutrientes son aquellas que el organismo no puede producir pero que necesita para nutrirse y los alimentos son las sustancias naturales o transformadas que contienen nutrientes y que el hombre utiliza para su nutrición.

Los nutrientes son las proteínas, glúcidos o hidratos de carbono, grasas, sales minerales y agua, son extraídos de los alimentos en la digestión, atraviesan el tubo digestivo y se metabolizan por las células de los tejidos.

Las proteínas se descomponen en aminoácidos y a partir de ellas el organismo las construye, las grasas y los glúcidos se queman por el oxígeno respirado, de este proceso se obtiene la energía para el funcionamiento de los órganos y sistemas (metabolismo basal), para mantener la temperatura corporal y realizar el trabajo muscular.

Las vitaminas y sales minerales son sustancias que el organismo necesita para regular el metabolismo de los otros nutrientes.

Los alimentos se clasifican en grupos según el nutriente más importante que proporcionan, si su principal aporte es de proteína (formadora de tejidos) el alimento será **plástico**.

Son alimentos **energéticos** los que proporcionan grasas e hidratos de carbono, llamamos **reguladores** a las vitaminas y sales minerales.

Se han creado diferentes esquemas para representar los grupos de alimentos, el más conocido fue creado por el programa EDALNU (Educación en alimentación y nutrición) tiene forma de círculo dividido en sectores de diferentes colores, en rojo están los alimentos plásticos con dos grupos: leche queso y derivados y carnes pescados y huevos.

Sobre el fondo verde están los alimentos reguladores que incluyen verduras y hortalizas y el cuarto grupo que incluye las frutas.

Los alimentos energéticos en amarillo, comprenden el sexto grupo cereales, pastas, azúcar y dulces y el grupo siete las grasa y aceites. Además existe un grupo tercero que comprende las legumbres, papas frutos secos que son tanto plásticos como energéticos por contener proteínas vegetales glúcidos y grasas.

Aun en completo reposo nuestro organismo necesita energía para su funcionamiento, esto constituye el metabolismo basal que varía según el sexo, la edad y la talla del individuo. Nuestras necesidades de energía se expresan en calorías (1.000 calorías) o kilocalorías. De la energía producida un 25 % se convierte en trabajo y el resto en calor.

Una condición importante de nuestra alimentación es que además de suficiente sea equilibrada es decir compuesta por diversos alimentos en proporciones determinadas.

Las necesidades de energía varían con la edad. En la infancia y la juventud predomina la formación de tejidos, en la etapa adulta se mantiene equivalentes la destrucción y formación de los mismos y a partir de los 40 años empieza a reducirse la cantidad de células de nuestro cuerpo y por tanto su porción magra a razón de unos 3 Kg. por década, esto conduce a la reducción en un 5 % del número de calorías necesarias en los 40 años, otro 5% a los 50 años, 10% de 60 a 69 años y otro 10 % a partir de los 70 años

El agua aunque no se considere un nutriente es indispensable para la vida, se deben ingerir al menos dos litros de agua diarios.

Recomendaciones para una buena alimentación:

Forma de preparar los alimentos. Higiene en la manipulación de los alimentos. Respetar los gustos. Presentación agradable. Distribución horaria. Ambiente de las comidas.

Recomendaciones para una buena nutrición:

Un vaso de vino tinto en las comidas. Las bebidas excitantes (café o té) 1 o 2 tazas diarias. Alimentarse correctamente. Alimentación variada que incluye los siete grupos de la rueda. Consumir la energía de acuerdo a nuestro funcionamiento interno y al ejercicio físico que realicemos. Mantener el peso dentro de los límites determinados por la talla es una señal de buena nutrición. No consumir más proteínas que las necesarias para reparar nuestro cuerpo. Los glúcidos complejos son mejores que los simples. Las legumbres, verduras y frutas son una fuente importante de energía vitaminas y minerales. Consumir fibra vegetal (cereales integrales, verduras, frutas). La grasa de preferencia debe ser la de origen vegetal. Consumir pescado con frecuencia. La leche y los productos lácteos son necesarios para el aporte de calcio y fósforo, el consumo debe ser diario. Reducir la sal de las comidas, al igual que los embutido y conservas. Cinco comidas pequeñas es mejor que tres grandes y no comer nada entre ellas, hay que vaciar el estómago antes de volver a llenarlo.

Parte práctica del curso:

La parte práctica del curso supone un plan para el cambio de acuerdo a las necesidades diagnosticadas al inicio de la investigación. Debemos ser conscientes de que los hábitos alimentarios que se adquirieron en la infancia y se reforzaron toda la vida son difíciles de cambiar aun cuando la persona lo desee.

Para modificar la alimentación en función del cambio y la adecuada nutrición debemos seguir los siguientes pasos:

- Hacer un balance entre los beneficios a obtener y los perjuicios que se derivan de no cambiar.
- Revisar todo lo aprendido en relación a la alimentación y la nutrición.
- Reflexionar sobre nuestra situación actual.
- Consultar con el facultativo sea medico o licenciado en Cultura Física la valoración de nuestro estado nutricional.
- Hacer una lista de los hábitos que debemos cambiar.
- Al proponerse el cambio empezar con objetivos fáciles de alcanzar.
- Cuando logremos mantener un cambio durante varios días, podemos premiarnos dándonos algún gusto, además de sentirnos orgullosos de lo conseguido.
- Los cambios deben convertirse en hábitos.
- Hablemos con nuestros amigos de nuestros propósitos y de las razones que nos impulsan; no solo les induciremos a mejorar su alimentación, sino que ellos nos ayudaran a mantener nuestras decisiones.
- Procurar evitar los sitios, personas o circunstancias en que nos será más difícil conservar nuestros hábitos.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 28. Curso teórico práctico: "Sexualidad y discapacidad"

"La sexualidad es más que la biología de los genitales, más que la procreación, el contacto sexual, las hormonas o el orgasmo; es una función y fusión de todo que afecta completamente al hombre y a la mujer de cualquier edad. Es la persona/personalidad entera la que participa en una relación con otro individuo e incluso consigo mismo en la búsqueda de la satisfacción y el placer, y no solo y exclusivamente a través de los genitales. La persona entera experimenta, recuerda y desea los placeres o el dolor de una relación en la cual la expresión sexual puede o no tener un papel relevante....." Máster y Jonson.

Dirigido a:

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico rehabilitado en las ACFT y P.
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las ACFT y P en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:

Instructivos:

- Desarrollar los procesos cognitivos en relación a la sexualidad en el hemiparésico crónico de edad media de la vida.
- Aumentar el nivel de conocimientos respecto a la sexualidad para prevenir la minusvalía

Educativos:

- Facilitar la modificación de actitudes en relación a la sexualidad que favorezcan al proceso rehabilitador por medio de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Potenciar el conocimiento de los destinatarios del programa de orientación en relación la sexualidad que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca al proceso rehabilitador por medio de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Desarrollar en los destinatarios los recursos psicológicos necesarios en relación a la sexualidad que posibiliten modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Aumentar el nivel de validísimo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

Desarrollo:

Sexualidad y sexo son palabras estigmatizadas circunscritas a una localización anatómica innombrable de nuestro cuerpo como son los genitales, a una acción concreta de nuestras relaciones como es el coito, perdiendo con ello la percepción de otras vivencias y sentimientos inherentes a las personas y que acontecen desde el primer momento de nuestra existencia hasta su finalización con la muerte, como es todo el desarrollo de nuestra afectividad.

Circunscribir las relaciones sexuales a una determinada edad, juventud y a una serie de principios hedonistas determinados por la eficacia y el logro atlético más que por los sentimientos, sensaciones y afectos es vendarnos los ojos ante la realidad e impedirnos la reflexión sobre uno de los principios básicos de la persona como es la necesidad innata de la relación afectiva.

La ausencia de un placer nos hace esclavos de ese menester, igual sucede con la necesidad afectiva y de relación de las personas.

El equilibrio entre placer y frustración sin la exigencia de predominio de una u otra es la que determinará el desarrollo de nuestra personalidad y nuestra capacidad de relación.

Los seres humanos nos sentimos más felices cuando tras nosotros hay una persona digna de nuestra confianza y que acudirá en nuestra ayuda en caso de necesidad.

El funcionamiento adecuado de la personalidad se establece mediante la permanente capacidad de reconocer figuras aptas y dispuestas a proporcionarnos una base segura colaborando con ellas en relaciones mutuamente satisfactorias.

Así se establece el ciclo vital de nuestras relaciones con los demás, mediante la **formación, mantenimiento, pérdida y renovación** de los vínculos afectivos.; ésta es la extraña condición humana.

Por eso en la educación de nuestros hijos nos preocupa más enseñarles a afrontar la frustración y el dolor de las pérdidas, pues sabemos que es ahí donde se juega su futuro, para que el recuerdo de una relación afectiva y su memoria sirvan de acicate para la continua renovación de los afectos. Quedarse anclado en un luto, en la pérdida como forma de existencia, nos conduciría al cataclismo como individuo y como grupo social.

El lugar de posición de las personas mayores discapacitadas es la **pérdida**....pero, desde el principio básico de la repetición cíclica de los vínculos afectivos como condición imprescindible de nuestra existencia, solo cabe el duelo como tiranía del próximo devenir o la búsqueda y permanente renovación de los vínculos de afecto que nos incluyan en la vida.

La condición humana instaura pues, la innata y necesaria búsqueda permanente de la vinculación afectiva ante el desamparo que el desconocimiento frente al mundo establece.

El desarrollo de los vínculos afectivos se configura en el engranaje de la puesta en común con el otro de la comunicación, intimidad, amor y relaciones sexuales que conforman los argumentos esenciales e imprescindibles de nuestra existencia.

A lo largo del tiempo se ha unido la sexualidad a la genitalidad perdiéndose con ello la riqueza de sensaciones y sentimientos en donde las palabras y caricias mediante nuestros sentidos ejercen un gran significado.

La primacía de la genitalidad se enlaza con componentes sociales ambivalentes; por un lado su valoración como paradigma de masculinidad y feminidad y por otro nos remite a la represión y al desconocimiento de los mismos como órganos innombrables, a pesar de que son los únicos que más nombres vulgares tienen.

Dualidad que se extiende a la diferencia hombre mujer, pues si en los primeros la genitalidad tiene que ser valorada y exhibida, en las mujeres se realiza la ocultación, el desconocimiento y la estigmatización como algo escondido, feo, intocable, quizás porque tiene que ver con el placer, palabra proscrita en ciertas épocas para la mujer.

Los cambios involutivos en la mujer son más intensos que en el hombre en el que su capacidad reproductiva se mantiene hasta edades avanzadas, pero estos cambios en la mujer no repercuten en la respuesta sexual; ésta depende básicamente de una adecuada estimulación a través del tacto, la ternura, de la caricia para alcanzar un grado de excitación que se refleja en una lubricación vaginal suficiente para recibir al pene sin molestias y posteriormente llegar al orgasmo.

Por consiguiente debido a una menor lubricación vaginal la mujer precisa un mayor tiempo de estimulación mediante caricias y ternuras.

Cambios fisiológicos en la respuesta sexual en el hombre mayor discapacitado:

Disminución de la sensibilidad erótica. Aumento del tiempo de estimulación necesario para lograr la erección. Menor ángulo de elevación del pene. Si cede la erección durante la fase de excitación antes de eyacular se puede presentar un periodo de incapacidad de recuperarla de varias horas, llamado refractario, de carácter fisiológico. El periodo de resolución es más breve (rápida pérdida de la erección tras la eyaculación). El periodo para conseguir una nueva erección post eyaculación se alarga hasta 24-48 horas.

En resumen, la respuesta sexual del hombre se vuelve más lenta y con más dificultades de conseguir y mantener la erección aunque sin repercusiones físicas que justifiquen una posible pérdida definitiva.

La menopausia en la mujer y la menopausia social del hombre no significa pérdida de facultades sexuales; estos cambios deben ser asimilados, comprendidos en el sentido de olvidarse de rendir o satisfacer y conceder más tiempo a las caricias ternuras con la pareja necesarios para alcanzar la satisfacción.

La edad y la deficiencia o discapacidad marcan un cambio, no una pérdida de identidad de género o sexual.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 29. Curso teórico práctico: “Los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y su control”

Dirigido a:

- Pacientes con síndrome hemiparésico crónico rehabilitado en las ACFT y P.
- Licenciado en Cultura Física que labora en las ACFT y P.

Objetivo general:

Desarrollar el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico para facilitar su continuidad en el contexto de las (ACFT y P) en virtud de un aprendizaje para la vida sobre la base de las potencialidades contenidas en la plasticidad cerebral y la superación profesional del rehabilitador.

Objetivos específicos:**Instructivos:**

- Potenciar El conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y las particularidades de las acciones para su control y prevención.
- Facilitar la modificación de actitudes en relación al proceso rehabilitador que impliquen una regulación y autorregulación conductual que favorezca la integración social y ocupacional.
- Desarrollar los procesos cognitivos en relación a la integración de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica a las actividades de la vida diaria de los implicados en la relación dialógica rehabilitador-paciente.

Educativos:

- Facilitar la implicación, esfuerzo personal, complementariedad, creatividad y mutua responsabilidad en la relación dialógica rehabilitador-paciente.
- Desarrollar en los destinatarios los recursos psicológicos necesarios que posibiliten modificar estilos de vida en función del bienestar.
- Modificar el perfil de las consecuencias e impacto negativo de la enfermedad cerebrovascular.
- Disminuir el deterioro de las relaciones interpersonales con la familia el rehabilitador y la sociedad.
- Aumentar la independencia física del paciente a partir de la satisfacción de sus necesidades y sobre la base de sus propias limitaciones.
- Aumentar el nivel de validismo para el desarrollo de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- Elevar la calidad de vida relacionada con la salud.

Desarrollo:**Factores de riesgo:**

Son variables, condición o características de un individuo cuya presencia hace que este mantenga una posibilidad mayor de padecer una enfermedad; estos se clasifican en modificables y no modificables:

No modificables:

-Edad -Sexo -Color de la piel -Envejecimiento. -Predisposición genética.

Modificables y/o controlables:

-Dislipidemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, inadecuada relación HDL-LDL) -Hipertensión Arterial -Cardiopatía isquémica. -Tabaquismo. -Diabetes Mellitus. -Arterioesclerosis. -Obesidad. -Sedentarismo. -Estrés psíquico. -Particularidades de la personalidad. -Uso de determinados fármacos.

Cada factor de riesgo modificable se explica en detalle precisándose las regularidades del mismo y el mecanismo de producción de la enfermedad cerebrovascular

Parte práctica del curso:

Se le indica a los participantes del curso la tarea de elaborar un plan de acción para el control y prevención de los factores de riesgo de acuerdo a lo aprendido en el curso referente y en cursos relacionados.

Sistema de evaluación:

Autoevaluación coevaluación y heteroevaluación Discusión de grupo: retroalimentación de la ejecución, acción reflexión orientada, tormenta de ideas, PNI (positivo, negativo, interesante).

Anexo 30. Criterios de inclusión exclusión diagnóstico de salida y bioéticos con el consentimiento informado de los pacientes establecidos en el pre experimento

Criterios de Inclusión:

- Pacientes pertenecientes al ACFT y P del Policlínico Universitario "José Ramón León Acosta" del municipio de Santa Clara.
- Pacientes que expresen el consentimiento informado a participar en el estudio.
- Edad comprendida entre 45 y 85 años, ambos sexos y cualquier color de piel.
- Pacientes que tengan patrón de marcha funcional sin apoyo externo.
- Síndrome hemiparésico crónico de etiología cerebrovascular (aterotrombótica).
- Pacientes con tratamiento farmacológico relacionado con la enfermedad de base, la asociada y la complicación.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes pertenecientes a otras áreas de salud.
- Pacientes que se niegan a participar en el estudio.
- Edad menor 45 años y mayor de 85 años.
- Pacientes que tengan patrón de marcha funcional en silla de rueda.
- Pacientes tributarios de tratamientos de rehabilitación en su domicilio (casos sociales, encamados, barreras arquitectónicas difíciles de superar).
- Pacientes que tengan contraindicados el tratamiento de Kinesioterapia.
- Pacientes que tengan contraindicado el tratamiento de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
- Pacientes en fase de hemiplejía aguda o crónica.
- Pacientes con enfermedades asociadas descompensadas.
- Pacientes que realicen otros procederes de la Medicina Física y la Rehabilitación y la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica no contemplados en el estudio.

- Pacientes con otras complicaciones motoras y psíquicas seculares no controladas que requieran reevaluación de la intervención rehabilitadora.
- Síndrome hemiparésico crónico de etiología no vascular.

Criterios de salida:

- Pacientes que en el curso del tratamiento presenten complicaciones agudas y/o graves.
- Abandono del tratamiento por más de 10 sesiones
- Presencia de eventos adversos en el curso del tratamiento.
- Realización de otros procedimientos terapéuticos no contemplados en el estudio.
- Presencia de cuadro clínico recidivante de la enfermedad.

Criterios de diagnóstico:

- Síndrome hemiparésico crónico de etiología cerebrovascular. (aterotrombótica).

Criterios de Bioética:

De acuerdo a las normas que rigen nuestro trabajo asistencial y a las indicaciones metodológicas para garantizar la seguridad de los individuos estudiados, se procede a establecer por escrito el consentimiento informado de cada uno a participar en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE A PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

Yo _____ hago constar por este medio mi consentimiento voluntario para participar en este estudio: "Programa de orientación para la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica" donde el investigador es el Doctor Jomo Kenyata Moré Chang.

Se me explicó que la firma de este consentimiento está basada en el Código de Nuremberg de 1947 y en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ratificada en Edimburgo en el año 2000 para la protección de los voluntarios o pacientes que participan en una investigación

Se me explicó todos los detalles necesarios para dar mi aprobación en la participación; donde ha quedado claro para mí los estudios que se me realizarán y sus beneficios para la rehabilitación de dicha enfermedad, y el mejoramiento de mi salud.

Se me explicó que la identidad de los voluntarios participantes de esta investigación será debidamente protegida por el investigador, por lo que toda la información obtenida tendrá un carácter confidencial.

Se me explicó que todos los materiales a utilizar en esta investigación no reportan daños sobre mí.

Testigo No. 1 _____

Testigo No. 2 _____

Doy mi consentimiento para que se me realicen las pruebas y entrevistas.

Declaro que he tenido oportunidad de aclarar todas mis dudas respecto a esta investigación y que el médico evaluador me ha considerado apto para este estudio.

Se me ha explicado que esta aprobación es totalmente voluntaria y que no representa ningún compromiso, pues estoy en libertad plena de no aceptarla o retirarme aún sabiendo que es beneficiosa para mi salud y que al negarme a participar, no se tomará desagravio alguno en contra de mi persona ni de mi familia desde el punto de vista de los servicios de salud.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 31. Variables operacionales (relevantes y de control) del pre experimento

Actividades Instrumentadas y Avanzadas de la vida diaria				
Definición	Dominios	Modo de obtención	Dimensiones	Indicadores
Las acciones instrumentadas se requieren para vivir en la comunidad y relacionarse con los demás.	<ul style="list-style-type: none"> -Ir de compras. -Preparación de la comida. -Cuidar la casa. -Lavado de ropas. -Medios de transporte. -Responsabilidad sobre la medicación. -Capacidad de utilizar el dinero. 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatros momentos evaluativos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> -Dependencia total. -Dependencia severa. -Dependencia moderada. -Dependencia ligera. -Autonomía. 	Escala de Lawton y Brody
Las acciones avanzadas permiten detectar los primeros grados de deterioro aunque la persona puede seguir siendo independiente Se pierden antes que las Actividades básicas cotidianas.	<ul style="list-style-type: none"> -Practicar deportes. -Hacer ejercicios físicos regularmente. - Hacer viajes, actividades físico recreativas. -Participar en actividades culturales, sociales, asociativas 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatros momentos evaluativos de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> -Dependencia total. -Dependencia severa. -Dependencia moderada. -Dependencia ligera. -Autonomía. 	Escala de Lawton y Brody
Valoración Sociofamiliar				
Medida del grado de la relación individuo grupo sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> -Situación familiar. -Situación económica. -Vivencia. -Relaciones sociales. -Apoyo de red social. 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> -Buena situación social. -Riesgo social. -Manifiesto problema social 	Escala de Valoración Sociofamiliar

Depresión				
Síntoma de la esfera afectiva manifestado por el paciente y cuya expresión más evidente es la tristeza, el llanto y la falta de motivación para las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> -Humor -Sensación de culpabilidad. -Ideas de suicidio. -Insomnio -Problemas en el trabajo y en la actividad. -Inhibición. -Agitación. -Ansiedad. -Conciencia de la enfermedad. 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	<p>Normal</p> <p>Depresión menor</p> <p>Depresión leve</p> <p>Depresión mayor</p> <p>Más que depresión mayor</p>	Escala de depresión de Hamilton.
Fatiga				
Síntoma subjetivo manifestado por cansancio, debilidad, sudoración, palidez cutáneo mucosa, frialdad, debilidad de miembros inferiores, intolerancia al esfuerzo físico, palpitaciones y claudicación ante la realización de las ABCVD, AIVD, AAVD	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad social. _Relaciones familiares. -Atención. -Pensamiento. -Actividad física. -Estados emocionales. -Trabajo y responsabilidad. -Actitudes. 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> -No afecta - Afecta un poco -Afecta bastante -Afecta mucho -Lo que más afecta 	Escala de Impacto de la fatiga
Capacidad Funcional				
Posibilidad física para enfrentar las relaciones con el medio a través de la realización de las actividades de la vida diaria (Básicas, Instrumentadas y Avanzadas).	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo máximo de oxígeno. -Pulso arterial. -Doble producto: 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	No se establece ninguna escala ni clasificación	Prueba de la caminata de los seis minutos.
Perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular				
Caracterización del grado de disfunción a consecuencia de la enfermedad cerebrovascular y su impacto en el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> -Fuerza. -Función de la mano -Actividades de la vida diaria. -Movilidad. -Estado emocional. -Memoria. -Comunicación. -Participación social. 	Entrevista estructurada en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> -Repercusión completa -No repercusión. 	Escala Perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular (SA-SIP 30)
Calidad de Vida Relacionada con la Salud				
Evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y		Entrevista estructurada		

la promoción de salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permita seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar.	-Funcionamiento social -Funcionamiento psíquico -Funcionamiento cognitivo -Movilidad -Cuidado personal -Bienestar emocional	en situación formal a los pacientes en los cuatro momentos evaluativos de la investigación	No se establece ninguna escala ni clasificación.	Cuestionario de salud SF-36
---	--	--	--	-----------------------------

Valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa de orientación

Cuantificación de todos los atributos y déficit importantes ya sean médicos funcionales y psico-sociales con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento rehabilitador y utilización de recursos.	-Actividades Instrumentadas y Avanzadas de la Vida Diaria. -Valoración Socio familiar. -Depresión. -Impacto de la fatiga -Perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular. -Calidad de vida relacionada con la salud.	Análisis cuantitativo de la cuarta evaluación	-Buena. -Regular. -Mala	Análisis cuantitativo
---	---	---	---------------------------------------	-----------------------

Indicadores de la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa de orientación

Clasificación	AIVD AAVD	Valoración Socio familiar	Depresión	Fatiga	Perfil de las consecuencias de la enfermedad	Calidad de vida relacionada con la salud.
BUENA	E/ 6-7-8	E/ 5-9	0-7 u 8-12	E/ 0 - 1	Más de 20	Más de 50
REGULAR	E/4-5	E/ 10-14	E/ 13-17	2	E/ 11 - 20	E/ 25 - 49
MALA	0-1 ó 2-3	Más de 15	18-19 ó 30-53	3 ó 4	E/ 0 - 10	Menos de 25

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR:

Son aquellas variables, condiciones o características de un individuo, cuya presencia hace que éste tenga una mayor posibilidad de padecer una enfermedad.

Esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos:

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

Sedentarismo Estrés psicológico. Obesidad

FACTORES DE RIESGO CONTROLABLES:

Hipercolesterolemia. Cardiopatía isquémica. Diabetes Mellitas. Hipertensión Arterial

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:

Edad. Sexo, Color de piel blanco. Menopausia. Envejecimiento. Predisposición genética.

VARIABLES AJENAS CONTROLADAS EN EL PRE EXPERIMENTO:

EDAD:

Número de años vividos por los pacientes al inicio del estudio, esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos: 45-55 años. 56-65 años. 66-75 años. 76-85 años.

SEXO:

Definición de género, esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos: Masculino. Femenino.

COLOR DE LA PIEL:

Color del tegumento que recubre al cuerpo humano, esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos: Blanco. No blanco.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA HEMIPARESIA:

Tiempo transcurrido en años desde la estabilización del cuadro clínico neurológico y la instauración de la secuela motora hasta el inicio del estudio. Esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos: 0 - 3 meses. 4 – 7 meses. 8 – 11 meses. 12 -15 meses. 16 -19 meses. 20 – 23 meses. Más de 24 meses.

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Grados de estudios elementales alcanzados por el paciente durante su vida hasta el inicio de la investigación; se incluye la calificación técnica, profesional y/o especializada correspondiente al proceso educativo general y elemental.

Esta variable se obtiene en la entrevista inicial y se registra en la planilla de recogida de datos distribuyéndose en los siguientes grupos: Primario (1 a 6to grado). Secundario (7mo a 9no grado). Preuniversitario (10mo a 12 grado). Universitario.

Anexo 32. Planilla de recogida de datos

Nombre y apellidos:-----, Edad:----,Sexo:----, Color de la piel:----,
Dirección particular:-----, Tratamiento farmacológico. Factores de riesgo:-----, Enfermedades asociadas:----,
Complicaciones motoras:----, Complicaciones psíquicas:-----

Actividades Instrumentadas y Avanzadas de la Vida Diaria: -Dependencia total -Dependencia severa -
Dependencia moderada -Dependencia ligera -Autonomía

Valoración Socio familiar: -Buena situación social -Riesgo social -Manifiesto problema social

Depresión: -Normal -Depresión menor -Depresión leve -Depresión mayor -Más que depresión mayor.

Fatiga: -No afecta en la realización de las Actividades de la vida diaria -Afecta un poco la realización de las
Actividades de la vida diaria. -Afecta bastante la realización de las Actividades de la vida diaria. -Afecta mucho la

realización de las Actividades de la vida diaria. -Lo que más afecta para la realización de las Actividades de la vida diaria.

Perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular: -Recuperación completa -No recuperación.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud:

Capacidad Funcional: -Consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx). -Pulso de entrenamiento (PE) -Doble producto (DP)=Frecuencia cardíaca máxima por tensión arterial sistólica.

Valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa de orientación.

BUENA-----REGULAR-----MALA

Anexo 33. Método de selección de expertos

Kc Coeficiente de competencia del experto sobre el problema que se analiza.

Es determinado a partir de su propia valoración. Para determinarlo se le pide al experto que valore su competencia sobre el problema en una escala de 0 a 10. El 0 representa que el experto no tiene competencia alguna sobre el problema y el 10 representa que posee una información completa sobre el tema.

De acuerdo con su propia autovaloración el experto sitúa su competencia en algún punto de esta escala y el resultado se multiplica por 0.1 para llevarlo a la escala de 0 a 1

Ka Coeficiente de argumentación.

Trata de estimar a partir del análisis del propio experto el grado de fundamentación de sus criterios.

Para determinar este coeficiente se le pide al experto que indique el grado de influencia (Alto, Medio, Bajo) que tiene en sus criterios cada una de las fuentes. Las respuestas dadas se valoran según la tabla.

La suma de los puntos obtenidos a partir de las selecciones realizadas por el experto es el valor del coeficiente Ka.

Con estos datos se determina el coeficiente K como promedio de los anteriores es decir:

$$K=Kc + Ka/2$$

De esta forma resulta para el coeficiente de competencia un valor comprendido entre 0.25 (mínimo posible) y 1 (máximo posible).

De acuerdo con los valores obtenidos se tendrá un criterio para decidir si el experto debe ser incluido y si su criterio debe tener un peso alto o bajo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Coeficiente de competencia. Creatividad. Capacidad de análisis. Espíritu autocrítico. Disposición a participar en el estudio y la posibilidad real de hacerlo.

ESTIMADO COLEGA:

Usted ha sido seleccionado para valorar la propuesta científica titulada: "Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las ACFT y P". La calidad de nuestro trabajo depende en gran medida de su participación.

Para ello le pedimos resolver la encuesta que ponemos a su consideración, anticipándole las gracias por su colaboración.

1-Teniendo en cuenta el problema fundamental de nuestra investigación:

¿Cómo concebir el proceso de RF del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las ACFT y P?; valore su competencia sobre el problema en una escala de 0 a 10.

En esta escala el valor de 0 representa la ausencia de competencia y el 10 la información completa sobre el tema.

EXPERTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VALORACIÓN											

2-Autovalore sus niveles de argumentación o fundamentación para el conocimiento de estos contenidos.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios sobre el tema		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
La participación en eventos científicos de carácter nacional e internacional con trabajos realizados sobre el tema.			
La retroalimentación en la práctica de los conocimientos y habilidades adquiridas mediante diferentes formas de educación postgraduada.			
La aplicación de los medios de la Cultura Física Terapéutica y Profiláctica para la rehabilitación del paciente hemiparésico crónico			

Nombres y apellidos:-----Grado Científico:-----Grado Académico:-----Categoría docente:-----Lugar de trabajo:-----Años de experiencia-----:

Anexo 34. Caracterización del grupo de expertos seleccionados

	ATRIBUTOS	CANTIDAD
Coefficiente de competencia	1	28
	0,25	2
	Licenciado en Cultura Física	12

Profesión	Licenciado en Tecnología de la salud (Terapia Física y Rehabilitación)	6
	Médico especialista (Medicina Física y Rehabilitación)	10
	Otros profesionales	2
Grado Científico	Doctor en Ciencias	
	Doctor en Ciencias de una especialidad	2
	Investigador	3
Grado Académico	Licenciado	18
	Especialista 1er Grado	10
	Especialista 2do Grado	
	Máster	4
Categoría Docente	Instructor	24
	Asistente	4
	Auxiliar	1
	Titular	1
	Consultante	-
Lugar de trabajo	Rehabilitación Institucional	4
	Rehabilitación Institucional con extensión a la comunidad	2
	Rehabilitación basada en la comunidad	6
	Áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica	18
Años de experiencia laboral	10 años	6
	Entre 11 y 20 años	17
	Más de 20 años	9

Anexo 35. Indicadores de evaluación de la encuesta aplicada a los expertos

Estimado colega:

Después de haberle facilitado un conjunto de variables, pudimos determinar sus indicadores escalados en una encuesta para darle a usted la oportunidad de ofrecer sus valiosos criterios respecto a la propuesta que con anterioridad le presentamos, así como otros aspectos que considere. Gracias nuevamente por su colaboración.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Muy adecuado (MA): el indicador es evaluado de excelente. Valor de 5.
- Bastante adecuado (BA): el indicador es evaluado adecuadamente. Valor de 4.
- Adecuado (A): el indicador es evaluado con algunas limitaciones. Valor de 3.
- Poco adecuado (PA): el indicador tiene escasas posibilidades de ser adecuado. Valor de 2.
- No adecuado (NA): el indicador no tiene posibilidades de ser adecuado. Valor de 1.

VARIABLES	MA	BA	A	PA	NA	ARGUMENTOS
<p>COHERENCIA</p> <p>-El programa tiene carácter explicativo y procesual.</p> <p>-La concepción del programa responde al desarrollo de sus componentes.</p> <p>-La fundamentación teórica del programa se corresponde con las exigencias de la rehabilitación del hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.</p>						
<p>FACTIBILIDAD</p> <p>-El programa no es costoso, es de fácil aplicación, es flexible en su instrumentación.</p>						
<p>UTILIDAD</p> <p>-El programa es efectivo en relación a que los resultados son tangibles y se corresponden con los objetivos.</p> <p>-La propuesta es novedosa y significativa en el proceso de RF del hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.</p>						
<p>PERTINENCIA</p> <p>-El programa responde a las necesidades de rehabilitación del paciente hemiparésico crónico en el contexto de las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.</p> <p>-Son pertinentes las orientaciones metodológicas hechas en el programa.</p>						
<p>Otra consideración que considere oportuna</p>						

Otras sugerencias y recomendaciones al respecto:

Anexo 36. Tabla 1. Características de la muestra según edad, sexo y color de la piel

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

Edad en años	Sexo/Color de la piel								Total	
	masculino				femenino					
	blanco		No blanco		blanco		No blanco			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
45-55	5	33,3	-	-	4	26,6	1	6,66	10	66,6
56-75	2	13,3	1	6,66	1	6,66	-	-	4	26,6
66-75	-	-	-	-	1	6,66	-	-	1	6,66
76-85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	7	46,6	1	6,66	6	40,0	1	6,66	15	100,0

Fuente: planilla de recogida de datos.

Anexo 36. Tabla 1 a. Características de la muestra estudiada según factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

Factores de riesgo	pacientes	
	No.	%
modificables		
Sedentarismo	15	100,0
Estrés psicológico	13	86,6
Obesidad	2	1,3
Controlables		
Hipertensión Arterial	9	60,0
Cardiopatía isquémica	7	46,6

Diabetes Mellitus	4	26,6
Hipercolesterolemia	4	26,6
No modificables		
Edad mayor de 50 años	10	66,6
Sexo masculino	8	53,3
Color de piel blanco	13	86,6
Menopausia	7	46,6
Predisposición genética	2	13,3

Fuente: planilla de recogida de datos

Anexo 37. Tabla 2. Comportamiento de las actividades instrumentadas y avanzadas de la vida diaria según la escala de Lawton y Brody

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

EVALUACIÓN AIVD-AAVD	1		2		3		4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dependencia total	12	80,0	12	80,0	-	-	-	-
Dependencia severa	2	13,33	2	13,33	-	-	-	-
Dependencia moderada	1	6,66	1	6,66	8	53,33	-	-
Dependencia ligera	-	-	-	-	5	33,33	1	6,66
Autonomía	-	-	-	-	2	13,33	14	93,33
TOTAL	15	100,0	100,0	100,0	15	100,0	15	100,0

Prueba de Friedman: $X^2=4,568$ 1 gl Sig. Asintót 0,033 $P=2,61 \times 10^{-9}$ Wilcoxon $P= 0,001$

FUENTE: planilla de recogida de datos.

Anexo 38. Tabla 3. Comportamiento de la valoración sociofamiliar

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

Evaluaciones escala	1		2		3		4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena / aceptable situación social	-	-	-	-	-	-	13	86,66
Riesgo social	-	-	-	-	12	80,0	2	13,33
Manifiesto problema social	15	100,0	15	100,0	3	20,0	-	-
TOTAL	15	100,0	15	100,0	15	10,0	15	100,0

Prueba de Friedman $P=5,2 \times 10^{-9}$ $X^2= 12,279$ 1gl Sig. Asintót 0,000 Wilcoxon $P < 0,0002$

FUENTE: Planilla de recogida de datos

Anexo 39. Tabla 4. Comportamiento de la depresión según la escala de Hamilton

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

Evaluación escala	1		2		3		4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	-	-	-	-	-	-	9	60,0
Depresión menor	-	-	-	-	5	33,33	5	33,33
Depresión leve	-	-	-	-	10	66,66	1	6,66
Depresión mayor	13	86,66	15	100,0	-	-	-	-
más que depresión mayor	2	13,33	-	-	-	-	-	-
Total	15	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Prueba de Friedman $P=1,6 \times 10^{-9}$ 1gl Sig. Asintót 0,001 Wilcoxon $P=0,00039$

FUENTE: planilla de recogida de datos.

Anexo 40. Tabla 5. Comportamiento del impacto de la fatiga según su escala

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de

Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

Evaluación escala	1		2		3		4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No afecta	-	-	-	-	-	-	12	80,0
Afecta un poco	-	-	-	-	4	26,66	3	20,0
Afecta bastante	1	6,66	4	26,66	11	73,33	-	-
Afecta mucho	3	20,0	11	73,33	-	-	-	-
Lo que más afecta	11	73,33	-	-	-	-	-	-
Total	15	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Prueba de Friedman $P= 1,8 \times 10^{-9}$ Wilcoxon $P < 0,00045$

FUENTE: planilla de recogida de datos.

Anexo 41. Tabla 6. Comportamiento del perfil de las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular según la escala SA-SIP 30

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de

Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

EVALUACIÓN PACIENTE	1	2	3	4
1	98	74	43	12
2	96	73	34	4
3	95	72	53	3
4	82	61	24	1
5	93	80	17	2
6	84	79	39	5
7	73	72	44	10
8	95	65	39	14
9	98	68	54	15

10	99	59	61	22
11	97	62	43	30
12	91	41	38	17
13	88	34	29	14
14	79	45	18	10
15	84	70	19	7

Prueba de Friedman $P= 1,6 \times 10^{-9}$ Wilcoxon $P=0,001$

FUENTE: planilla de recogida de datos.

Anexo 42. Tabla 7. Comportamiento de la capacidad funcional por medio de la prueba de caminata de los seis minutos

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

Paciente Parámetro	Primera Evaluación			Segunda Evaluación			Tercera Evaluación			Cuarta Evaluación		
	VO 2max(1)	pe(2)	Dp(3)	VO 2max(1)	pe(2)	Dp(3)	VO 2max(1)	pe(2)	Dp(3)	VO 2max(1)	pe(2)	Dp(3)
1	111	89.6	19200	324	92.8	14480	288.9	95.6	13000	378.9	100	11160
2	111	105.2	18040	324	112	17000	288.9	112.8	14400	378.9	112.4	11880
3	111	102.8	15840	324	108.8	13860	288.9	112.4	11008	378.9	108.9	9600
4	111	99.2	14080	324	108.8	14080	288.9	107.2	12400	378.9	107.2	11160
5	111	110.4	25600	324	106.2	23400	288.9	106.2	10800	423.9	114.8	10800
6	111	112.8	26400	111	116.8	21200	288.9	110.6	10800	378.9	118.4	9800
7	111	135.6	30720	324	128.8	23040	288.9	129.6	21760	378.9	128	16640
8	123	120.8	22100	324	125.2	21760	288.9	128	13640	378.9	128.8	11160
9	111	98.4	31680	324	103.2	23760	32.4	104	17160	468.9	104.8	13000
10	111	100.8	22100	198.9	108.8	21760	288.9	135.6	13640	37.8	108	1160
11	111	121.6	19200	324	201	18880	288.9	108.8	13000	648.9	114.8	1160
12	111	102.8	17600	324	110	20480	288.9	121	17920	378.9	131	16120
13	111	112	20480	324	110	17920	288.9	114	16120	423.9	118	12000
14	111	112	14080	324	116.8	14080	333.9	108	14080	378.9	108	9600
15	111	110	15840	324		13860	32.4	116.6	11008	378.9	118.4	9600

PRUEBA DE FRIEDMAN P= 5,6 X10-9
WILCOXON P=0,00047

VO2 máx = consumo máximo de oxígeno
PE = pulso de entrenamiento
DP = doble producto

PRUEBA DE FRIEDMAN P=0,026
WILCOXON P=0,017

Anexo 43.Tabla 8. Comportamiento de la modificación y el control de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular después de aplicado el programa de orientación.

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

variables	Rango promedio				valor de P
	evaluación 1	evaluación 2	evaluación 3	evaluación 4	
Sedentarismo	3,47	2,67	2,00	1,87	0,000 **
Estrés psicológico	3,23	2,97	2,03	1,77	0,000**
Obesidad	2,50	2,50	2,63	2,37	0,261
Hipertensión Arterial	3,20	2,53	2,27	2,00	0,000**
Cardiopatía isquémica	3,10	2,43	2,30	2,17	0,001**
Hipercolesteronemia	2,77	2,50	2,50	2,23	0,046*
Diabetes Mellitus	2,80	2,53	2,40	2,27	0,044*

Fuente: planilla de recogida de datos.

** P < 0,01 *p < 0,05

Anexo 44 . Tabla 9 .Comportamiento de los niveles de calidad de vida relacionada con la salud

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

EVALUACIÓN PACIENTE	1	2	3	4
1	84	89	86	110
2	85	96	104	116
3	107	116	116	116
4	74	98	116	124
5	89	96	99	95
6	96	96	96	116
7	80	92	104	116
8	76	84	84	84
9	89	92	104	116
10	100	104	104	116
11	84	89	116	116
12	89	96	99	95

13	84	96	116	116
14	89	100	104	116
15	65	85	86	116

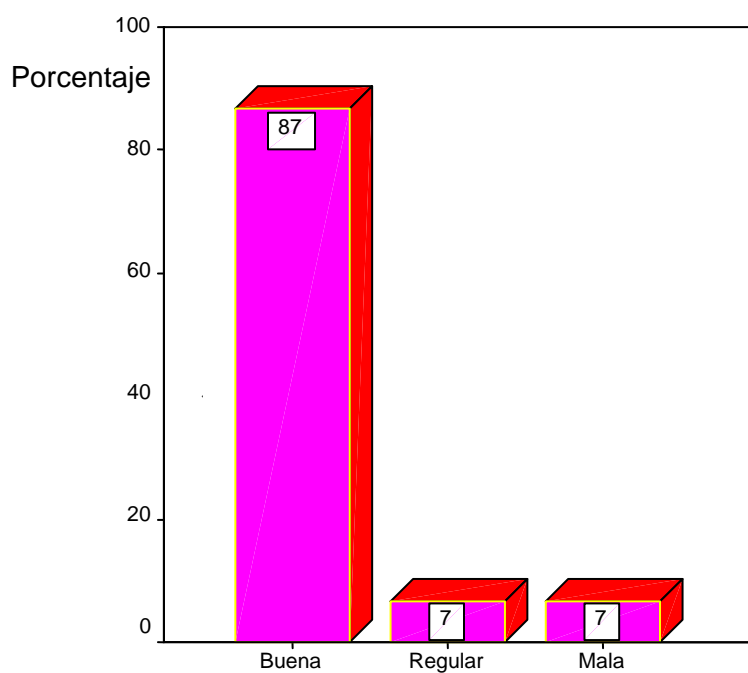
Prueba de Friedman $P= 1,67 \times 10^{-9}$ Wilcoxon $P=0,001$

FUENTE: Planilla de recogida de datos.

Anexo 45. Gráfico 1. Valoración de la Rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico después de aplicado el programa de orientación

. Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.



Valoración rehabilitadora

FUENTE: planilla de recogida de datos.

Anexo 46. Control de las variables ajenas en el pre experimento. Chi cuadrado para valorar dos a dos las variables

. Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

1-Entre la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa y los grupos de edades.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,154 ^a	4	,886
Razón de verosimilitud	1,772	4	,778
Asociación lineal por lineal	,818	1	,366
N de casos válidos	15		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,07.

2-Entre la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa y el color de la piel.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,355 ^a	2	,837
Razón de verosimilitud	,618	2	,734
Asociación lineal por lineal	,294	1	,588
N de casos válidos	15		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,13.

3-Entre la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa y el sexo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,637 ^a	2	,267
Razón de verosimilitud	3,404	2	,182
Asociación lineal por lineal	2,182	1	,140
N de casos válidos	15		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,47.

4-Entre la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa y el tiempo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,641 ^a	12	,208
Razón de verosimilitud	8,274	12	,763
Asociación lineal por lineal	,746	1	,388
N de casos válidos	15		

a. 20 casillas (95,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,07.

4-Entre la valoración de la Rehabilitación Física después de aplicado el programa y la escolaridad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,718 ^a	4	,606
Razón de verosimilitud	3,270	4	,514
Asociación lineal por lineal	,089	1	,766
N de casos válidos	15		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,07.

Existe total independencia ($p < 0,01$) entre la valoración rehabilitadora y cada una de las variables probadas (edad, sexo, color de la piel, tiempo de evolución y escolaridad).
Fuente: SPSS.

Anexo 47. Modelo de Regresión Logística. (Lambda de Wilks)

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de
Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.
Diciembre 2004-2007.

Estadísticos por pasos:

Variables introducidas/eliminadas^{a,b}

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

- a. El número máximo de pasos es 10.
 - b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.
 - c. La F parcial máxima para eliminar es 2.71
 - d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.
 - e. Ninguna variable es apta para el análisis.
-

Anexo 48. Valoración del programa de orientación por el criterio de los expertos. Análisis de concordancia

Programa de orientación para la RF del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica.

Diciembre 2004-2007.

Frecuencias absolutas de los criterios emitidos						
	V	IV	III	II	I	
Coherencia	20	6	3	1	0	
Factibilidad	21	5	2	3	0	
Utilidad	23	4	3	0	0	
Pertinencia	19	6	4	1	0	
Frecuencias acumuladas						
	V	IV	III	II	I	
Coherencia	20	26	29	30	30	
Factibilidad	21	26	28	30	30	
Utilidad	23	27	29	30	30	
Pertinencia	19	25	29	30	30	
Razón de proporción o frecuencias relativas acumuladas						
	V	IV	III	II	I	
Coherencia	0,6667	0,8667	0,9667	1,0000	1,0000	
Factibilidad	0,7000	0,8667	0,9333	1,0000	1,0000	
Utilidad	0,7667	0,9000	0,9667	1,0000	1,0000	
Pertinencia	0,6333	0,8333	0,9667	1,0000	1,0000	
	MA	BA	A	Suma	Promedio	Escala
Coherencia	0,43	1,11	1,83	3,38	1,13	0,07
Factibilidad	0,52	1,11	1,50	3,14	1,05	0,15
Utilidad	0,73	1,28	1,83	3,84	1,28	-0,08
Pertinencia	0,34	0,97	1,83	3,14	1,05	0,15
Suma	2,02	4,47	7,00	13,50		
Limites	0,51	1,12	1,75	12,00	1,20	
Muy adecuado	Bastante adecuado		Adecuado			
0,51	1,12		1,75			
Coherencia	Coherencia		Coherencia			
Factibilidad	Factibilidad		Factibilidad			
Utilidad	Utilidad		Utilidad			
Pertinencia	Pertinencia		Pertinencia			