

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**



Comprensión del significado y el sentido de la  
experiencia de una persona con hemiplejía secundaria a cirugía cerebral  
desde una perspectiva bioética

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**AUTOR**

Alfredo Tumi Figueroa

**ASESOR**

Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2024

Repositorio Institucional

**METADATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos del autor**

Nombres	Alfredo
Apellidos	Tumi Figueroa
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	41454635

**Datos del asesor**

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	3000720
Número de Orcid (obligatorio)	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4865-3874">https://orcid.org/0000-0002-4865-3874</a>

**Datos del Jurado**

**Datos del presidente del jurado**

Nombres	Luis Napoleón
Apellidos	Quiroz Avilés
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	0870320

**Datos del segundo miembro**

Nombres	Yordanis
Apellidos	Enríquez Canto
Tipo de documento de identidad	Pasaporte
Número del documento de identidad	B324057

**Datos del tercer miembro**

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	3000720

**Datos de la obra**

Materia	Comprensión del significado y el sentido de la experiencia de una persona con hemiplejía secundaria a cirugía cerebral desde una perspectiva bioética-2024
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	<a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a>
Idioma (Normal ISO 639-3)	SPA - español
Tipo de trabajo de investigación	Tesis
País de publicación	PE - PERÚ
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	Maestro en Bioética y Bioderecho
Grado académico o título profesional	Maestro
Nombre del programa	Maestría en Bioética y Bioderecho
Código del programa Consultar el listado:	919047

**UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ACTO DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA ONLINE DE TESIS DE LA MAESTRÍA EN BIOÉTICA Y**  
**BIODERECHO**

**ACTA N°0001 – 2024**

Hoy, 06 de julio del año 2024 a las 10:00 horas; mediante sesión en línea a través de la Plataforma zoom, debidamente licenciada por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Sedes Sapientiae,

**Alfredo Tumi Figueroa**

Quien llevó a cabo el Acto de Sustentación Pública Online de su tesis titulada:

**Comprensión del significado y el sentido de la experiencia de una persona con hemiplejía secundaria a cirugía cerebral desde una perspectiva bioética**

Ante el jurado compuesto por Las autoridades:

PRESIDENTE: Luis Quiroz Avilés  
SEGUNDO MIEMBRO: Yordanis Enriquez Canto  
TERCER MIEMBRO: Benigno Peceros Pinto

Terminada su exposición, defendió su tesis durante 30 minutos frente al jurado, públicamente, absolviendo las preguntas planteadas.

Al concluir el proceso establecido por la Escuela de Postgrado, el jurado de tesis, luego de la deliberación del caso, otorgó por UNANIMIDAD la mención de CUM LAUDE con la calificación de 18.

Presidente

Segundo miembro

Tercer miembro

Los olivos, 06 de julio del 2024

## Anexo 2

### CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, Lima 06 de julio del 2024

Señor(a), Benigno Peceros Pinto

Jefe del Departamento de Investigación/Coordinador Académico de Unidad de Posgrado Facultad / Escuela de Postgrado UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis / informe académico/ trabajo de investigación/ trabajo de suficiencia profesional, bajo mi asesoría, con título **Comprensión del significado y el sentido de la experiencia de una persona con hemiplejía secundaria a cirugía cerebral desde una perspectiva bioética** presentado por **Alfredo Tumi Figueroa**, con código de estudiante: N° 2020200061 con DNI N° 41454635 para optar el título profesional/grado académico de Maestro en BIOÉTICA Y BIODERECHO ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 10%** (poner el valor del porcentaje). \* Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Firma del Asesor (a)

DNI N°: 31000720

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4865-3874>

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad de ciencias de la Salud UCSS

\* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

## Dedicatoria

A mi familia por su gran apoyo constante

## Agradecimiento

A la UCSS, por brindarme una formación en bioética de excelencia.

Al Dr. Benigno Peceros Pinto, por su asesoría y constante apoyo para la realización del presente trabajo

## Resumen

El propósito de este estudio de caso es comprender y explicar la experiencia de un paciente con hemiplejía secundaria a cirugía cerebral debido a una lesión traumática y proponer un modelo preliminar de entrevista médico-paciente. El instrumento empleado fue la entrevista y se usó la guía de entrevista en profundidad. Se utilizó el método fenomenológico para analizar la información. Las investigaciones revelaron que un paciente con hemiplejía enfrenta una realidad nueva y compleja debido a cambios en el cuerpo, la conciencia y la subjetividad; debe adaptarse y cambiar su comprensión de sí mismo como cuerpo y conciencia. El apoyo social de la familia juega un papel muy importante en la adaptación de estas personas a la nueva realidad de vida, devolviendo al paciente su funcionalidad y autonomía, que incluye el respeto, los derechos, las decisiones y los proyectos de vida para la gente.

*Palabras clave:* hemiplejía, discapacidad, cuerpo, bioética personalista, fisioterapia, rehabilitación domiciliaria

### **Abstract**

The purpose of this case study is to understand and explain the experience of a patient with hemiplegia secondary to brain surgery due to a traumatic injury and to propose a preliminary doctor-patient interview model. The instrument used was interviews using the in-depth interview guide. Use phenomenological methods to analyze information. Research has revealed that a patient with hemiplegia faces a new and complex reality due to changes in the body, consciousness and subjectivity; you must adapt and change your understanding of yourself as a body and consciousness. The social support of the family plays a very important role in the adaptation of these people to the new reality of life, returning the patient to their functionality and autonomy, which includes respect, rights, decisions and life projects for the people.

*Keywords:* Hemiplegia, disability, body, personalist bioethics, physiotherapy, home rehabilitation

# Índice

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	v
Índice	vi
Introducción	vii
<b>Capítulo I El problema de investigación</b>	<b>9</b>
1.1.Situación problemática	11
1.2.Formulación del problema	11
1.3.Justificación de la investigación	11
1.4.Objetivos de la investigación	12
1.4.1.Objetivo general	12
1.4.2.Objetivos específicos	12
1.5.Hipótesis	12
<b>Capítulo II Marco teórico</b>	<b>13</b>
2.1.Antecedentes de la investigación	13
2.2.Bases teóricas	14
<b>Capítulo III Materiales y métodos</b>	<b>22</b>
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	22
3.2. Descripción del entorno o contexto del estudio de caso	22
3.3. Descripción de la unidad de análisis o caso	22
3.4.Fuentes de información e instrumentos de recolección de datos	23
3.5.Análisis e interpretación de la información	23
3.6.Aspectos éticos	24
<b>Capítulo IV Resultados y discusión</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo V Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>32</b>
5.1. Conclusiones	32
5.2. Recomendaciones	32
Referencias	33
Anexos	

## **Introducción**

Hay más de 600 000 personas con discapacidad en todo el mundo (World Health Assembly [WHA], 2005), y la hemiplejía es una de las afecciones discapacitantes más comunes. Se define como la parálisis de un lado del cuerpo (Pedretti, Smith y Pendleton, 2001). Es causada por una enfermedad o lesión en el hemisferio opuesto del cerebro. Las personas con hemiplejía suelen presentar dificultades en la movilidad, la función cardiopulmonar y el funcionamiento sensorial (Savinelli, Timm y Montgomery, 1978). Estas dificultades afectan sus actividades de la vida diaria y, por lo tanto, tienen un impacto negativo en su calidad de vida (Kong y Yang, 2006; Pedretti et al., 2001). La terapia conservadora para personas con hemiplejía implica tratamientos médicos y quirúrgicos. Estos tienen como objetivo prevenir complicaciones de lesiones como enfermedades cardíacas y neumonía.

De acuerdo con la bibliografía actual, los procesos expansivos intracerebrales constituyen el 20% de las afecciones de causa desconocida, siendo en mayor frecuencia aquellos del tipo meningioma, gliomas y abscesos, en orden de frecuencia. El único tratamiento que se ha determinado efectivo es el quirúrgico con determinados criterios establecidos para considerar que una lesión cerebral de esta índole amerite una cirugía. Todo procedimiento quirúrgico implica múltiples riesgos, como el fallecimiento durante la cirugía o posterior a ella, las secuelas como hemiparesia o hemiplejía, así como aquellos derivados del procedimiento quirúrgico en sí, como infecciones o hemorragias.

La hemiplejía es una secuela neurológica que engloba diversos aspectos de la persona, como la afectación al bienestar psicológico y social que acarrea; pues, en muchos de los casos, el paciente sufre un cambio en su estilo de vida que determina la calidad de la misma; de igual forma es necesario considerar que una secuela de esta índole crea una persona dependiente de su entorno para desenvolverse, lo cual lo convierte en vulnerable.

La metodología de investigación se basó en un enfoque documental cualitativo y desarrollo de estudio de caso (Hernández et al., 2014). Se utilizó el método fenomenológico para analizar la información. La herramienta empleada fue una entrevista en profundidad previa a la entrevista. El propósito de este estudio ha sido comprender el significado bioético y la importancia de la propia experiencia con la hemiplejía secundaria a la cirugía cerebral. En este sentido, en el capítulo I se presenta el problema de investigación con propósito general y tarea específica, con hipótesis de investigación general y detallada. La última es la base teórica de la investigación. El capítulo II desarrolla el marco teórico, las bases de la investigación y, dentro del marco teórico, el abordaje clínico de la hemiplejía y la cirugía cerebral. Además, se continuó con el enfoque bioético. El capítulo III desarrolla el diseño y alcance de la investigación, describiendo el caso y el alcance de la investigación. En el capítulo IV se presentan los resultados del estudio.

## Capítulo I. El problema de investigación

### 1.1. Situación problemática

La hemiplejía es condición médica directa secundaria a la cirugía cerebral, un trastorno neurológico que no solo es muy importante para cambios en el estilo de vida del paciente, sino que también lo afecta directamente. Impacta también al entorno familiar y social. Los hemipléjicos enfatizan la creación de dependencia de terceros u objetos para sobrevivir en esta nueva condición física (Organização Panamericana da Saúde [OPS], 1998).

Alrededor del 40-50% de las personas que tienen un ataque al corazón mueren dentro de los seis meses. La proporción más alta de sobrevivientes tiene déficits neurológicos y una discapacidad residual significativa, lo que convierte a la enfermedad en una de las principales causas de discapacidad en el mundo occidental (OPS, 1998).

La salud en América Latina presenta un perfil epidemiológico caracterizado por un aumento de las muertes por enfermedad cerebrovascular debido al aumento del número de personas no solo con cardiopatía isquémica, sino también con trastornos y enfermedades crónicas que afectan todos los aspectos de la salud (Carvalho et al., 1998). La hemiplejía es más difícil por sus consecuencias sociales e impacto en la vida de las personas y sus familias, ya que la discapacidad física pone en riesgo a las personas y al medio ambiente, especialmente a las familias (OMS, 2003).

El accidente cerebrovascular es común entre las personas de mediana edad y ancianos, y es la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Afecta a alrededor del 5% de la población mayor de 65 años. Más de 90 de cada 100 mil personas mayores de 50 años han muerto. Más del 50% de los sobrevivientes tienen secuelas (Suárez et al., 2011).

En Chile la incidencia se estima en 130 por 100 000 habitantes/año y la prevalencia en 6 por 1000 habitantes, aumentando con la edad (hasta 25 por 1000 mayores de 65 años) y siendo la primera causa de muerte en 2012).

En Cuba los accidentes cerebrovasculares son la tercera causa de muerte en todos los grupos de edad. Son la principal causa de urgencia médica y discapacidad en trastornos neurológicos, con más del 60% de los pacientes sobrevivientes que requieren rehabilitación (Canciano y Cruz, 2012).

Hay aproximadamente 250 casos de enfermedad cardiovascular por 100 000 habitantes en Europa cada año, y de 50 a 100 muertes por 100 000 habitantes por año en los Estados Unidos. Además, se ha encontrado que ocurre un evento o accidente cerebrovascular cada 53 segundos (Vives et al, 2014).

En cuanto a la terapia, se debe mencionar la teoría de la rehabilitación neurocognitiva desarrollada por Perfetti. Esta teoría establece que "la calidad de la recuperación depende de los procesos cognitivos activados y del modo de su activación" (Perfetti, 1999). Los procesos cognitivos a los que se refiere son la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje y la representación, los mismos procesos cognitivos que se activan durante el procesamiento perceptivo como se vio anteriormente (Perfetti, 1999).

La intervención, en esta visión, tiene como objetivo mejorar la calidad motora del paciente, con especial énfasis en el aspecto perceptivo-cognitivo de la acción (proceso de percepción, imagen mental, extracción de información, etc.). La fisioterapia ha mejorado con éxito el procesamiento cognitivo a través de la normalización de movimientos e instrucciones verbales guiadas para la correcta activación de los procesos cognitivos durante el procesamiento cognitivo.

El tratamiento médico está orientado a mejorar aspectos generales de la vida del paciente, poniendo énfasis en la salud mental, así como en las enfermedades que pudieran desarrollarse en el entorno de la recuperación del paciente y durante su vida con la secuela neurológica de la hemiplejía.

El presente trabajo tiene la finalidad de profundizar los conocimientos sobre la percepción de una persona que ha sufrido un daño corporal como la hemiplejía y cómo esta lesión determina un cambio sustancial de la relación de cuerpo-yo-mundo. Para ello se utilizará la fenomenología y el enfoque de la bioética personalista. Se propone, además, establecer una comprensión de la percepción de la persona que padece de hemiplejía y cómo esto puede ayudar al personal médico tratante en la relación médico-paciente.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la comprensión del sentido y significado de la experiencia de una persona hemipléjica secundaria a una cirugía cerebral desde un punto de vista bioético?

### **1.3. Justificación de la investigación**

Comprender el significado y la importancia de la experiencia vital de las personas con hemiplejía tras una cirugía cerebral y su posterior adaptación al mundo es su adherencia al tratamiento y la reinserción social, y la relación entre médicos y pacientes. Comprender este fenómeno puede ayudar a comprender a otros pacientes similares y mejorar el proceso médico.

- **Justificación práctica:**

Permite comprender la experiencia vivida por una persona que padece de hemiplejía secundaria producto de una cirugía cerebral y proponer un modelo de entrevista entre médico y paciente, y conocer mejor el entorno familiar.

- **Justificación teórica:**

Se justifica por la falta de estudios desde una perspectiva bioética, cuyos resultados permitirán conocer teóricamente la hemiplejía en un sentido social.

### **1.4. Limitaciones**

El presente estudio tiene como limitaciones la subjetividad inherente al enfoque fenomenológico; la posible falta de generalización, debido a la naturaleza profunda y personal de las experiencias estudiadas; y las restricciones en la selección de participantes, que pueden influir en los resultados.

### **1.5. Objetivos de la investigación**

**1.5.1. General.** Comprender el sentido y significado de la experiencia de una persona hemipléjica secundaria a una cirugía cerebral desde un punto de vista bioético.

**1.5.2. Específicos.**

- Conocer la experiencia vivida de un paciente con hemiplejía desde los principios bioéticos para asegurar la adherencia a su tratamiento y reinserción a la sociedad.
- Reflexionar sobre la relación entre el paciente con hemiplejía y el médico tratante a partir de principios bioéticos.
- Analizar la experiencia del entorno familiar de un paciente con hemiplejía desde una perspectiva bioética.

## **1.6. Hipótesis**

Una persona que ha sido sometida a una cirugía cerebral y que presenta una lesión cerebral secundaria como la hemiplejía va a experimentar cambios en su relación cuerpo-yo-mundo; y la comprensión de la experiencia vivida permitirá establecer una mejor relación médico-paciente y del entorno familiar.

## Capítulo II. Marco teórico

### 2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional, Sore (2020) señala que la relación entre el tratamiento conservador no invasivo (fisioterapia) y la bioética es importante y muy necesaria. Se identifican cuestiones éticas, divididas en tres niveles: relacionadas con la salud y los derechos del paciente, relacionadas con las funciones y responsabilidades profesionales, y relacionadas con factores económicos. Los problemas más comunes dependerán de la responsabilidad y formación del médico, y del sistema sanitario en el que trabaja. En términos de aspectos respiratorios y neurológicos, representan los mayores problemas éticos de los más conocidos porque las áreas de especialización más nuevas están poco investigadas. Se ha demostrado que, para fortalecer la relación entre la bioética y el médico, esta debe ser incluida en la formación de los estudiantes matriculados en especialidades, egresados de maestrías o especialidades y, sobre todo, en la formación del personal médico, educados en una variedad de campos, ya que ayudarán a integrar el análisis ético en las decisiones de tratamiento diarias. La conclusión es que se necesita más investigación para confirmar la importancia de reconocer los dilemas éticos de la medicina, así como identificar los problemas éticos en áreas de especialización menos comunes y nuevas.

Van y Galitseo (2019) en un estudio de terapia de movimiento inducido por restricción confirman que el movimiento utilizado como terapia constituye un porcentaje importante de la funcionalidad. En el estudio encontraron que las causas musculares y una mejor coordinación son asumidas por los movimientos de relajación.

El estudio de Viera y Escudero (2014) sobre el mecanismo de acción de la neuroplasticidad en pacientes hemipléjicos destaca la importancia del conocimiento sobre la plasticidad cerebral o neuroplasticidad, ya que ha permitido importantes avances en la recuperación de lesiones cerebrales, como la capacidad del cerebro para mitigar las consecuencias del trauma causado por cambios estructurales y funcionales. La investigación muestra que el proceso fisiológico de neuroplasticidad en el SNC le da la capacidad de adaptarse a

cambios tanto intracelulares como extracelulares, porque también explica que el SNC puede entrar en un estado de reorganización adaptativa fisiológica sin cambios.

Piñero, Vargas y Salcedo (2013), en un estudio sobre el tratamiento postural del síndrome hemipléjico, afirman que las posiciones o posturas utilizadas en el síndrome hemipléjico deben introducirse de forma temprana o inmediatamente después de la enfermedad cerebrovascular; las posiciones evitan trastornos como hombro doloroso, síndrome de inmovilidad y también evitan la hipertonía muscular.

Solon (2015) muestra que los resultados de su estudio sobre la corrección de problemas del tronco en pacientes adultos con hemiplejía revelan que la pérdida de actividad del tronco está provocada por la inestabilidad del miembro inferior en un paciente con hemiplejía. Las intervenciones aplicadas a los pacientes fueron desarrolladas específicamente para solucionar problemas corporales, las funciones motoras demostraron ser efectivas a medida que avanzaba el tratamiento, lo que aseguró una mejor respuesta no solo en la estabilidad corporal sino también en los miembros inferiores.

A nivel nacional, Espinoza y Zavala (2018) realizaron un estudio para determinar si los servicios de fisioterapia tienen una asociación entre la contractura del tobillo y la movilidad de bipedestación en pacientes con hemiplejía relacionada con un accidente cerebrovascular en la temporada 2018. Este estudio es de carácter aplicado, observacional, transversal y correlacional. Se usó goniometría para medir el rango de dorsiflexión disponible durante la transición de sentarse a pararse y se usó la prueba de inducción de potencia de sentarse a pararse de Espinoza-Zavala usando el software Kinovea. El resultado. El estudio incluyó a 45 pacientes con accidente cerebrovascular que acudían a los servicios de fisioterapia de Lima; donde 21 hombres y 10 mujeres tienen isquemia, 10 hombres y 4 mujeres tienen hemorragia. Como resultado, encontraron una correlación moderada y altamente significativa ( $r = 0,682$ ,  $p = 0,001$ ) entre la extensión del tobillo existente y la capacidad de pasar de estar sentado a estar de pie. Llegaron a la conclusión de que en los pacientes con enfermedad cerebrovascular existe una relación directa entre el grado de

espasticidad existente en el tobillo y la capacidad para caminar desde una posición sentada a una de pie.

## **2.2. Bases teóricas**

**2.2.1. Bases clínicas.** La palabra etimológica hemiplejía se entiende como “media parálisis”, es decir, se refiere a la pérdida completa de la actividad motriz voluntaria que se produce en la mitad del cuerpo (Moreno, 2015). Los signos y síntomas neurológicos debidos a un cambio en el flujo de sangre al cerebro ocurren repentinamente y se dan como resultado del daño que involucra a un hemisferio del cerebro, manifestado por el contacto de los músculos del brazo y la pierna derechos para el hemisferio afectado (a veces también se afecta la mitad de la cara) (Moreno, 2015; Rivero, 2015).

Se indica que más de 600 millones de personas en todo el mundo viven con diversas discapacidades causadas por enfermedades crónicas, lesiones, violencia y envejecimiento (WHA, 2005). La hemiplejía es una de las discapacidades más comunes y puede ser causada por problemas neurológicos como derrames y lesiones cerebrales (Pedretti et al., 2001). Los hombres con hemiplejía pueden tener dificultades en el autocuidado, la gestión del hogar, la integración comunitaria, las habilidades vocacionales y las habilidades de ocio (Phipps y Richardson, 2007). Su vida vocacional y sexual también se ve seriamente afectada (Marini, 1992). Los programas integrales de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y programas de atención dietética y de enfermería, son esenciales para facilitar la independencia en la vida diaria de los hombres con hemiplejía. Las nociones culturalmente dominantes asociadas con la masculinidad pueden influir en las prácticas de salud (Gough, 2006). Los hombres también tienden a adoptar una dieta poco saludable (Wardle et al., 2004), correr riesgos y practicar deportes en términos de atributos masculinos más que por beneficios para la salud (Messner, 1992). Estas prácticas de salud negativas pueden aumentar el riesgo de sufrir lesiones y discapacidades como la hemiplejía (Good et al., 2008).

Normalmente, los músculos del cuerpo y del diafragma no se ven afectados porque están inervados por nervios de ambos lados, es decir, reciben impulsos nerviosos de ambos lados del cerebro (Moreno, 2015), por lo que si se daña un hemisferio, la inervación del otro hemisferio también se dañará. El hemisferio afectado es responsable del error. Además, no todos los músculos se ven afectados por igual, pero algunos músculos se dañan más gravemente que otros. La hemiplejía afecta más a los músculos voluntarios que a los automáticamente sinérgicos, por lo que la parálisis facial hemipléjica permite sonreír sin dificultad (Rivero, 2015). Las causas de la hemiplejía son diversas, pero las más importantes en apariencia son: hemorragia cerebral, trombosis arterial, embolia arterial, traumatismos, tumores cerebrales, infecciones, intoxicaciones e histeria. Un síntoma clásico es el síndrome hemipléjico, que, además de cambios en la marcha, la coordinación y el equilibrio, también muestra dificultad para realizar funciones motoras como agarrar o sostener objetos. Se establecieron los principios de la terapia postural y se explicaron las diferentes posiciones de los pacientes con hemiplejía, las ventajas y desventajas de cada posición, y los reflejos posturales anormales que se deben evitar (Piñero, Vargas y Salcedo, 2013).

En términos de tratamiento, una vez diagnosticados, los pacientes con hemiplejía son considerados socialmente incompetentes, llevan un estilo de vida inactivo, sufren muchas limitaciones, a menudo reciben poca atención médica y tienen otras complicaciones que no mejoran su calidad de vida. Por lo tanto, es importante brindarles a estas personas rehabilitación temprana para mejorar su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y promover su independencia general.

Esta rehabilitación comienza en un entorno de hospitalización, pero se lleva a cabo en la atención primaria después de que el paciente es dado de alta. Para comprender los factores de discapacidad e identificar las necesidades de rehabilitación, es importante realizar una evaluación preliminar del impacto ambiental en la atención primaria de salud. Entre las escalas más utilizadas, la puntuación de Barthel y la de Rankine modificada son las formas más eficaces de evaluar la discapacidad en estos pacientes. En una escala que permite una evaluación holística, los cambios funcionales neurológicos del paciente se

evalúan de forma objetiva y dinámica, y se implementan planes de intervención en función de los resultados. Las evaluaciones de la discapacidad las lleva a cabo un equipo de rehabilitación (compuesto por un médico rehabilitador, un fisioterapeuta, un logopeda, un terapeuta ocupacional, un psicólogo y un trabajador social) y están diseñadas para lograr la máxima capacidad funcional de todos los individuos. Sea paciente y fomente la reintegración. Entornos familiares, sociales y laborales promuevan la independencia de estos pacientes. Una evaluación integral puede proporcionar varios beneficios: comprender el estado físico y mental del paciente, su nivel socioeconómico, su dependencia de las actividades de la vida diaria (ABDL y AIVD) y su entorno hogareño (Martínez-Vila et al., 2014).

La cirugía cerebral suele comenzar con el proceso de apertura del cráneo para acceder al sitio de la lesión a tratar. Esto se puede conseguir realizando un simple agujero en el hueso (trefinamiento), o creando una ventana en dicho hueso y levantando un fragmento de hueso que puede ser sustituido o no (craneotomía) al final de la operación, según sea necesario. Con un simple trépano se puede extirpar algunos hematomas entre el cerebro y el cráneo (hematomas subdurales), insertar un catéter para drenar el líquido cefalorraquídeo y tratar la hidrocefalia (derivaciones ventriculoperitoneales), e incluso realizar una cirugía en el interior del cerebro. Se realizan biopsias de los tumores. Cuando se necesita un mejor control de la situación se realiza una craneotomía. Después de levantar el hueso, se expone la duramadre, la más gruesa de las tres membranas que recubre el cerebro, y se continúa abriendo la duramadre para acceder al tejido cerebral. En algunas patologías concretas, como la deformidad de Arnold-Garden, se ha conseguido la descompresión de los elementos anatómicos que se están tratando.

Para los tumores y algunas lesiones vasculares, como las malformaciones arteriovenosas y las lesiones vasculares, el objetivo es la resección completa o parcial en función de las estructuras anatómicas implicadas y del grado de malignidad, en caso de tratarse de un tumor.

Para un aneurisma cerebral (una anomalía en la pared de una arteria del cerebro que crea un alto riesgo de hemorragia y sangrado en el cerebro) el objetivo es colocar un pequeño clip que lo asfixia y colapsa, evitando que se

rompa y sangre, y permitir que la sangre fluya y vuelva al camino correcto. Existen muchas variaciones de patología intracraneal, cada una de las cuales tiene su propia especificidad dependiendo de la ubicación anatómica exacta, los síntomas neurológicos causados, el grado de invasividad, el estado general u otras enfermedades del paciente. Por todo ello, cada caso se organiza de forma individualizada, teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias del paciente. En general, cualquier cirugía craneal puede complicarse con una hemorragia intracraneal grave dentro de las primeras 48 horas con una incidencia reportada del 1%. También se estima que alrededor del 2% de los casos padecen una infección de la herida quirúrgica. Cada tipo de patología, dependiendo de su localización, genera un tipo específico de riesgo neurológico con diferentes posibles cambios funcionales y grado de gravedad. Por lo tanto, cada paciente será evaluado individualmente en cuanto al riesgo e informado sobre el mismo, teniendo en cuenta el tipo de patología del paciente, la localización anatómica del problema a tratar, el historial médico y el tipo de cirugía a realizar, antes de aceptar el tratamiento quirúrgico propuesto.

**2.2.2 Fundamentos de antropología.** La Iglesia católica declara que la vida humana es sagrada y que la dignidad humana es el fundamento de la visión moral de la sociedad. Esta creencia subyace a todos los principios que se enseñan en nuestra sociedad. En ella, la vida humana está directamente amenazada por el aborto y la eutanasia. El valor de la vida humana está amenazado por la clonación, la investigación con células madre embrionarias y la pena de muerte. Siempre es incorrecto atacar deliberadamente a civiles en una guerra o en un ataque terrorista. La enseñanza católica también nos anima a tratar de evitar la guerra. Los Estados deben proteger el derecho a la vida mediante la divulgación de formas cada vez más efectivas de prevenir conflictos y resolverlos por medios pacíficos. Cada persona es preciosa, las personas son más importantes que las cosas y la medida de cada institución es si amenaza o mejora la vida.

Los hombres con hemiplejía pueden experimentar dificultades de movimiento, dificultades del habla y convulsiones, lo que puede reducir su

autoestima (Adamson, 2003). Como resultado, su apariencia y condición física se ven afectadas, lo que a su vez afecta su autoimagen y su salud mental (Tager et al., 2006). Las relaciones académicas, laborales, sociales y románticas también pueden verse afectadas (Gibbs, 2007). Investigaciones anteriores también han demostrado que los hombres con discapacidades son vistos como indefensos, incompetentes e inferiores (Lyons, 1991). Experimentan marginación y estigmatización en la sociedad (Gersschick y Miller, 1997). Esto afecta su calidad de vida, reduciendo su capacidad para desarrollar su potencial en la vida cotidiana.

Los tratamientos conservadores como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la logopedia son comunes para los hombres con hemiplejía. Los estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones terapéuticas para mejorar la función en pacientes con hemiplejía (Pedretti et al., 2001). En cuanto a los factores de género, los estudios no han informado diferencias de género significativas en los resultados del tratamiento (Chen et al., 2006).

Las preocupaciones específicas de los hombres a menudo se pasan por alto durante el tratamiento. Investigaciones anteriores han encontrado que una atención adicional al recibir tratamiento es fundamental para los hombres, ya que los factores asociados con la masculinidad pueden ser perjudiciales para su recuperación de la discapacidad (Good et al., 2006). Investigaciones previas también han demostrado consistentemente que es menos probable que los hombres reconozcan sus propios problemas de salud (Courtenay, 2000). Esta falta de atención puede provocar retrasos en el tratamiento, lo que hace que este sea menos eficaz. La terapia psicosocial es esencial para ayudar a los hombres a afrontar la hemiplejía. Esta puede reducir los trastornos emocionales y los desafíos que surgen durante el período de adaptación. Esto puede ayudar a preparar a los hombres para aprender a afrontar sus discapacidades. Como se observó, los hombres hemipléjicos se sintieron cómodos en una atmósfera donde había tratamiento disponible, sentirse aceptados, reconocidos sus puntos de vista y validados sus sentimientos a lo largo del proceso.

Los hombres con hemiplejía a menudo muestran depresión y rechazan la comunicación. Se ha descubierto que el asesoramiento reduce los estados de

ánimo depresivos y facilita la comunicación (Courtenay, 2000). Por lo tanto, al comunicarse con hombres con hemiplejía, la ambivalencia debe considerarse normal en la etapa inicial de la terapia. Se debe evitar la confrontación y la discusión con ellos (Miller y Rollnick, 2002). Es importante volverse más empático durante el asesoramiento, mantener la calma y no criticar durante todo el proceso. Este enfoque podría ayudarles a reconocer el apoyo que necesitan para facilitar mejoras en su situación. El asesoramiento sobre rehabilitación también es común en el ajuste psicosocial de hombres con hemiplejía (Don, 1996). Este método enfatiza la optimización de las capacidades personales para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y aceptar sus discapacidades. Un enfoque de asesoramiento no directivo también permite a los pacientes asumir un papel activo en la exploración de sus preocupaciones particulares (Don, 1996). Este enfoque también es flexible y propicio para establecer una buena relación.

Se han realizado varios estudios para evaluar las necesidades de los hombres con hemiplejía. Un trabajo realizado por Lease, Cohen y Dahleck (2007) indicó percepciones sociales de la discapacidad en las que la gravedad percibida de la discapacidad podría predecir significativamente las relaciones de competencia interpersonal entre hombres con discapacidad. Sin embargo, el enfoque de su estudio fue la rehabilitación sexual, por lo que es posible que muchas otras necesidades de los hombres con hemiplejía no se hayan discutido en profundidad. La investigación demostró que algunos conceptos masculinos tradicionales, como la capacidad de controlar emociones fuertes, podrían ser adaptativos en el proceso de rehabilitación; mientras que otras características, como los rasgos interpersonales dominantes, pueden ser una barrera para una rehabilitación eficaz. Sin embargo, debido a que su estudio se basó en un enfoque cuantitativo, la experiencia documentada entre hombres con hemiplejía puede haber sido limitada.

**2.2.3. Bases bioéticas.** La formulación más completa de la bioética en la atención de la salud se llama Principialismo, que se basa en la definición de tres (o cuatro) principios: beneficencia (algunos autores lo consideran perfecto), justicia y autonomía. A pesar de varios puntos de crítica, la propuesta no ha hecho más que enriquecerse y consolidarse como referencia para el análisis bioético occidental. Puede que esto no sea accidental, ya que su estructura reproduce los elementos básicos de la organización social occidental y la teoría del contrato social.

Los Códigos de Práctica Médica de Núremberg y Helsinki (revisados en Roma, Tokio, Hong Kong, etc.) y diversas normas internacionales correspondientes están empezando a caer en desuso. Las normas y leyes para nuevas prácticas médicas y de investigación (incluidas las prácticas que involucran animales de experimentación sometidos a sufrimientos indescriptibles) son necesarias debido a las necesidades especiales de las personas y la sociedad, principalmente de los humanos, con regulaciones y salvaguardias (Fase 1, Fase 2, Tercera Fase, Fase IV) generalmente aceptado. La bioética práctica en neurocirugía se fundamenta en normas basadas en el respeto a la verdad y el buen control en todas las acciones, con el objetivo de perfeccionar y preservar los derechos de los pacientes, respetando dentro de límites su dignidad humana, su autonomía, libertad e independencia. La justicia, además de las posibilidades científicas y la eficiencia técnica, los intereses de los pacientes deben ser superiores a sus propios intereses, incluso a los intereses de la ciencia.

La bien conocida ética de la autonomía de los neurocirujanos y los pacientes que conocen sus derechos difícilmente comienza con el pragmatismo bioético. Esto explica por qué en el pasado eran a menudo incompetentes en todos los asuntos de ética biomédica, limitando sus acciones al dominio intuitivo de "ellos" y aprendiendo "etiqueta ética", como la decencia y las reglas de comportamiento social. En términos de bioética, respeto por el cuerpo y la mente, bondad, control con justicia, preservar la libertad, objetivos indivisibles e imperativos importantes, en un enfoque pragmático de la autonomía.

Un mejor conocimiento de la bioética ayudará a los neurocirujanos y médicos bien informados a tomar decisiones en el momento y lugar adecuados sin descuidar la cultura, el género, las creencias y las religiones de los pacientes, sus seres queridos y los grupos sociales a los que pertenecen., use sus talentos y conciencia fuerte, para hacer con sus pacientes lo que deseen.

## Capítulo III. Materiales y métodos

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

Este estudio ha correspondido a un enfoque cualitativo, documental y diseño de estudio de caso (Hernández et al., 2014). Se utilizó un enfoque fenomenológico para analizar los datos. En la investigación cualitativa, el objetivo del método fenomenológico fue abordar la realidad desde el mundo interior del individuo, es decir, el mundo subjetivo de una persona, que consta de todas las experiencias, observaciones y recuerdos que una persona tiene en un momento dado (Leal, 2000). Según Seifert (1977), el enfoque fenomenológico intenta comprender la vida humana explicando plenamente la realidad cotidiana del mundo.

### 3.2. Descripción del entorno o contexto del estudio de caso

**3.2.1. El ámbito médico-paciente.** El ámbito de este estudio fue la relación médico-paciente durante la atención domiciliaria a lo largo de seis meses, con un periodo continuado de dos veces por semana.

**3.2.2. Ámbito familiar.** Existió una relación directa con la familia del paciente en cuanto a la atención. La familia lo conforman padre, madre y hermanos.

### 3.3. Descripción de la unidad de análisis o caso

El paciente tiene 30 años y sufrió un derrame cerebral hace un año por lo que fue sometido a una cirugía cerebral. Como resultado, desarrolló hemiparesia del lado derecho y ahora necesita la ayuda de su madre para sus actividades diarias. Actualmente vive con su familia. Antes de sufrir hemiplejía, cursaba con normalidad sus estudios universitarios de posgrado, su rendimiento académico siempre fue muy bueno desde la escuela secundaria por lo que logro ingresar a la universidad, se esperaba que lograra terminar con éxito sus estudios de posgrado, sin embargo, no pudo completarlos porque la hemiplejía afectó sus funciones físicas y cognitivas. Ha tenido un tratamiento conservador para el accidente cerebrovascular. Sin embargo, sufrió depresión durante los últimos

seis meses. Rechazó actividades terapéuticas como los ejercicios de rehabilitación. Su motivación para participar en actividades sociales también ha disminuido en los últimos meses. Recibió consejería porque se demostró que reduce la depresión y mejora la comunicación (Courtenay, 2000). El objetivo fue ayudarlo a recuperar el interés en el tratamiento y construir una relación con el paciente. Este tipo de parálisis se asoció con daño al sistema nervioso central que afecta el cerebro y la médula espinal. Las instrucciones de movimiento del cerebro ya no se envían a los músculos. Esto sugiere que tiene una lesión unilateral del tracto piramidal, que recoge varias fibras nerviosas en diferentes niveles, desde la corteza cerebral hasta la médula espinal. Esta es la vía nerviosa responsable de la contracción muscular. Los efectos del trauma ocurrieron en el otro lado del cuerpo. Así, la hemiplejía derecha corresponde a daño cerebral izquierdo y viceversa.

La hemiplejía es, en la mayoría de los casos, el resultado de un accidente cerebrovascular y como también consecuente a un tratamiento quirúrgico. Un ictus puede definirse como una pérdida repentina de la función cerebral sin otra causa aparente que la vascular. Un ictus se produce cuando ocurre una interrupción repentina del flujo sanguíneo al cerebro, lo que priva de oxígeno a una o varias partes del cerebro y provoca su mal funcionamiento y muerte en cuestión de minutos.

### **3.4. Fuentes de información e instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos se desarrollaron sobre la base de los objetivos del estudio. La guía de entrevista es una herramienta para que el entrevistador describa el proceso de la entrevista. Ayudó a los entrevistadores a realizar las entrevistas de forma eficaz. La guía de entrevista tuvo una página que contiene instrucciones sobre preguntas y temas específicos que el entrevistador discutió con el paciente. También se incluyó un grupo de temas que se deben evitar para garantizar que se mantenga la confidencialidad de la información durante la entrevista.

Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad; como instrumento, un cuestionario no estructurado con respuestas abiertas de acuerdo con los objetivos del estudio. Como instrumento complementario hubo anotaciones de campo y se usó la metodología observacional.

La guía de entrevista fue simplemente una lista de los temas que se planeó cubrir en la entrevista con las preguntas de alto nivel que deseó responder en cada tema. Por lo general, se limitó la guía a una página para que sea fácil de consultar y para asegurar de que no estamos bajando demasiado el nivel. El proceso de creación de dicha guía ayudó a enfocar y organizar su línea de pensamiento y, por lo tanto, sus preguntas.

Al realizar la entrevista se tuvo una copia nueva de la guía para que se puedan tachar fácilmente las preguntas o temas a medida que se trataban. A menudo se encontró que algunas preguntas fueron respondidas durante el transcurso de la conversación del investigador con el entrevistado sin siquiera preguntar. Se usó la guía para marcar la pregunta para que no se haga explícitamente más adelante. Es importante recordar que la guía de entrevista en realidad es sólo una guía.

En el desarrollo de este estudio se siguieron las pautas propuestas por Max Van Manen (2003) y Martínez (2014) para la recolección de datos según los pasos del método fenomenológico que se describen a continuación:

Primera etapa: La experiencia vivida. En esta etapa de la investigación se indagó una descripción completa e imparcial del fenómeno investigado a través de la experiencia del participante de la investigación (Martínez, 2014). Para ello se ha elaborado una completa guía de discusión junto con un análisis previo del fenómeno en cuestión.

Segunda etapa: Comprensión de la experiencia de vida. En esta etapa se comprendió la importancia de la experiencia. Al hacerlo, se dice que captura el significado del evento mismo (Van Manen, 2003). En esta etapa, la fenomenología disminuye (Husserl, 1986).

Tercera etapa: Reescribir la experiencia. En este paso se hizo una descripción escrita y un recordatorio de las acciones, comportamientos y

experiencias de las personas en sus vidas (Van Manen, 2003). Se llevó a cabo una conversación en profundidad en el hogar del paciente, en un ambiente privado e interactivo entre el fisioterapeuta y la persona que se somete a la cirugía. Se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó el anonimato del entrevistado, asegurando así la confidencialidad de los datos obtenidos. Asimismo, se utilizaron seudónimos para recopilar datos, descifrar la información y cifrarla para proteger la confidencialidad de la información.

### **3.5. Análisis e interpretación de la información**

El investigador hizo una entrevista a profundidad, con una duración de 60 minutos. Toda la entrevista fue grabada en vídeo y transcrita. El investigador realizó un análisis de contenido de las transcripciones para analizar los datos. Se realizaron comparaciones por pares entre categorías y respuestas de los participantes para garantizar que se incluyera la “voz” del participante y se lograra la saturación de datos. Cuando se vincularon las categorías, el investigador volvió a los datos originales para buscar los datos faltantes y asegurarse de que se analizara toda la información.

A continuación, se describen los pasos:

Paso 1: Revisión de las transcripciones detenidamente.

Paso 2. Anotación de las transcripciones.

Paso 3: Alineación de los datos con temas importantes.

Paso 4: Posicionamiento y conectar las categorías.

Paso 5: Realización de un análisis profundo de los segmentos de datos.

Paso 6: Escribir los hallazgos.

### **3.6. Aspectos éticos**

El participante aceptó unirse al estudio y firmó la carta de consentimiento preparada por el investigador. Se respetó la confidencialidad de la información obtenida en el presente estudio según normas éticas del Ministerio de Salud.



## Capítulo IV. Resultados y discusión

Se examinó, categorizó, tabuló o recombino de otro modo la evidencia para abordar las proposiciones iniciales de un estudio (Polit y Beck, 2004). Como primer paso, el investigador revisó los datos para identificar las partes relevantes. Luego, el investigador desarrolló categorías primarias marcando todas las partes relevantes y vinculándolas con temas sociopsicológicos significativos. Después, los datos se clasificaron en las categorías. Se escribieron párrafos descriptivos sobre las categorías y se exploraron las relaciones entre las categorías (Ausband, 2006).

### 4.1. Transcripción de la entrevista

Investigador: “¿Qué haces todos los días?”

Paciente: “...Lo de siempre...ver televisión...escuchar la radio...”

Investigador: “¿Hay algún programa de radio o televisión en particular que le interese?”

Paciente: “Nada especial, simplemente no tengo nada más que hacer en casa”. Investigador: “¿Tiene algún otro interés?”

Paciente: “Ninguno ahora...”

Investigador: “¿Qué tal en el pasado?”

Paciente: “Recibo muchos premios en las competiciones de fútbol. Además, soy uno de los representantes del equipo de fútbol del distrito, que es difícil de seleccionar...”

Investigador: “¿Qué piensas de volver a jugar fútbol ahora?”

Paciente: “He perdido el contacto con todos mis compañeros y no creo que pueda jugar tan bien como antes...”

Paciente habló pasivamente sobre sus habilidades, concentrándose únicamente en sus discapacidades. Pasó por alto sus puntos fuertes. Al compartir experiencias similares, el paciente comenzó a darse cuenta de que todavía tiene fortalezas y que podía recuperar su interés nuevamente.

Investigador: "Me he encontrado con algunos pacientes con limitaciones físicas, pero son buenos deportistas, ganan muchos premios".

Paciente: "¿De verdad?"

Investigador: "Pero todos se esfuerzan en capacitarse y participar en actividades de tratamiento".

Paciente: "Mi madre me ayuda en tareas sencillas, como cocinar la comida...". Aunque el paciente mostró una marcada mejoría en las actividades diarias al unirse al programa de tratamiento, los cambios fueron suprimidos. Se enfatizaron los cambios positivos para que el paciente comprendiera la importancia del programa de tratamiento para mejorar sus habilidades. Esto actuó como refuerzo para los esfuerzos del paciente.

Investigador: "¿Qué tal tu cuidado personal?"

Paciente: "¡Claro, lo hago solo!"

El paciente dijo esto con voz segura. Se sentía motivado cuando hablaba o encontraba sus puntos fuertes.

Investigador: "¿Aún recuerdas cómo estabas justo después del inicio?"

Paciente: "...Tumbado en la cama del hospital todo el día... Necesitaba ayuda para caminar..."

Investigador: "¿Qué tal ahora?"

Paciente: "Es mucho mejor que el año pasado".

Investigador: "¿Sabes qué has hecho para realizar tales cambios?"

Paciente: "No lo sé exactamente..., pero recibo tratamiento todos los días... y completo mi programa en casa después del alta..."

Investigador: "Sí, la clave para mejorar su capacidad es participar activamente en las actividades de tratamiento. Si no lo hace, estoy seguro de que no podrá realizar sus actividades de cuidado personal tan bien como lo hace ahora".

Investigador: "¿Podría contarme más sobre su madre?"

Paciente: "Ella trabaja en un restaurante como cocinera. Trabaja de 9 a. m. a 10 p. m. todos los días".

Investigador: “¿Cómo puede ayudarle a cocinar la comida?”

Paciente: “Ella hace esto por la noche... y por eso se va a dormir tarde por la noche...” (Paciente que habla lentamente y evita el contacto visual con el entrevistador).

Investigador: “¿Cuándo se despierta y se acuesta tu madre?”

Paciente: “Se acuesta a la 1:00 a. m. y se levanta a las 6:00 a. m.”.

Investigador: “Tu madre es muy trabajadora... ¿No crees? ”

#### **4.2. Codificación y categorización**

Se categorizó en tres aspectos:

- Cambios en el estilo de vida después de un accidente cerebrovascular y cirugía cerebral.
- Fortalezas del paciente.
- Apoyo social de la familia.

#### **4.3. Interpretación**

Los resultados de este estudio cualitativo ilustran los cambios del participante como resultado de la hemiplejía. Los aspectos positivos de los cambios son el foco de atención. Por lo tanto, se exploran las fortalezas y los apoyos sociales del participante para superar la hemiplejía.

Cambios en el estilo de vida después de un accidente cerebrovascular y cirugía cerebral

El paciente expresó un cambio repentino en su estilo de vida como resultado de la hemiplejía: de una persona activa a un paciente pasivo. En ese momento mostró dificultades para aceptar los cambios.

Antes de la enfermedad, el paciente estaba interesado en el fútbol. Sin embargo, había renunciado a los intereses debido a hemiplejía. Se sabía que el paciente no podía aceptar sus discapacidades y adaptarse a los cambios de estilo de vida. Se centró en sus habilidades del pasado en lugar de en la fuerza residual presente. Además, no era consciente de la necesidad de utilizar las habilidades residuales para cultivar nuevos pasatiempos.

Fortalezas del paciente

Aunque el paciente se centró en sus discapacidades, sus puntos fuertes se exploraron gradualmente a medida que avanzaba la entrevista. Se sabía que el paciente era un buen jugador de fútbol.

A medida que se fue estableciendo gradualmente la relación, el paciente estuvo dispuesto a ser más expresivo acerca de sus razones para rechazar las actividades de tratamiento.

El paciente no estaba consciente de sus cambios desde que se unió al programa de tratamiento. Esto redujo su motivación para continuar. Durante esta entrevista, se mostró una consideración positiva, lo que significó expresar aprecio hacia el paciente, brindarle apoyo y aceptación, y reconocerlo como una persona única y valiosa. En reacción a esto, el paciente se sintió más seguro y dispuesto a enfrentar los desafíos del proceso de rehabilitación.

#### Apoyo social de la familia

El paciente expresó que su madre se ha encargado de sus actividades diarias desde el inicio de su discapacidad, las cuales se convirtieron en un componente central en el proceso de rehabilitación.

Un momento de silencio comprensivo indicó que el paciente entendía el arduo trabajo de su madre. Aunque la madre ha cuidado al paciente desde que comenzó su discapacidad, él ha pasado por alto los esfuerzos de su madre. La entrevista le permitió al paciente reconocer que su madre siempre lo ha apoyado. Además, la madre actuó como modelo a seguir, demostrando que necesitaba trabajar duro en el proceso de rehabilitación.

#### **4.4. Discusión**

Los resultados del estudio de caso muestran a un hombre con hemiplejía que presenta signos y síntomas de depresión “de tipo masculino”, que a menudo se ignoran y no se tratan (Pollack, 2001). Estos síntomas incluyen un creciente alejamiento de las relaciones, evitar la ayuda de los demás, negar la tristeza y hacer una dura autocrítica (American Psychiatric Association, 1994). A lo largo de la entrevista se debe observar la sensibilidad hacia el orgullo del hombre. En el caso del paciente, él no manifestó

voluntariamente ningún signo de debilidad. Por lo tanto, al aconsejarlo, se debe evitar una dura autocrítica para impedir una mayor vergüenza (Pollack, 2001).

La entrevista con el paciente creó un ambiente terapéutico, que al mismo tiempo permitió al paciente salvar las apariencias y simultáneamente negar su dependencia de los profesionales de la salud. Reveló el paciente cómo normalmente tiende a controlar sus emociones y a ser estoico en ocasiones (Harris, 1995).

El paciente se adhiere rígidamente a esta identidad masculina y tiende a no revelar sus vulnerabilidades. Por eso se negó a describir las dificultades de su vida diaria. El primer paso para promover la salud de este hombre con hemiplejía es humanizar la situación. Humanizar significa validar o normalizar los propios problemas e inquietudes de salud (Courtenay, 2000). Lo primero fue transmitir que sus sentimientos y experiencias eran comprensibles o legítimos. Esta estrategia puede socavar seriamente la “identidad masculina” (Charmaz, 1995). Humanizar las comunicaciones también puede ayudarle a superar sus dificultades para expresar desánimo y miedo delante de los demás (Courtenay, 2000).

Hay que destacar que las fortalezas de los pacientes también fomentan la motivación y el cumplimiento del tratamiento. Comentar las fortalezas de los hombres antes de evaluar cómo se sienten puede reducir la vergüenza y permitirles expresar sus emociones libremente (Rappaport, 1984). Para recordar el caso del paciente, en la entrevista se destacaron sus éxitos en la escuela y en el cuidado personal; esto lo animó a volver a ser un participante activo en su propia atención médica (Courtenay, 2000). Se adoptó el enfoque de resolución de problemas para capacitar al paciente para que pudiera expresar sus dificultades. Esto puede aliviar concretamente sus temores (Marini, 2001). Por ejemplo, se compartió la experiencia del paciente al unirse a actividades de tratamiento en la fase aguda de la hemiplejía. Esto le permitió comprender la eficacia de la terapia en su mejora funcional. A menudo demostró dificultades para comunicarse, especialmente para identificar y describir sus sentimientos. Es probable que la comunicación que se centra en explorar y expresar emociones lo haya hecho sentir frustrado e incómodo (Mahalik, 2001;

Rubin, 1983). Se evitaron las palabras "sentirse" y "deprimido" en la comunicación.

Centrarse en los pensamientos puede resultar más natural para los hombres que se ajustan a los roles de género tradicionales. De estos roles, aquellos que son propios de los adolescentes eran compartidos con el paciente, como ser un competente deportista y estudiante. Esto podría haberle ayudado a expresar sus pensamientos; por ejemplo, su esperanza de volver a practicar deportes. Se cree que los hombres valoran la independencia, la autonomía y la autosuficiencia (Courtenay, 2000; Marini, 2001). Por lo tanto, tienen redes sociales significativamente menos extensas. Involucrar a amigos y familiares para brindar apoyo social también es esencial para mejorar la relación médico-paciente y los resultados clínicos (Delbanco, 1992). En el caso del paciente, la participación de su madre en la etapa inicial de la terapia le brinda apoyo social continuo. Además de la familia, los proveedores de atención médica también pueden ser una fuente importante de apoyo para los hombres, especialmente los solteros (Courtenay, 2000). Las investigaciones indican que los hombres responden positivamente a los esfuerzos de contacto de seguimiento.

Estudios anteriores encontraron que la revelación personal por parte de los médicos masculinos podría hacer que los pacientes varones se sintieran más seguros al explorar temas de enfermedad y discapacidad (Courtenay, 2000; Mercherbaum y Turk, 1987). La autorrevelación podría establecer una base de similitud y promover la confianza. Esto puede conducir a una mayor adherencia al tratamiento y a un mayor sentido de competencia y autoeficacia. De manera similar, en el caso del paciente, se estableció un enfoque de colaboración entre él y el entrevistador. La atención sanitaria se convirtió en una responsabilidad compartida entre el profesional médico y paciente. Un estudio anterior también encontró que los hombres pueden valorar la colaboración y la amistad al trabajar juntos en tareas o actividades (Courtenay, 2000). En algunos casos, los hombres tienen relativamente poca experiencia con el sistema de salud. Por lo tanto, se recomienda a los profesionales de la salud que utilicen métodos claros, simples y palabras directas que promuevan la salud de hombres con discapacidades (Make, 1994). Además, los hombres generalmente se sienten menos cómodos recibiendo información que dándola

(Tannen, 1990). En el estudio de caso presentado, el entrevistador brindó al paciente oportunidades para profundizar en sus conocimientos sobre su estado de salud y luego continuó proporcionando información complementaria. Los pacientes masculinos tienen más probabilidades de adherirse al tratamiento cuando tienen una sensación de control sobre sus discapacidades (O'Brien, Petrie y Raeburn, 1992). Por lo tanto, se debe hacer sentir al paciente que los profesionales de la salud lo reconocen como individuo (Rappaport, 1984).

## **Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones**

### **5.1. Conclusiones**

- El paciente se adhiere rígidamente a esta identidad masculina y tiende a no revelar sus vulnerabilidades. Por eso, se negó a describir las dificultades de su vida diaria. El primer paso para promover la salud de este hombre con hemiplejía fue humanizar la situación. Aunque el paciente se centró en sus discapacidades, sus puntos fuertes se exploraron gradualmente a medida que avanzaba la entrevista.
- Es importante la relación entre el paciente con hemiplejía y el médico tratante a partir de principios bioéticos; para el éxito del tratamiento, hay que crear un grado de confianza muy fuerte para la colaboración del paciente.
- Aunque la madre ha cuidado al paciente desde que comenzó su discapacidad, él ha pasado por alto los esfuerzos de su madre. La entrevista le permitió al paciente reconocer que su madre siempre lo ha apoyado. Además, la madre actuó como modelo a seguir, demostrando que necesitaba trabajar duro en el proceso de rehabilitación.

### **5.2. Recomendaciones**

Ampliar experiencias de trabajo con este tipo de pacientes, donde participe un psicólogo en el trabajo motivacional.

Profundizar los temas bioéticos en el tratamiento de pacientes con hemiplejía dada la complejidad del tratamiento.

Los resultados del estudio se deben aplicar en entornos clínicos o de rehabilitación.

Realizar investigaciones futuras sobre trastornos neurológicos relacionados con temas bioéticos, y que sean trabajos multidisciplinarios basados en los resultados del estudio actual.

## Referencias

- Adamson, A. (2003). Self-image, adolescence, and disability. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 578-581.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Ausband, L. (2006). Qualitative Research and Quilting: Advice for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 11(4), 764-770. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2006.1658>
- Canciano Chirino, E. y Cruz Suárez, D. (2012). Descripción clínica imagenológica y cognitiva en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda en atención secundaria. *Rev. Cienc. Med. Habana*, 15(3), 1-4.
- Carvalho, E.F., Lessa, F., Gonçalves, F.R., Silva, J.A., Lima, M.E. y Melo Júnior, S.W. (1998). O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. *Rev. Assoc. Saúde Pública de Piauí*, 1(2), 107-119.
- Chan, Z. y Wong, G. (2012). Hemiplegia in Men: A Case Study. *The Qualitative Report*, 17(44), 1-17. [https://www.researchgate.net/publication/287627326\\_Hemiplegia\\_in\\_Men\\_A\\_Case\\_Study#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/287627326_Hemiplegia_in_Men_A_Case_Study#fullTextFileContent)
- Charmaz, K. (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. En D. Sabo y D. F. Gordon (Eds.), *Men's health and illness: Gender, power and the body* (pp. 261-291). Sage.
- Chen, L., Mu, R., y Li, J. (2006). Analysis on relative factors of influencing limb functional recovery in the patient with hemiplegia. *Zhongguo Zhenjiu*, 26(11), 778-780
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401
- Delbanco, T. L. (1992). Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *American College of Physicians*, 116(5), 414-418
- Don, A. B. (1996). *Counselling skills for health professionals*. Macmillan Education Australia.

- Espinoza K. R. y Zavala J. F. (2018). *Relación entre el rango disponible de dorsiflexión de tobillo y la capacidad de incorporación de sedente a bípedo en el hemipléjico por accidente cerebrovascular en un servicio de Terapia Física, 2018*. [Tesis para optar el título de especialista en fisioterapia en neurorrehabilitación. Universidad Privada Norbert Wiener]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3247>
- Gerssick, T. J. y Miller, A. S. (1997). Gender identities at the crossroads of masculinity and physical disability. En M. Gergen y S. Davis (Eds.). *Toward a new psychology of gender* (pp. 455-475). Routledge.
- Gibbs, L. (2007). Identifying work as a barrier to men's access to chronic illness (arthritis) self-management programs. *International Journal of Men's Health*, 6(2), 143-155
- Good, G. E., Schoop, L. H., Thomason, D., Hathaway, S. L., Mazyrek, M. O., y Sanford-Martens, T. C. (2008). Men with serious injuries: Relations among masculinity age and alcohol use. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 39-45.
- Good, G. E., Schoop, L. H., Thomason, D., Hathaway, S. L., Sanford-Martens, T. C., Mazyrek, M. O. y Mintz, L. B. (2006). Masculine roles and rehabilitation outcomes among men recovering from serious injuries. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(3), 165-176.
- Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science & Medicine*, 63, 2476-2488
- Harris, I. M. (1995). *Messages men hear: Constructing masculinities*. Taylor & Francis.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Husserl, E. (1986). *La idea de la fenomenología. Cinco lecciones*. Fondo de Cultura Económica.
- Kong, K. H., y Yang, S. Y. (2006). Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Medical Journal*, 47(3), 213-218.
- Leal, N. (2000). El Método Fenomenológico: Principios, Momentos y Reducciones. *Revista Electrónica de Investigación Científica, Humanística y Tecnológica*, 1 (5), 51-61.  
<http://xxx/epistemologia1/lealnestorespistemologia.pdf>

- Lease, S. H., Cohen, J. E., y Dahleck, T. D. (2007). Body and sexual esteem as mediators of the physical disability–interpersonal competencies relation. *Rehabilitation Psychology*, 52(4), 399-408.
- Lyons, M. (1991). Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(4), 311-316
- Make, B. (1994). Collaborative self-management strategies for patients with respiratory disease. *Respiratory Care*, 39 (5), 566-579
- Marini, I. D. (1992). The use of humor in counseling as a social skill for disabled patients. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 23(3), 30-36.
- Marini, I. (2001). Issues of males with physical disabilities in rehabilitation settings. En G. R. Brooks y G. E. Good (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counselling with men* (Vol. 1, pp. 185-206). Jossey-Bass
- Martínez, M. (2014). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.
- Martínez-Vila, E., Murie Fernández, M.; Pagola, I.; y Irimia, P. (2011). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*, 10 (72), 4871-81.
- Mercherbaum, D., y Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. Plenum.
- Messner, M. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Beacon.
- Mahalik, J. (2001). Cognitive therapy for men. En G. R. Brooks y G. E. Good (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counselling with men* (Vol. 2, pp. 544- 564). Jossey-Bass
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford.
- Ministerio de Salud de Chile (2012). *Ataque cerebrovascular isquémico del adulto (15 años y más). Guía clínica. Serie Guías Clínicas MInSAL N°37*. Ministerio de Salud de Chile.
- Moreno Sanjuán, J. (18 de Febrero de 2015). *Técnicas fisioterápicas en la hemiplejía*. <http://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-fisioterapicas-la-hemiplejia>
- O'Brien, M. K., Petrie, K., y Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimes: Updating a complex medical issue. *Medical Care Research*, 49(4),435-454

- Organização Mundial da Saúde (2003). *CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Editora da Universidade de São Paulo –EDUSP.
- Organização Panamericana da Saúde (1998). *A saúde no Brasil. As Organizações*.
- Pedretti, L. W., Smith, J. A., y Pendleton, H. M. (2001). Cerebral vascular accident. En L.W. Pedretti y M. B. Early (Eds.), *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (5th ed., pp. 785-806). Mosby
- Perfetti C. (1999). *Ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto*. EdikaMed.
- Phipps, S., y Richardson, P. (2007). Occupational therapy outcomes for patients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 328-334.
- Piñero, M., Vargas, J., y Salcedo, M. (2013). Tratamiento postural en síndrome hemipléjico agudo. *Correo Científico Médico*, 17(3), 320-330.
- Polit, D. F., y Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollack, W. S. (2001). "Masked men": New psychoanalytically oriented treatment models for adults and young adult men. En G. R. Brooks y G. E. Good (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counselling with men* (Vol. 2, pp. 527-543). Sage.
- Rappaport, B. M. (1984). Family planning: Helping men ask for help. En J. M. Swanson y K. A. Forrest (Eds.), *Men's reproductive health* (pp. 245-259). Springer
- Rivero C., L. (18 de Febrero de 2015). *Hemiplejía* [http://web.ing.puc.cl/~g0/2011-2/g1/9\\_Hemiplejia.pdf](http://web.ing.puc.cl/~g0/2011-2/g1/9_Hemiplejia.pdf)
- Rubin, L. (1983). *Intimate strangers*. Harper & Row
- Savinelli, R., Timm, M., y Montgomery, J. (1978). Therapy evaluation and management of patients with hemiplegia. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, (131), 15-29.
- Seiffert, H. (1977). *Introducción a la teoría de la ciencia*. Herder.
- Solon, M. K. (2015). *Selective Trunk Activity in the Treatment of Adult Hemiplegia*. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Šore Galleguillos, J. (2020). Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 193-207.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014&lng=es&tlng=es).

- Suárez Bergado, R., Blanco Aspiazu, M. A., y Morales González, H. A. (2011). Contribución a la evaluación del conocimiento de médicos de familia en enfermedad cerebro vascular. *Rev. Habanera Cienc. Méd.*, 8(1), 1-5.
- Tager, D., Good, G. E., y Morrison, J. B. (2006). Our Bodies, Ourselves revisited: Male body image and psychological well-being. *International Journal of Men's Studies*, 5(3), 228-237
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. Ballantine.
- Van, M., y Galitseo, R. (2019). Terapia de movimiento inducido por restricción en hemiplejía. Revisión sistemática de la literatura. *Fisioterapia*, 41(1), 28-36.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Idea Books
- Viera, M. V., y Escudero, J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *CES Med.*, 28 (1), 57-60.
- Vives Medina, O. T., Quintana Pereda, R. y Soto Páez, N. (2014). Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev. Cien. Méd.*, 18(3), 414-429. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561319420140003000](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561319420140003000)
- Wardle, J., Hasse, A. M., Steptoe, A., Nillapum, M., Jonwutiwes, K., y Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioural Medicine*, 27(2), 107-116
- World Health Assembly, 58. (2005). *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/20373>

## **Apéndice**

### **Guía de conversación a profundidad**

Introducción: Me gustaría hablar sobre su estado actual. Escuchar lo que me tenga que decir acerca de su experiencia.

Preguntas abiertas: ¿Cuáles son los cambios en el estilo de vida del participante derivados de la hemiplejía? ¿Cuáles son las fortalezas del participante? ¿Cuál es el apoyo social que recibe?

Le agradezco por el tiempo. Ha resultado de gran ayuda.

