

¹José Emidgio Alberto Pérez-Rojas,
²Laura del Pilar Torres-Arreola

¹Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte,
Delegación Norte
²División de Excelencia Clínica,
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Instituto Mexicano del Seguro Social,
Distrito Federal, México

La discapacidad por enfermedad vascular cerebral

Apoyo social para la rehabilitación

Comunicación con: José Emidgio Alberto Pérez-Rojas
Tel: (55) 5553 3589; (55) 5726 1700, extensiones 14036 y 14012
Correo electrónico: albertx7@prodigy.net.mx;
lauratorresster@gmail.com

Resumen

Objetivo: describir una estrategia de apoyo social sistematizada en el proceso de recuperación de la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y de la calidad de vida, identificando modos de afrontamiento al estrés.

Métodos: 56 pacientes con primer evento se integraron a grupos de apoyo durante los tres meses de su rehabilitación. Antes y después se aplicó el índice de Barthel, el cuestionario SF-36 y los modos de afrontamiento al estrés de Lazarus-Folkman.

Resultados: mejoría significativa en la capacidad funcional, aumento en la percepción de apoyo emocional ($p = 0.0191$) y afectivo ($p = 0.0085$). Al final, 13.3 % presentó valores al piso en la función física, 40 % en el rol físico y 36.7 % en el emocional; en el resto de las dimensiones, menos de 10 %. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en lo emocional fueron el pensamiento mágico y el afrontamiento dirigido a lo positivo; en lo dirigido al problema, la flexibilidad de afrontamiento.

Conclusiones: la incorporación del apoyo social en la rehabilitación se refleja en la recuperación funcional, la calidad de vida y el apoyo social percibido.

Palabras clave

apoyo social
accidente cerebrovascular
rehabilitación

Summary

Objective: to describe a strategy of social support in the recovery of functional capacity on basic activities of daily living (ADL), quality of life and ways to face stress in patients after a stroke.

Methods: patients (56) with stroke, were integrated in support groups during the three months of rehabilitation. Outcomes were assessed through the Barthel Index, SF-36 questionnaire, and the Lazarus-Folkman.

Results: there was an improvement in functional capacity, with an increase in the emotional support ($p = 0.0191$) and affectivity ($p = 0.0085$). There was no change in caregiver. In quality of life 13.3 % of patients met the floor values in the dimension of physical function, 40 % in physical role and emotional role 36.7%. The most frequently used facing strategy in patients and caregivers were magical thinking that led a positive facing in the area of passive facing or directed to emotion; while in active facing or directed to the problem more flexibility in the addressed problem was used.

Conclusions: the social support strategies in the rehabilitation of patients with stroke reflected an improvement on functional recovery, and quality of life.

Key words

social support
stroke
rehabilitation

La enfermedad vascular cerebral ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los principales factores de riesgo para esta enfermedad presentan una tendencia creciente en el contexto de una población en transición epidemiológica y demográfica,¹ y, por ende, se observa un aumento en la incidencia de casos. Debido en parte a los nuevos tratamientos médicos durante la etapa aguda y subaguda, dos terceras partes 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 enfermedad vascular cerebral representa un reto para los especialistas en rehabilitación y las instituciones de salud.^{2,3} La discapacidad resultante se manifiesta en las dimensiones física, psicológica y social,

se desarrolla a largo plazo y con mucha frecuencia puede ser permanente.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el tratamiento médico está dirigido al manejo a corto plazo para atender la fase aguda y fundamentalmente el área biológica para conservar la vida. Los aspectos psicosociales pasan a un segundo plano y el tratamiento de rehabilitación efectiva se ofrece por tiempo limitado, lo que deriva en una atención que no abarca el manejo a largo plazo en el hogar y en la comunidad ni considera formalmente al cuidador.⁴

Un requisito necesario para implementar estrategias óptimas de rehabilitación en la enfermedad vascular cerebral es el conocimiento de la capacidad potencial del cerebro para compensar estas lesiones.^{5,6}

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 enfermedad vascular cerebral y sus complicaciones,⁷ y de nuevas perspectivas terapéuticas que permitan elegir las mejores intervenciones que resulten en tratamientos más efectivos y completos.⁸

Es necesario reconocer que la aparición inesperada de la enfermedad vascular cerebral produce cambios permanentes en los patrones de vida de las personas afectadas, tanto conductuales como emocionales,⁹ que generan estrés constante y severo con efectos poco estimados en los procesos neurofisiológicos de recuperación. Por ello es indispensable considerarlos en el tratamiento, a través de un enfoque que conceptúe el proceso de recuperación como una transición biopsicosocial significativa, donde el apoyo social es esencial y puede facilitar la adaptación cognitiva y el afrontamiento del evento vascular.¹⁰

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.¹¹

Si bien se ha considerado a las instituciones de salud como proveedoras de apoyo social, no aplica este concepto como una red de apoyo formal que se interrelaciona con las informales por parte de los pacientes, por lo que el manejo de la discapacidad y las enfermedades crónicas se limita al área biológica y de forma marginal a la psicosocial.¹²

La tendencia actual para la atención de la discapacidad, además de involucrar a la familia, requiere la participación de la comunidad dado que los sistemas de salud resultan basados por los costos de este tipo de atención.^{13,14}

Los grupos de apoyo han mostrado beneficios importantes no solo en el tratamiento de la discapacidad en la enfermedad vascular cerebral, sino también en el cáncer, el Alzheimer, la artritis, las enfermedades mentales y en el manejo de la discapacidad a largo plazo.

Los grupos de apoyo son una alternativa de manejo de esta situación, ya que una de las características de estos gru-

Cuadro I | Características de un grupo de sobrevivientes de evento vascular cerebral

	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	30	53.7
Femenino	26	46.3
Edad ($\bar{x} \pm DE$)	66.3 \pm 9.1	
≤ 50	2	3.6
51-59	12	21.4
60-69	21	37.5
≥ 70	21	37.5
Años de estudio ($\bar{x} \pm DE$)	3.6 \pm 3.3	
Estado civil		
Con pareja	40	71.4
Sin pareja	16	28.6
Ingreso mensual de la familia (\$) ($\bar{x} \pm DE$)	3051.0 \pm 1718.0	
Condición laboral		
Trabajo remunerado	30	55.3
UMF de procedencia		
Delegación 1 Noroeste DF	22	38.4
Estado de México	34	61.5
Vive solo		
No	55	98.2
Con quién vive		
Pareja	38	68.0
Quién ayuda en casa		
Pareja	26	47.1
Hijos	27	47.5
Otros	3	5.6
Quién ayuda en los gastos familiares		
Pareja	24	43.1
Hijos	29	51.0
Otros	3	5.8
Tipo de vivienda		
Casa sola	51	91.1
Departamento	5	8.9
Condición de la vivienda		
Propia	50	89.3
Rentada	2	3.6
Otro	4	6.6
Cuenta con medio de transporte		
Sí	18	32.1
No	38	67.9

UMF = unidad de medicina familiar

pos 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 objetivo de este trabajo es describir una estrategia de apoyo social sistematizada en la recuperación de la capacidad funcional en *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD), calidad de vida y modos de afrontamiento al estrés, como una alternativa adicional en la rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral.

Métodos

Se realizó estudio de antes y después en octubre de 2005, en sobrevivientes de un primer evento de enfermedad vascular cerebral, evaluados en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, donde se inició el programa de rehabilitación específico.

Se incluyeron pacientes de uno y otro sexo, con edad de 40 a 75 años, sobrevivientes de primer evento de enfermedad vascular cerebral de etiología isquémica o hemorrágica, tiempo de evolución de hasta 30 días a partir del evento agudo, déficit cognitivo o disfasia que permitía la comunicación bidireccional, que contaran con al menos el apoyo de un familiar para su cuidado y que aceptaran participar en el estudio previo consentimiento informado y firmado.

Intervención

La intervención de apoyo social se insertó dentro del proceso de atención habitual del paciente con enfermedad vascular cerebral y consistió en integrar a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión a un grupo de apoyo social, integrado por seis a 10 pacientes con enfermedad vascular cerebral y sus cuidadores, coordinados por una trabajadora social, un médico en rehabilitación durante una hora a la semana por tres meses, en un ambiente de interrelación horizontal participativa y centrada en el paciente, con la revisión de temas específicos sobre la enfermedad vascular cerebral, manejo del estrés ante la nueva situación y las estrategias para el afrontamiento de la enfermedad, además del tratamiento institucional habitual de rehabilitación.

El desarrollo de la intervención se dividió en tres fases: cohesión, maduración e integración comunitaria:

- La fase de cohesión incluyó cuatro sesiones, donde se aplicó dinámica de grupo para el encuadre de la intervención, favorecer la interacción, modificación de actitudes y conductas condicionadas por el estrés de la situación.
- La fase de maduración (dos sesiones) consistió en hacer énfasis en la creación de nuevas redes sociales y el intercambio de recursos.

Cuadro II | Enfermedad crónica en sobrevivientes de evento vascular cerebral

	Frecuencia	%
Antecedentes enfermedad crónica	51	91.10
Hipertensión	48	86.30
Con tratamiento	46	82.40
Falla cardiaca	1	2.00
Con tratamiento	1	100.00
Diabetes	31	60.80
Con tratamiento	31	100.00
Artrosis	1	2.00
Con tratamiento	1	100.00

- La fase de integración comunitaria (una sesión) reafirmó la creación de redes sociales y sirvió como cierre de grupo.

Evaluación

Durante la primera semana del estudio, los pacientes fueron entrevistados por una enfermera capacitada con el fin de obtener información del perfil sociodemográfico del paciente y del cuidador, apoyo social, presencia de enfermedades crónicas, ABVD (índice de Barthel), afrontamiento al estrés y calidad de vida, en forma progresiva, con entrevistas no mayores de 40 minutos para evitar el cansancio del paciente y familiar, completando la totalidad de los instrumentos en no más de tres entrevistas. Se realizó una evaluación a los tres meses de la intervención.

El análisis se realizó con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas, así como con tabulaciones cruzadas entre las variables de estudio y el resultado de la intervención y la

Cuadro III | Índice de Barthel en sobrevivientes de evento vascular cerebral antes y después de una intervención de apoyo social

	Evaluación basal (n = 55)		Evaluación final (n = 30)	
	n	%	n	%
Índice Barthel				
IB ≥ 80	2	3.6	22	73.3
IB 60-79	3	5.4	4	13.3
IB < 60	50	90.9	4	13.3
$\bar{x} \pm DE$	31.4 ± 19.9		82.3 ± 22.5	

Prueba Wilcoxon $p \leq 0.0000$

diferencia en las variables de resultado antes y después, evaluada con pruebas estadísticas no paramétricas.

Resultados

Se integraron al estudio 56 pacientes, 44 (78 %) con enfermedad vascular cerebral isquémica y 12 (22 %) con hemorrágica. La edad promedio de los sujetos fue de 66.3 ± 9.1 años, con una proporción mayor del sexo masculino (53.7 %), 71.4 % refirió

vivir con su pareja; el promedio de escolaridad fue de 3.6 ± 3.3 años y 55.3 % con actividades laborales remuneradas (cuadro I).

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

Cuadro IV | **Afrontamiento al estrés de sobrevivientes de enfermedad vascular cerebral (Folkman y Lazarus)**

Subescala	Hombres (n = 22)		Mujeres (n = 22)		p*
	n	%	n	%	
Afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción					
Afrontamiento dirigido a lo positivo					
Bajo	9	40.9	11	50.0	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	0.074
Medio	12	54.6	15	68.2	
Alto	8	36.4	2	9.1	
Distanciamiento					
Bajo	9	40.9	13	59.1	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	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	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	0.463
Medio	4	18.2	5	22.7	
Alto	5	22.7	2	9.1	

*p < 0.05, χ^2

Capacidad funcional para actividades de la vida diaria

La evaluación basal con el índice de Barthel fue de 31.4 ± 19.9 , y al final de la intervención el promedio de funcionalidad logrado fue de 82.3 ± 22.5 ($p < 0.0000$) (cuadro III).

Si bien en los pacientes se observó aumento en todas las funciones instrumentales relativas 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 afectivo ($p = 0.0085$) (resultados no presentados).

Para los cuidadores solo se observó 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 mostró cambios en pacientes ni cuidadores.

Afrontamiento

La estrategia para enfrentar el estrés más utilizada en los hombres considerando las subescalas de utilización media y alta en el área de afrontamiento pasivo o dirigido a la emoción fue el pensamiento mágico (91 %) y el afrontamiento dirigido a lo positivo (59.1 %). Los resultados fueron similares en las mujeres: 77.3 y 50 %, respectivamente, en el área de afrontamiento activo y dirigido al problema.

Los hombres utilizaron más la flexibilidad de afrontamiento en 68.2 %. No hubo diferencias significativas en los modos de afrontamiento al estrés entre hombres y mujeres (cuadro IV).

Calidad de vida

En la valoración a su ingreso, más de 60 % de los pacientes mostraba valores al piso en las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional. En la evaluación final, 13.3 % de los pacientes se encontró con valores al piso en la dimensión de función física, 40 % en el rol físico y 36.7 en rol emocional.

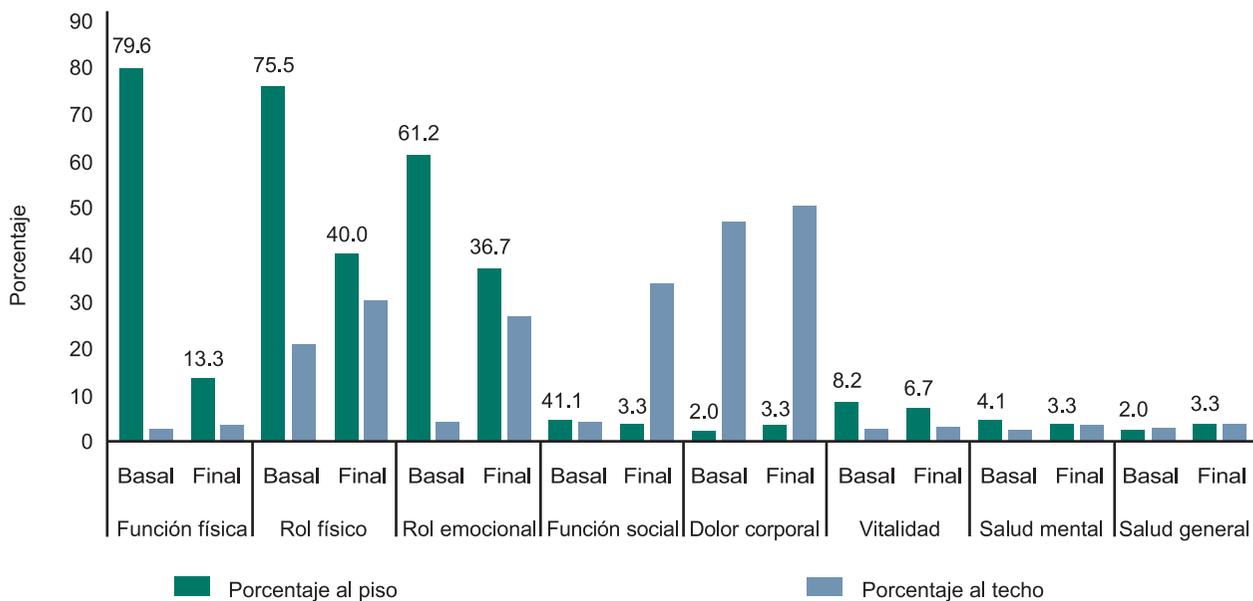


Figura 1 | Evaluación de la calidad de vida con SF-36, de los sobrevivientes de evento vascular cerebral integrados al grupo de apoyo

Los valores al techo para la función social pasaron de 4.1 % al ingreso a 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 (figura 1).

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 utilizadas para valorar el impacto de los tratamientos de rehabilitación en la enfermedad vascular cerebral, sin embargo, aún es difícil establecer la eficacia de los intervenciones psicosociales, a pesar de mostrar diferencias en la mejoría hasta de 60 % en la independencia funcional, si bien al considerar características específicas en los pacientes disminuye la incertidumbre, como el trabajo de Erte,¹⁵ 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: en la evaluación final, la mayoría de los pacientes alcanzó niveles de autosuficiencia, sin embargo, este resultado debe interpretarse en el marco más amplio de la multicausalidad y de la percepción del paciente.

En la población analizada, los valores al piso en las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional encontrados en la evaluación inicial mediante el cuestionario SF-36 son

congruentes con el alto grado de dependencia que presentaban los pacientes al inicio de la intervención (BI < 60 en 90.9 % de los casos), donde se aprecia un gran componente emotivo en esta percepción, que se mantiene bajo hasta el egreso hospitalario. Hopman,¹⁶ en un estudio de seguimiento a seis meses donde se brindó rehabilitación por un equipo multidisciplinario, encontró que mejoró la dimensión de funcionamiento físico, pero no las dimensiones de rol físico, emocional y vitalidad, mientras que a los seis meses mejoró 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, en ambos casos puede sugerir un manejo deficiente de esta transición psicosocial. Si consideramos el perfil de afrontamiento predominante de pacientes y cuidadores —basado en expectativas de mejoría en un tiempo muy próximo (pensamiento mágico y afrontamiento dirigido a lo positivo, como estrategias pasivas) y de los resultados de las acciones emprendidas y aceptadas como “efectivas” (flexibilidad de afrontamiento y 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 ante la falta de mejoría apreciable para ellos, a pesar de las acciones emprendidas.

En relación con estas condiciones, en nuestro estudio 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 aumento en las dimensiones de apoyo afectivo e interacción social positiva, con disminución al final en apoyo emocional y apoyo tangible (resultados no presentados).

Uno de los aspectos que afectó la continuidad y permanencia de los pacientes en el grupo de apoyo social fueron las condiciones del paciente y las características del contexto en el que se da la atención. Muchos pacientes no llegaban a las sesiones por problemas de accesibilidad económica y geográfica, lo que disminuyó la asistencia a las sesiones programadas.

Conclusiones

Es posible incluir estrategias de apoyo social en el tratamiento rehabilitatorio del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral, 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 calidad de vida y en el apoyo social percibido, sin embargo, se requieren otros estudios para confirmar la efectividad de incorporar una estrategia de apoyo social en la rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral y poder evaluar los efectos a largo plazo.

Como la mayoría de las medidas de salud percibida, estos resultados deben ser interpretados como mayor o menor presencia de la característica evaluada, no 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.

Agradecimientos

El proyecto fue financiado por el Fondo de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-2004/138). Registro del proyecto: IMSS: 2004-3403-011.

Referencias

- Dirección de Prestaciones Médicas. Principales causas de mortalidad nacional 2002. En: SISMOR México. IMSS.
- Durán-Arenas L. La evaluación económica y de la tecnología en el campo de la salud. En: Muñoz O, Durán L, Garduño J, Soto H, editores Economía de la salud. Seminario Internacional. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003. p. 127-143.
- Cartier C. From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Soc Sci Med* 2003;56(11):2289-2320.
- 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(10):1417-1425.
- Hallet M. Plasticity of the human motor cortex and recovery from stroke. *Brain Res Brain Rev* 2001;36(2-3):169-174.
- Pomeroy VM, Tallis RC. Need to focus research in stroke rehabilitation. *Lancet* 2000;355(9206):836-837.
- Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation. The Willis lecture. *Stroke* 2000;31(1):223-230. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/content/31/1/223.long>
- Bach-y-Rita P. Late postacute neurologic rehabilitation: neuroscience, engineering, and clinical programs. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(8):1100-1108.
- Glass TA, Maddox GL. The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. *Soc Sci Med* 1992;34(11):1249-1261.
- Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Graham MA, Janigian AS. Psychosocial adjustment following a stroke. *Soc Sci Med* 1989;28(3):239-247.
- Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993;24(1):64-70. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/content/24/1/64.long>
- Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 1992;34(7):779-788.
- World Health Organization. International consultation on reviewing community based rehabilitation (CBR). Theme Paper. Helsinki: WHO; 2003.
- 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(1):196-203. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/content/35/1/196.long>
- Ertel KA, Glymour MM, Glass TA, Berkman LF. Frailty modifies effectiveness of psychosocial intervention in recovery from stroke. *Clin Rehabil* 2007;21(6):511-522.
- Hopman WA, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke* 2003;34(3):801-805. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/content/34/3/801.long>