



MANEJO PSICOLÓGICO Y NEUROPSICOLÓGICO DE UN ICTUS



ICTUS-SEVILLA

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

MANEJO PSICOLÓGICO Y NEUROPSICOLÓGICO DE UN ICTUS



DIRECCIÓN

Reyes Valdés Pacheco

EQUIPO DE REDACCIÓN

Dr. Miguel Ángel Gamero García

Dr. Francisco Moniche Álvarez

Reyes Valdés Pacheco

Laura Peña Medina

DIBUJOS

Cristina Sánchez Palacios

Paula Pino Maraver

EDITA

ICTUS-SEVILLA

Avda. de Altamira, 29, Bl. 11- Acc. A 41020 Sevilla

www.ictussevilla.org

ictussevilla@hotmail.com

Tfno.: 954 25 15 10

DEPÓSITO LEGAL:

SE 2041-2022

ISBN:

978-84-09-44887-6

ICTUS-SEVILLA ISNI:

0000 0004 8359 5010

ÍNDICE

PRÓLOGO	6
1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?	8
2. FACTORES DE RIESGO	9
3. SÍNTOMAS	12
4. TIPOS DE ICTUS	13
5. PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS TRAS UN ICTUS	14
6. AFRONTAMIENTO A NIVEL PSICOLÓGICO DE UN ICTUS	17
7. TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS TRAS UN ICTUS	25
8. EL CUIDADOR PRINCIPAL, UN PILAR FUNDAMENTAL	40
9. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA	60

PRÓLOGO

DR. MIGUEL ÁNGEL GAMERO GARCÍA

**Neurólogo Unidad de Neurología Vascular
Hospital Virgen Macarena. Sevilla**

Afortunadamente ya se ha dejado de considerar al Ictus como una enfermedad frente a la que el médico tenía una actitud nihilista, con escasas perspectivas por tanto de beneficio tras su instauración. No obstante, aún se ha de avanzar bastante en estrategias de prevención, así como mejorar la asistencia sanitaria urgente a estos pacientes.

Un Ictus se produce por la obstrucción o rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro, condicionando un daño que puede llevar a secuelas discapacitantes e incluso la muerte. El 80% son debidos a la interrupción del flujo vascular (Ictus isquémico), mientras que el 20% restante se debe a la rotura de un vaso (Ictus hemorrágico).

Cuando se produce es fundamental acudir lo antes posible a un centro hospitalario para ser valorados por un neurólogo y poder beneficiarse precozmente del tratamiento. En algunos casos la clínica desaparece por completo tras minutos u horas, siendo también preciso ser valorados para hacer un estudio dirigido a buscar su causa, e iniciar un tratamiento para reducir la posibilidad de eventos futuros.

No reconocer los síntomas a tiempo retrasa el diagnóstico aumentando entonces las consecuencias negativas para el paciente. Afortunadamente la patología es cada vez mejor conocida por la población.

El Ictus puede presentarse como una repentina pérdida de fuerza o alteración de la sensibilidad en la mitad del cuerpo, dificultad para hablar o para comprender, pérdida de visión en un ojo o de la mitad del campo visual o visión doble, desorientación o inestabilidad.

Se trata de un problema sociosanitario de primera magnitud, ya que es una patología de alta prevalencia y que genera gran parte de la morbi-mortalidad en la población. Conlleva una importante carga personal y familiar. Es la primera causa de mortalidad en la mujer y segunda causa de muerte global en España. Además, es la primera causa de dependencia en adultos y la segunda de demencia.

Es de esperar además un aumento de prevalencia en los próximos años debido al progresivo envejecimiento de la población. Es preciso saber sin embargo que, si bien es más prevalente en personas mayores, como ya hemos expuesto anteriormente, también puede suceder en gente joven.

La instauración brusca del episodio supone para el paciente encontrarse con un repentino e inesperado deterioro físico, y a veces también cognitivo, que en función de su intensidad puede suponer la necesidad de realizar cambios en el modo de vida o de pasar de ser una persona activa a una persona dependiente, con la consiguiente repercusión secundaria en su situación anímica. Además, si precisa de cuidados posteriores, acaba repercutiendo sobre su entorno familiar, que ha de adecuarse y buscar medios para enfrentarse a esta nueva situación.

Un aspecto fundamental para combatirlo es la prevención. Para disminuir la probabilidad de presentar un Ictus es preciso corregir los factores de riesgo, fundamentalmente mediante el tratamiento adecuado de la hipertensión, el aumento del colesterol en sangre, la diabetes, la enfermedad de arterias que irrigan el cerebro, las enfermedades del corazón, o el recuento alto de glóbulos rojos. Deberán evitarse también llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad.

El otro punto clave radica en la mejora de la asistencia sanitaria urgente. La dotación hospitalaria de Unidades de Ictus, en las que participa un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios coordinados por un neurólogo experto en patología cerebrovascular ha demostrado reducir la mortalidad y la dependencia funcional de los pacientes.

Por tanto, es necesaria una evaluación precoz y especializada para todos los pacientes y debe ser una demanda social que se llegue a cubrir de forma equitativa a toda la población. Sin embargo, hoy por hoy la implantación de Unidades de Ictus en España es aún insuficiente y desigual, observándose un claro déficit en algunas comunidades como es el caso de Andalucía.

En los últimos años se han desarrollado estrategias terapéuticas de contrastada eficacia como la fibrinólisis intravenosa, que pueden conseguir restablecer la circulación interrumpida. La implantación progresiva de otras técnicas gracias al desarrollo del intervencionismo neurovascular va a permitir adicionalmente ampliar el número de pacientes que se puedan beneficiar de estos tratamientos.

1

¿QUÉ ES EL ICTUS?

La palabra ICTUS procede del latín y significa “golpe”, “ataque”.

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (AVC), embolia o trombosis. Se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno y dejan de funcionar.

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes. Son la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas.

Una de cada seis personas sufrirá un Ictus a lo largo de su vida.

En España se estima que cada año 130.000 personas sufren un Ictus, siendo la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en hombres.

En Andalucía más de 21.000 personas padecen un Ictus cada año. Más del 60% de las personas que lo sufren, fallecen o quedan con discapacidad.

Aunque suele afectar más a personas mayores, también puede darse en jóvenes.

La presentación del Ictus está evolucionando en los últimos 20 años hacia una mayor incidencia en jóvenes, detectándose un aumento de un 25% en el número de casos diagnosticados en personas menores de 65 años.

2

FACTORES DE RIESGO

Podemos decir que el riesgo de padecer un Ictus depende de diversos factores, unos intrínsecos y otros extrínsecos.

Entre los factores intrínsecos o no modificables incluimos principalmente, la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares. Evidentemente, sobre estos factores de riesgo no podemos actuar:

- **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. A partir de los 55 años se aumenta más del doble en cada década de la vida.
- **Sexo:** es más frecuente en hombres que en mujeres.
- **Raza:** los afroamericanos tienen un riesgo mayor que los caucásicos, debido, parece ser, a que tienen mayor predisposición a la hipertensión arterial.
- **Herencia genética:** el riesgo es mayor en las personas con antecedentes familiares.

Pero existen otros muchos factores sobre los que sí podemos intervenir, son los que llamamos factores extrínsecos o modificables, entre ellos están:

- **Presión arterial alta o hipertensión arterial:** es el factor más importante y a menudo pasa inadvertida. El objetivo es conseguir cifras de tensión de hasta 140/80. El riesgo se duplica por cada 7.5mmHg de incremento en la presión sistólica.
- **Diabetes:** cuando la glucosa en sangre es alta, favorece el daño de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, incluido el cerebro.
- **Obesidad:** si se tiene un peso por encima del recomendado el riesgo aumenta. La obesidad suele llevar asociada problemas como el colesterol o el sedentarismo y también enfermedad coronaria.

- **Niveles de colesterol altos en sangre:** los niveles elevados de grasas en sangre favorecen su acúmulo en las arterias (ateromatosis) y el riesgo de enfermedades vasculares. La aterosclerosis es la causa principal de estrechamiento de los vasos sanguíneos, llevando al ataque cardíaco y al ataque cerebral.

- **Fibrilación auricular:** se trata de una arritmia cardíaca que es causa de un porcentaje elevado de Ictus isquémicos, por embolismos de trombos que se originan en el corazón. Se asocia con edades avanzadas e hipertensión arterial, siendo el tratamiento los fármacos anticoagulantes.

- **Uso de anticonceptivos orales:** el uso de bajas dosis de estrógenos (<50mg), parece inducir un mínimo riesgo de Ictus cuando se prescriben a mujeres sin factores de riesgo vascular; se incrementa de forma significativa, en mujeres hipertensas, fumadoras o con diabetes. De igual forma, el uso prolongado de los mismos (>de 6 años), puede asociarse a un mayor riesgo, sobre todo en mujeres mayores de 36 años.

- **Hábito de fumar:** el riesgo aumenta tanto en la exposición activa (fumador) como pasiva (fumador pasivo). El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis.

- **Uso de drogas:** el uso de drogas intravenosas, cocaína, anfetaminas o marihuana aumentan el riesgo.

- **Inactividad física:** cada vez es más frecuente en nuestro entorno, debido a la vida sedentaria que llevamos. La práctica de una actividad física regular disminuye la presión arterial y el colesterol y, por tanto, disminuye el riesgo.

Hay que destacar que como hemos dicho anteriormente, la presentación del Ictus está evolucionando en los últimos años hacia una mayor incidencia en jóvenes, si bien el Ictus en estos grupos de edad tiene mayor variabilidad que en personas mayores, las causas probablemente más implicadas con el aumento de la incidencia de Ictus en personas jóvenes y de mediana edad son los hábitos de vida poco saludables que afectan a la calidad de vida del paciente.

Es preciso estar pendiente a este diagnóstico ya que se suele pensar que el Ictus no afecta a personas jóvenes y por ello puede ser más difícil reconocer

los síntomas de presentación no solo por parte del paciente sino también por parte de su entorno familiar e incluso el personal sanitario, y esto tiene como consecuencia que puede llevar a un retraso del diagnóstico.

Los principales cambios en los hábitos de vida a tener en cuenta para su prevención son:



Evitar sedentarismo y sobrepeso
practicar ejercicio de forma moderada



Evitar dietas inapropiadas
intentar llevar una dieta sana y equilibrada



Controles periódicos
de peso, tensión arterial, glucemia y nivel de colesterol



Evitar tabaco, alcohol y consumo de drogas
(sobre todo cocaína y psicoestimulantes derivados de las anfetaminas)

3

SÍNTOMAS

Los síntomas de un Ictus pueden variar considerablemente en función de la región del cerebro que se haya dañado, dando lugar a la alteración de unas u otras funciones.

Los principales signos de alarma son los siguientes:

- Trastorno de la sensibilidad (acorchamiento o adormecimiento) en cara, brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Pérdida de fuerza brusca en cara (boca torcida), brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Dificultad para hablar o para entender lo que se está diciendo, es decir, trastorno del lenguaje de aparición brusca.
- Trastornos de la visión, de forma súbita (pérdida de visión en uno o ambos ojos o visión doble).
- Sensación de mareo, vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas.
- Dolor de cabeza de aparición brusca e intensidad elevada, que puede acompañarse de náuseas y vómitos, incluso pérdida de la consciencia o coma en los Ictus más graves.
- Desorientación o confusión.

En caso de presentar algunos de los síntomas, acudir rápidamente a un centro hospitalario.

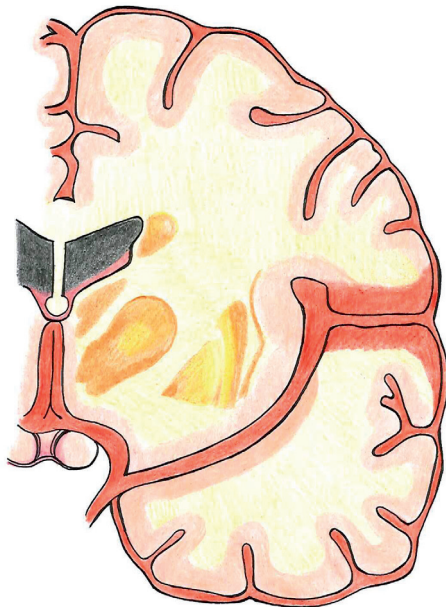
4

TIPOS DE ICTUS

Los tipos de Ictus son:

- **Ictus isquémico:** obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro.
- **Ictus hemorrágico:** rotura de un vaso sanguíneo cerebral.
- **Accidente isquémico transitorio (AIT):** cuando la clínica se resuelve por completo, la mayoría en menos de una hora.

En personas mayores el Ictus isquémico es unas cuatro veces más frecuente que el hemorrágico; en personas jóvenes el porcentaje de hemorrágicos puede llegar hasta un 50%.



ACV Hemorrágico



ACV Isquémico

5

PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS DE UN ICTUS

Las personas afectadas por un Ictus presentan no sólo síntomas físicos sino también psicológicos, es decir, una limitación de sus capacidades funcionales.

En este apartado vamos a centrarnos en las secuelas psicológicas más frecuentes que pueden aparecer tras sufrir un Ictus. Estas secuelas no suelen ser las prioritarias a la hora de implantar un tratamiento a seguir y su consecuente rehabilitación, ya que se da prioridad a las secuelas físicas, pero hay que dejar claro que la intervención sobre estos aspectos es fundamental porque pueden ser incluso más disfuncionales que las físicas, y no solo para la persona afectada sino también para su entorno más cercano.

Las alteraciones psicopatológicas y conductuales que aparecen de forma más frecuente tras la aparición de un Ictus son:

- **Depresión y/o ansiedad:** estos síntomas pueden deberse no sólo a el sufrimiento por la situación sobrevenida y la pérdida de capacidades con las consecuentes limitaciones, sino también al propio daño cerebral. Las manifestaciones de depresión dependen de cada persona. Es por ello por lo que su diagnóstico y tratamiento es complejo.

- **Irritabilidad y agresividad:** es una de las manifestaciones más frecuentes. Se pueden manifestar tanto verbal como físicamente hacia objetos y/o personas. Ante las frustraciones diarias, la persona no es capaz de gestionarlas. Es un estado emocional caracterizado por un reducido control del temperamento, un estado de ánimo que predispone a ciertas emociones (enfado), ciertas cogniciones (valoración hostil de una situación) y ciertas conductas (agresividad). Estos síntomas generan grandes dificultades a la hora de la integración social de las personas afectadas.

- **Apatía:** la persona presenta una gran desmotivación a nivel general para hacer las cosas que ante le resultaban gratificantes, incluso las tareas diarias. Normalmente no son capaces de poner en marcha actividades de

forma voluntaria, aunque si pueden hacerlo si se lo propone otra persona, sin presentar en muchas ocasiones demasiado interés. Muestran una incapacidad para organizar y gestionar las actividades cotidianas.

- **Fatiga:** la fatiga primaria post-ictus puede aparecer de forma independiente a otros síntomas depresivos. Es un nivel de cansancio mayor ante un menor esfuerzo físico y/o mental. Esa falta de energía suele acompañarse de desmotivación. Esta fatiga también puede producirse como respuesta al estrés emocional que le producen determinadas situaciones.

- **Anosognosia:** es la falta de conciencia sobre la situación que le ha producido el Ictus y sus consecuencias. Puede tomar diversas formas de manera que, en ocasiones, la indiferencia emocional pueda acompañar a la constatación de la discapacidad.

- **Incontinencia emocional:** es la dificultad para regular y expresar las propias emociones. Suelen ser respuestas inadecuadas tanto en frecuencia como en intensidad y duración. También se dan cambios emocionales ante un mismo estímulo o la emoción no es coherente con la situación que está viviendo.

- **Egocentrismo:** no son capaces de reconocer las emociones de los demás de una forma funcional. Tienden a priorizar sus propias necesidades queriendo incluso imponerlas. Sumado a la escasa tolerancia a la frustración provoca frecuentes alteraciones de conducta.

- **Baja tolerancia a la frustración:** cuando la persona vivencia un fracaso ante una tarea determinada, la respuesta es llanto, enfado o temor.

- **Reacción catastrofista:** reacción súbita de llanto, enfado y temor ante la vivencia de fracaso al afrontar una tarea. Su presentación en forma de episodio agudo lo diferencia de la depresión, si bien la presencia de síntomas depresivos favorece las reacciones catastróficas.

- **Rigidez de pensamiento:** la persona es incapaz de modificar los planes que haya hecho, aunque las circunstancias varíen. Esta incapacidad es debida a un déficit en el sistema planificador de acciones, normalmente con una reducción de la capacidad de la memoria de trabajo cuya consecuencia podría ser la imposibilidad para introducir informaciones nuevas y generar cambios adaptativos a la acción ya diseñada.

- **Desinhibición:** pueden presentar comportamientos que no son adecuados a las normas sociales. La persona no controla sus propios impulsos y además no le importan las consecuencias de estos.
- **Infantilismo:** la persona presenta un comportamiento más propio de los niños, caracterizándose por irresponsabilidad e ingenuidad.
- **Delirios:** se producen rápidos cambios del estado mental, en el que se pasa de la lucidez a la confusión a través de pensamientos incoherentes, alucinaciones o ideas extrañas.

El cambio conductual más frecuente es la irritabilidad. Puede tener orígenes diversos: fatiga, intolerancia a la frustración, bajo estado de ánimo, reducción en la capacidad para la resolución de los problemas (trastorno ejecutivo).

Otro síntoma muy común es la rigidez. El egocentrismo también es habitual.

La apatía aparece con mucha frecuencia junto con la reducción de iniciativa e indiferencia emocional.

Algunos cambios conductuales parecen muy claramente determinados por cambios cognitivos fácilmente medibles, es el caso del enlentecimiento y de las reacciones catastróficas. Un enlentecimiento general en el procesamiento de la información con frecuencia provocará aislamiento social, ya que las personas que padecen este síntoma no son capaces de participar de las conversaciones entre varias personas, ya que se quedan atrás en la comprensión y en la generación de respuestas. Cuando experimenta reiteradamente fracasos pueden aparecer reacciones emocionales agudas, de ansiedad y llanto, es decir, reacciones catastróficas.

Todos los aspectos pueden generar alteraciones de conducta y hacer la convivencia familiar muy difícil. Por lo que es imprescindible definir el tratamiento y abordar la situación conjuntamente paciente y familia. En algunos casos, también será necesaria la intervención médica a nivel farmacológico.

El objetivo de la terapia psicológica es conseguir el mejor ajuste por parte de la persona que ha sufrido el Ictus a su nueva realidad. Para que dicha intervención psicológica sea lo más efectiva posible hay que tener en cuenta todos los aspectos que influyen, médicos, cognitivos, conductuales y emocionales de la persona afectada y sus familiares.

6

AFRONTAMIENTO A NIVEL PSICOLÓGICO DE UN ICTUS

Sufrir un Ictus supone un gran impacto a nivel personal, social, familiar y laboral en la vida de la persona afectada. Además, dependiendo de las secuelas que se sufra pueden verse mermadas las capacidades funcionales y aparecer dificultades en el desarrollo de la actividad diaria.

Ante este panorama surgen multitud de dudas, miedos e incertidumbres relacionadas con el miedo al futuro, a la pérdida de la autonomía personal, etc. Todo esto influye en la base emocional de la persona, estrechamente relacionada con la autoestima, que puede verse muy mermada en estas situaciones.

No todas las personas afectadas se enfrentan al nuevo reto de la misma forma, ni tienen las mismas habilidades para hacerlo ni el mismo grado de eficacia. Además, hay que tener en cuenta si se padecen secuelas cognitivas que dificultarán aún más este nuevo escenario.

Ante esta situación y el/la afectado/a deberá aprender a convivir con la enfermedad y la mejor manera de hacerlo es afrontándola.

ETAPAS DEL AFRONTAMIENTO

Tras sufrir un Ictus, siempre y cuando la persona no sufra secuelas cognitivas graves que harían el afrontamiento de muy diferente, la persona pasa por unas etapas de ajuste. Si bien es verdad que no siempre se tienen que pasar por todas las etapas ni todas tienen la misma duración e intensidad, dependerá del/al afectado/a y su situación personal. Estas etapas son:

- **Negación:** negar la enfermedad porque es muy normal que el/la afectado/a no está preparado para presentar un déficit de salud.
- **Ira:** la persona afectada se enfada con todo y con todos, por no sentirse comprendido, por la sobreprotección familiar, etc.

- **Desánimo:** cuando se toma conciencia del problema y la persona siente pena por su situación, apatía hacia todo, falta de ilusión,... lo que puede conducir a la depresión. Esta fase es autodestructiva.
- **Negociación:** el/la afectado/a intenta negociar con la enfermedad, el problema es que ésta no acepta sobornos.
- **Aceptación:** la persona afectada acepta las posibles secuelas que le haya podido dejar el Ictus como parte de su existencia y debe vivir con ellas. Para conseguir un bienestar emocional y un mejor futuro debe comprender su condición e implicarse en la misma y en su rehabilitación.

A lo largo de estas etapas la persona afectada puede poner en práctica algunas actitudes y formas de ver la enfermedad muy negativas que se convierten en estrategias desadaptativas y que no ayudan en nada al afrontamiento:

Generalización

No es útil cuando no nos permite ver nada más, cuando lo único y el centro de nuestra vida es el Ictus. De esta forma no se consiguen ver las soluciones a los problemas que van surgiendo, no se piensa con claridad y desaparece todo lo demás.

Hay que centrarse en el problema para buscar soluciones a él, pero no dejar que lo invada todo.

Pensamiento mágico

Es cuando se piensa en cosas como “Que ocurra un milagro”, “Que un día despierte y no haya tenido un Ictus”.

Estos pensamientos no son útiles porque nos hacen perder un TIEMPO PRECIOSO para encontrar soluciones. Mientras estos pensamientos nos invaden estamos de brazos cruzados esperando que suceda algo, en vez de trabajar para conseguir una mejora de la situación.

Buscar culpas o culpables

Se puede buscar la culpa en sí mismo, es decir pensar en cosas como “Algo he tenido que hacer para que me pase esto o para estar así”. También se pueden buscar culpables externos en la familia, amigos, profesionales.

La culpa nos hace ser víctimas y nos provoca impotencia ante el problema, no nos permite tener una actitud activa ante el mismo.

Conductas de evitación y/o negación

Pensar o mejor dicho no pensar en lo que pasa, “Si no pienso en el problema es que no existe”, “Mejor no pensar en esto”.

Evitar pensar en un problema o negarlo no hace que éste desaparezca o no esté sucediendo. Al igual que las conductas anteriores, nos hace perder un tiempo que podría estar dedicado a mejorar nuestra situación personal.

Pensamiento catastrofista

Ponerse en lo peor, pensar que “Seguro que a mí me va a pasar otra vez o no voy a recuperar nada”.

Estos pensamientos hacen que vivenciamos una hipotética situación futura que puede incluso no suceder nunca, como si estuviese sucediendo en el presente, con todas las connotaciones negativas que pudiera tener. Así la persona se autolimita en todos los aspectos. Por ejemplo, las personas con movilidad viven como si estuviesen en silla ruedas.

Y si se han producido cambios importantes, los pensamientos catastrofistas hacen que se incrementen las sensaciones negativas, aumentando las limitaciones.

Comparación

Compararse con otras personas afectadas de un Ictus. Normalmente estas comparaciones se hacen en negativo, cuando el Ictus afecta de muy diversa forma a una u otra persona, por lo que estas comparaciones producirán desánimo y pensamientos negativos.

Ineficacia

Pensar en “Es que yo no puedo hacer nada”, “Estaría bien ir al cine, pero es que como estoy así, todo es un problema”. Estas conductas hacen que nos centremos en las limitaciones y no en las capacidades que tenemos. Hay muchas personas afectadas de Ictus que como no pueden hacer las cosas

como las hacían antes, dejan de hacerlas, no son capaces de adaptarlas a la situación y prefieren sacrificar la realización de estas a buscar una forma adecuada de realizarlas.

Ignorancia

No poseer la información adecuada sobre el problema, impide saber manejarlo correctamente. A veces no es sólo falta de información, puede ser también tener una información excesiva sobre el asunto y de fuentes no fiables. Esto hace que la persona tenga cada vez más dudas, que no sepa bien qué hacer y que camino es el más adecuado para afrontar la situación.

Al mantener este tipo de pensamientos y conductas, la persona con un Ictus puede llegar a sentirse una carga para los demás, que el problema le desborda, que no es capaz de afrontar ni adaptarse a su nueva situación vital. Ante esto llega el momento de pedir ayuda para aprender estrategias de afrontamiento adecuadas y realizar una autogestión eficaz de la enfermedad.

¿CÓMO MANEJAR UN ICTUS?

Lo más importante es que la persona tome las riendas de su enfermedad y la gestione de la forma más eficaz, debe hacerse cargo de la gestión médica, emocional y social de la misma. El/la afectado/a es el/la responsable del manejo efectivo de la enfermedad y hay una serie de herramientas que podemos utilizar para que esto sea así:

CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

La información sobre el Ictus es fundamental, pero esta información debe ser veraz y provenir de fuentes fiables, ya que una información inadecuada únicamente generará más dudas e incertidumbres.

Por lo tanto, el conocimiento del Ictus y su sintomatología, así como de todos los aspectos que puedan rodear a la enfermedad, será imprescindible para comenzar el proceso de afrontamiento.

Cuando el/la afectado/a tiene información detallada sobre su situación es capaz de establecer unas pautas de actuación que lo llevarán a tomar las medidas oportunas para mejorar la situación conociendo el límite de su actividad. No sólo

a nivel físico sino también en el aspecto emocional ya que en función del control que ejerza sobre las mismas así será su comportamiento y sus conductas.

La información clínica nos puede dar un punto de vista real y cierto para saber cómo luchar y superar los obstáculos.

INSTAURAR ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

Conocer que utilizamos una serie de pensamientos, sentimientos y conductas negativas que nos obstaculizan en el afrontamiento de la enfermedad y tener como hemos dicho antes, un conocimiento sobre su estado de salud real hará que la persona asuma una actitud activa ante la enfermedad y luche contra ella.

Muchos autores consideran la salud como “una adaptación ante las dificultades que se nos pueden presentar a nivel físico, mental y social”.

Hay una serie de estrategias adaptativas que ayudarán positivamente en el proceso de afrontamiento:

Actitud Proactiva

Es cuando la persona asume el control pleno de su conducta de un modo activo, tomando las decisiones que le ayudan a mejorar la situación y su calidad de vida.

“Decidir qué queremos hacer y cómo queremos hacerlo”.

Muchas personas exponen que, por ejemplo, la sobreprotección que en muchos casos les “brindan” sus familiares, padres, pareja, etc., hacen que se sientan anuladas, que no se les deja decidir sobre lo que les pasa, sobre lo que sucede a su alrededor con respecto a su situación o incluso su vida. Exponen que se sienten como “un cero a la izquierda”, “no pinto nada ni en mi propia vida”. Los familiares, amigos, profesionales deben comprender que una persona con un Ictus sigue siendo persona, con capacidad para decidir y pedir ayuda siempre que lo necesite.

Para tomar las decisiones adecuadas, tómesese su tiempo, no todo el mundo tiene el mismo ritmo, vaya al suyo dándose tiempo para pensar, centrándose en uno mismo, valorando todos los aspectos de la situación y no dejándose llevar por el miedo o por otras emociones que puedan paralizar.

Empoderamiento

Se refiere al proceso mediante el cual la persona aumenta su fortaleza y su confianza para impulsar cambios positivos ante las situaciones que vive, ejerciendo un control sobre su vida.

Resiliencia

“Es la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. Es decir, de sobreponerse a un estímulo adverso, en este caso un Ictus, afrontarlo, superarlo, e incluso construir un nuevo futuro.

Las personas resilientes son aquellas que ante hechos vitales negativos parecen tener más control sobre los acontecimientos que suceden y están más abiertas a los cambios de la vida, así mismo tienen un gran sentido del compromiso y a la vez tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Por lo tanto, hay tres aspectos fundamentales, compromiso, control y reto.

Optimismo

Es una característica disposicional de la personalidad que sirve como mediadora entre los acontecimientos y la interpretación que hacemos de los mismos.

Con una actitud pesimista nos centramos en las dificultades y en los aspectos negativos, lo que provoca desánimo. En cambio, con una actitud ante la vida optimista, nos centramos en las posibilidades y en encontrar soluciones. Así, hay dos caminos a seguir, “vivir amargado o vivir lo mejor posible dentro de las dificultades”, es una decisión personal que hay que tomar.

Inteligencia Emocional

“Es la habilidad que nos permite percibir, comprender y regular nuestras emociones y las emociones de los demás”.

La satisfacción personal y la felicidad dependen más de las habilidades emocionales, de saber entender a los demás y a nosotros mismos, de interesarse por las personas y de construir redes sociales estables, que de cualquier inteligencia entendida en el sentido clásico de la misma.

Algunas de las fortalezas personales que forman parte de la inteligencia emocional y que las personas que la potencian poseen, son:

- Conocimiento y curiosidad por aprender, nos hacer estar activos.
- Pensamiento crítico y una mente abierta, para intentar corregir nuestras debilidades y estar dispuestos mejorar siempre.
- Coraje para conseguir metas, siempre asequibles, incluso con las dificultades, mostrando un afán de superación continuo, a pesar de lo intenso, lleno de obstáculos y largo en el tiempo que pueda ser el proceso de la enfermedad.
- Valentía para no dejarse vencer por los cambios.
- Autocontrol para regular los propios sentimientos e impulsos.
- Esperanza y proyección hacia el futuro, trabajando todo lo que esté en nuestras manos para tener el mejor posible.

Utilizando estas estrategias, la persona empezará a cambiar y se dará cuenta que su situación vital ha cambiado, y que no puede evitarlo, pero la interpretación que haga de esa situación y como actúe en consecuencia será decisión suya.

ALCANZAR UNA RENOVACIÓN EMOCIONAL

El afrontamiento de un Ictus y sus posibles secuelas, así como su aceptación es una tarea difícil, ya hemos visto que conlleva un proceso largo y que supone mucho esfuerzo personal y emocional. Además, la persona afectada tiene que lidiar diariamente con los cambios que se han podido producir y con las limitaciones que hayan podido aparecer.

Toda esta situación es la lógica y normal habiendo sufrido un Ictus, por lo que asumir que ésta es su “normalidad vital” es fundamental para elaborar estrategias dirigidas a mejorar su situación.

La renovación y reorganización emocional no hará que la persona deje de padecer la enfermedad ni niega la realidad, pero si hará que la padezca desde una posición de afrontamiento y convivencia con la misma.

Como resumen de todo lo que hemos expuesto, las personas afectadas deben tener presente los siguientes aspectos en la prevención de la salud, en la **autogestión eficaz** de la enfermedad y en el proceso de afrontamiento de esta:

1

Informarse adecuadamente y por canales fiables sobre su patología.

2

Involucrarse en el cuidado de la propia salud.

3

Conocer el propio cuerpo para identificar las necesidades y lo que nos hace sentirnos mejor.

4

Mantener una vida y una mente activa.

5

Aprender a vivir con las posibles secuelas de un Ictus, superando y adaptándonos a las consecuencias de estas.

6

Hablar y expresarse si miedo sobre lo que sentimos.

7

Separar lo que es la persona de la enfermedad, ésta no debe anular y aislar al resto de los aspectos que forman parte de la personalidad.

8

Ser positivo, es contagioso, tanto para uno mismo, como para los que nos rodean.

9

No dejar de tener ilusión por el futuro.

7

TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS TRAS UN ICTUS

Hoy en día, el número de personas que sufre un Ictus es cada vez mayor, por suerte la supervivencia tras sufrir uno, también. De los pacientes, que sobreviven se estima que dos de cada tres sufren secuelas y entre ellos el 52% sufren alguna limitación para realizar actividades de su vida diaria.

Cuando se produce un Ictus, algunas estructuras cerebrales pueden verse afectadas en mayor o menor medida. Estas alteraciones afectan al funcionamiento normal del cerebro, lo que puede afectar a numerosas o a todas las esferas de la vida de la persona afectada y su familia.

Los factores que influyen en las posibles alteraciones neuropsicológicas tras un Ictus son, entre otros: la localización anatómica, la lateralidad de la lesión si afecta al hemisferio izquierdo o al derecho, el territorio cortical o subcortical afectado (ya que las alteraciones serán diferentes y se manifestarán de forma distinta según la zona afectada del cerebro) y la extensión de la lesión,(a mayor extensión, mayores serán los déficits que presente el paciente).

Para proporcionar, un poco de claridad, sobre las posibles secuelas neuropsicológicas, que pueden aparecer tras un Ictus, a continuación, presentamos una descripción de estas, en función del área cerebral infartada y el territorio vascular afectado. Finalmente, aportaremos información acerca de la influencia de dichas lesiones, en las funciones cognitivas y por tanto en la vida de la persona.

SÍNDROMES O ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS MÁS COMUNES EN FUNCIÓN DE SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

El cerebro es un órgano con un funcionamiento complejo, el cual alberga toda nuestra información e historia personal además de numerosas funciones como la atención o la memoria. También se encuentran en él funciones que han ido evolucionando con nuestra especie y son aún más complejas como el

lenguaje. Existen diferentes zonas anatómicas y funcionales en el cerebro que tienen un importante papel en el funcionamiento cognitivo, pero las funciones cerebrales, en su mayoría no se encuentran en lugares específicos del cerebro, sino más bien se trata de funciones diferentes que se interconectan en redes y dan lugar a procesos complejos y extraordinarios como puede ser el habla o la capacidad de recordar una cita o lo que ocurrió un día especial.

La lesión de cualquier área cerebral tiene repercusiones en la persona, de muy distinta manera, de ahí la dificultad para establecer una alteración o déficit exacto tras un Ictus o cualquier otro tipo de lesión.

El cerebro se encuentra dividido en dos hemisferios, el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho y en cinco lóbulos (frontal, temporal, parietal, occipital e ínsula).

Las lesiones ocurridas en el hemisferio izquierdo, en general el hemisferio dominante, provocan alteraciones en el lenguaje, especialmente en la comprensión y en la expresión de este. Además de síndromes disecutivos, déficits de memoria como amnesia para la información verbal, déficits atencionales o apraxia.

Si la lesión se produce en el hemisferio derecho es común encontrar alteraciones de la atención visuoespacial, heminegligencia, algunos tipos de apraxia como la apraxia constructiva, alteración del esquema corporal, desorientación topográfica o alteraciones de conducta como el estado confusional con agitación.

Las características de las alteraciones dependerán de los lóbulos afectados, es por ello por lo que estas se especifican a continuación:

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS MÁS COMUNES EN FUNCIÓN DEL LÓBULO CEREBRAL AFECTADO

Lóbulo Frontal:

Este lóbulo situado en la parte frontal del cráneo se caracteriza por ser la zona cerebral encargada de funciones superiores del cerebro. La alteración del funcionamiento del lóbulo frontal conlleva el desajuste de las funciones ejecutivas, que dirigen la activación e inhibición de algunas unidades funcionales del cerebro.

Un daño en esta zona produce una alteración de la conducta del paciente. Pueden aparecer conductas desinhibidas, en las cuales el paciente no es ca-

paz de controlar sus impulsos o, todo lo contrario, falta de energización o activación para realizar las tareas.

También es posible que aparezcan dificultades para planificar, razonar o coordinar la información con la actividad que desea realizar.

Si la lesión abarca el hemisferio izquierdo, pueden aparecer además de las alteraciones anteriores, dificultades para articular el lenguaje.

Lóbulo parietal:

Situado tras el lóbulo frontal, se encarga de recabar y procesar la información sensorial de todas las partes del cuerpo, como pueden ser el dolor, la temperatura, el tacto,... Además de controlar los movimientos corporales.

La alteración en el funcionamiento de este lóbulo supondrá la aparición de alteraciones en la percepción de la información sensorial y de alteraciones en el control del movimiento.

Lóbulo temporal:

Situado bajo el lóbulo frontal y parietal, concretamente en la parte lateral inferior del cráneo, más o menos a la altura de los oídos. Las estructuras localizadas en este lóbulo se encargan de funciones muy importantes para el lenguaje. Además, en él se sitúan importantes áreas que funcionan como almacenes de información verbal y visual.

Su alteración provoca principalmente trastornos del lenguaje como afasia o trastornos de memoria.

Lóbulo occipital:

Situado en la zona posterior del cerebro, cercano a la nuca. Su funcionamiento está implicado con la percepción visual de objetos, su localización y el movimiento de estos.

Su alteración puede provocar agnosia para el reconocimiento de los objetos, dificultades visuo-espaciales para localizar los objetos en el espacio o percibirlos en movimiento e incluso dificultades para reconocer a personas conocidas o a uno mismo.

Ínsula:

Está situada en la profundidad de la cisura lateral o de Silvio, rodeada por los lóbulos frontal, parietal y temporal.

Los daños en la ínsula provocan alteraciones emocionales, sobre todo relacionadas con las respuestas sociales como la empatía, alteraciones en la capacidad para reconocer emociones faciales o en la voz de las personas. Además, pueden aparecer alteraciones de la autoconciencia perceptiva y el funcionamiento del cuerpo o alteraciones en la percepción de la música.

Pero, no sólo las lesiones corticales, ocasionan alteraciones cognitivas. El funcionamiento cerebral está asentado en redes neuronales que se conectan entre sí. Las estructuras corticales y subcorticales están conectadas mediante múltiples conexiones de redes neuronales. Dada, esta conectividad entre las áreas, las lesiones subcorticales, también producen alteraciones cognitivas, ya que la información viaja entre los centros de la corteza y las áreas subcorticales y viceversa, por lo que una determinada función cognitiva, para funcionar, puede estar utilizando diferentes componentes de dichas redes neuronales. Esto ocasiona que, si una lesión se produce en un área determinada, esta lesión puede afectar a diferentes funciones o incluso que diferentes lesiones en lugares diferentes generen la misma alteración de la función cognitiva.

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS PRODUCIDAS POR LA ALTERACIÓN DEL FLUJO DE LAS PRINCIPALES ARTERIAS

Pero, no sólo las lesiones corticales, ocasionan alteraciones cognitivas. Como se comentó anteriormente, el funcionamiento cerebral está asentado en redes neuronales que se conectan entre sí. Las estructuras corticales y subcorticales están conectadas mediante múltiples conexiones de redes neuronales. Dada, esta conectividad entre las áreas, las lesiones subcorticales, también producen alteraciones cognitivas, ya que la información viaja entre los centros de la corteza y las áreas subcorticales y viceversa, por lo que una determinada función cognitiva, para funcionar, puede estar utilizando diferentes componentes de dichas redes neuronales. Esto ocasiona que, si una lesión se produce en un área determinada, esta lesión puede afectar a diferentes funciones o incluso que diferentes lesiones en lugares diferentes generen la misma alteración de la función cognitiva.

La arteria cerebral anterior irriga las zonas mediales del lóbulo frontal y el lóbulo parietal. La oclusión de esta arteria provoca comúnmente, alteraciones de tipo sensoriomotor, si se afectan zonas parietales corticales.

La afectación de los lóbulos frontales puede dar lugar a una disfunción ejecutiva, que se caracteriza por la dificultad del paciente para planificar, secuenciar y autocorregir sus acciones o resolver problemas. Si se ve afectado el hemisferio dominante puede originarse afasia de tipo motora, por lo que el paciente presentará un lenguaje espontáneo pobre y alteración de la escritura.

Si la falta de riego afecta a las zonas del lóbulo prefrontal, es posible que aparezcan alteraciones del comportamiento como cambios de personalidad, cambios en el humor como abulia, lentitud, falta de espontaneidad y en casos extremos puede darse mutismo acinético. La afectación de esta zona puede provocar también la aparición de síntomas comportamentales contrarios como irritabilidad, agresividad, desinhibición, impulsividad o pérdida de las normas de comportamiento social.

Si se afectan estructuras subcorticales, como el cuerpo calloso puede originar apraxia, agrafia y anomia táctil debida a una desconexión entre el hemisferio derecho y las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo.

Otro déficit común, como consecuencia de la afectación de esta arteria son los trastornos atencionales como el compromiso del mecanismo de alerta, el mantenimiento de la atención, alteración de la atención dividida o la aparición de heminegligencia.

La arteria coroidea anterior irriga las zonas del plexocoroideo, lóbulo temporal medial, los ganglios basales y la cápsula interna. Una oclusión en el territorio cubierto por esta arteria puede originar hemianopsia homónima contralateral, afasia (si se afecta el hemisferio dominante), trastornos de la memoria si se afecta el hipocampo y emocionales si se afecta la amígdala, o déficits motores y sensoriales si se afectan los ganglios basales.

La arteria cerebral media irriga las zonas de la cara lateral del lóbulo parietal, temporal y frontal. Si se afectan las ramas profundas de esta arteria, es común que aparezca hemiplejía e hemianestesia contralateral, hemianopsia homónima contralateral, anosognosia, hemiinatención, y heminegligencias contralaterales, normalmente izquierda por afectación de la arteria cerebral media derecha. Otras alteraciones posibles son; apraxias constructivas la

cual provoca dificultades para realizar acciones como vestirse, déficits de tipo visoespacial como alexia, agrafia y acalculia.

Cuando se produce el daño en el hemisferio izquierdo, la alteración más importante es la afasia que puede acompañarse de apraxia orofacial, agrafia y alexia. Otros déficits importantes que podrían aparecer son la alteración de la memoria o el síndrome de Gerstmann que cursa con agnosia digital, agrafia pura, desorientación derecha/izquierda y acalculia.

La arteria cerebral posterior irriga las zonas de los lóbulos occipitales, la parte medial del lóbulo temporal y estructuras subcorticales como el hipocampo, al tálamo, la glándula pineal o el cuerpo caloso. La afectación de ramas de esta arteria puede resultar en diversos síndromes como el de Weber caracterizado por parálisis oculomotora y hemiplejía contralateral, el síndrome de Benedikt que provoca hemianestesia o temblor contralateral, atetosis y corea, o el síndrome de Calude caracterizado por ataxia cerebelosa contralateral.

Dado su recorrido por zonas subcorticales, la oclusión de esta arteria puede dar lugar a síndromes talámicos y subtalámicos caracterizados por síntomas extrapiramidales como hemibalismo, corea, atetosis con afectación motora o sensorial contralateral a la lesión. Si la interrupción del riego afecta al cerebelo, pueden aparecer trastornos de la marcha, déficits sensoriales del tronco y la cara, alteraciones en la deglución y en la fonación.

La afectación de las ramas temporales, del hipocampo y de la amígdala, puede causar alteraciones de la memoria tan graves como amnesia global.

Si se afecta el hemisferio dominante en zonas temporo-occipitales, puede aparecer afasia sensorial transcortical, la cual afecta a la comprensión y a la expresión verbal, anomia óptica la cual consiste en la incapacidad para denominar por confrontación visual el objeto que la persona ve o anomia cromática en la cual la persona no puede denominar los colores.

Las afectaciones de las ramas occipitales originan hemioanopsia homónima contralateral, y puede provocar otras alteraciones en la visión como la percepción deformada de los objetos (metamorfopsia), persistencia de la imagen del estímulo (palinopsia) o visión múltiple de un objeto (poliopía).

Si el hemisferio afectado es el dominante puede producirse alexia pura, además de agnosia visual (no reconocimiento de los objetos por la vista) y ceguera para los colores.

Cuando se afecta el hemisferio no dominante pueden aparecer alteraciones visoespaciales y visoconstructivas.

Si la lesión es bilateral puede aparecer ceguera cortical, acromatopsia (incapacidad de percibir los colores), prosopagnosia (incapacidad para reconocer caras), agnosia visual (no reconocimiento de los objetos) acompañada de anosognosia visual, por lo que el paciente no reconocerá que no ve y síndrome de Balint caracterizado por la incapacidad para dirigir la mirada voluntaria y ataxia óptica con incapacidad para dirigir la mano con la mirada y desatención visual.

La arteria basilar irriga las zonas del cerebelo y el tronco cerebral. Puede originar el síndrome de Millard-Gubler caracterizado por hemiplejía y anestesia para la sensibilidad vibratoria contralateral .

La lesión bilateral de la base del puente causa el síndrome de cautiverio, donde el paciente tiene consciencia, pero solo conserva movimientos verticales oculares, con los que podría comunicarse, presenta anartria, disfagia y tetraplejía.

Si la oclusión afecta a las arterias cerebelosas se pueden producir alteraciones de la sensibilidad térmica y dolorosa contralateral y afectación de pares craneales.

Con esta descripción basada la localización anatómica de la lesión y en los territorios vasculares se ha pretendido, por una parte, dar una idea de la multitud de déficits que se pueden ocasionar después de un accidente cerebrovascular, y por otra, hacer una distinción entre la variabilidad de déficits que dependen de la localización de la lesión.

RELEVANCIA DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Todas las alteraciones y déficits que hemos mencionado anteriormente repercuten invariablemente en la vida de la persona que ha sufrido un Ictus. La presencia de alteraciones neuropsicológicas afecta a todos los niveles de la persona (nivel físico, sensorial, cognitivo, emocional y social). Estas alteraciones vienen acompañadas frecuentemente de numerosas pérdidas tanto personales como sociales. La pérdida de empleo o el abandono de los estudios como consecuencia de los déficits cognitivos, que le impiden realizar las actividades

que antes realizaba. La consecuente reducción de las actividades y relaciones sociales. Se trastocan los planes de futuro debido al deterioro de la independencia funcional, la necesidad de recibir ayuda de terceros para realizar ciertas actividades, que antes podía desarrollar por sí mismo. Todo esto junto con el desajuste que sufre la estructura del hogar, ya que deben adaptarse a la nueva situación del paciente, lo que supone la asunción de nuevos roles y la ruptura de la armonía familiar.

Para proporcionar información, acerca de las manifestaciones más comunes de dichos déficits y su repercusión en la vida y en las actividades diarias del paciente, a continuación, explicamos los déficits más frecuentes (motores, sensoriales y neurocognitivos), teniendo como guía la función o funciones cerebrales alteradas.

Alteraciones Motoras:

Las alteraciones motoras dependerán de las áreas cerebrales afectadas, pudiendo afectar al movimiento de muy diversa manera. Es posible que aparezcan alteraciones en el control motor, la coordinación de los movimientos, trastornos del tono muscular o incapacidad para mover algún miembro. La discapacidad que se deriva de la falta de movimiento de uno o varios miembros no se circunscribe solo al área concreta de la incapacidad para mover ese miembro o deambular, ya que se altera la autonomía personal del paciente, haciendo que este sea dependiente para actividades que antes realizaba de forma autónoma. Requiriendo ayuda de otras personas o de algún elemento de apoyo para poder desplazarse como puede ser una silla o un bastón.

Alteraciones del sistema de programación del acto motor:

También pueden aparecer alteraciones en la programación del acto motor, en las cuales el paciente presenta dificultades en la capacidad para realizar movimientos coordinados y destinados a un fin. Como son las alteraciones conocidas como apraxia, las cuales se caracterizan por la aparición de alteraciones en la planificación de los movimientos, pudiendo aparecer errores en la secuencia de estos, la omisión de algún paso,... Lo cual afectará al paciente a la hora de poder manipular objetos ya que la persona presentará errores en la producción de los movimientos colocando las manos de forma incorrecta a la forma de un objeto que desea usar, o desplazándolas de forma inadecuada, realizará movimientos exagerados o desproporcionados ocasionándole dificultades para realizar los movimientos necesarios para utilizar dicho objeto de forma adecuada.

Estas alteraciones repercutirán en actividades de la vida diaria tan comunes como comer con cubiertos, asearse, peinarse o vestirse. Requiriendo la persona ayuda de terceros para realizarlas, además de en la imagen personal de la persona, ya que se incapaz de realizar actos que antes realizaba y ahora no puede realizar o necesita ayuda de los demás, con el consecuente perjuicio a la imagen de sí mismo y de su autonomía.

Alteraciones sensoriales:

Toda la información que reciben nuestros cinco sentidos es analizada por nuestro cerebro, por lo cual, toda la información que proviene de nuestros sentidos es susceptible de ser alterada tras una lesión cerebral, provocando posibles:

- **Alteraciones visuales.** Tras una lesión cerebral, pueden aparecer alteraciones de la agudeza visual, alteraciones en la discriminación de las formas de los objetos o de la profundidad del espacio.
- **Agnosias visuales**, en las que el paciente no es capaz de reconocer objetos o caras de forma visual. Esto le ocasiona numerosas dificultades para el paciente ya que puede ser incapaz de identificar los objetos y por lo tanto incapaz de saber su uso, también presentará dificultades para emparejar dibujos o copiarlos.
- Otro tipo de alteraciones pueden ser la **hemiagnosia**, en la que el paciente pierde una parte de su campo visual, con los consecuentes peligros que esto le puede ocasionar debido a la imposibilidad de ver parte de los estímulos de su campo visual.
- **Ceguera cortical**, en la que el paciente no percibe estímulos a nivel visual a pesar de que sus órganos encargados de la visión se encuentran en perfecto estado.
- **Prosopagnosia**, en la cual el paciente es incapaz de reconocer las caras de sus familiares e incluso en ocasiones las de sí mismo.
- **Alteraciones en la percepción espacial.** El paciente puede presentar dificultades para reconocer los límites tanto del cuerpo como del espacio en el que se encuentra. Lo cual le ocasiona dificultades para vestirse, utilizar objetos en relación con el cuerpo (peine, cubiertos, cepillo de dientes,...) o desorientación topográfica en lugares conocidos.

- **Alteraciones en el tacto**, ya sea de la temperatura, como de la textura o el dolor, lo cual ocasiona graves problemas a la persona, ya que no es capaz de distinguir la temperatura del agua de la ducha, por ejemplo, o de sentir la presión que ejerce su cuerpo sobre un objeto.
- **Alteraciones del gusto**, las cuales pueden ir desde la no identificación de sabores a la no detección de los mismo, por lo cual la persona no sabría identificar o no encontraría sabor alguno a lo que está consumiendo. Esto podría ocasionarle problemas por la ingesta de alimentos en mal estado.
- **Alteraciones del olfato**, presentan diferentes grados, que pueden ser desde la no detección de algunos tipos de olores a no poder oler o identificar ninguno. La no identificación de olores como el olor a gas o a sustancias tóxicas, puede ocasionar que la persona se vea envuelta en situaciones que le podrían ser dañinas.
- **Alteraciones en la audición**. Como en todos los sentidos, la alteración puede ir desde una disminución en la capacidad de audición hasta una sordera cortical profunda, en la cual el paciente no es capaz de oír a pesar de que sus órganos de los oídos se encuentran perfectamente. También puede ocurrir, una agnosia para determinados sonidos como la música, en la cual el paciente no es capaz de distinguir determinados sonidos o reconocer su significado.
- **Alteraciones neurocognitivas**. Como comentamos anteriormente, el funcionamiento del cerebro se basa en redes neuronales, las cuales interconectan las diferentes áreas cerebrales, haciendo posible que se den todos los procesos cognitivos. Cualquier alteración, en cualquier punto de esta intrincada red neuronal, tendrá repercusiones en mayor o menor medida en las funciones cerebrales. Una lesión, puede ocasionar daño en una función concreta, pero esta también puede afectar de forma indirecta a otras funciones, dada la interrelación que existe entre ellas.
- **Alteración de las funciones atencionales**. La atención, es una función básica para nuestro organismo. Es el proceso encargado de dar acceso a la información además de actuar como filtro seleccionando secuencialmente los estímulos, dando acceso o prioridad a los que son necesarios y desechando los irrelevantes.

El mecanismo de la atención es un proceso complejo que se compone e interactúa con otros sistemas. Esto hace posible que la persona sea capaz de focalizar, seleccionar, sostener, alternar y dividir su atención, además de permanecer alerta a los diferentes estímulos externos e internos.

Estos procesos pueden verse afectados y provocar :

- **Alteración del nivel de alerta.** Para que la atención funcione de un modo eficaz, es necesario que la persona presente un grado de activación de suficiente intensidad, para que el organismo procese la información. La alteración del grado de alerta se puede dar en varios niveles desde la pérdida de consciencia o el coma en la cual hay una falta total de reacción ante los estímulos a tendencia a la somnolencia u obnubilación, en la cual la persona presenta nula o muy baja respuesta a los estímulos y por lo tanto no puede responder correctamente a las demandas del entorno.

- **Alteración en la atención selectiva-sostenida.** La alteración de la capacidad de seleccionar los estímulos, es decir inhibir la entrada de los estímulos irrelevantes o distractores y atender a los estímulos importantes. Le ocasiona a la persona dificultades para responder adecuadamente a las demandas del entorno, además de provocarle dificultades para concentrarse, ya que no puede mantener su atención en la misma tarea mucho tiempo, sin que otro estímulo capte su atención o sin que decaiga la atención como consecuencia del cansancio. Esto provoca que la persona disminuya su rendimiento en numerosas tareas como pueden ser estudiar o simplemente mantener una conversación con otra persona, sobre todo cuando hay ruido u otros estímulos de fondo. También le supondrá dificultades para centrarse en el desarrollo de una película o cualquier actividad que demande una cierta concentración. Como consecuencia la persona, mostrará gran cansancio, pues le supone gran esfuerzo atender y codificar lo que está ocurriendo cuando hay varias fuentes de estímulos alrededor. Esto hace posible que no sea capaz de entender la totalidad de la información que se le está presentando, puesto que no está recabando toda la información necesaria, y también es posible que la persona se aburra rápidamente si está viendo una película, no comprenda lo que se le quiere decir o que no recuerde aspectos de una conversación o historia.

La alteración de la atención selectiva, le supondrá dificultades para seleccionar la información importante e inhibir la información irrelevante. Realizar cualquier tarea, le producirá gran cansancio y esfuerzo. Esto le ocasionará problemas a la hora de trabajar o estudiar en ambientes ruidosos o con otros compañeros o atender a una conversación cuando hay otros estímulos como el ruido de la televisión de fondo o si se encuentra en un entorno con más personas alrededor. Ya que, para el paciente, atender a los estímulos importantes, si existen distractores a su alrededor, le dificultan atender a lo realmente importante.

- **Alteraciones en la atención alternante o en la atención dividida.** Las dificultades para desengancharse de un estímulo y poder atender a otro o para atender a dos estímulos a la vez de forma eficiente, generan en la persona numerosas dificultades para realizar muchas de las actividades que realizamos en la vida cotidiana como pueden ser conducir, cocinar o cuidar de los hijos,... Ya que estas tareas implican atender rápidamente a varios estímulos o hacerlo a dos a la vez con la misma eficacia. Esto puede ocasionar mayor lentitud al realizar las tareas, ya que no podrá encargarse de varias a la vez o incluso tener que abandonar actividades que demanden cambiar frecuentemente de foco atencional o atender a dos estímulos a la vez.

- **Alteraciones en las asimetrías atencionales.** Es posible que tras determinadas lesiones, la persona presente algunos tipos de asimetrías atencionales como es la heminegligencia. La más frecuente es la hemiatención visual, en la que paciente ignora su campo visual izquierdo y no responde a ningún tipo de estímulo que provenga del lado izquierdo, llegando a ser incapaz de comer un alimento situado en la mitad izquierda o atender a una persona cuando le habla desde el lado izquierdo.

La atención además es una función base para que se den muchos otros procesos cognitivos. A menudo, los déficits atencionales son confundidos con déficits de memoria. La persona o sus familiares se quejan de que no son capaces de recordar detalles, como por ejemplo dónde colocaron cierto objeto. Estos fallos que parecen ser de memoria, en realidad son problemas de atención. La pérdida de información, en este ejemplo se debe a una reducción del tiempo de atención necesario para recordar dónde coloqué tal objeto.

Sufrir déficits de atención al paciente, le supone que la información no acceda en la totalidad a sus centros de procesamiento y esto interfiere en otros procesos mentales.

Alteraciones de la memoria:

La memoria es la función encargada de registrar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información almacenada.

En todo caso, nuestra memoria contiene nuestra propia historia personal, nuestras vivencias, nuestros gustos, nuestros conocimientos o nuestras habilidades. Perder nuestra memoria supone perder parte de nuestra historia de vida. Esto conlleva mucho dolor y sufrimiento para las personas que

se encuentran alrededor del paciente y para él mismo. También es posible que el paciente no sea consciente de sus déficits de memoria, por lo que las quejas de sus familiares, sobre sus déficits, le pueden causar desconcierto e incompreensión.

Como comentamos anteriormente, la memoria es un proceso complejo, que se divide a su vez en varios tipos de memoria, cada uno especializado en un tipo de información y localizado en diferentes áreas cerebrales. Esto posibilita, que la lesión en una de estas áreas no implique necesariamente daños en otros tipos de memoria y que las alteraciones de la memoria sean muy variadas, desde fallos en el recuerdo de eventos pasados o dificultades para recordar un evento o una cita futuras, dificultades para almacenar nueva información o para aprender nuevas habilidades,...

Los Ictus isquémicos y hemorrágicos frecuentemente pueden dar lugar a síndromes amnésicos específicos como:

- **Amnesia anterógrada**, que supone la alteración en el almacenamiento de nuevos recuerdos tras el accidente cerebro vascular. La persona será capaz de recordar eventos anteriores al Ictus, pero no así los sucesos ocurridos después de este. Porque la persona será incapaz de retener nueva información y/o presentará alteraciones en la capacidad para aprender nuevos conceptos o procedimientos.

- **Amnesia retrógrada**, que supone una alteración en la recuperación de los recuerdos y vivencias anteriores a sufrir el accidente cerebro vascular. Así pues, la persona es capaz de almacenar nueva información y recordarla, pero no podrá hacerlo con la información pasada.

Aunque también es posible que se den otro tipo de alteraciones como, por ejemplo:

- Alteraciones en la memoria semántica, la cual supone el olvido de conocimientos como el nombre de las personas conocidas, nombres de lugares, calles o ciudades,...

- Alteraciones en la memoria episódica supone el olvido del lugar donde se ha aparcado el coche, donde se han dejado objetos de uso cotidiano como el teléfono móvil, las llaves,... Además de episodios de su vida como las anteriores vacaciones o encuentros con personas o familiares.

- Alteraciones en la memoria prospectiva suponen supone el olvido de eventos que ocurrirán en un futuro como las citas médicas o con familiares, fechas de eventos,... o los alimentos que se deben comprar próximamente.

La memoria es la función neuropsicológica cuyos trastornos suelen durar y presentarse por largo tiempo; lo que causa serias limitaciones en el paciente, que en ocasiones sólo pueden ser solventadas con ayudas externas como el uso de agendas o diarios.

Alteración de las funciones ejecutivas:

Como se indicó anteriormente, las funciones ejecutivas, son las funciones superiores que nos permiten tomar decisiones, planificar los pasos a seguir para conseguir un objetivo o razonar sobre nuestros actos y anticiparnos a las posibles consecuencias.

La alteración de este tipo de funciones puede causar alteraciones de muy diversa índole, como pueden ser:

- Dificultades para tomar decisiones o seguir los pasos establecidos para llegar a una meta, por abandono u olvido de los mismos o cambio u olvido del objetivo. Esto repercute en la vida diaria de la persona en aspectos tan sencillos y cotidianos como elegir la ropa que se va a poner o establecer un plan y seguir los pasos adecuados para preparar un desayuno. Originando que la persona requiera de ayuda externa para guiar su conducta.

- Dificultades para resolver problemas de mayor complejidad o sobre los que no existía experiencia previa y por lo tanto una solución conocida. A la persona le costará encontrar una solución razonable a nuevos problemas y es posible que desee solucionarlo con alguna solución que conozca de antemano, pero posiblemente ineficaz para dicha situación.

Además, pueden aparecer alteraciones para autorregular su comportamiento y monitorizar sus actos. Cambios de personalidad, la persona se muestre más apática, desmotivada, sin energía o todo lo contrario puede presentar dificultades en la inhibición de impulsos que le llevan a no controlar sus actos, como decir comentarios inapropiados o presentar conductas excesivas como comer, gasto excesivo de dinero, hipersexualidad,... Es posible que se muestre más persistente e inflexible en sus ideas y le cueste cambiar de opinión, siendo muy difícil razonar con ella.

Alteración en la conciencia del déficit (anosognosia):

En ocasiones, el paciente y/ o las personas que le rodean, tienen un bajo nivel de conciencia de los déficits y limitaciones que presenta el paciente después del Ictus. Llegando incluso a ignorar por completo las limitaciones que le supone su nueva situación y negando la existencia de ninguna dificultad o la necesidad de ayuda. La ausencia de conciencia por parte de los familiares y del paciente afecta a todas las esferas del paciente, pudiendo llegar incluso a poner en riesgo su vida, si no se toman en serio las medidas pertinentes de medicación o supervisión de sus actos y también especialmente afecta a su recuperación, ya que no aprecian la necesidad de recibir una rehabilitación para promover la mejoría de los déficits.

Alteraciones del habla y del lenguaje:

El lenguaje es una función compleja que ha ido evolucionando con el ser humano y que hoy en día es esencial para nuestro desarrollo en sociedad puesto que, nos permite expresarnos, comunicarnos con otras personas, aprender y transmitir aprendizajes, comprender, leer o escribir.

Las alteraciones del lenguaje debidas a un accidente cerebro vascular, pueden ser de diferentes tipos en función de si se produce una afectación de la voz, el habla, el lenguaje, la escritura o la lectura.

Las alteraciones de habla y del lenguaje están descritas con más detalle en el apartado “Alteraciones del habla y del lenguaje” en esta misma publicación.

8

EL CUIDADOR PRINCIPAL, UN PILAR FUNDAMENTAL

Cuando algún miembro de la familia sufre un Ictus, su influencia va más allá de la propia persona afectada, las consecuencias también repercuten en el núcleo familiar. Tanto la persona afectada como sus familiares más cercanos deberán ir haciendo frente a los cambios, a las situaciones nuevas que se pueden producir, tendrán que ir adaptándose a convivir con el Ictus. Todo esto, puede generar un alto nivel de estrés en la familia, que cada uno de sus miembros deberá canalizar de la forma más positiva posible, con el fin de lograr que la enfermedad no provoque una ruptura familiar.

En la mayoría de las ocasiones el Ictus genera una serie de secuelas, dependiendo de la gravedad de estas la persona afectada puede convertirse en una persona “dependiente”, es decir, necesitará la ayuda de otra u otras personas para realizar las tareas de la vida diaria. Esta dependencia no es uniforme, dependerá del nivel de afectación y de la fase del Ictus en la que se encuentre.

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR

Cuidar es una situación que muchas personas pueden vivir a lo largo de su vida. Cada experiencia de cuidado es única ya que depende de diversos factores como, a quien se cuida, del cuidador, de porqué se cuida, de la relación previa con la persona cuidada, del grado de dependencia, etc.

Los cuidadores, son aquellas personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a conseguir que otras puedan adaptarse a las limitaciones de su discapacidad funcional, ayudándoles en su vida diaria y atendiendo sus necesidades físicas y emocionales. El perfil de dicho cuidador se mantiene estable, aunque pueda ir cambiando al igual que la sociedad. Generalmente es un familiar cercano, esposa/o, hija/o, o alguien muy significativo, que progresivamente va asumiendo la gran mayoría de las tareas de cuidar, hasta llegar a dedicar, en algunos casos, las 24 horas

del día. Mayoritariamente, esta tarea recae en mujeres del entorno familiar (parejas, hijas, madres,...), que tienen un parentesco directo con la persona que cuidan, conviven en el mismo espacio y no reciben ninguna prestación económica por los cuidados que ofrecen. Evidentemente, este perfil no se cumple en el 100% de los casos, variará en función de las características y la situación de cada persona afectada y sus familiares. Lo más favorable sería que el cuidado fuese una labor compartida por toda la unidad familiar, pero normalmente hay una persona sobre la que va a recaer la mayor parte del trabajo y de las responsabilidades de la tarea de cuidar, la que principalmente asume este papel, estamos hablando del **“Cuidador Familiar”**.

El cuidado implica múltiples actividades y será más extenso dependiendo del nivel de afectación. Algunas de las más frecuentes que suelen darse en la mayoría de los casos, son:

- Ayuda a la higiene personal.
- Ayuda en actividades de la casa (cocinar, lavar, planchar, limpiar, etc.).
- Ayuda para las movilizaciones.
- Ayuda para el desplazamiento en el interior y fuera del hogar.
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio.
- Ayuda para realizar gestiones fuera de casa.
- Supervisión en la toma o aplicación de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Ayuda en la alimentación.
- Ayuda en la comunicación.
- Hacer muchas “pequeñas cosas” como, por ejemplo, llevar un vaso de agua.

En muchos casos todas estas tareas y otras tantas son llevadas a cabo, en su mayoría, por una sola persona. Con frecuencia el cuidador principal no es consciente, cuando se inicia el cuidado, de que va a ser la persona sobre

la que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y de las responsabilidades. Tampoco de que esta situación puede prolongarse y vaya a requerir un progresivo aumento en su dedicación de tiempo y energía. Así, la persona va a ir integrando, poco a poco, su nuevo papel de cuidador en su vida diaria y esta puede verse limitada por la tarea de cuidar.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL CUIDADO EN EL CUIDADOR

La experiencia de cuidar a un familiar, a un ser querido, puede ser una de las experiencias más satisfactorias y gratificantes que vivan los cuidadores a lo largo de su vida; pueden descubrir, en ellos mismos, cualidades positivas hasta entonces desconocidas (capacidad de entrega, solidaridad, empatía, comprensión, mayor sensibilidad, capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes, etc.). Pero también puede ser una labor muy solitaria e ingrata, que genere muchos sentimientos y pensamientos negativos. Por lo tanto, puede tener consecuencias de distinto tipo, tanto a nivel personal del cuidador, como a nivel familiar de todos los miembros que forman parte de la familia.

En la tarea de cuidado hay muchos factores que producen estrés a la hora de afrontarlos, que pueden verse agravados si la persona presenta estilos de comportamientos con niveles elevados de ansiedad y escasas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

La persona cuidadora, con frecuencia, siente que, de una u otra manera, todos los aspectos de su vida se han visto afectados, incluso algunos han quedado anulados. También que su salud se ha resentido (numerosos estudios así lo confirman), que no dispone del tiempo suficiente para realizar actividades, incluso para disfrutar de su tiempo libre, etc. Algunos de los cambios que va a experimentar el cuidador son:

- **Cambios en las relaciones familiares:** éstas, se van a ver influenciadas por muchos factores y va a depender de quien sea la persona cuidada y la modificación de roles que se tenga que hacer dentro del núcleo familiar.

En estos casos, es fundamental la comunicación, la toma de decisiones conjuntas entre la familia y la persona cuidada, la ayuda que reciba el cuidador y el reconocimiento de todo el trabajo que realiza.

- **Alteración de la rutina diaria:** se producen cambios que no son siempre bien aceptados, lo que puede dar lugar a rechazo y descontento, fomentando a medio-largo plazo un sentimiento de culpa.

- **Cambios en la salud física y mental:** el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado es algo muy frecuente entre los cuidadores. Pero no es sólo una sensación, hay estudios que así lo confirman, los cuidadores tienen peor salud que el resto de los miembros de la familia, además de tener un mayor riesgo de padecer problemas orgánicos y fisiológicos, como dolores musculares, problemas gastrointestinales, patologías cardiovasculares, alteraciones del sistema inmunológico, alteraciones del sueño, problemas dermatológicos,... por lo que visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades.

Así mismo, la salud mental de los cuidadores se ve afectada, incluso más que la física, con ansiedad, ataques de pánico, síntomas depresivos, hipcondría, pensamientos obsesivos, sobreimplicación emocional con la persona afectada, hostilidad, irritabilidad, comportamientos obsesivos y repetitivos (ej.: obsesionarse con la limpieza), descuidan su imagen y cuidado personal, desatienden su actividad laboral, sus amistades e incluso sus relaciones conyugales, consumo excesivo de alcohol, café, tabaco, ansiolíticos e hipnóticos,...

Algunos problemas físicos son reflejo de los psicológicos y se convierten en síntomas psicosomáticos, como falta o exceso de alimentación, trastornos de memoria y concentración, sudoración, palpitaciones, problemas gástricos, alergias, fatiga crónica, dolor de cabeza, etc.

- **Cambios laborales:** para muchos cuidadores no resulta fácil compaginar el cuidado con el trabajo. En muchas ocasiones se ven obligados a reducir su jornada laboral o incluso a abandonar el trabajo.

- **Dificultades económicas:** también es frecuente, que como consecuencia de la pérdida de empleo o de la reducción de este, unido a la discapacidad de la persona cuidada, los ingresos económicos se vean disminuidos, con las dificultades que esto conlleva, ya que normalmente los gastos familiares suelen aumentar debido a las necesidades que genera una situación de discapacidad.

- **Cambios en el tiempo libre:** el cuidado de una persona dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Así, el cuidador reduce, muy frecuentemente, sus

actividades de ocio y tiempo libre. En muchas ocasiones, esto ocurre incluso por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica tiempo a sí mismo está abandonando su responsabilidad. Lo cierto es que esta disminución de actividades sociales gratificantes está muy relacionada con sentimientos de tristeza y aislamiento que pueden darse en el cuidador principal.

• **Cambios del estado de ánimo:** los cuidadores pueden experimentar sentimientos positivos por la satisfacción de cuidar a un ser querido. Pero también muy frecuentemente pueden experimentar consecuencias psicológicas negativas:

- Sentimientos de enfado e irritabilidad, porque perciben su situación como injusta o porque no sienten reconocido su esfuerzo.

- Sentimientos de preocupación y ansiedad por la salud de su familiar, por su propia salud, por los conflictos familiares que se generan, por la falta de ayuda, etc.

- Sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión, que pueden ser debidos a muchas causas, como por el avance de la EM en su familiar, por la disminución de su tiempo libre, etc.

- Sentimientos de culpa por diversas razones: por pensar que no hace todo lo que puede, por enfadarse con la persona cuidada, por descuidar otras responsabilidades (por ejemplo, no dedicarles más tiempo a sus hijos o a su marido/esposa, por no poder ocuparse de todas las tareas de la casa, etc.).

Todos estos cambios en tantos aspectos pueden provocar **Agotamiento Emocional** en el cuidador. Este se define como “el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional”.

Cuando este desgaste emocional y físico es muy profundo, se conoce como **Síndrome de Burnout**. El cuidador que suele sufrir este síndrome es aquel al que la tarea de cuidar le ocupa la mayor parte de su tiempo, lo hace en solitario y durante muchos años, con estrategias de afrontamiento pasivas e inadecuadas habilidades de resolución de problemas.

Este síndrome se produce por el estrés continuado debido a la realización de tareas monótonas y repetitivas, con una sensación de falta de control sobre el resultado final de las mismas y que puede llegar a agotar las reservas psico-

lógicas y físicas del cuidador. Todo esto provoca que desarrolle sentimientos negativos hacia sí mismo, hacia la persona cuidada, hacia la labor que desarrolla, aparece la desmotivación, depresión, angustia, fatiga y agotamiento no relacionadas con las tareas, irritabilidad, comportamientos ineficaces, sensación de sentirse desbordado y no poder más.

Con todo este tipo de estrés las situaciones conflictivas se repiten una y otra vez y el cuidador siente que ya no puede dar más de sí mismo.

A todos estos sentimientos se suma que los cuidadores piensan que pueden solos con todo, por lo que aumenta aún más el estrés, cuando lo práctico para no “quemarse” es tener el apoyo real y emocional de otras personas.

Cuando se produce esta sobrecarga y las consecuencias asociadas a ella, el cuidador debe conocer la influencia que los factores negativos tienen sobre su vida, intentando buscar y aplicar soluciones para mejorar la situación, con el fin de disfrutar de los aspectos positivos que ofrece la tarea de cuidar, y con ello proporcionar los mejores cuidados a la persona en situación de dependencia.

La mejor manera de prevenir el agotamiento emocional que la situación de cuidado puede generar, provocando todo lo anteriormente comentado, es recordar la primera obligación que tiene una persona al cuidar a otra, y es “cuidar de sí mismo y conocer cómo puede prevenir el desgaste emocional y físico”, con el fin de mantener su calidad de vida.

EL AUTOCUIDADO

El autocuidado se define como *“todas aquellas actitudes y acciones que adopta el cuidador familiar, que van encaminadas a valorarse a uno mismo, quererse y cuidarse”*. El objetivo es mantener y mejorar la propia salud física y mental.

Muy frecuentemente, los cuidadores se olvidan de sus propias necesidades en beneficio de las de la persona que cuidan, lo que en muchas ocasiones y como consecuencia de ello, puede producir el agotamiento emocional del que hablamos, con síntomas como pensamientos erróneos, soledad y aislamiento, insomnio, problemas físicos, ansiedad, depresión,...

Un análisis de uno mismo y de las circunstancias de la situación del cuidado, incluyendo los cambios producidos en su vida, son elementos fundamenta-

les para saber si el cuidado del familiar está provocando situaciones negativas. Existen una serie de síntomas que pueden indicar al cuidador si está sufriendo agotamiento y/o estrés. Algunos de estos síntomas son:

- Pérdida de energía, cansancio continuo.
- Aumento o disminución del apetito.
- Problemas de sueño (por exceso o por defecto).
- Aislamiento social.
- Pérdida de interés por las actividades habituales o por las personas que anteriormente le resultaban agradables.
- Consumo excesivo de medicamentos para dormir u otros, de bebidas alcohólicas, con cafeína...
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Cambios bruscos de humor, mayor irritabilidad, enfadarse más fácilmente, tratar a otros familiares e incluso a la persona cuidada de forma menos amable y considerada de lo habitual.
- Problemas físicos (palpitaciones, molestias digestivas) y psicológicos, en ocasiones, no admitiendo la existencia de dichos problemas.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Ansiedad.
- Aparición de sentimientos depresivos, nerviosismo y dificultad para superarlos.

Cuando aparecen estos síntomas, en mayor o menor medida, dependiendo de cada cuidador, éste debe pararse a pensar, darse cuenta de la importancia que tiene cuidar de sí mismo y aprender cómo puede hacerlo.

Muchos cuidadores se sienten culpables por pensar en atender sus propias necesidades, no se dan cuenta que cuidándose a sí mismos están cuidando mejor a su familiar. Los cuidadores que tengan satisfechas sus necesidades de descanso, ocio, apoyo emocional, etc., dispondrán de más energía y mayores herramientas físicas y psicológicas para cuidar de la persona afectada.

Pero el cuidador no debe cuidar de sí mismo únicamente con el objetivo de cuidar mejor de su familiar, ya que así el cuidado, a la larga, será esporádico e ineficaz. El cuidador debe respetarse a sí mismo, debe ver su vida tan digna como la de la persona a la que está cuidando.

HERRAMIENTAS PARA UN MEJOR CUIDADO DE SÍ MISMO

Una vez que el cuidador es consciente de la necesidad de cuidar mejor de sí mismo, existen algunas medidas que pueden poner en práctica para conseguirlo y que la tarea de cuidado sea lo más satisfactoria posible.

• **Organización del tiempo:** todas las situaciones de la tarea de cuidar pueden provocar problemas de falta de tiempo o de organización de este. El cuidador siente que su vida social, laboral y familiar, se ve afectada o incluso puede quedar anulada por dichas situaciones. Este aspecto tiene una gran importancia en la autovaloración de su labor, porque cuando las actividades no pueden compaginarse con su vida diaria o requieren de la mayor parte de su tiempo e incluso, en ocasiones, de una disponibilidad permanente, provocará un aumento de la “sobrecarga” del cuidador.

Para superar estos problemas, el cuidador familiar debe aprender a organizar y planificar su tiempo:

- Valorar la situación en cada uno de sus aspectos, tanto de la persona cuidada como de él/ella mismo/a.
- Enumerar las tareas, estimando el tiempo necesario para cada una de ellas, con el fin de ordenarlas según su importancia y urgencia. Puede ser útil hacer una lista con cada una de las tareas con el fin de puntuarlas en importancia y urgencia.
- Establecer una rutina de actividades, intentando integrarlas en su vida diaria. También puede ser útil, realizar un listado con las tareas diarias, incluyendo alternativas a las mismas, ya que pueden aparecer imprevistos.

Esta planificación del tiempo necesitará de revisiones y modificaciones continuas ya que, a lo largo del cuidado, irán apareciendo nuevas actividades u otras dejarán de ser importantes.

La planificación del tiempo facilitará la vida diaria del cuidador familiar. Pero también puede tener en cuenta otros aspectos para aprovecharlo mejor:

- Dar prioridad a las tareas más importantes.
- Anotar las tareas que no se pueden olvidar.
- Organizar las actividades compaginando las tareas del cuidado con otras que le permitan salir del hogar.
- Hacer algún descanso para relajarse entre actividad y actividad. Estos descansos deben tenerse en cuenta cuando se haga la planificación del tiempo.
- Pedir ayuda, sin esperar a que otras personas adivinen las necesidades del cuidador familiar. Buscar apoyo en otros familiares y amigos.
- Informarse sobre la enfermedad, sobre los recursos y servicios que prestan las administraciones y las asociaciones.
- Intentar seguir manteniendo amistades y realizar actividades gratificantes.
- Buscar tiempo para uno mismo, aunque sea poco a la semana, y tratar de ocuparlo con alguna actividad de disfrute.
- Llevar hábitos de vida saludables: alimentación equilibrada, ejercicio moderado, descanso...

ASPECTOS EMOCIONALES DEL CUIDADO

El cuidador también debe aprender a sentirse mejor con la multitud de sentimientos y sensaciones que aparecen unidos a la situación del cuidado. Algunos de estos sentimientos son positivos y fomentan el bienestar del cuidador. Otros en cambio, son negativos, como la tristeza, pensamientos erróneos, soledad y aislamiento, ansiedad, insomnio, conflictos familiares, etc., e interfieren en los cuidadores empeorando su calidad de vida y dificultando las tareas del cuidado.

Como punto de partida, el cuidador debe reconocer sus sentimientos negativos y una vez que se produzca este reconocimiento debe controlarlos.

El primer paso para aprender a manejarlos es reconocer que se tienen y aceptarlos como normales y lógicos en determinadas situaciones. Los cuidadores pueden empezar por reconocer que:

- Es normal tener emociones negativas dirigidas a la situación en la que se encuentran, hacia la persona afectada y hacia sí mismos. Estos sentimientos son legítimos.
- Lo deseable es no tenerlos, pero una vez que aparecen se debe ser consciente de ellos, reconocerlos, aceptarlos y por último saber cómo controlarlos.
- Reconocer y aceptar las sensaciones negativas, es un primer paso muy positivo para aprender a manejarlas.
- Algo importante que influye en la aparición de los sentimientos negativos, es la interpretación personal de la situación de cuidado por parte del cuidador y la forma de enfrentarse a ella, así como los recursos y el apoyo con los que cuenta para afrontarla, que ayudarán a la aparición de sentimientos en uno u otro sentido.
- El apoyo de la familia, hablar de lo que uno/a piensa o siente, acudir a grupos de ayuda mutua, contar con amigos, hacer ejercicios, descansar, etc., son aspectos primordiales que ayudan a enfrentarse al cuidado.

Algunos de los aspectos negativos que pueden surgir y que hay que tratar para mejorar la esfera emocional y personal del cuidador familiar:

ANSIEDAD. La ansiedad forma parte de nuestra vida y es normal y saludable, nos hace estar alerta en situaciones de peligro o en otras más intensas a nivel emocional. Pero puede convertirse en un problema cuando aparece en situaciones que no generan tal peligro o cuando esta perdura en el tiempo. Hay síntomas que pueden alertar al cuidador principal de que la ansiedad está convirtiéndose en un problema:

- Sensación de falta de aire.
- Sensación de atragantamiento.
- Palpitaciones-taquicardia.
- Dolor en el pecho.
- Sudoración excesiva.

- Temblor.
- Miedo a perder el control.
- Sequedad en la boca.
- Mareo.
- Náuseas.
- Irritabilidad.
- Sensación de hormigueo en alguna zona.
- Acaloramiento o escalofríos.

Hay algunas técnicas que también pueden ayudar a controlarla:

- Controlar la respiración, para reducir los niveles de estrés, mediante unos ejercicios respiratorios.
- Técnicas de relajación.
- Intentar distraer los pensamientos que nos hacen sentir mal, dirigiendo nuestra atención en lo que está sucediendo a nuestro alrededor, ocuparnos en actividades mentales, practicar algún ejercicio físico, etc.
- Controlar los pensamientos negativos que nos provocan la ansiedad.

LA DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR. Cuidar de un familiar dependiente puede generar, como ya se ha mencionado, sentimientos negativos que, en cierta medida, son comprensibles ya que la situación que está viviendo puede llegar a ser muy difícil de sobrellevar. Sin embargo, cuando estos sentimientos son de gran intensidad, perduran en el tiempo y generan un elevado malestar, se convierte en depresión.

Si el cuidador padece algunos de los siguientes signos (mínimo tres de ellos), tendrá que estar alerta, ya que puede estar sufriendo una depresión, deberá tomar medidas cuanto antes y ponerse en manos de un profesional, para poder solucionarlo lo antes posible:

- Tristeza.
- Apatía ante las actividades que antes le agradaban.

- Aislamiento.
- Ganas de llorar en varias ocasiones a lo largo del día.
- Agotamiento físico y psicológico.
- Pensamientos negativos.
- Ideas de muerte.
- Cambios de humor, irritabilidad.
- Susceptibilidad ante ideas o diferentes puntos de vista de otras personas.
- Problemas de sueño.
- Abandono del aspecto físico.
- Alteraciones alimenticias.

Hay algunas pautas que el cuidador puede utilizar para luchar contra la depresión:

- Organizar las actividades con antelación, planificar el tiempo.
- Reflexionar antes de actuar.
- Buscar algún momento en el día para disfrutar de uno/a mismo/a.
- Pedir ayuda para sobrellevar el cuidado, sin esperar a que las otras personas la ofrezcan, porque quizás los demás no saben cuándo la necesita.
- No dejar que el aislamiento esté dentro de la rutina diaria, seguir manteniendo las relaciones sociales.
- Plantear alternativas realistas, que puedan llevarse a cabo, conociendo nuestros límites.
- Valorar nuestro trabajo bien hecho y perdonarnos por equivocaciones o fallos que se puedan cometer, ya que lo estamos haciendo lo mejor posible.
- No castigarnos por tener algunos sentimientos negativos.
- Tener presentes nuestras propias necesidades, es fundamental para seguir adelante.
- Evitar malentendidos, preguntando directamente y no interpretando negativamente cualquier comentario.

PENSAMIENTOS EQUIVOCADOS. La situación de cuidado puede generar pensamientos negativos erróneos, que aparecen de forma automática y que el cuidador considera ciertos. Para manejarlos, debe identificarlos, aceptarlos y posteriormente analizar porqué se tienen y reconocer sus limitaciones. Hay algunos recursos que se pueden utilizar para manejar dichos pensamientos:

- No maximizar las cosas.
- Hay cosas que se escapan de nuestro control y no podemos hacer nada, por lo tanto, no culparnos de ello.
- No adivinar los pensamientos de los demás.
- Respetar los diferentes puntos de vista, porque no siempre tenemos razón y puede que las opiniones de los demás nos puedan ayudar.
- La felicidad sólo depende de uno mismo.
- Cambiar la frase “Tengo que...” por “Intentaré...”.

OPTIMIZAR LA COMUNICACIÓN

En líneas anteriores ya hemos hablado de que una comunicación positiva es fundamental para una buena relación entre las personas, ayuda a prevenir y mejorar problemas. Recordamos que hay dos tipos de comunicación, la verbal (palabras y escritura) y la no verbal (gestos, tono de voz, posturas corporales, etc.). Ambos tipos deben ser coherentes y coincidir entre sí para que en su conjunto sea eficaz.

Dos aspectos fundamentales para mantener una comunicación positiva son:

- Saber escuchar, prestando atención al mensaje que nos quieren transmitir, no anticipando conclusiones, respetando los silencios, las pausas y mostrando interés por lo que nos dice la otra persona.
- Comprender al familiar, poniéndonos en el lugar de la persona cuidada, es decir, mostrando empatía y compartiendo sus sentimientos.

ÁREA FAMILIAR Y SOCIAL.

Como sabemos, cuando el Ictus afecta a una persona dentro del núcleo familiar, el resto de sus miembros se ven influidos por la misma y, con mucha frecuencia si se ha producido dependencia, es una única persona la que se encarga de la mayoría de las tareas del cuidado. Debe saber que no está solo, que tiene un entorno familiar y un grupo de amigos cercanos a los que puede y debe acudir.

El cuidador principal, se enfrenta a multitud de problemas, como el desgaste físico y emocional, reducción en el tiempo para dedicar a las relaciones familiares y sociales, aislamiento social, reducción o abandono de la vida laboral, etc. Ante esto, el cuidador principal debe aceptar la situación de cuidado, teniendo en cuenta las necesidades de la persona cuidada y lo que es fundamental, no olvidando las suyas propias, con el fin de convivir con ella de la forma más positiva posible.

Hay una serie de herramientas que el cuidador puede utilizar, tanto con la persona objeto de cuidado como con los otros miembros de la familia, para mejorar su entorno familiar y social:

• **Pedir ayuda**, los cuidadores no deben pretender hacer frente a todas las tareas y responsabilidades del cuidado, es muy útil pedir ayuda. Deben aceptar que:

- Cuidar de un familiar no es tarea de una sola persona.
- Pedir ayuda es cuidar mejor de la persona dependiente.
- Pedir ayuda no es signo de debilidad.
- El cuidador debe disponer de personas cercanas que puedan sustituirlo en todas sus tareas.
- No debe esperar que las otras personas le ofrezcan su ayuda, no siempre surge de manera espontánea, hay que “ganársela”, es decir, debe pedirla siempre que lo necesite.
- Deberá enseñar a otros miembros de su familia o personas cercanas (mínimo dos) como efectuar el cuidado y a mantener una actitud positiva con la persona afectada dependiente.

- La ayuda es necesaria para que el cuidador tenga momentos imprescindibles de respiro y descanso.

No todas las formas de pedir ayuda son igualmente eficaces, también hay que aprender a hacerlo para que podamos obtener los mejores beneficios para el cuidador y la persona cuidada.

• **Poner límites al cuidado:** para cuidar mejor de sí mismo el cuidador debe poner límites al cuidado. En algunas ocasiones, porque el mismo presta más ayuda de la necesaria y en otras porque el cuidador demanda más ayuda de la que necesita.

Hay que tener presente que uno de los objetivos es que la persona a la que se está cuidando sea lo más autónoma posible. Por lo tanto, cuando la actividad pueda realizarla por sí sólo el/la afectado/a y el cuidador le ayuda sin necesidad, está interrumpiendo el desarrollo de dicha autonomía. Éste debe potenciar sus capacidades al máximo, esto va a hacer que se sienta útil y que obtenga la máxima independencia posible.

Una ayuda excesiva tampoco es beneficiosa para el cuidador, ya que se está imponiendo a sí mismo una norma que es difícil de cumplir, porque realizar todas las tareas por sí sólo es complicado, sería un nivel de exigencia personal muy alto con consecuencias negativas (agotamiento físico y emocional, depresión, ansiedad, etc.). El cuidador debe tener una vida propia con actividades independientes al cuidado y que sean gratificantes, con el fin de favorecer su estado anímico y emocional, ya que así, ofrecerá un cuidado de mayor calidad.

También ocurre, que algunos/as afectados/as, al tener que soportar una situación no deseada exigen a las personas que les cuidan más ayuda de la que necesitan, debido con frecuencia, a la frustración que sus limitaciones le generan. El cuidador debe “decir no” de la forma más adecuada que no haga sentir mal a la persona cuidada.

Es fundamental establecer una comunicación fluida y positiva, siempre que sea posible, respetándose como personas y respetando las necesidades de los dos, teniendo en cuenta, que el mundo no puede reducirse a la relación que se crea entre ellos.

Lo ideal para el cuidador principal es poder contar con un respaldo familiar y social sólido, que sea un apoyo físico y mental, que le permita momentos de

esparcimiento y respiro. Con el hecho de compartir las tareas y las responsabilidades el cuidador siente que no es el único sobre el que recae el peso total del trabajo y de las decisiones tomadas.

También es aconsejable contar con personas de confianza, que no estén directamente implicadas en el cuidado, pero con las que se pueda hablar y que aporten un punto de vista objetivo sobre cualquier momento que se está viviendo.

Así mismo, es conveniente consultar siempre con especialistas para temas concretos que no se sepan abarcar, ya que nos ofrecerán una visión profesional de gran ayuda.

CUIDAR DE LA PROPIA SALUD

Los cuidadores suelen tener problemas físicos y psicológicos debidos a las exigencias que supone cuidar de una persona dependiente, por lo que el cuidador debe intentar mantener las mejores condiciones posibles en ambos niveles. Algunos aspectos que se pueden tratar para cuidar de la propia salud son:

- **Hacer ejercicio con regularidad:** es una forma de eliminar tensiones de la vida diaria. El ejercicio físico también ayuda a combatir la depresión.
- **Dormir lo suficiente:** la falta de sueño provoca mayor fatiga y tensión en el cuidador, que debe afrontar cada día multitud de tareas y responsabilidades. Dormir es una necesidad vital, por lo que el cuidador debe buscar las soluciones necesarias (pedir ayuda, planificar el tiempo, etc.), para conseguirlo.
- **Descansar:** las personas que cuidan de un familiar deben tomarse momentos de descanso en su día a día, ya que están sometidas a un esfuerzo continuo.

Hay muchas formas de descansar y desconectar un poco de la situación, sin tener que salir de casa o dejar a su familia, por ejemplo, hacer una breve interrupción en las tareas y descansar, mirar durante un tiempo por la ventana, pensar durante unos momentos en algo agradable, etc.

- **Evitar el aislamiento:** debido al exceso de trabajo y la falta de tiempo, muchos cuidadores se distancian de otros familiares y amigos. Este aislamiento

aumenta la sobrecarga y los problemas físicos y psicológicos. Es necesario que se disponga de algún tiempo libre para realizar actividades gratificantes, mantener relaciones sociales que aporten experiencias positivas, conservar aficiones e intereses, etc.

• **Salir de casa:** también es un hábito saludable dedicar algún tiempo a estar fuera de casa.

• **Organizar el tiempo:** la falta de tiempo es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores. Se debe intentar combinar de la mejor manera posible las obligaciones, las necesidades y la cantidad de tiempo. Aprovecharlo de forma más adecuada es una forma de vivir mejor. Para organizar el tiempo se pueden seguir las siguientes reglas:

- Preguntarse “¿Es necesario hacer esto?”
- Tener objetivos realistas.
- Contar con la ayuda de los otros miembros de la familia.
- Hacer participar en esta organización a la persona afectada.
- Elaborar un plan de actividades.

Desarrollar positivamente estos aspectos, va a beneficiar al cuidador para tener una mejor salud física y psicológica.

CONSEJOS ÚTILES PARA LLEVAR A CABO EL AUTOCUIDADO Y PREVENIR EL SÍNDROME DE BURNOUT

Algunos consejos o recomendaciones los hemos ido indicando a lo largo del este capítulo, pero no está de más recordarlos y ampliarlos con otros que pueden ser de mucha ayuda para un mejor bienestar del cuidador:

- **Informarse sobre la enfermedad.**
- **Conocer las necesidades** tanto de la persona cuidada como las propias.
- **Conocer los propios límites**, no abarcar solo el cuidado, desde el primer momento solicitar ayuda y colaboración a otras personas sin esperar que los

demás la ofrezcan. No pensar que se puede con todo. Ese “autosacrificio” total y absoluto no es lógico ni beneficioso. Hay que practicar un “egoísmo altruista”, es decir, cuidar de sí mismo para poder cuidar de los demás.

- **No sentirse culpable.** Aceptar que los sentimientos que tiene y que produce la situación que está viviendo, son normales. Ello hace que se sea consciente de los propios estados de ánimo, así como de los pensamientos que van relacionados con estos. Al tener este conocimiento también se consigue ser más indulgente con uno mismo.
- **Reconocer y pedir ayuda** beneficiará al cuidador, porque podrá distribuir mejor las tareas y tener tiempo de descanso y desconexión para sí mismo. Hay que admitir que otras personas que pueden cuidar igual de bien que uno mismo de su familiar.
- **Aceptarse a uno mismo**, sin echar la culpa a los demás porque las cosas vayan mal.
- **No convertir situaciones neutras**, no problemáticas e incluso no relacionadas con las tareas del cuidado, **en situaciones estresantes.**
- **No sobreproteger** a la persona afectada.
- **Potenciar la autonomía de la persona cuidada**, aunque realice las tareas de forma más lenta o no tan perfectas, con lo que reforzará la autoestima de esta y se liberará de determinadas responsabilidades.
- **Aprender a decir “no”**, explicando los motivos.
- **Marcar objetivos realistas a corto plazo**, de otro tipo serían frustrantes y aumentarían la negatividad de los sentimientos.
- **Priorizar las tareas y organizar el tiempo**, para hacerlas más productivas. La falta de tiempo es una de las causas más frecuentes de agobio. Ir cambiando las tareas para diversificar el trabajo.
- **Mantener hábitos de vida saludables:** hacer ejercicio físico con frecuencia, descansar, alimentarse bien,...
- **No centrar la vida únicamente en el cuidado** de la persona afectada, intentar compartir su tiempo en la dedicación de otras tareas que son también

importantes, dedicar tiempo a las aficiones y realizar técnicas de relajación, para mantener un óptimo estado mental.

- **Mantener relaciones sociales** con otras personas ajenas a la situación de dependencia.
- Potenciar y **reforzar las relaciones sociales de la persona dependiente**.
- **Tomarse un descanso** cuando se sienta agobiado y/o cansado.
- **Guardar un mínimo de tiempo** para asuntos propios.
- **Preguntar cualquier duda** o hacer cualquier consulta a **los especialistas** correspondientes.
- **Mantener una actitud positiva y realista** a la vez, sin dirigirla a los extremos de una u otra.
- **Conservar el optimismo y mantenerse motivado**, premiándose con los pequeños éxitos, que son muchos y muy frecuentes, y minimizando los fallos ya que todos los cometemos y forman parte de la vida.
- **Proporcionar cariño, respeto y dignidad a la persona en situación de dependencia y a uno mismo**.
- **Buscar los recursos** que las administraciones públicas y otras entidades puedan ofrecer.
- **Aceptar que** la vida es un proceso y que **hay algunas cosas que no se pueden cambiar**, aunque en algunos casos, si mejorar.
- **Considerar las situaciones complejas como una oportunidad de aprendizaje personal**, no sólo como una experiencia negativa y catastrofista.
- **Atender la propia salud** y cuidarse uno mismo, para poder cuidar mejor.
- **Relacionarse con personas que estén en la misma situación**, acudiendo a las asociaciones de afectados y familiares, ya que pueden servir de gran apoyo y ayuda.

*El cuidador es una persona
que merece ser atendido y
comprendido por los demás de
la mejor forma, pero también
por sí mismo, la persona
principal que merece lo mejor*



9

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

A lo largo de esta publicación, hemos hablado de diversos aspectos a nivel psicológico y neuropsicológicos relacionados con la persona afectada de un Ictus y sus familiares. En cada uno de los apartados aparecen reflejadas estrategias de afrontamiento que ayudarán a mejorar el momento personal que se está viviendo. Ahora vamos a exponer, de forma general, una serie de herramientas que al utilizarlas o ponerlas en práctica pueden favorecer el tener un mayor control de la situación y mitigar las sensaciones negativas de los cambios sobrevenidos, mejorando con ello la calidad de vida de las personas afectadas:

- **Estar informado de las consecuencias del Ictus**, así como de su proceso de rehabilitación. Del mismo modo informar al entorno más cercano, para que comprendan bien la situación.
- **Consultar siempre al neurólogo** ante cualquier duda o aparición de síntomas.
- **Potenciar una adecuada adherencia al tratamiento y a la rehabilitación**, para mejorar nuestra situación personal.
- **No compararnos con otras personas afectadas**, porque cada caso es diferente.
- **Organizar nuestro día a día**, simplificando y planificando las actividades que vayamos a realizar.
- **Ser consciente que tendremos momentos buenos y otros no tanto**, a nivel físico y psicológico. Debemos aprender las habilidades necesarias para afrontarlos.
- **Llevar un estilo de vida saludable** tanto con una dieta sana y variada, como con la práctica de ejercicio físico moderado, en la medida de las posibilidades de cada persona.
- **Evitar el aislamiento social**, seguir realizando actividades que sean gratificantes.

- **Mantener siempre que sea posible la actividad laboral**, nos hará sentir útiles.
- **Rodearse de familia y amigos que puedan ayudarnos** antes las situaciones difíciles, buscando su apoyo siempre que sea necesario.
- **Buscar el apoyo de los profesionales** siempre que lo necesitemos, ya que pueden ayudarnos a aceptar las posibles secuelas del Ictus.
- **Acudir a las asociaciones de pacientes** donde encontraremos personas que estén pasando por situaciones similares y nos harán sentir comprendidos y arropados.

BIBLIOGRAFÍA

Cómo afrontar el Ictus (2021). Asociación Sevillana de Ictus (Ictus Sevilla). www.ictussevilla.org

La inteligencia emocional. Goleman, D. (1996). Barcelona. Kairos.

Guía F: Guía de intervención y apoyo a familias de personas con discapacidad. Dirección General de Personas con Discapacidad, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Guía de autogestión preventiva de riesgos para la salud en el trabajo de cuidar. VV. AA. de Escuela Andaluza de Salud Pública (2009). Consejería de Empleo. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_1930_guia_cuidadores.pdf

Un cuidador. Dos vidas. VV. AA. de Obra Social Fundación “la Caixa” (2008). Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Manual del Cuidador. Washington State Department of Social and Health Services.

Cuadernos de Salud: Psicología. FEDEMA. www.fedema.es

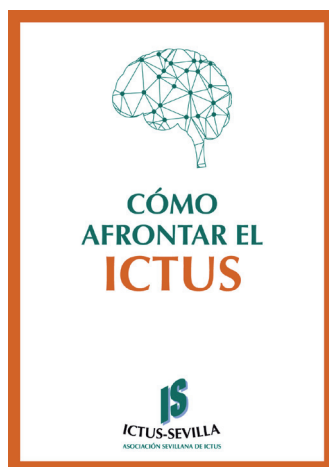
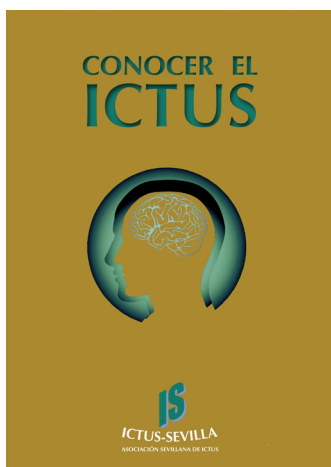
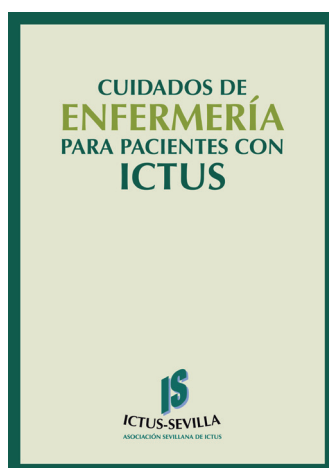
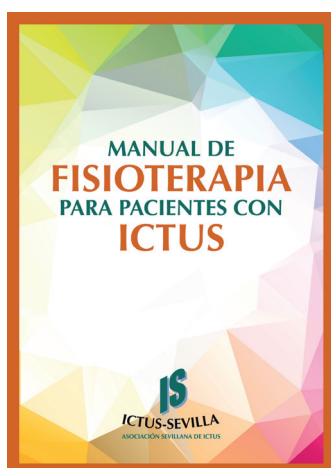
www.ansiedadystres.org

PUBLICACIONES

Si desea descargar alguna publicación, puede hacerlo a través de la web
<https://www.ictussevilla.org/index.php/nosotros/publicaciones>

y/o solicitarlas a través de la Asociación, en los teléfonos
954 25 15 10 - 647 96 69 08

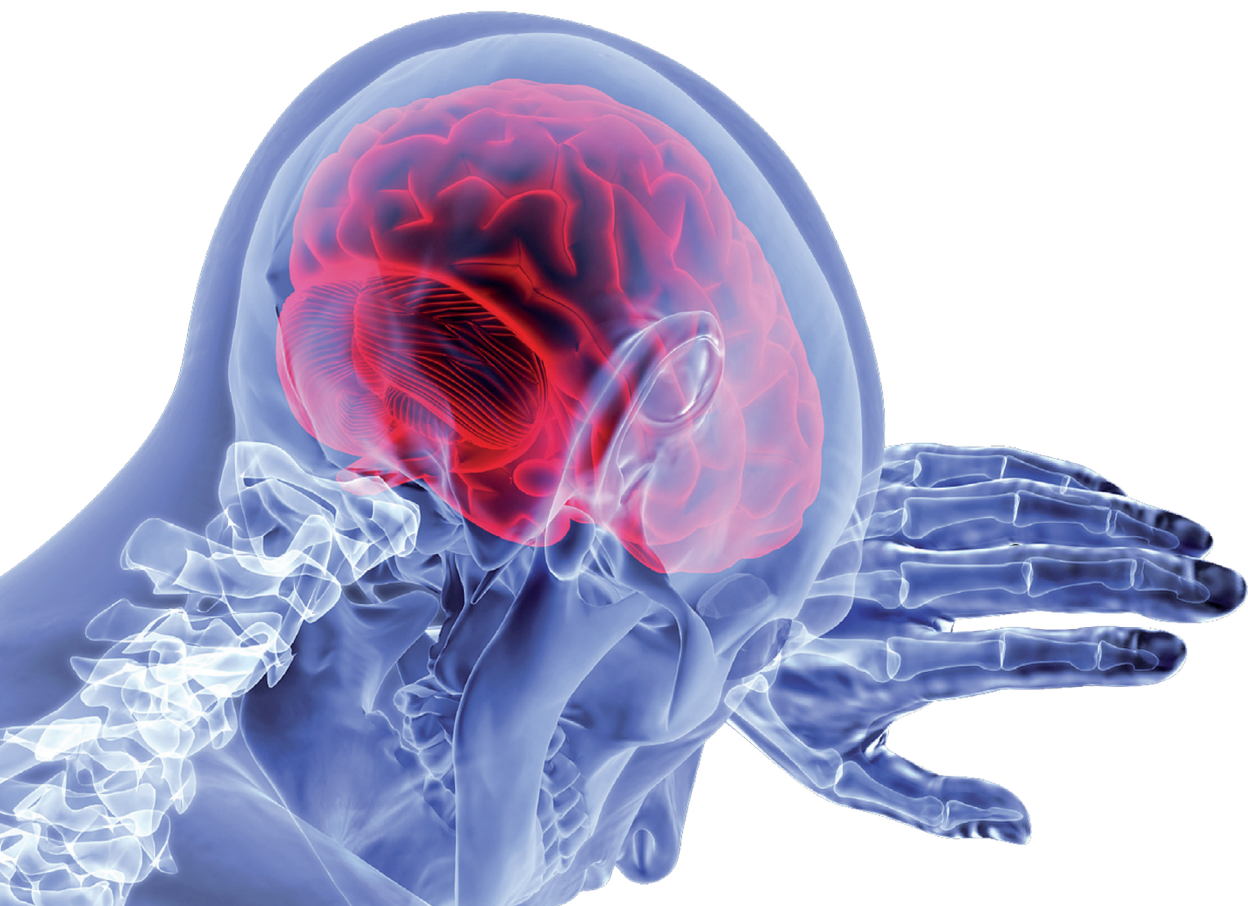
o a través del e-mail
ictussevilla@hotmail.com



29 de OCTUBRE

DÍA MUNDIAL DEL ICTUS

Jornada de Información y Sensibilización



**TIEMPO ES CEREBRO
GÁNALE AL ICTUS**

Organiza:

IS
ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

Colaboran:

 **Fundación
ONCE**


Junta de Andalucía
Consejería de Igualdad,
Políticas Sociales y Conciliación

FICHA DE SOCIO

¿Es usted Afectado? SI NO ¿Desea recibir correspondencia? SI NO

Deseo colaborar con... 110,00 €/Año ...Pagándolas.. Anualmente
 150,00 €/Año Semestralmente
 €/Año

FICHA AFECTADO

Fecha de nacimiento
Profesión
¿Es pensionista?..... ¿Posee Certificado de Discapacidad? ¿Qué grado?
¿Quién es su médico actual?
¿Qué año le fue diagnosticada la enfermedad?
¿Qué tratamiento recibe en la actualidad?
¿En qué Hospital?
Observaciones

¿Cuál es su grado de afectación?

Camina sólo
Necesita ayuda
En silla de ruedas
En cama

Apellidos Nombre

D.N.I. Domicilio Código Postal

Localidad Provincia Teléfono

E-mail

DATOS BANCARIOS

IBAN	Entidad Bancaria	Sucursal	D.C.	Nº. de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BANCO/CAJA

Muy Sres. Míos:

Les agradeceré que hasta nuevo aviso carguen a mi cuenta los recibos que a mi nombre presente la Asociación Sevillana de Ictus (ICTUS-SEVILLA).

..... a de de 20__.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, DE 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, la Asociación Sevillana de Ictus (en lo sucesivo ICTUS-SEVILLA), domiciliada en la Avda. de Altamira 29, bloque 11, Acc. A, 41020 de Sevilla, le informa que los datos que nos ha proporcionado, formarán parte de un fichero de asociados responsabilidad de dicha entidad, con las siguientes finalidades: Gestionar la relación que ICTUS-SEVILLA mantiene con sus asociados, remisión de comunicaciones y gestión de los servicios ofrecidos por la entidad. En el supuesto de que desee ejercitar los derechos que le asisten de acceso, rectificación, cancelación y oposición, transparencia de la información, supresión, limitación o portabilidad deberá dirigir una comunicación por escrito a ICTUS-SEVILLA a la dirección indicada anteriormente o bien por correo electrónico a ictussevilla@hotmail.com. Autorizo expresamente el tratamiento de mis datos para los fines y en la forma arriba indicados.

Fdo:





ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

Avda. de Altamira, 29, Blq. 11 – Acc. A
41020 Sevilla
Tfnos.: 954 25 15 10 - 647 96 69 08
ictussevilla@hotmail.com

www.ictussevilla.org

Con la colaboración de:



Daiichi-Sankyo



ISBN:9788409448876



9 788409 448876