



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
MAESTRÍA EN CIENCIAS ÁREA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TITULO

Efectividad del apoyo social en la rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS*

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS:
AREA**

INVESTIGACION EN SISTEMAS DE SALUD PRESENTA

DR. JOSE EMIGDIO ALBERTO PÉREZ ROJAS**

ASESOR: DRA: LAURA DEL PILAR TORRES ARREOLA***

*** Número de registro del proyecto en el IMSS: 2004-3403-011**

Proyecto financiado por el Fondo de Fomento a la Investigación. IMSS

****Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. IMSS**

*****Coordinación de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS**

México, Distrito Federal. Diciembre 2008

AGRADECIMIENTOS:

Mi agradecimiento especial a la M en C Laura del Pilar Torres Arreola y a todos los profesores de la maestría por compartir su experiencia y conocimientos,

**A todas las personas que me apoyaron durante todo este tiempo.
Gracias por su paciencia y comprensión.**

RESUMEN

OBJETIVOS: Atender las necesidades de atención psicosocial de las personas que se enfrenta con discapacidad secundaria a EVC, se implemento una estrategia de apoyo social (grupo de apoyo) con el propósito de: a) evaluar la efectividad del grupo de apoyo en la recuperación funcional del paciente con EVC, b) atender las necesidades psicosociales del paciente y familiar durante su estancia en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, d) facilitar el afrontamiento al estrés en el proceso de recuperación c) evaluar la factibilidad de incluir esta estrategia en el proceso de atención.

METODOS: 56 pacientes con diagnostico de primer evento de EVC de tipo isquémico o hemorrágico se integraron a 7 sesiones en grupos de apoyo durante los 3 meses de su atención habitual de rehabilitación, se evaluaron los resultados se evaluaron a través de cuatro dimensiones; capacidad funcional en ABVD, percepción del estado de salud, apoyo social percibido, y perfil de afrontamiento al estrés, mediante la aplicación al inicio y final de la intervención del Índice de Barthel, cuestionario SF-36, MOS-Sherbourne y modos de afrontamiento al estrés de Lazarus-Folkman respectivamente,

RESULTADOS: Se observo una mejoría significativa en la capacidad funcional de los pacientes después de la intervención, con un aumento en su percepción del apoyo social significativo en las dimensiones de apoyo emocional ($p= 0.0191$) y de apoyo afectivo ($p= 0.0085$). Para los cuidadores no se observaron cambios significativos. En su percepción del estado de salud al final 13.3% de los pacientes se encontraron con valores al piso en la dimensión de función física, 40% en el rol físico y 36.7 en rol emocional, en el resto de las dimensiones se encontraron menos del 10% de los pacientes.

Los porcentajes al techo al final fueron de 30% en rol físico, 26.7% en rol emocional, 33.3% en función social y 50% en dolor corporal, mientras que en el resto de las dimensiones se encontraron solo menos del 5% de los pacientes.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas tanto en pacientes como en cuidadores fueron el pensamiento mágico y el afrontamiento dirigido a lo positivo en el área de afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción, mientras que en el afrontamiento activo o dirigido al problema se utilizó más la flexibilidad de afrontamiento y el afrontamiento dirigido al problema.

CONCLUSION: Es posible incluir estrategias de apoyo social en el tratamiento rehabilitatorio del paciente con discapacidad secundaria a EVC, identificar las estrategias de afrontamiento en esta transición vital y evaluar los efectos favorables que se reflejan en mejoría en la recuperación funcional, y en diversas dimensiones de la percepción del estado de salud y en el apoyo social percibido. Se requieren otros estudios para confirmar causalidad y los efectos a largo plazo.



Tabla de contenido	
1.- Introducción	18
2. Planteamiento del problema	19
3.- Marco Conceptual.....	22
3.1 Definición de Enfermedad Vascul ar Cerebral	22
3.1.1 Componentes de la recuperación de la EVC	22
3.1.2 Eventos psicosociales significativos después de un EVC	23
3.1.2.1 Estrés y Afrontamiento.....	24
3.1.2.2 Afrontamiento.....	25
3.2 Redes sociales y apoyo social	26
3.2.1 Redes Sociales	26
3.2.2 Apoyo Social	27
3.2.3 Grupos de apoyo.....	28
3.3 Rehabilitación y discapacidad.....	30
3.3.1 Rehabilitación.....	30
3.3.2 Discapacidad.....	31
3.3.3. Modelo de atención biopsicosocial	31
3.4 Rehabilitación habitual de la EVC.....	32
4.- Antecedentes	33
4.1.- Evaluación del impacto de los grupos de apoyo.....	33
5.- Objetivos	21
5.1 Objetivo general:	21
5.2 Objetivos específicos:	21
6.- Hipótesis teórica.	22
7. - Material y Métodos.....	23
7.1 Tipo de estudio.....	23
7.2 Duración.....	23
7.3 Unidad de Análisis	23
7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	24
7.6 Variables	25
8.- Descripción y diseño de la intervención.....	26
8.1 Descripción de la estrategia:.....	26
8. 2 Diseño de la intervención:.....	26
8.3 Características, contenidos y desarrollo de los grupos de apoyo.	29
9.- Plan de análisis.....	30
10.-Consideraciones éticas.....	31

11.- Resultados	32
11.- Discusión	36
12.-Conclusiones:	38
13.- Anexos	39
Anexo 1. Descripción de variables.....	38
Anexo 2 Recursos materiales y humanos:.....	46
Anexo 3.- Características, contenidos y desarrollo de los grupos de apoyo.....	48
Anexo 4.- Tablas de resultados	54



1.- Introducción

La enfermedad vascular cerebral (EVC), como una consecuencia de la patología cardiovascular, es una de las causas más importantes de mortalidad y discapacidad entre los adultos y adultos mayores en todo el mundo, representando la discapacidad secundaria un reto para los sistemas de salud, por los costos que representan sus complicaciones, su atención a largo plazo, y la reintegración del paciente en la comunidad.¹ Esta situación se conceptualiza actualmente como un problema social más que individual², donde la solución natural es la participación de la comunidad en el proceso de rehabilitación³. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el tratamiento médico de la EVC está centrada en la etapa aguda, y aunque los pacientes son derivados a los servicios de rehabilitación para el tratamiento posterior, se aplica terapias con enfoque biomédico y por corto tiempo sin atender explícitamente aspectos psicosociales que afectaran el tratamiento de la discapacidad a largo plazo al regresar a su domicilio, debido a que no se considera el apoyo social y la rehabilitación en la comunidad.

Este trabajo pretende demostrar como a través del desarrollo e implementación de grupos de apoyo como una estrategia para brindar apoyo social dentro del proceso institucional de rehabilitación se puedan atender aspectos biopsicosociales, es decir, ofrecer un tratamiento de rehabilitación que incluya además de los aspectos funcionales ó físicos, los aspectos psicológicos y sociales de las personas discapacitadas, lográndose así una mejor adaptación del paciente y su familia a la nueva situación provocada por las secuelas de la EVC, facilitando el uso de los recursos disponibles, tanto en la familia como en la comunidad, que estimulen la recuperación funcional de la persona discapacitada y favorezcan su reintegración a las actividades de la vida diaria.

2. Planteamiento del problema

La Enfermedad Vascolar Cerebral (EVC) ocupa el 4º lugar como causa de mortalidad en el IMSS. Los principales factores de riesgo para esta enfermedad presentan una tendencia creciente, en el contexto de una población en transición epidemiológica y demográfica,⁴ por lo que se puede esperar un aumento de la incidencia de casos, debido en parte a los nuevos esquemas de tratamiento médico durante la etapa aguda y sub-aguda. Se considera que 2/3 de los pacientes superan el evento agudo, dando como resultado un incremento de pacientes supervivientes discapacitados.

Si bien ha mejorado el tratamiento hospitalario en varios aspectos, el manejo a mediano y largo plazo de las personas con discapacidad secundaria a la EVC representa un reto para los especialistas en rehabilitación y las instituciones de salud.⁵ ⁶ La evolución de la discapacidad resultante presenta manifestaciones en las dimensiones física, psicológica y social que se desarrollan a largo plazo y con mucha frecuencia tiene como resultado secuelas permanentes. Sin embargo, el tratamiento médico institucional está dirigido al manejo corto plazo para atender la fase aguda y encaminado fundamentalmente al área biológica para conservar la vida, minimizando los aspectos psico-sociales de este padecimiento, ofreciendo un tratamiento de rehabilitación efectiva por tiempo limitado resultando en una atención parcial, que descuida el manejo a largo plazo en el hogar y comunidad, y que no considera formalmente al cuidador.⁷

Un requisito necesario para implementar estrategias óptimas de rehabilitación en la EVC es el conocimiento de la capacidad potencial del cerebro para compensar estas lesiones.^{8 9}

Los conocimientos actuales sobre la neuroplasticidad del sistema nervioso central hacen posible la apertura de nuevos campos de investigación y tratamiento rehabilitatorio de las secuelas neurológicas de la EVC y sus complicaciones¹⁰, ofreciendo nuevas perspectivas terapéuticas que permitan elegir las mejores intervenciones que resulten en tratamientos más efectivos y completos.¹¹

Es necesario reconocer que la aparición inesperada de un evento como la EVC produce cambios permanentes en los patrones de vida de las personas afectadas, tanto conductuales como emocionales¹², generando un estrés constante y severo que tiene efectos poco estimados en los procesos neurofisiológicos de recuperación después de un EVC, por lo que es indispensable considerar su efecto en el tratamiento de rehabilitación a través de un enfoque que considere el proceso de recuperación como una transición bio-psico-social significativa, donde las redes sociales y el apoyo social deben reconocerse como una necesidad para su recuperación, y que además puede facilitar la adaptación cognitiva y el afrontamiento a este evento.¹³

Se ha demostrado que el apoyo social, brindado a través de las redes de apoyo formal e informal, por su efecto amortiguador del estrés, es un factor tan determinante en la rehabilitación del paciente como la magnitud de la lesión y el tratamiento recibido.¹⁴

Si bien se ha considerado a las instituciones de salud como proveedoras de apoyo social, no se aplica este concepto como una red de apoyo formal que se interrelaciona con las redes informales de los pacientes, limitando el manejo adecuado de la discapacidad y las enfermedades crónicas solo al área biológica, con un apoyo muy limitado en el área psicosocial.¹⁵

Los grupos de apoyo, como una estrategia de apoyo social, han mostrado beneficios importantes no solo en el tratamiento de la discapacidad en la EVC, sino también en otras enfermedades como el cáncer, Alzheimer, artritis, enfermedades mentales, así como en el manejo en la comunidad de la discapacidad a largo plazo.

Las guías clínicas utilizadas en los países desarrollados como UK, EU, Unión Europea y Canadá, recomiendan como parte del tratamiento integral de la EVC la incorporación de acciones de apoyo social las cuales no solo facilitan el manejo familiar y administrativo, sino que brindan el ambiente que favorece los mecanismos de neuroplasticidad cerebral.

Por otro lado, la tendencia actual para la atención de la discapacidad a largo plazo además de involucrar a la familia requiere de la participación de la comunidad,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dado que los sistemas de salud resultan rebasados por los costos de este tipo de atención.^{16 17}

El modelo de atención institucional actual para la EVC es predominantemente biomédico y limitado, está diseñado para la atención del daño biológico inmediato, la conservación de la vida, y el control de posibles complicaciones por padecimientos agregados. A nivel operativo no existe continuidad en todo el proceso de atención, con relación a objetivos terapéuticos y sobre la necesidad de un inicio temprano de la rehabilitación bio-psico-social del paciente, el cuidador y su familia, que finalmente deberá cargar con la responsabilidad del tratamiento del paciente a largo plazo en su domicilio.

Además, el servicio de rehabilitación física no esta estructurado para atender en forma satisfactoria las necesidades de la familia ni para dar apoyo a las demandas de atención en problemas psicosociales derivadas de la discapacidad que surgen durante su estancia en los diferentes servicios.

Los grupos de apoyo son una alternativa de manejo de esta situación, ya que una de las características de estos grupos es su papel en el mantenimiento de la salud de los individuos y su entorno social al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés.

El interés de atender y resolver las necesidades de atención psicosocial de las personas con discapacidad secundaria a EVC, me llevo a plantear el diseño y la implementación de una estrategia de apoyo social (grupo de apoyo) con el propósito de: a) evaluar la efectividad del grupo de apoyo en la recuperación funcional del paciente con EVC, b) atender las necesidades psicosociales del paciente y familiar durante su estancia en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, d) facilitar el afrontamiento al estrés en el proceso de recuperación c) evaluar la factibilidad de incluir esta estrategia en el proceso de atención.

3.- Marco Conceptual

3.1 Definición de Enfermedad Vascolar Cerebral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la enfermedad vascular cerebral como una afección caracterizada por el rápido desarrollo de signos clínicos focales (en ocasiones globales) de alteración de las funciones cerebrales, con una duración mayor de 24 horas o de curso fatal, sin otra causa aparente distinta de la vascular.

3.1.1 Componentes de la recuperación de la EVC

La recuperación puede ser de dos tipos:

1. Recuperación neurológica intrínseca o espontánea
2. Recuperación funcional o adaptativa.

La recuperación funcional se refiere a la mejoría en la independencia en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, y depende de la motivación del paciente, capacidad de aprendizaje, déficit cognitivo, apoyo familiar así como la calidad e intensidad de la terapia, este tipo de recuperación es accesible a la manipulación / intervención, pero puede ocurrir independientemente del tratamiento médico o de la recuperación neurológica intrínseca.

Los factores que contribuyen a la recuperación se pueden agrupar en 3 categorías:

1. Procesos locales del Sistema Nervioso Central (recuperación temprana)
Resolución del edema, de la penumbra isquémica y de la resolución de la depresión funcional remota (diasquisis).
2. Procesos de reorganización del SNC (recuperación tardía)
Reorganización del Sistema Nervioso Central, a través de alteración de neurotransmisores, desenmascaramiento (liberación o inhibición) de las vías ipsilaterales, alternativas y de la sinaptogénesis.

3. Factores periféricos (ambientales). Se ha reconocido y fundamentado la necesidad de aplicar tratamientos en “ambientes enriquecidos en estímulos” para estos pacientes pues ahora se sabe que las conexiones neuronales y los mapas corticales están continuamente remodelados por nuestras experiencias, y se ha observado en experimentos que lesiones corticales focales inducen cambios en la corteza adyacente y en el hemisferio contralateral.

Una recuperación espontánea o intrínseca ocurre en los primeros 3 meses después del evento, puede continuar a un ritmo más lento hasta los 6 meses, y prolongarse hasta el primer año. Este progreso a la recuperación puede detenerse en cualquier etapa de recuperación.

La recuperación de la capacidad motora no es sinónimo de recuperación de la función, pues esta última puede ser obstaculizada por la incapacidad para realizar movimientos coordinados útiles, por apraxia, déficit sensorial y deficiencias cognitivas. Una mejoría funcional puede ocurrir en ausencia de recuperación motora.¹⁸

3.1.2 Eventos psicosociales significativos después de un EVC

Una característica de la EVC es una asociación entre su aparición y eventos estresantes vitales, que aun es motivo de controversias ante la dificultad de identificar estresores y factores relacionados directamente con la enfermedad, sin embargo, a partir de estudios clínicos y no clínicos en animales existe evidencia de que las concentraciones peri-isquémicas de hormonas glucocorticoides afectan los resultados en la recuperación de la EVC.¹⁹

Estas hormonas, por ejemplo cortisol en humanos y corticosterona en ratas, aumentan durante eventos estresantes. En humanos, las concentraciones de cortisol post-EVC son predictivas de resultados; el cortisol alto está asociado con el aumento en la morbilidad y mortalidad. Estudios experimentales en ratas han

mostrado que aumentando las concentraciones sanguíneas de corticosterona durante o después de isquemia cerebral se incrementa el volumen del infarto, mientras que la supresión quirúrgica o farmacológica de concentración de corticosterona es neuroprotectora.

Se ha propuesto que más que matar directamente a las neuronas, la exposición a altas concentraciones de corticosteroides induce típicamente un estado fisiológico que hace a las neuronas más susceptibles a un daño neurológico posterior, y se ha propuesto la hipótesis de que la supresión de la expresión del proto-oncogen Bcl-2 puede ser un mecanismo a través del cual el estrés compromete la supervivencia de las neuronas en la EVC. El aumento de la expresión de este proto-oncogen promueve la supervivencia de la célula y la protege contra la apoptosis y la necrosis celular en numerosas enfermedades degenerativas.²⁰

3.1.2.1 Estrés y Afrontamiento

A partir del evento agudo, los supervivientes de un evento vascular cerebral y sus familiares experimentan estrés en formas diferentes:

1. Están sometidos al mismo estrés de los eventos de la vida diaria que sufre la población general.
2. El derivado de padecer o tener que atender las secuelas de una enfermedad grave que es el EVC en si misma.
3. Y quizás la fuente más importante de estrés es que su vida ha sido irremediamente cambiada.

En su retorno a casa los supervivientes son enfrentados con cambios en su desempeño funcional, roles familiares, vida social y status laboral, estos eventos se perciben como negativos y más allá del control individual, que, combinado con lo repentino del evento aumenta el estrés resultante.²¹

3.1.2.2 Afrontamiento

Se define al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (estrés)²².

“Manejar” significa minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

Las propuestas sobre el estrés y su manejo sugieren que está influenciado por los recursos individuales tales como creencias, autoestima, neuroticismo, negación y apoyo social.²³

En el trabajo de Lazarus y Folkman se distinguen dos vertientes principales del afrontamiento: el dirigido al problema y el dirigido a la emoción. (cuadro 1)

Cuadro 1.- Tipos de afrontamiento (Folkman y Lazarus)

Afrontamiento dirigido a la emoción	Afrontamiento dirigido al problema
Reducir el estrés emocional manteniendo un estado emocional satisfactorio	Tratar de disminuir el estrés haciendo cambios conductuales.
Cambiar el estado emocional que acompaña al estresor	Cambiar o modificar la fuente de estrés
Cambiar la relación emoción – estresor	Cambiar las relaciones persona – ambiente
Dar soluciones emocionales	Dar soluciones cognoscitivas y conductuales
Estrategias emocionales de afrontamiento como escape, evitación, distanciamiento	Estrategias emocionales como afrontamiento, confrontación o planteamiento de solución al problema

Se considera teóricamente que ambos tipos de afrontamiento pueden interferir entre sí, facilitando o impidiendo la aparición del otro.

3.2 Redes sociales y apoyo social

3.2.1 Redes Sociales

La red social se define como el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto²⁴

Se fundamenta en la teoría social del intercambio, donde el comportamiento social es un intercambio de bienes materiales y no materiales entre los que se encuentran los símbolos de aprobación y prestigio social. Se establece que las personas tienen relaciones que permiten dar, recibir, intercambiar (con cierto grado de reciprocidad). Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la configuración de las redes sociales.

3.2.2 Apoyo Social

El apoyo social es un concepto abiertamente interactivo que se refiere siempre a transacciones entre personas.

Existen numerosas definiciones e incluso conductas que se han incorporado al concepto de apoyo social, por ejemplo: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, expresar aceptación, etc.

Se define en términos de su cantidad, estructura y función, conceptos que guardan una relación lógica y empírica muy estrecha. La cantidad de contactos sociales y su estructura constituyen el concepto de red social, que debe diferenciarse del concepto de apoyo social.

La conceptualización del apoyo social se agrupa alrededor de dos dimensiones primarias; cuantitativa versus cualitativa; es decir, se puede definir en términos de cantidad (número de personas con las que interactuamos, la frecuencia de los contactos con los otros), y por otro lado en términos de la “bondad” de la interacción, expresada por las percepciones o juicios sobre la adecuación de los contactos interpersonales.

La segunda dimensión diferencia entre apoyo instrumental versus apoyo expresivo. El primero incluye la provisión de ayuda e información material mientras que el apoyo expresivo incluye las relaciones de confianza y proporcionar aceptación y comprensión. Una distinción semejante es la diferencia entre apoyo tangible versus apoyo psicológico.

El apoyo social puede ser definido en un sentido amplio como “ayuda en el afrontamiento de problemas”, es decir, como provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, amigos o colegas; así como ayuda para la satisfacción de las necesidades de socialización y actividades con otras personas (compañerismo emocional o compañerismo social), generando el

sentimiento de pertenecer a un grupo, y de ser aceptado, estimado, valorado y necesitado por uno mismo y no por lo que uno pueda hacer por los demás.²⁵

Un sistema de apoyo social es un conjunto de contactos personales mediante los cuales un individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, información y servicios, y hace nuevos contactos sociales dentro de su red social.

3.2.3 Grupos de apoyo

Se puede definir como grupo de apoyo a los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa al momento de enfrentar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como los desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones mediante los siguientes mecanismos:²⁶

- 1.- Fomentar el manejo emocional de los mismos
- 2.- Ofrecer guía, consejo, información, sobre los aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos.
- 3.- Ofrecer retroalimentación sobre la conducta individual que valide el auto concepto y mejore la actuación basada en una adecuada auto evaluación.

Los efectos benéficos de los grupos de apoyo se deben a que utiliza el efecto amortiguador y protector que brinda el apoyo social en situaciones de estrés para lograr los siguientes objetivos:

- a) identificación entre los miembros del grupo por tener experiencias comunes,
- b) los roles de donante y receptor de la ayuda son absolutamente intercambiables, c) la participación mejora la autoestima al servir de ayuda a los demás,
- d) el grupo “normaliza” a los miembros y brinda un sentimiento psicológico de comunidad,
- e) intercambio de información y guía a la resolución de problemas prácticos y estrategias de afrontamiento.

f) facilita y fortalece la percepción del paciente y del cuidador de que “no están solos”

g) Proporcionar una oportunidad de auto evaluación y crítica mutua

De manera específica se busca lograr en los grupos institucionales de pacientes con secuelas de EVC y sus cuidadores los siguientes objetivos y actividades

1) Facilitar la participación en las actividades del grupo para mejorar la autoestima al servir de ayuda a los demás

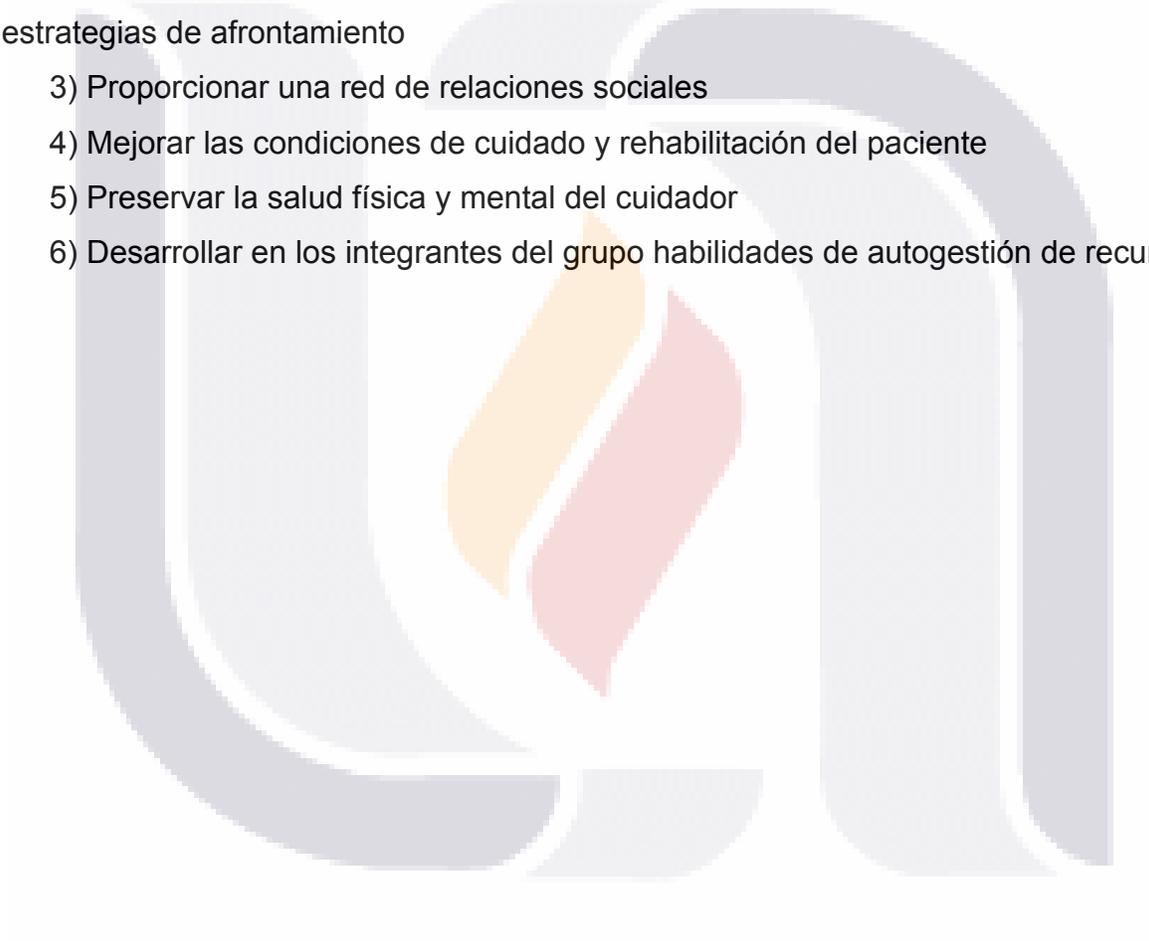
2) Intercambiar información para la resolución de problemas prácticos, compartir estrategias de afrontamiento

3) Proporcionar una red de relaciones sociales

4) Mejorar las condiciones de cuidado y rehabilitación del paciente

5) Preservar la salud física y mental del cuidador

6) Desarrollar en los integrantes del grupo habilidades de autogestión de recursos



3.3 Rehabilitación y discapacidad

3.3.1 Rehabilitación

La Medicina de rehabilitación puede definirse actualmente como el manejo interdisciplinario de la salud y funcionalidad de una persona, su meta es minimizar síntomas y discapacidad²⁷. Las opciones de rehabilitación son:

- Tratar las estructuras corporales discapacitadas y sus funciones (una estrategia de tratamiento)
- Superar la discapacidad de la funciones corporales, las actividades limitadas y las restricciones en la participación (una estrategia rehabilitadora)
 - Evitar más síntomas y discapacidades (una estrategia preventiva).
 - Se recomienda que el proceso de rehabilitación de la EVC deba atender seis áreas principales
 - Prevención, reconocimiento y manejo de las enfermedades comórbidas y sus complicaciones médicas.
 - Entrenamiento para la máxima independencia
 - Facilitar al máximo al paciente y su familia la adaptación y el afrontamiento psicosocial
 - Prevenir la discapacidad secundaria promoviendo la reintegración comunitaria (en la familia, actividades vocacionales y recreativas)
 - Mejorar la calidad de vida a pesar de la discapacidad
 - Prevenir recaídas del EVC

3.3.2 Discapacidad

Discapacidad es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales.²⁸

La condición de discapacidad surge cuando por alguna enfermedad u otra causa se rompe el equilibrio biopsicosocial entre el individuo y su capacidad para interactuar con su entorno, estableciéndose una cadena de situaciones provocadas por la pérdida de las capacidades que le correspondería poseer.

El **modelo social** de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y no como una tragedia personal. Lo percibe principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Desde este punto de vista la discapacidad no es solo un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto y entorno social. Por lo tanto el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.²⁹

3.3.3. Modelo de atención biopsicosocial

El modelo biopsicosocial considera que la salud y la enfermedad están determinadas y mantenidas por la interacción entre el organismo, la conducta, y los factores ambientales, incluyendo el apoyo social. Bajo este modelo, en el caso de la discapacidad secundaria a la EVC, se considera que la respuesta en el proceso de recuperación de cada paciente esta determinada por los siguientes factores:

1. Conducta previa al EVC

2. Reacción psicológica a la enfermedad y la discapacidad resultante (afrentamiento del estrés)
3. Pérdidas neuroconductuales tales como afasia, apraxia, y problemas de percepción
4. Cambios cerebrales orgánicos
5. Situación ambiental
6. Apoyo social (de la familia y amigos)³⁰

3.4 Rehabilitación habitual de la EVC

En el IMSS se aplica un modelo biomédico de atención. De acuerdo a las guías terapéuticas de la UMFR RN, para el tratamiento de las secuelas de la EVC de origen trombótico, hemorrágico o traumático, se consideran cinco programas de tratamiento de rehabilitación física y un programa de cuidados de enfermería.

- 1.- Programa de casa en valoración inicial
- 2.- Programa de casa en mecanoterapia
- 3.- Hemipléjicos colchón
- 4.- Hemipléjicos marcha
- 5.- Programa con ejercicio isocinético

La elección del programa corresponde al médico tratante y se determina de acuerdo a las condiciones clínicas determinadas por la exploración física, se consideran también los antecedentes de tratamientos previos, se toma como referencia clínica a las etapas de recuperación descritas por Brunstrom. La atención incluye también terapia ocupacional genérica (servicio de neurológicos), terapia de lenguaje y apoyo psicológico.³¹

4.- Antecedentes

4.1.- Evaluación del impacto de los grupos de apoyo

La relación entre el manejo de las secuelas de las enfermedades cardiovasculares como la EVC y aspectos psicosociales se ha señalado desde hace tiempo incluso en estudios tan significativos como la cohorte de Framingham (Kelly 1988), también se ha señalado que la influencia de la familia es importante y que la educación es necesaria pero no suficiente para reducir situaciones importantes como la disfunción familiar (Evans 1992).

De manera más específica, se ha encontrado que los grupos con funciones psicosociales son útiles en el manejo de alternativas de afrontamiento en la EVC (Robinson-Smith 1993), en mejorar la independencia funcional y estado de ánimo en el paciente, aliviando la carga y conocimientos en el cuidador, resultando en satisfacción por los servicios recibidos en ambos (Harding 2000, Mant 2000), por otro lado, el conocimiento y experiencia de los miembros de los grupos sobre los cuidados en la EVC son importantes para la educación en la comunidad (Welterman 2000), y se ha demostrado su beneficio en la reducción de la mortalidad y mejorar la capacidad funcional sobre todo en los pacientes no frágiles.

Aunque no existe consenso en la manera de abordar y evaluar los efectos del apoyo social, en las intervenciones diseñadas en casos de secuelas de EVC se incluyen de manera constante mediciones de la capacidad funcional a través de escalas de medición de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales, percepción del estado de salud, estado cognitivo, depresión, afrontamiento, satisfacción en la atención, función y estructura familiar, percepción del apoyo recibido, tiempo y tipos de atención brindado, y el análisis cualitativo de la participación en acciones de apoyo social a nivel familiar y comunitario.(Tabla 1)

Por otro lado, las acciones de apoyo social forman parte de las guías de tratamiento en los procesos de atención de la EVC en países con amplia experiencia

en esta enfermedad por contar con poblaciones envejecidas (UK, Unión Europea, Canadá, Estados Unidos, Escocia)^{32 33 34}

En nuestro medio la información documental sobre los beneficios del apoyo social es aún incipiente^{35 36}



Tabla 1.- Intervenciones en las que se incorpora a los grupos de apoyo como estrategia de apoyo social en la atención de la EVC

Autor	Tipo de estudio	Población	Variables de resultado y escalas de medición	Conclusiones
Kelly-Hayes M, Wolf PA, Boston, 1988	Estudio epidemiológico longitudinal	Cohorte de Framingham 1971-1981 (3920 personas con EVC)	Relaciones del evento agudo con tipo de EVC, sitio de lesión, comorbilidad, factores socio demográficos, e institucionalización	2° fase. Analizan el impacto de los factores en la institucionalización. Se concluye que existe la necesidad de desarrollar estrategias para mantener a los supervivientes discapacitados en la comunidad y así contribuir a mejorar su calidad de vida, sobre todo cuando no tienen pareja (para ambos sexos)
Evans RL, Hendricks RD. Washington. 1992	Revisión de la literatura	Estudios de apoyo social en rehabilitación de la EVC a niveles familiar, conyugal.	Análisis de interacción familiar, funciones de la familia, educación y asesoría, participación en grupos de apoyo, necesidades de la familia, impacto del apoyo psicosocial de la familia.	<p>1.-La influencia de la familia puede mejorar la rehabilitación y la disfunción psicosocial</p> <p>2.- El tratamiento es improductivo cuando el afrontamiento familiar es deficiente</p> <p>3.-La educación es necesaria pero no suficiente para reducir la disfunción familiar</p> <p>4.- Las familias que más necesitan de cuidados de apoyo pueden no participar en grupos de apoyo por problemas prácticos.</p>
Robinson-Smith G. New Jersey Newark NJ 1993	Transversal comparativo (entrevistas)	72 pacientes ancianos con EVC de 6 a 12 meses de evolución, y sus parejas.	Life Satisfaction Index A. Ways of Coping Scale, Gulick Activity of Daily Living Scale Análisis de varianza de modelos mixtos (ANOVA)	De acuerdo al perfil de afrontamiento encontrado, el estudio apoya la idea de que los grupos con componentes psicosociales pueden proporcionar un apoyo social útil, además de brindar alternativas de afrontamiento.
Harding J, Lincoln NB. Nottingham UK. 2000	Observacional	16 organizaciones de apoyo familiar en rehabilitación del EVC	Análisis de frecuencias. Medidas de tendencia central, y contenidos de entrevistas.	<p>Las organizaciones de apoyo familiar usan mucho de su tiempo facilitando la independencia. Las mediciones de las ABVD son resultados apropiados de este servicio.</p> <p>Para valorar los resultados del apoyo social se propone medir:</p> <p>En el paciente; capacidad funcional y estado de ánimo.</p> <p>En el cuidador: estado de ánimo y carga.</p> <p>En ambos: conocimiento y satisfacción de los servicios recibidos.</p>

<p>Mant J, Carter J, Wade DT. Birmingham UK. 2000</p>	<p>Ensayo controlado, aleatorizado cegado</p>	<p>520 pacientes con EVC agudo en dos grupos de comparación</p>	<p>Escalas: SF-36, Scare Handicap London, Scale Depression and Anxiety Hospital, Frenchay Activities Index.</p>	<p>El apoyo familiar fue significativamente benéfico para los cuidadores para las actividades sociales y calidad de vida, sin efectos significativos para los pacientes.</p>
<p>Welterman BM, Homann J, Rogalewsk y A. Alemania. 2000</p>	<p>Encuesta</p>	<p>133 miembros de grupos de apoyo en EVC</p>	<p>Análisis de frecuencias.</p>	<p>El conocimiento de los miembros de grupos de apoyo es bueno sobre los cuidados modernos de la EVC. Debido a esto y su experiencia personal los miembros de los grupos de apoyo pueden ser importantes colaboradores en la educación sobre la EVC en la comunidad.</p>
<p>Ertel KA, Glymour MM, Glass TA, Berkman LF, Boston, 2007</p>	<p>Ensayo clinico controlado</p>	<p>291 Supervivientes de EVC mayores de 45 años,</p>	<p>Actividades instrumentales de la vida diaria, actividad física, estado cognitivo, mortalidad. Mini Mental, NHI Stroke Scale, CES D (Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale) Physical Performance Test</p>	<p>1.- Una intervención psicosocial basada en la familia puede beneficiar a los subgrupos más sanos: los sujetos no frágiles mostraron mejoría en las actividades instrumentales de la vida diaria y redujeron el riesgo de mortalidad</p>

5.- Objetivos

5.1 Objetivo general:

1.- Evaluar la efectividad del proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a EVC cuando se integran a los grupos de apoyo, en las áreas de recuperación de la capacidad funcional en ABVD, percepción del estado de salud, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento.

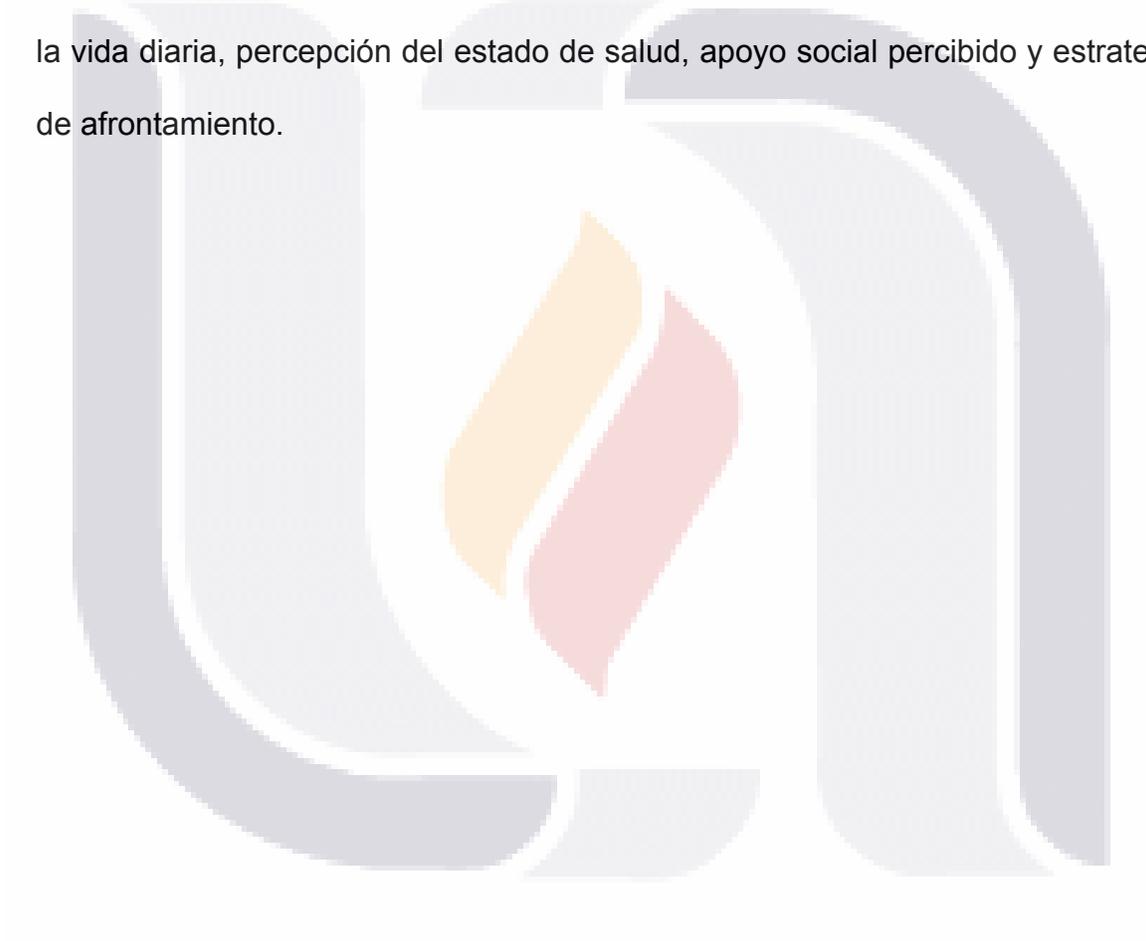
5.2 Objetivos específicos:

1.- Diseñar e implementar un grupo de apoyo en el proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a EVC en la UMFR RN del IMSS

2.- Evaluar la efectividad del proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a EVC cuando se integra a grupos de apoyo al inicio y tres meses después del proceso biomédico convencional de rehabilitación para mejorar la capacidad funcional en ABVD, percepción del estado de salud, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento.

6.- Hipótesis teórica.

Con la implementación de grupos de apoyo en el proceso de rehabilitación en el paciente con discapacidad secundaria a EVC se espera atender las necesidades psicosociales en el paciente, disminuyendo el estrés y creando un ambiente favorable para el desarrollo de los mecanismos de neuroplasticidad, que se reflejara en la mejoría en la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, percepción del estado de salud, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento.



7. - Material y Métodos

7.1 Tipo de estudio

Diseño del estudio: Intervención en el proceso de atención incorporando la estrategia del grupo de apoyo.

Tipo de diseño epidemiológico: Cuasi-experimental, estudio antes y después.

Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de EVC (primer evento) de cualquier sexo, con 40 a 75 años de edad, que ingresaron para atención de rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS en el DF.

Sitio del estudio: Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS en el DF.

Diseño muestral: no probabilístico, por subgrupos homogéneos

7.2 Duración

Del 15 de octubre de 2004 al 31 de octubre del 2005

7.3 Unidad de Análisis

Pacientes con un primer evento de EVC de etiología isquémica o hemorrágica.

7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad entre 40 y 75 años con el diagnóstico de un primer evento de EVC, de etiología isquémica o hemorrágica, con un tiempo de evolución de hasta 30 días a partir del evento agudo y con déficit cognitivo o disfasia que permitía la comunicación bidireccional.

Que en el momento de ingresar al estudio contaban con el apoyo de al menos un familiar para su cuidado, que aceptaron participar en el estudio.

Se excluyeron aquéllos pacientes que presentaron descompensación metabólica de enfermedades comórbidas y/o con encefalopatía metabólica así como aquéllos pacientes con secuelas o discapacidad secundaria leve (Brunstrom 6) o clínicamente imperceptible.

Los pacientes fueron eliminados cuando abandonaron el estudio por cualquier causa o por no completar las valoraciones indicadas así como aquéllos pacientes que fallecieron durante el estudio.

7.6 Variables

<p>Variable independiente</p>	<p>Estrategia de apoyo social llamada grupo de apoyo</p>
<p>Variables principales de resultado</p>	<p>Capacidad funcional en ABVD (Barthel) Percepción del estado de salud (SF-36) Perfil de afrontamiento (Lazarus) Apoyo social percibido (Sherboun)</p>
<p>Variables de control o ajuste.</p>	<p>Estado cognitivo del paciente (Minimental)</p>
<p>Otras variables:</p>	<p>Perfil Sociodemográfico del paciente y del cuidador Perfil de salud-enfermedad del paciente y del cuidador, comorbilidad y su tratamiento, complicaciones</p>

Ver tabla sobre definición de variables (anexo 1)

8.- Descripción y diseño de la intervención

8.1 Descripción de la estrategia:

La estrategia seleccionada en este trabajo para brindar apoyo social fueron los grupos de apoyo. La intervención consistió en integrar a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión a estos grupos, colocándolos así en un ambiente protector con efectos favorables a su recuperación por los efectos benéficos derivados de su participación, recibiendo al mismo tiempo el tratamiento institucional habitual de rehabilitación.

Una vez seleccionados y que aceptaron participar en el proyecto los pacientes se integraron a grupos de 6 a 10 participantes, junto con su respectivo cuidador, realizándose la primera sesión en los primeros 10 días de su ingreso.

El desarrollo de los grupos se dividió en 3 fases, de cohesión, maduración e integración comunitaria, de manera que se aprovechara la estancia recomendada en la unidad de rehabilitación para estos pacientes, que es de 3 meses.

En la fase inicial o de cohesión (4 sesiones) se aplicaron en forma intensiva dinámicas de grupo para el encuadre de la intervención, favorecer la interacción entre los participantes, la modificación actitudes y conductas condicionadas por el estrés de la transición vital que soportan, además de propiciar el sentimiento de pertenencia al grupo.

En la fase de maduración (2 sesiones) se hizo énfasis en la creación de nuevas redes sociales y el intercambio de recursos, finalmente en la fase de integración comunitaria (1 sesión) se reafirmó la creación de redes sociales y sirvió de cierre de grupo. Figura 1.

Se aplicaron los instrumentos de evaluación en la primera semana de su ingreso y en la última antes de la alta médica.

8. 2 Diseño de la intervención:

Una vez aprobado el protocolo de investigación se solicitó y se obtuvo financiamiento al Fondo Fomento a la Investigación del IMSS para realizar en

proyecto, iniciándose la gestión en la UMFR RN para iniciar la intervención, al mismo tiempo se contrato y se capacito al personal necesario para la intervención de apoyo social, que se inserto dentro del proceso de atención institucional habitual al paciente con secuelas de EVC en la unidad de rehabilitación. Se realizo una prueba piloto durante la cual se realizaron los ajustes necesarios para adaptar el proyecto a las condiciones operativas de la unidad de medicina física, la coordinación con el personal operativo, las evaluaciones del los pacientes, y el uso de aéreas físicas.

Finalmente, la intervención se realizo de la siguiente manera; durante la consulta de 1º vez el médico tratante del modulo de neurológicos realizo una valoración clínica para identificar la etapa de recuperación e indicar el programa de rehabilitación institucional correspondiente, esto se registró tanto en el expediente clínico como en un formato elaborado para este propósito.

Se identificaron y revisaron los criterios de inclusión en cada paciente, y en caso de cumplirlos se invito a participar en la intervención, cuando aceptaron se envió con la facilitadora, en un cubículo anexo al consultorio, donde se brindo mas información y se solicito la firma de consentimiento informado, además de iniciarse la aplicación de los cuestionarios del perfil sociodemográfico del paciente y del cuidador, también se inicio la aplicación de los instrumentos de evaluación, en forma progresiva, con entrevistas no mayores de 40 minutos para evitar el cansancio del paciente y familiar, completándose la totalidad de los instrumentos en no más de 3 entrevistas, las cuales coincidieron con su asistencia a las sesiones de terapia y del grupo de apoyo, todo esto se realizo en un lapso de tiempo no mayor de una semana desde su ingreso.

En el caso de los pacientes que no aceptaron participar también se les realizo una entrevista para identificar y registrar las razones de su negativa,

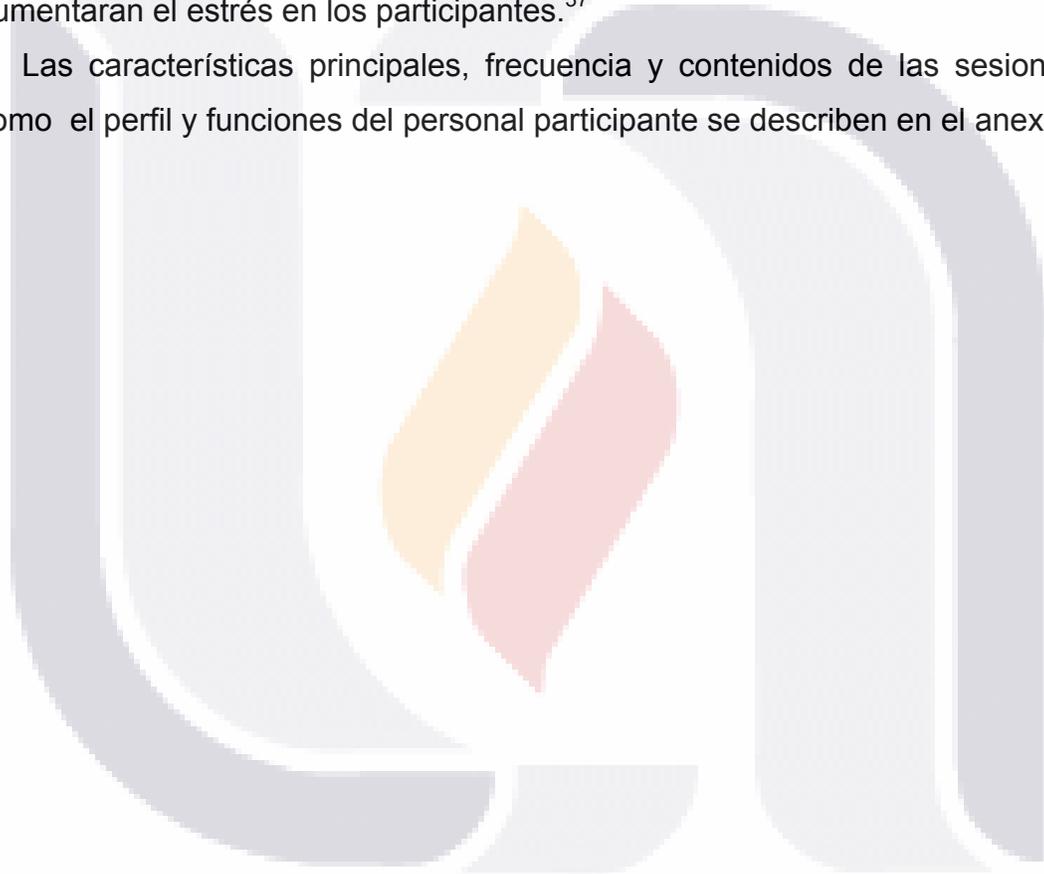
Se dieron 10 días hábiles de plazo para integrar e iniciar cada grupo de apoyo.

Lo recursos humanos y materiales se describen en el anexo 2

8.3 Características, contenidos y desarrollo de los grupos de apoyo.

En el presente trabajo se utilizaron dinámicas de grupo claramente diferentes a las utilizadas cotidianamente en la institución. Para cumplir con la función de los grupos de apoyo se formaron grupos de duración temporal, homogéneos en su composición y cerrados, la característica principal fue el tipo de liderazgo empleado, que fue de tipo horizontal a través de una trabajadora social que cumplió las funciones de facilitadora, evitando al máximo figuras de autoridad que aumentaran el estrés en los participantes.³⁷

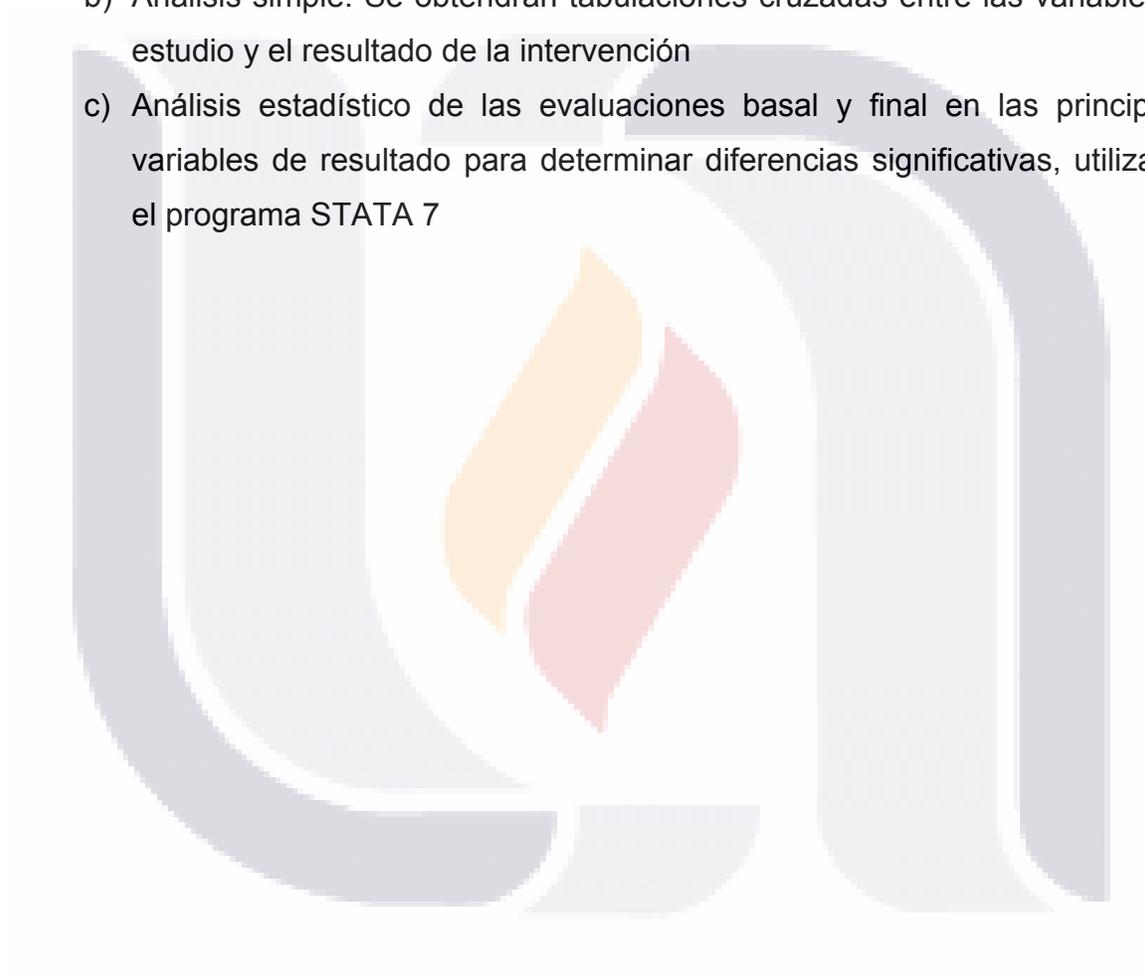
Las características principales, frecuencia y contenidos de las sesiones, así como el perfil y funciones del personal participante se describen en el anexo 3.



9.- Plan de análisis.

El análisis de la información constara de los siguientes pasos.

- a) Análisis exploratorio. Se llevara a cabo con el fin de evaluar la calidad de la información y describir la población a partir de las distribuciones simples de las variables bajo estudio, calculándose medidas de tendencia central y dispersión.
- b) Análisis simple. Se obtendrán tabulaciones cruzadas entre las variables de estudio y el resultado de la intervención
- c) Análisis estadístico de las evaluaciones basal y final en las principales variables de resultado para determinar diferencias significativas, utilizando el programa STATA 7



10.-Consideraciones éticas

La intervención se realizó apeguándose a las normas institucionales, nacionales e internacionales para efectuar investigación en seres humanos³⁸ ya que:

El protocolo de investigación fue autorizado por el Comité Local de investigación de la UMFR RN del IMSS, con registro 2004-3403-011.

Se realizó por personal debidamente entrenado.

Se garantizó la confidencialidad en la información obtenida y la identidad del paciente.

No existió coerción para la participación, ya que las personas que no aceptaron ingresar al estudio siguieron recibiendo atención médica en la UMFR RN

En conformidad con el artículo 100 de la Ley General de Salud, este estudio está catalogado como de riesgo mínimo (no se expone a riesgos y daños al paciente) y no hubo procedimientos invasivos (artículo 17 fracción 11 del reglamento de la Ley Federal de Salud), debido a que se consultaron los expedientes y se aplicaron diversos cuestionarios para obtener información específica,

Se invitó a los pacientes y sus cuidadores verbalmente y por escrito, proporcionando la información suficiente para respaldar su participación voluntaria, la cual se acepta firmando la carta de consentimiento informado correspondiente.

11.- Resultados

Participaron en el estudio 60 pacientes, de los cuales solo 56 se consideraron en el análisis final, la edad promedio fue de 66.3 ± 9.1 años, con predominio discreto del sexo masculino (53.7%), la mayoría de ellos con pareja (71.4%), el promedio de años de estudio fue muy bajo (3.6 ± 3.3 años), la mitad desempeñaba el rol de jefe de familia (55.4%), y realizaba actividades laborales remuneradas (55.3%), prácticamente todos contaban con un núcleo familiar (98.2%), estableciéndose la relación principal con la pareja (67.3%), mientras los hijos tenían una participación importante en el apoyo económico (51%), y los cuidados de la casa (47.5%). La mayor parte habitaban en casa sola, propia (89.3%). El promedio de ingresos fue de $3\ 051.0 \pm 1\ 718.0$ pesos mensuales y no contaba con medio de transporte propio el 67.9%. La procedencia de la mayoría de ellos fue de las delegaciones del Estado de México (61.5%).

Anexo 4 tablas 1, 2

Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión y la diabetes en el 86.3%, y el 60.8% respectivamente, la frecuencia de consultas para control médico fue de 2 meses en el 80.3% de los casos, y de 3 meses o más en el 19.6% de los casos, la mayor parte no realizaron acciones complementarias para mantener su salud (69.7%), y solo el 12.5% manifestó haber realizado ejercicio, o cambios nutricionales (7.1%).

Solo el 14.3% de los participantes presentaron eventos de descompensación previos a la EVC, siendo el más frecuente la crisis hipertensiva (50%) y la descompensación glicémica (25%), que ameritaron hospitalización en todos los casos con una estancia promedio de 5.5 ± 2.4 días.

Anexo 4 Tabla 3

La verbalización del estado de ánimo al momento del ingreso se clasificó en angustia y desesperación en el 39.3%, estado de ánimo decaído en el 23.2%, y únicamente el 5.4% manifestó esperanzas de recuperación.

El 80.4% de los pacientes manifestaron no tener un día específico de descanso, y solo el 8.9% dedicaban tiempo a actividades recreativas, estas fueron solo de tres tipos: caminar, ejercicio físico y convivencia familiar.

El habito del tabaquismo afectaba al 37.5 % de los pacientes, con un promedio de evolución de 21.6 ± 10.5 años y de consumo de 68 ± 67.1 cigarros por semana, la condición de fumador pasivo se presentaba en el 23.2 de los casos, mientras que el 37.5 % ingerían bebidas alcohólicas, el 14.3% lo hacía diariamente, y el 47.6% una o más veces por semana. (Anexo 4 Tablas)

Capacidad funcional en actividades de la vida diaria: A su ingreso el promedio de funcionalidad de los pacientes, evaluado mediante la escala de Barthel (0 a 100), fue de 31.4 ± 19.9 , donde el 90.9% de ellos sufría de discapacidad severa (Barthel < 60), mientras que a su egreso el promedio de funcionalidad logrado fue de 82.4 ± 22.5 , alcanzando la categoría de discapacidad leve el 73.3 %, se encontró una diferencia evidente y estadísticamente significativa ($p > 0.0000$) entre la evaluación inicial y final de los pacientes con evaluaciones completas. (n = 30). Anexo 4 Cuadro 1

Apoyo social percibido: Si bien en los pacientes se observo un aumento en todas las funciones instrumentales, que se refieren al apoyo social como un recurso que facilita la realización de actividades cotidianas y donde se intercambian apoyos que sirven de soporte a sus integrantes, solo fue significativo en las dimensiones de apoyo emocional ($p= 0.0191$) y de apoyo afectivo ($p= 0.0085$).

Para los cuidadores solo se observo un aumento en las dimensiones de apoyo afectivo e interacción social positiva, con disminución al final en apoyo emocional y apoyo tangible, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La pregunta sobre apoyo estructural (amigos íntimos y familiares cercanos) fue analizada aparte y no mostro ningún cambio tanto en pacientes como en cuidadores.

Anexo 4 Cuadro 2

Afrontamiento: La estrategia para enfrentar al estrés más utilizada en los pacientes en el área de afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción fueron el pensamiento mágico (91.0%) y el afrontamiento dirigido a lo positivo (59.1%) en hombres, mientras que en las mujeres fue del 77.3% y el 50.0% respectivamente (considerando las subescalas de utilización media y alta),

mientras que en el área de afrontamiento activo o dirigido al problema se utilizó más la flexibilidad de afrontamiento en los hombres en el 68.2% y el afrontamiento dirigido al problema en el 77.3%; en mujeres fue de 50.0% para la primera y 55.1% para la segunda.

Para los cuidadores se encontraron resultados muy similares, el pensamiento mágico y el afrontamiento dirigido a lo positivo fueron las estrategias más frecuentemente utilizadas en el afrontamiento dirigido a la emoción, 71.5% y 71.4 en hombres, 62.2% y 57.8% en mujeres, mientras que para el afrontamiento dirigido al problema la estrategia más utilizada fue el afrontamiento dirigido al problema en hombres y la revaloración positiva con el 44.5% en mujeres.

Estas diferencias en las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas al aplicarse la prueba de chi-cuadrada.

Anexo 4 cuadros 3 y 4

Percepción del estado de salud: En la valoración a su ingreso mediante el cuestionario SF-36 más del 60 % de los pacientes mostraban valores al piso en las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional, en las restantes dimensiones se encontraron a menos del 10% de ellos, por otro lado con valores al techo en la dimensión del dolor corporal se encontraba el 46.9% de los participantes y 20.4% de ellos en la dimensión de rol físico, en el resto de las dimensiones se encontraron menos del 5% de los pacientes.

En la evaluación final 13.3% de los pacientes se encontraron con valores al piso en la dimensión de función física, 40% en el rol físico y 36.7 en rol emocional, en el resto de las dimensiones se encontraron menos del 10% de los pacientes.

Los porcentajes al techo al final fueron de 30% en rol físico, 26.7% en rol emocional, 33.3% en función social y 50% en dolor corporal, mientras que en el resto de las dimensiones se encontraron solo menos del 5% de los pacientes.

A su ingreso los problemas más severos fueron percibidos en las actividades de la vida diaria, laborales, y derivados de alteraciones emocionales, casi la mitad de ellos no reportaron dolor o limitaciones derivadas del mismo.

Sin embargo al final de la intervención aun se percibía al rol físico (40%) y rol emocional (36.7%) como las áreas más afectada, reduciéndose la dificultad para realizar actividades de la vida diaria hasta un 13% de valor al piso. En las dimensiones restantes (función social, dolor corporal vitalidad, salud mental y salud general) se mantuvieron menos del 10% de los pacientes con valores al piso.

Los valores al techo para la función social pasaron de 4.1% al ingreso hasta 33.3% al final de la intervención. El dolor corporal fue causa de limitación en las actividades solo en la mitad de los pacientes (50% al techo) al final del estudio.

Anexo 4 Cuadro 5

Déficit cognitivo: al inicio de la intervención se encontró que el 76.4% de los pacientes presentaban déficit cognitivo, mientras que en la evaluación final el 66.8% no mostraron datos de deterioro cognitivo. Anexo 4 Cuadro 6

11.- Discusión

La capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria, evaluada mediante el índice de Barthel, es una de las maneras más frecuentemente utilizadas para valorar el impacto que tienen los tratamientos de rehabilitación en la EVC, sin embargo, bajo el contexto amplio de los intervenciones psicosociales aun es difícil establecer evidencia de su eficacia, a pesar de mostrarse diferencias en la mejoría hasta del 60% en la independencia funcional (), aunque si consideramos características específicas en los pacientes disminuye la incertidumbre, como en el trabajo de Ertel (2007) donde se muestra que cuando no existen condiciones de fragilidad las intervenciones psicosociales pueden mejorar la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En el presente trabajo se encontró una clara mejoría en la recuperación de la independencia funcional, alcanzando niveles de autosuficiencia la gran mayoría de los pacientes en la evaluación final, sin embargo, este resultado debe interpretarse en el marco más amplio de la multicausalidad, y de la percepción del paciente. Así. En la población estudiada los valores al piso en las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional encontradas en la evaluación inicial mediante el cuestionario SF-36 con congruentes con el alto grado de discapacidad que presentaban los pacientes al inicio de la intervención (BI < 60 en el 90.9% de los casos), donde ya se aprecia un gran componente emotivo en esta percepción, que se mantiene deficiente hasta su alta. Hopman (2003) en un estudio de seguimiento a 6 meses donde se brindo rehabilitación por un equipo multidisciplinario y hogar con apoyo al alta encontró que mejoró la dimensión de funcionamiento físico, pero no las de rol físico, rol emocional y vitalidad, mientras que a los 6 meses mejoro el rol físico con una declinación en el rol emocional, salud mental, funcionamiento social, dolor corporal, y la percepción general del estado de salud. Aunque se trata de otra población y un sistema de atención diferente puede sugerir en ambos casos, entre otras cosas, un manejo deficiente de esta transición psicosocial, y si consideramos el perfil de afrontamiento predominante de nuestros pacientes y cuidadores, basados en expectativas de mejoría en un tiempo muy próximo (pensamiento mágico y el afrontamiento dirigido a lo positivo, como estrategias

pasivas) y de los resultados de las acciones emprendidas y aceptadas como “efectivas” (flexibilidad de afrontamiento y el afrontamiento dirigido al problema por el lado del afrontamiento dirigido al problema), podríamos justificar esta declinación emocional ante la pérdida de la esperanza de mejoría con el paso del tiempo y la frustración resultante de las acciones emprendidas sin mejoría apreciable para ellos. En relación a estas condiciones, en nuestra intervención se muestra un aumento significativo cuando se evaluó la percepción del apoyo social de los pacientes específicamente en las dimensiones de apoyo emocional como la de apoyo afectivo. En contraste, en los cuidadores solo se observaron cambios no significativos con aumentos en las dimensiones de apoyo afectivo e interacción social positiva, con disminución al final en apoyo emocional y apoyo tangible.

El hecho de que las estrategias de apoyo social no se consideran como parte del tratamiento médico institucional de la EVC de manera explícita y puntual caracterizo tanto a la implementación como a los resultados del presente trabajo, sin embargo, se puede señalar que los gastos económicos institucionales para la implementación de este tipo de estrategias es mínimo, y solo requiere modificaciones en la logística de los tratamientos habituales y una mayor integración de personal de trabajo social, y enfermería

La falta de consenso en la literatura mundial sobre la evaluación de los efectos de los tratamientos de rehabilitación es otro tema que afecta tanto la implementación de tratamientos de la discapacidad como la evaluación de su efectividad.

12.-Conclusiones:

Es posible incluir estrategias de apoyo social en el tratamiento rehabilitatorio del paciente con discapacidad secundaria a EVC, identificar las estrategias de afrontamiento en esta transición vital con efectos favorables que se reflejan en mejoría en la recuperación funcional, y en varias dimensiones de la percepción del estado de salud y en el apoyo social percibido, se requieren otros estudios para confirmar causalidad y los efectos a largo plazo.

Como la mayoría de las medidas de salud percibida, estos resultados deben ser interpretadas como mayor o menor presencia de la característica evaluada, no debiendo ser interpretada de forma aislada, sino en comparación con la distribución en una muestra representativa en el contexto de la multidimensionalidad propia de este tipo de discapacidad

13.- Anexos



Anexo 1. Descripción de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Estrategia de apoyo social llamada: Grupo de apoyo (Rehabilitación biopsicosocia)	Se define como los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa en el momento de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como los desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones mediante el manejo emocional de los mismos, ofrecer guía, consejo, y ofrecer retroalimentación sobre la conducta individual.	Integración y participación del paciente con secuelas de EVC y de su cuidador principal al los grupos de apoyo durante su proceso de tratamiento institucional de rehabilitación después del alta hospitalaria	Nominal	Si-No
Tratamiento habitual de rehabilitación	Programa institucional aplicado en la UMFR RN a los pacientes con secuelas de EVC que ingresan al modulo de neurologicos, a través de terapia física, ocupacional, terapia de lenguaje, y en su caso con apoyo psicológico y de terapia de lenguaje, e información en trabajo social	Prescripción de tratamiento de rehabilitación en los diferentes servicios de la unidad, indicada por el médico tratante en la consulta externa, fundamentado en las condiciones clínicas y etapa de recuperación de Brunstrom, asignándose el programa específico institucional y las actividades de orientación e	Nominal	Si-No

		información programadas para todos los pacientes		
--	--	--	--	--

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Actividades de la vida diaria	La capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que comprenden nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar en varios componentes: físico, cognoscitivo y de interacción social	Grado de dependencia funcional y de interacción social del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales medida a través de la escala de Barthel	Categórica	Ordinal	Barthel 0 100 Independiente = > de 60 puntos Dependencia moderada = 41 a 60 puntos Total dependencia = < o igual a 40 puntos
Percepción del Estado de Salud.	Estado de salud percibido como negativo o positivo por parte del paciente, basado en el bienestar emocional y estado funcional.	Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. Contiene 36 ítemes formando 8 dimensiones que evalúan: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad,	categórica	ordinal	Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es la percepción del estado de salud. 0 representa el peor estado

		función social, rol emocional, salud mental			de salud y 100, el mejor estado.
Perfil de afrontamiento	Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Los esfuerzos pueden ser dirigido a la emoción o dirigidos al problema	Aplicación del cuestionario de Lazarus-Folkman en el cual se explora el perfil de afrontamiento a través de 6 dimensiones, material y económicos, vitales: salud y energía. psicológicos: creencias positivas, técnicas de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social. determinándose la valoración del medio y sus demandas	categórica	ordinal	Neutra Positiva Estresante
Apoyo social percibido					

Variables de control o ajuste					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Estado cognitivo del paciente	Estado que guarda el individuo relación a la función de las áreas intelectivas como: orientación, concentración, atención, cálculo, memoria y lenguaje y de construcción entre otros.	Estado que guarda el paciente en relación a las funciones intelectivas como: orientación, concentración, atención, cálculo, memoria y lenguaje y de construcción medidas a través del examen Minimental	Categorica	Ordinal	Puntuación máxima: 35 Se considera normal = : 28 o + puntos Déficit global cognitivo adultos = < o igual a 27: Déficit global cognitivo (adultos de población geriátrica) = < o igual a 23

VARIABLES: FACTORES DE RIESGO			
Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Actividad física	Categórica	Nominal	Leve Moderado Alto No
Tabaquismo	Categórica	Nominal	Sí No
Tipo de tabaquismo	Cuantitativa	Continua	Número de cigarrillos al día
Alcoholismo	Categórica	Nominal	Si No
Peso antes del padecimiento	Categórica	Ordinal	Peso normal Sobrepeso Obesidad

CONDICIONES DE SALUD (CO- MORBILIDAD AGREGADA)			
Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Presencia de co-morbilidad	Categórica	Nominal	Si No
Tipo de co-morbilidad	Categórica	Nominal	Diabetes Hipertensión Enfermedad coronaria Osteoporosis Otra
Tiempo de padecer la enfermedad	Cuantitativa	Discreta o de intervalo	Años
Unidad médica donde se controla	Categórica	Nominal	UMF HGZ Medico particular Otro
Cada cuando asiste a control médico	Cuantitativa	Discreta o de intervalo	meses
Tipo de tratamiento	Categórica	Nominal	Farmacológico Nutricional Otro
Prescripción médica	Categórica	Nominal	Adecuada Inadecuada
Tiempo de hospitalización previa	Categórica	Nominal	Si-No
Causa de hospitalización	Categórica	Nominal	Diagnóstico de egreso

OTRAS VARIABLES: APOYO FAMILIAR			
Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Vive solo	Categórica	Nominal	Si No
Con quien vive actualmente	Categórica	Nominal	Esposa Hijos Hermanos Padres Otros
Con cuantas personas comparte la vivienda y los gastos familiares	Cuantitativa	Continua	Número de personas
Cuando se enferma recibe visitas de familiares	Categórica	Nominal	Si No
Recibe llamadas telefónicas de amigos	Categórica	Nominal	Si No
Con qué frecuencia recibe llamadas de amigos	Categórica	Nominal	Si No

Anexo 2 Recursos materiales y humanos:

Área Física	
Aula para realizar las sesiones del grupo de apoyo	Aula 2 de la UMFR RN con capacidad para 20 personas sentadas (sillas movibles)
Aulas alternativas	Aula 1 con capacidad para 40 personas (silla fijas) Área verde anexa a la zona de tratamientos
Recursos Humanos	
Investigador	Actividades Coordinación y supervisión del proyecto de investigación, exposición de temas
Facilitadora (trabajadora social)	Guiar las actividades en las sesiones del grupo de apoyo. Otorgar validez a los sentimientos. Fomentar la expresión personal. Facilita el desarrollo de la cohesión del grupo. Ayuda a los miembros a que identifiquen las habilidades que les ayudaran a hacerle frente a la situación desde el diagnóstico hasta la recuperación. Entrevistas y preparación previas a los integrantes del grupo. Llenar formularios de ingreso, ausencias y retiros, realizar evaluaciones grupales. De común acuerdo con la cofacilitadora deberán detectar miembros del grupo que necesiten seguimiento especial, quien estará a cargo de localizar a los pacientes o realizar visitas domiciliarias, seguimiento apropiado de miembros ausentes, planear las sesiones, resolver entre ambas desacuerdos y conflictos derivados de las actividades en el grupo.
1 encuestadora	Realización de las entrevistas al paciente y cuidador principal para recolectar datos de los instrumentos de medición y cuestionarios. Realizar visitas domiciliarias en caso de ser necesario para completar la información.
Medico especialista en rehabilitación	Consulta de 1° vez para valoración y asignación de tratamiento de rehabilitación, valoración clínica y modificaciones al plan de tratamientos de acuerdo a la evolución del paciente en las citas subsecuentes, elaboración del alta médica al completar los objetivos

	terapéuticos a criterio clínico.
Horarios	De 10 a 11.30 hrs. Martes y jueves
Duración de las sesiones	Máximo de 2 horas.
Frecuencia	De acuerdo a la etapa del grupo



Anexo 3.- Características, contenidos y desarrollo de los grupos de apoyo

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE APOYO	
Tipo de grupo	Homogéneo, cerrado, duración temporal
Tipo de liderazgo	Horizontal a través de una facilitadora
Participantes	Pacientes que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, acompañados de su cuidador principal. Facilitadora, investigador en actividades de supervisión
Numero de participantes	Para cada grupo se reclutarán de 6 a 10 pacientes con su cuidador, calculando una pérdida de 2 binomios por grupo.

FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS REUNIONES DE LOS GRUPOS		
FRECUENCIA	DURACIÓN	No. sesiones
ETAPA DE INICIO (INTENSIVA, DE COHESION)		
1 reunión por semana durante el primer mes	60-90 minutos	4
ETAPA INTERMEDIA (SOSTEN O MADURACION)		
1 reunión cada 15 días, durante el segundo mes	60-90 minutos	2
ETAPA FINAL (INTEGRACION COMUNITARIA)		
1 reunión al mes, durante el tercer mes.	60-90 minutos	1

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES (PRIMERA SESION)				
OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TECNICA	RESPONSABLE	TIEMPO
Encuadre y presentaciones.	Saludos y presentaciones entre los integrantes del grupo	Taller vivencial (Dinámicas de grupo para	Facilitadora ,	20 minutos

		“romper el hielo”		
Brindar información básica sobre la EVC	Exposición del tema “Que es la EVC y cual es su tratamiento de rehabilitación”	Exposición con diapositivas, interactivo, tipo preguntas y respuestas	Investigador	20 minutos
Promover la cohesión y participación de los integrantes del grupo	Diversas actividades diseñadas de acuerdo a las características del grupo y recursos disponibles.	Actividades lúdicas para estimular la participación y la convivencia	Facilitadora	20 minutos
Interacciones entre los participantes	Compartir experiencias relacionadas tomadas de las actividades cotidianas de cada uno y de los cambios causados por la enfermedad. Se pidió que las describieran comentando las emociones que les generan. Se permitió y fomento la expresión emocional Posteriormente comentan como las manejaban antes de unirse al grupo y como deberían manejarlas según lo comentado en el grupo	Taller vivencial	Facilitadora como parte del grupo	20 minutos
Fomentar la sensación de pertenencia a un grupo	La facilitadora y a los participantes formaron un círculo, tomados de la mano y expresaron cada uno su sentimiento por estar en el grupo y los deseos hacia el resto de los participantes	Petición en grupo y expresión emocional libre de la experiencia de estar en el grupo	Facilitadora como parte del grupo	10 minutos
(SESIONES SUBSECUENTES)				
OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TECNICA		TIEMPO
Encuadre y presentaciones	Saludos y presentaciones entre los integrantes del grupo, exposición de la agenda del día por parte de la		Facilitadora y cofacilitadora	10 minutos

	facilitadora.			
Brindar información solicitada por el grupo	Lectura de un texto acerca de los objetivos del grupo, ó relato de problemas a los que se enfrentan.	Exposición interactiva	Ponente designado o el investigador	15 minutos
Buscar asertividad y participación de los integrantes del grupo	Presentación de historias personales sobre el tema expuesto en la reunión, compartir experiencias relacionadas tomadas de la experiencia cotidiana de cada uno. Estimular la participación grupal. Se discute sobre el ejemplo, nuevas formas de afrontamiento enfatizándose los refuerzos positivos y comentando las críticas como los aspectos a mejorar. (Las críticas sólo se verbalizan si los sujetos lo desean, es decir, se da la libertad para elegir el recibirlas o no, aunque lo normal es que todos acepten este tipo de comentarios)	Participación libre y espontánea de los integrantes del grupo, modulados por la facilitadora	Facilitadora y cofacilitadora	40 minutos
Promover la cohesión del grupo e intercambio de recursos	Periodo de preguntas. Durante este tiempo cualquiera puede preguntar sobre las historias y situaciones presentadas, fomentando la participación de todos los miembros.	Participación libre y espontánea de los integrantes del grupo, modulados por la facilitadora	Facilitadora	30 minutos
Mejorar cohesión grupal, y actividades de autogestión	Encuentro de ayuda mutua. Al finalizar la sesión formal normalmente continúan juntos por un tiempo dedicado a actividades no relacionadas con el problema, con el fin de fomentar la cohesión, interesar a los todos los miembros por el grupo y para	Libre, a través de actitudes y actividades espontáneas de los miembros del grupo.	Facilitadora	15 minutos

	formar parejas en caso de que alguien necesite una ayuda concreta.			
Fomentar asertividad y habilidades de autogestión	Los propios miembros del grupo, en base a sus circunstancias particulares expresaran sus necesidades para tenerlas en cuenta y tomar las decisiones oportunas sobre las siguientes sesiones.	Libre, a través de actitudes y actividades espontáneas de los miembros del grupo.	Facilitadora	10 minutos

CARACTERISTICAS Y ACTIVIDADES DE LA FACILITADORA	
Perfil profesional:	Licenciada en Trabajo Social con experiencia en manejo de grupos de adultos y adultos mayores
Entrevista previa al grupo	Obtener la aceptación del paciente y familiar para participar en el grupo. Evaluar la etapa del duelo en el paciente y el cuidador. Examinar junto con los candidatos el propósito de un grupo de apoyo para pacientes con secuelas de EVC. Explicar el papel de la facilitadora y de los integrantes del grupo. Garantizar y convencer a los participantes sobre la confidencialidad de las sesiones
Objetivos durante las sesiones	Secuencia de presentación de cada participante A cada participante se le pedirá que diga quien es, cuando se le diagnostico, el tipo de diagnostico que tiene, la historia de su tratamiento, y como se esta sintiendo física y emocionalmente. Este proceso se realiza solo en la primera sesión Ayudar a reconectar o tomar parte a aquellos integrantes que están teniendo dificultades así como también poner límites a aquellos que puedan estar monopolizando la discusión del grupo. Reconocer y tratar aspectos no deseables frecuentes en los participantes (Miedo de compartir sus experiencias sobre la enfermedad vascular cerebral con un grupo de extraños. Ansiedad de estar rodeado de otras personas con la enfermedad. Nerviosismo ante la primera sesión. Depresión después de su primera sesión Caracterizar a los tipos de personalidad de los integrantes del grupo

<p>Conducta esperada durante las sesiones:</p>	<p>Neutral, que no juzga, sincera, con sensibilidad cultural, cuidadosa, atenta, respetuosa de creencias religiosas diferentes, respetuosa de la edad, autoridad y formalidad, paciente, sentido del humor, conocedora de si misma, personalidad cálida y afectuosa, disposición de revelar o compartir su propia experiencia, sabe escuchar, disposición para aprender de otros</p>
<p>Evaluaciones: Aspectos a evaluar durante las sesiones por la facilitadora</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad y su tratamiento Necesidad de materiales educativos Percepción del estado físico y emocional Impacto del diagnostico en los miembros de a familia Redes o sistemas de apoyo Necesidades de transporte o cuidado Necesidad de ortesis o auxiliares de la marcha Disfuncion en la relación con la familia o con el cuidador</p>
<p>MANEJO DEL GRUPO</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL: COHESIÓN DEL GRUPO Orientación inicial: Recordar el propósito del grupo Repasar las normas/reglas del juego Identificar objetivos personales Identificar miedos comunes Definir confidencialidad</p>
<p>Estrategia de motivación</p>	<p>Modelo de abordar (Check-in model) Forma de facilitar la experiencia de entrar a un grupo de apoyo sin que la persona se sienta presionada a tener que decir en la primera sesión más de lo que esta dispuesta a decir. Aunque a todos se les requiere que participen en cada sesión, se le permite decir tanto como ella desee, dando lugar a que se vayan integrando al grupo a su propio paso.</p>
<p>Puntos a recordar acerca de los objetivos de la actividad del grupo</p>	<p>Hacer que salgan al descubierto las historias de la enfermedad y sus consecuencias en todos. (recordar que cada vez que un miembro repite su historia le agrega un poco mas de detalles y ayuda a los miembros a redefinir su propia experiencia con la enfermedad) Los miembros del grupo tienen que recordar sus experiencias con la EVC antes de enfrentarse</p>

	<p>resueltamente con su pesar y su pérdida. Promueve la interacción grupal al invitarse a los miembros que se pregunten unos a otros. El revelar de sí misma es importante para el desarrollo de la cohesión de grupo Las integrantes aprenden a confiar unos de otros La repetición Los temas de discusión surgen de las historias sobre la EVC de los integrantes.</p> <p>Cada vez los miembros se conocen mejor y el abordaje de los temas lleva menos tiempo y se enfoca al bienestar emocional y físico de cada miembro.</p> <p>Se pueden en este punto, proponer temas por parte de la facilitadora.</p> <p>Aunque es importante que la facilitadora no pierdas de vista al grupo en su totalidad, es también importante que conozcan a cada integrante y su forma de relacionarse con otros.</p>
<p>Registro de ausencia y retiros.</p>	<p>Debe esperarse que durante el curso normal de un grupo de apoyo existan ausencias y miembros que se retiran del grupo. La facilitadora realizara un seguimiento de estos eventos</p>



Anexo 4.- Tablas de resultados

Tabla 1.- Características socio demográficas y medicas de los pacientes participantes

Edad		66.3 ± 9.1
≤ 50		3.6
51 – 59		21.4
60- 69		37.5
≥ 70		37.5
Sexo %		
Masculino		53.7
Femenino		46.3
Años de estudio		3.6 ± 3.3
Estado civil		
Con pareja		71.42
Sin pareja		28.57
Condición laboral)		
Trabajo remunerado		55.3
UMF de procedencia		
Delegación 1 NO (D.F.)		38.4
Estado de México		61.5

Tabla 2.- Condiciones de apoyo familiar

Condiciones de apoyo familiar		
Vive solo		
No		98.2
Con quien vive: primer persona,		
Pareja		67.3
Hijo (a)		27.3
Otros		5.4
Quien ayuda en el cuidado de la casa,		
Esposo (a)		47.1
Hijo (a)		47.5
Otros		5.6
Quien ayuda en los gastos familiares		
Esposo (a)		43.1
Hijo (a)		51.0
Otros		5.8
Tipo de vivienda		
Casa sola		91.1
Departamento		8.9
Condición de la vivienda		
Propia		89.3
Rentada		3.6
Otro		6.6
Ingreso mensual de la familia (pesos)		3051.0 ± 1718.0
Cuenta con medio de transporte		
Si		32.1
No		67.9

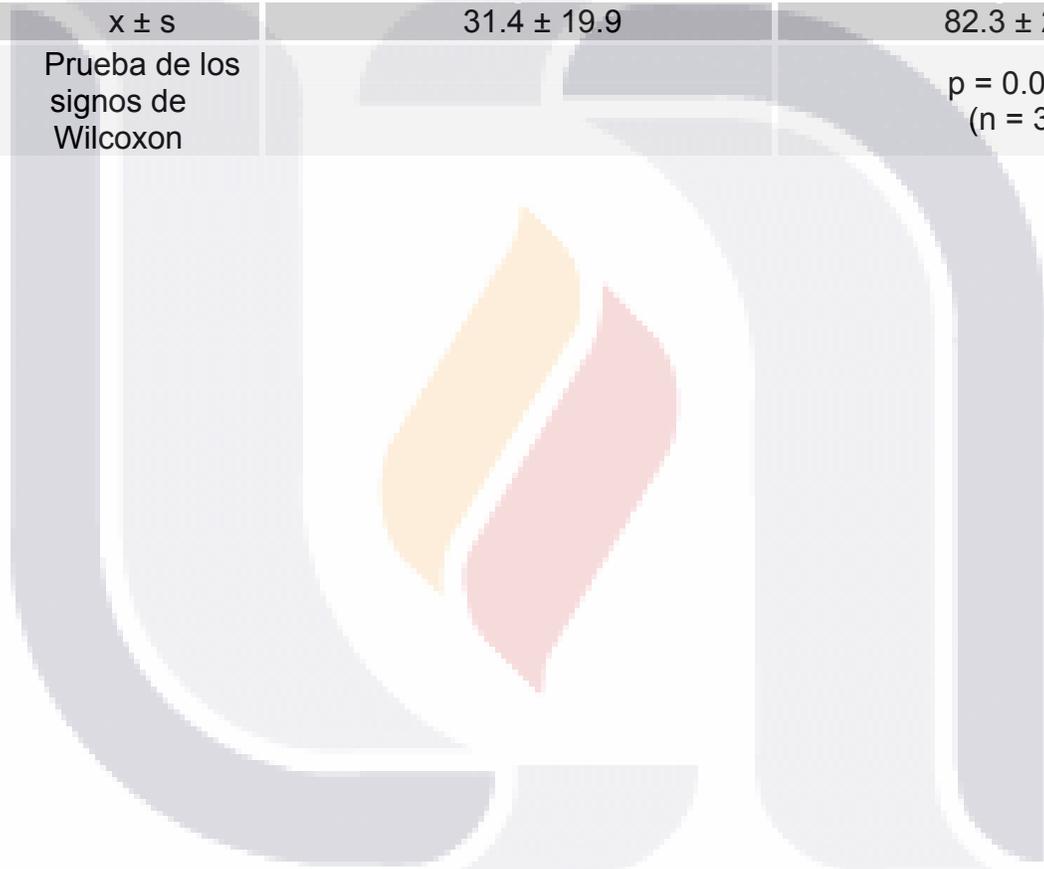
Tabla 3.- Enfermedad crónica y tipo de atención médica

Antecedentes de enfermedad crónica		91.1
Hipertensión		86.3
Con tratamiento		82.4
Falla cardiaca (n = 51)		2.0
Con tratamiento		100.0
Diabetes (n = 51)		60.8
Con tratamiento		100.0
Artrosis		2.0
Con tratamiento		100.0



Cuadro 1
Actividades de la vida diaria de la población de estudio

Índice Barthel	Evaluación Basal		Evaluación Final	
	n = 55		n = 30	
	frecuencia	%	frecuencia	%
BI ≥ 80	2	3.6	22	73.3
BI ∈ [60, 79]	3	5.4	4	13.3
BI < 60	50	90.9	4	13.3
x ± s	31.4 ± 19.9		82.3 ± 22.5	
Prueba de los signos de Wilcoxon			p = 0.0000 (n = 30)	



Cuadro 2
Apoyo social percibido
MOS-APOYO SOCIAL (SHERBOURNE)
Evaluación Basal del Paciente

	Apoyo emocional / información	Apoyo tangible	Apoyo afectivo	Interacción social positive
N	27	27	27	27
ξ	75	94.4	12.5	77.1
DE	24.6	12.9	3.5	29.3
Evaluación Final del Paciente				
N	27	27	27	27
ξ	88.5	97.4	93.8	86.1
DE	18.9	5.5	13.1	26.3
Prueba t	p = 0.0191	p = 0.1242	p = 0.0085	p = 0.0749
Evaluación Basal del Cuidador				
	Apoyo emocional / información	Apoyo tangible	Apoyo afectivo	Interacción social positive
N	26	26	26	26
ξ	78.4	75.9	75.9	67.6
DE	27.7	33.5	30.3	34.6
Evaluación Final del Cuidador				
N	26	26	26	26
ξ	60.6	71.1	81.4	70.5
DE	26.3	24.2	21.1	28.9
Prueba t	p = 0.9881	p = 0.7015	p = 0.2078	p = 0.4110

Cuadro 3
Modos de afrontamiento al estrés de pacientes y cuidadores
(Folkman y Lazarus)
Pacientes

Estrategias y Subescala	Hombres n = 22		Mujeres n = 22		Diferencia entre sexos X ²
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción					
Afrontamiento dirigido a lo positivo					
Bajo	9	40.9	11	50.0	p = 0.648
Medio	9	40.9	9	40.9	
Alto	4	18.2	2	9.1	
Pensamiento mágico					
Bajo	2	9.1	5	22.7	p = 0.074
Medio	12	54.6	15	68.2	
Alto	8	36.4	2	9.1	
Distanciamiento					
Bajo	9	40.9	13	59.1	p = 0.354
Medio	8	36.4	7	31.8	
Alto	5	22.7	2	9.1	
Afrontamiento activo o dirigido al problema					
Flexibilidad de afrontamiento					
Bajo	7	31.8	11	50.0	p = 0.362
Medio	6	27.3	6	27.3	
Alto	9	40.9	5	22.7	
Afrontamiento dirigido al problema					
Bajo	5	22.7	9	40.9	p = 0.149
Medio	12	54.6	12	54.6	
Alto	5	22.7	1	4.5	
Revaloración positiva					
Bajo	13	59.1	15	68.2	p = 0.463
Medio	4	18.2	5	22.7	
Alto	5	22.7	2	9.1	

Cuadro 4
Modos de afrontamiento al estrés de pacientes y cuidadores
(Folkman y Lazarus)
cuidador

Subescala	Hombres n = 7		Mujeres n = 45		Diferencia entre sexos X ²
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción					
Afrontamiento dirigido a lo positivo					
Bajo	2	28.6	19	42.2	p = 0.546
Medio	5	71.4	23	51.1	
Alto	0	0.0	3	6.7	
Pensamiento mágico					
Bajo	2	28.6	17	37.8	p = 0.593
Medio	2	28.6	17	37.8	
Alto	3	42.9	11	24.4	
Distanciamiento					
Bajo	5	71.4	38	84.4	p = 0.550
Medio	2	28.6	6	13.3	
Alto	0	0.0	1	2.2	
Afrontamiento activo o dirigido al problema					
Flexibilidad de afrontamiento					
Bajo	4	57.1	31	68.9	p = 0.611
Medio	3	42.9	12	26.7	
Alto	0	0.0	2	4.4	
Afrontamiento dirigido al problema					
Bajo	3	42.9	27	60.0	p = 0.083
Medio	2	28.6	16	35.6	
Alto	2	28.6	2	4.4	
Revaloración positiva					
Bajo	5	71.4	25	55.6	p = 0.615
Medio	2	28.6	16	35.6	
Alto	0	0	4	8.9	

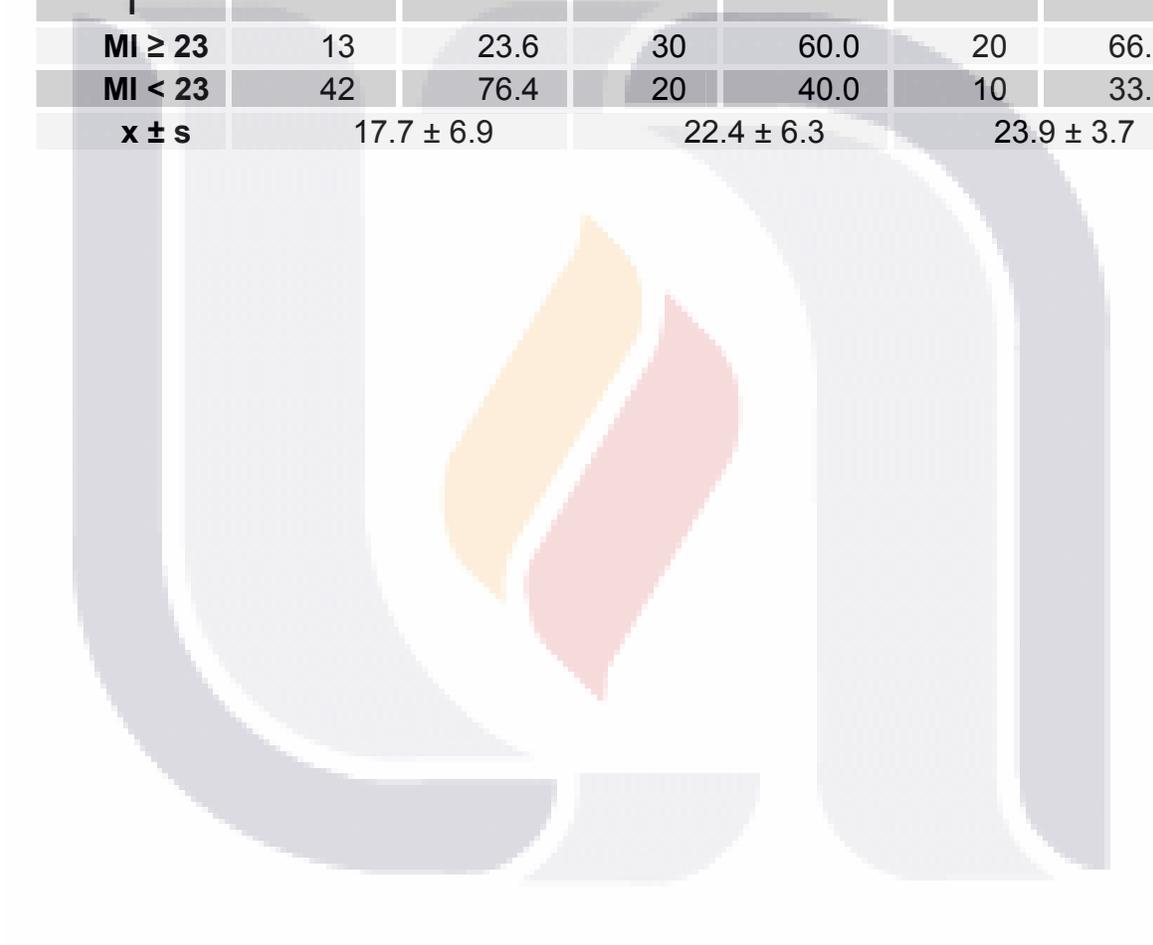
Cuadro 5
Percepción del estado de salud (SF-36)

Evaluación Basal								
	Fun ción física	Ro l físico	Rol emocion al	Fu ncción social	Dol or corpor al	Vita lidad	S alud ment al	Sa lud gener al
N	49	49	49	49	49	49	49	49
% al piso	79. 6	75 .5	61.2	4.1	2.0	8.2	4. 1	2.0
% al techo	2.0	20 .4	4.1	4.1	46. 9	2.0	2. 0	2.0
x ± s	4.9 ± 12.6	7. 1 ± 13.5	10.9 ± 15.4	43. 4 ± 24.9	75. 7 ± 27.7	32.6 ± 22.3	35 .7 ± 22.0	42. 9 ± 16.0
IC al 95%	(1.3 , 8.5)	(3. 3, 11.0)	(6.4, 15.3)	(36. 2, 50.5)	(67. 7, 83.6)	(26. 2, 39.1)	(2 9.3, 42.0)	(38 .3, 47.5)
Rango estándar *	(0, 55)	(0, 50)	(0, 50)			(0, 90)	(0, 92)	(0, 85)
Evaluación Final								
	Fun ción física	Ro l físico	Rol emocion al	Fu ncción social	Dol or corpor al	Vita lidad	S alud ment al	Sa lud gener al
N	30	30	30	30	30	30	30	30
% al piso	13. 3	40 .0	36.7	3.3	3.3	6.7	3. 3	3.3
% al techo	3.3	30 .0	26.7	33. 3	50. 0	3.3	3. 3	3.3
x ± s	56 ± 31.8	45 .8 ± 44.1	23.9 ± 20.8	75. 0 ± 22.7	81. 8 ± 24.5	63.2 ± 13.0	67 .3 ± 25.4	68. 3 ± 22.2
IC al 95%	(44. 1, 67.9)	(2 9.4, 62.3)	(16.1, 31.7)	(66. 5, 83.5)	(72. 6, 90.9)	(58. 3, 68.0)	(5 7.8, 76.8)	(60 .0, 76.6)
Rango estándar*			(0, 100)	(25, 100)	(10, 100)	(40, 90)	(1 6, 100)	(20 , 100)

* El rango se colocó solo en los casos donde variaba, ya que se considero el rango estándar de 0 a 100.

Cuadro 6
Deterioro Cognitivo de la población de estudio
pacientes

	Basal		Intermedia		Final	
	n = 55		n = 50		n = 30	
Índice Minimenta I	frec.	%	frec.	%	frec.	%
MI ≥ 23	13	23.6	30	60.0	20	66.7
MI < 23	42	76.4	20	40.0	10	33.3
x ± s	17.7 ± 6.9		22.4 ± 6.3		23.9 ± 3.7	





UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. JOSE EMIGDIO ALBERTO PÉREZ ROJAS
PASANTE DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
AREA SISTEMAS DE SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

- "Efectividad del apoyo social en la rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS "

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y comité tutorial, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags. 15 de Diciembre 2008.

DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar
ccp. Dra. Laura del Pilar Torres Arreola / Tutor de trabajo de tesis.
ccp. Archivo.

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

México D. F. a 12 de Diciembre del 2008

Señores
Miembros del Consejo Académico de Investigación Postgrado
Centro de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Aguascalientes
Presente:

Respetable Miembros del Consejo:

Por medio de la presente, pongo a su consideración y evaluación el trabajo de tesis de **José Emigdio Alberto Pérez Rojas**, alumno de la Maestría en Ciencias, Área Sistemas de Salud, Generación 2003-2005, con su trabajo titulado: **“Efectividad del apoyo social en la rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS”** el cual ha concluido satisfactoriamente.

De antemano agradezco todos los comentarios en relación a este trabajo y aprovecho la oportunidad para enviarles un cordial saludo.

Atentamente
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola.

Tutora académica

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Durango No. 289 – piso 1A, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.
Tels. 55533589 Fax: 55.5231.98, VPN 8.6001.14027

14.-BIBLIOGRAFIA

- ¹ Salud Mundial: retos actuales. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.2002
- ² González-Navar RS. Hacia una conceptualización social de la discapacidad. Trabajo Social 2001 ENTS-UNAM;3:4-11
- ³ Barnes C. Rethinking care. From the perspective of disabled people. Conference Report and Recommendations. World Health Organization. Disability and Rehabilitation Team. August 2001
- ⁴ SISMOR 2002. Dirección de prestaciones medicas. IMSS. Principales causas de mortalidad 2002. Nacional
- ⁵ Duran-Arenas L. La evaluación económica y de la tecnología en el campo de la salud. *En:* Muñoz O, Duran L, Garduño J, Soto H, ed. Economía de la salud. Seminario Internacional. México DF. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2003. p. 127-143
- ⁶ Cartier C. From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Social Science & Medicine* 2003;56: 2289–230
- ⁷ Beatty PW, Hagglund KJ, Neri MT, Dhont KR, Clark MJ, Hilton SA. Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1417-25
- ⁸ Hallet M. Plasticity of the human motor cortex and recovery from stroke. *Brain Research Review*.2001;36:169-174
- ⁹ Pomeroy VM, Tallis RC. Need to focus research in stroke rehabilitation . *Lancet* 2000; 355: 836–37
- ¹⁰ Johansson BB. Brain Plasticity and stroke rehabilitation. The Willis lecture. *Stroke* 2000;31:223-230
- ¹¹ Bach-y-Rita P. Late postacute neurologic rehabilitation: Neuroscience, Engineering, and clinical programs. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:1100-1108

¹² Glass TA, Maddox GL. The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science & Medicine* 1992;34(11):1249-1261

¹³ Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Graham MA, Janigian AS. Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science & Medicine* 1989;28(3):239-247

¹⁴ Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993;24:64-70

¹⁵ Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med.* 1992;34:779-788

¹⁶ International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR). Theme Paper. World Health Organization. Helsinki 23-28 May 2003. (DAR/R4/87/24/CBR THEME PAPER)

¹⁷ Patel A, Knapp M, Pérez I, Evans A, Kalra L. Alternative strategies for stroke care. Cost-effectiveness and cost-utility analyses from a prospective randomized controlled trial. *Stroke.* 2004;35:196-204

¹⁸ Heitzner JD, Teasell RW. Clinical Consequences of stroke. En: Teasell RW. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews. Stroke Rehabilitation.* Philadelphia. Hanley & Belfus Inc. 1998;12(3):557-569

¹⁹ Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Graham MA, Janigian AS. Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science & Medicine* 1989;28(3):239-247

²⁰ DeVries AC, Joh HD, Bernard O, Hattori K, Hurn PD, Traystman RJ, Alkayed NJ. Social stress exacerbates stroke outcome by suppressing Bcl-2 expression. *PNAS* 2001;98 (20): 11824-11828

²¹ Swartzman LC, Gibson MC, Armstrong TL. Psychosocial considerations in adjustment to stroke. En: Teasell RW. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews. Stroke Rehabilitation.* Philadelphia. Hanley & Belfus Inc. 1998;12(3):519-542

²² Sotelo-Arias C, Maupome-Sandoval. Traducción y estandarización del cuestionario "Modo de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman" para una

población de adolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura en Psicología.
Facultad psicología UNAM 1999

²³ Alfaro-Martínez LB. Tesis de doctorado: Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al status de seropositividad en hombres homosexuales. Facultad de psicología UAM México 2001

²⁴ REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES: MARCO CONCEPTUAL José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca

²⁵ Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev Saúde Pública.1997;31: 425-35

²⁶ Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. España. Siglo Veintiuno Editores S.A. 1996: 71-99

²⁷ Appendix Glossary. Disability-Related Terms and Definitions. En: Kraft GH, Rondinelli RD, Katz RT. Physical Medicine and Rehabilitation. Clinics of North America. Disability Evaluation. Philadelphia. W. B. Saunders Company. 2001:123)

²⁸ Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation.2003;25:596-601

²⁹ The International Clasification of Functioning, Disability an Health: a new tool for understanding disability and health. Disability and Rehabilitation.2003;25:565-571

³⁰ Churchill C. Social Problems poststroke. En: Teasell RW. Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews. Stroke Rehabilitation. Philadelphia. Hanley & Belfus Inc.1998:12(3);557-569

³¹ Guías terapéuticas. Unidad de Medicina Física y rehabilitación Región Norte. IMSS.2003

³² National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCC-CC). Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). London: Royal College of Physician, 2008

³³ Guidelines for Mangement of Ichaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. The European Stroke Organization (ESO)

³⁴ Management of patients with stroke, rehabilitation, prevention and management of complications and discharge planning. SIGN 2002

³⁵ García de la Cadena C, Díaz-Olavarrieta C, Rodríguez-Agudelo Y. Los grupos de apoyo para pacientes neurológicos y psiquiátricos en México. *Salud Mental* 1994;17:7-11

³⁶ Y, González C, Velásquez J, Trujillo Z. Creación y beneficios de un grupo de apoyo para familiares y pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Arch Neurocién (México)* 1996;1: 16-19

³⁷ Manual de grupos de autoayuda. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Secretaria de Salud. México 2000

³⁸ Ley General de Salud. Últimas reformas publicadas DOF-09-05-2007, disponible en <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>