

Recursos familiares en la rehabilitación del paciente con discapacidad por enfermedad vascular cerebral

Family resources in rehabilitation of the patient with disability by cerebral vascular disease

Gerardo Reséndiz-Juárez,* Saúl Renán León-Hernández,†
Paulina Carrillo-Avalos,§ Alma Griselda Aguilar-Segura§

* Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

† Unidad de Apoyo a la Investigación. Instituto Nacional de Rehabilitación.

§ Universidad Nacional Autónoma de México.

Dirección para correspondencia:
Mtro. Gerardo Reséndiz-Juárez
Calzada México-Xochimilco,
Núm. 289, Col. Arenal de Guadalupe,
14389, Del. Tlalpan,
Ciudad de México.
Teléfono: 59991000, ext. 13149
E-mail: geresendiz1@gmail.com

Recibido: 02 de marzo de 2016.
Aceptado: 23 de enero de 2017.

Este artículo puede ser consultado en
versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/rid>

Palabras clave:

Enfermedad vascular cerebral, discapacidad, recursos familiares, resiliencia familiar, rehabilitación.

Key words:

Cerebrovascular disease, disability, family resources, family resilience, rehabilitation.

Resumen

La enfermedad vascular cerebral es uno de los padecimientos que cada vez es más frecuente en las familias mexicanas, las cuales se ven afectadas porque es una de las primeras causas de discapacidad en adultos. Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación existente entre los recursos percibidos por las familias y el éxito obtenido en los procesos de rehabilitación. Participaron 30 familias, de las cuales 15 pasaban por un proceso de rehabilitación «exitoso» y el resto no, de acuerdo con el índice Barthel. Se aplicó la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares, la cual se correlacionó con datos sociodemográficos y se llevó a cabo un análisis estadístico de las respuestas de los participantes. Los resultados muestran que existen diferencias en ambos grupos en las dimensiones que se midieron: unión-apoyo, expresión de emociones y percepción de dificultades. Esta investigación aporta un acercamiento importante al estudio de la inclusión de la familia en los procesos de rehabilitación.

Abstract

Cerebrovascular disease is an illness each time more frequent in Mexican families, which have been affected because it is a disease that can eventually cause disability to the member suffering from it. The purpose of the study is to perform an analysis about the relationship that exists between the family resources and the success of rehabilitation process. In this study were included 30 families, of which 15 were going through a successful rehabilitation process and the other 15 were not, according the Barthel index. It was applied the intrafamily relation evaluation scale which results were correlated with sociodemographic data and a statistical analysis of the responses from participants was performed. The results show differences on the following aspects: communion and support, emotional expression and difficulties perceived by families of both groups. This research provides an important approaching to the study of family inclusion on the rehabilitation processes.

Introducción

De acuerdo con la ONU (Organización de las Naciones Unidas),¹ actualmente la discapacidad se define como la relación entre las deficiencias y/o limitaciones de un individuo y el contexto social, debido a que en ese punto se producen desventajas con respecto a las exigencias del ambiente social y cultural. Estas deficiencias y limitaciones pueden ser ocasionadas por enfermedad, por accidente, por edad avanzada o también pueden ser de origen congénito.

En los últimos años las familias mexicanas se han visto afectadas por ciertas enfermedades que terminan por incapacitar a alguno de sus miembros, siendo la enfermedad vascular cerebral (EVC) uno de los padecimientos que cada vez es más frecuente.

La enfermedad vascular cerebral o accidente cerebrovascular es una disfunción cerebral proveniente de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, cuyo origen puede ser hemorrágico (parenquimatoso o subaracnoideo), en el cual tiene lugar una hemorragia que causa daño y muerte celular en el área en que se manifieste; o isquémico, en el que se obstruye algún vaso sanguíneo por un trombo o émbolo, lo cual también afecta las células al dejarlas sin oxígeno. El accidente de tipo isquémico representa 85% de los casos, mientras que el tipo hemorrágico ocurre en 15% de los mismos.²

De acuerdo con Velázquez,³ en México esta enfermedad representa una de las principales causas de ingreso hospitalario y de discapacidad en adultos, es la sexta causa de muerte a nivel nacional en personas entre 45 y 64 años de edad y la cuarta en mayores de 65 años.

Generalmente, las personas afectadas por esta situación pueden sufrir la pérdida de movilidad de algún miembro del cuerpo e incluso su habla y/o pensamiento pueden verse alterados. La prevalencia de EVC origina altos índices de incapacidad laboral y altos costos en la atención médica, generando más discapacidad que mortalidad.⁴

En el caso de las enfermedades vasculares cerebrales se han realizado estudios⁵ en los que se evaluó el impacto y el papel de la familia como soporte para el miembro que sufrió el accidente, dando evidencia de que el soporte social y el funcionamiento de la familia son determinantes para su recuperación. Otros autores⁶ estudiaron el desgaste de la familia, especialmente de los cuidadores primarios, lo que contribuye al deterioro de la cohesión familiar y las repercusiones psicológicas en los miembros de la familia. Estos mismos autores observaron que en un

inicio los pacientes expresan menos problemas a nivel conyugal y familiar, teniendo la percepción de mayor apoyo social; sin embargo, -después de un año- los pacientes con mayor deterioro funcional manifestaron un déficit en el apoyo relacional, social y familiar (incluyendo la dimensión conyugal).

Chang y Mackenzie,⁷ Kelly y Paige⁸ y King⁹ señalan la relevancia de identificar la forma en que la calidad de vida se relaciona con la satisfacción del apoyo social que recibe el paciente.

Otros autores^{10,11} han evaluado la importancia de la percepción del apoyo recibido, incluso más allá del número de personas que forman el grupo social de apoyo. En estos estudios se toma en cuenta la presencia de depresión, la cual estaría más sustentada en un fenómeno individual (porque la autopercepción se ve afectada al disminuir las capacidades). La depresión *post ictus* es un trastorno que deteriora ciertas dimensiones de la vida de los sobrevivientes de EVC, sobre todo el área social porque tiende a menospreciarse el desenvolvimiento del paciente en actividades sociales.

Para Muñoz y Haz¹² las familias caracterizadas por el conflicto y la agresión o por relaciones frías, distantes y de rechazo tienden a comprometer el desarrollo de los individuos generando obstáculos para procesar sus emociones, dificultad en sus competencias sociales y mayor vulnerabilidad en su estado de salud físico y mental.

Estos individuos que se desarrollan con vulnerabilidades sustanciales pueden pertenecer a familias en las que prevalece el caos, con grandes carencias afectivas y/o situaciones de abuso permanentes. Dichas familias han sido descritas en la literatura como familias multiproblemáticas,¹³ no obstante, también son familias que movilizan sus recursos como medio para sobrevivir.

Los individuos con discapacidad y sus familias se enfrentan a grandes desafíos, teniendo como reto identificar, construir y movilizar gran cantidad de recursos para lograr una rehabilitación exitosa.¹⁴

Entender no sólo los obstáculos sino también las fortalezas de las familias ha sido una tarea que ha venido desarrollándose en el campo de la salud mental en las últimas décadas. Alrededor de estos conceptos se encuentra uno más incluyente conocido como resiliencia que se refiere a la capacidad de los individuos para buscar y movilizar recursos psicológicos, sociales, culturales y físicos que sostengan su bienestar.¹⁵

También se refiere a la capacidad individual y colectiva para negociar dichos recursos, de manera que puedan utilizarse en una experiencia que resulte culturalmente significativa.

Black¹⁶ señala que la resiliencia resulta en un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva a la adversidad. El término conocido como resiliencia familiar se basa en la convicción de que todas las familias tienen fortalezas y capacidad de crecimiento.¹⁷

En el caso de enfermedades crónicas, la resiliencia familiar se ha visto asociada con estrategias de afrontamiento, soporte social, calidad de vida, conductas de autocuidado, visión positiva, espiritualidad, acuerdos familiares, flexibilidad, comunicación familiar, buen manejo de las finanzas, tiempo familiar, actividades de recreación, rutinas/rituales y soporte de la red social.^{16,18-20}

Esta capacidad resiliente va ligada a los procesos que permitan identificar, construir y/o movilizar los recursos de la familia frente a las demandas del medio,^{21,22} independientemente de la constitución familiar.^{23,24}

Por otra parte, la «coordinación» y «sintonización afectiva» son dos procesos que la familia pone en marcha para movilizar sus recursos cuando alguno de sus integrantes sufre de una discapacidad y se somete a un tratamiento rehabilitatorio.^{25,26}

Con base en lo anterior, puede señalarse la importancia de contar con estudios que proporcionen información sobre la percepción que las familias tienen sobre los recursos con los que cuentan para poder hacer frente a la enfermedad y/o discapacidad, lo que puede ser de mucha utilidad en la permanencia dentro de los procesos de rehabilitación, marcando una diferencia significativa entre aquellos pacientes y familias que pueden rehabilitarse «exitosamente» en comparación con quienes no lo logran.

Por tal razón, el presente estudio pretende identificar los recursos familiares que los integrantes de un grupo de familias –que asisten al Instituto Nacional de Rehabilitación– perciben y la manera en que se relacionan con el proceso de rehabilitación.

Material y métodos

Participaron 30 familias como sujetos de estudio, mismo que se llevó a cabo en su totalidad en el área de Terapia Familiar en el Instituto Nacional de Rehabilitación. El proceso de selección fue a través de su médico, el cual está adscrito a la Unidad de Rehabilitación Neurológica en Medicina de Rehabilitación. Fue el médico quien seleccionó a las familias participantes con los siguientes criterios de inclusión: uno de los integrantes había pasado por un evento vascular cerebral de tipo isquémico y había recibido al menos un año de tratamiento en rehabilitación. Se convocó a cuatro integrantes a participar: el «paciente», el «cuidador

primario», un «familiar» que viviera en la misma casa que el paciente y otra persona significativa «externa» que no viviera con él, pero que apoyara en la rehabilitación de diferentes maneras.

Se dividió la muestra en dos grupos: (1) el grupo de «No rehabilitados», conformado por 15 familias en las que el paciente no se había rehabilitado exitosamente, ya que presentaba un índice de Barthel menor de 80; y (2) el grupo de «Rehabilitados» con 15 familias en las que el paciente se había rehabilitado con éxito, es decir que mostraba un índice de Barthel igual o mayor de 80. (El índice Barthel fue extraído del expediente médico).

En una única entrevista se obtuvieron datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad y ocupación) y se aplicó la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares (ERI). La aplicación se realizó a los tres integrantes de cada familia y al miembro externo de la misma.

Instrumentos

Se utilizó el *Índice Barthel* que mide grado de independencia en actividades de la vida cotidiana en una escala Likert de 1 a 10. Desde el punto de vista médico, se habla de una rehabilitación exitosa en un índice de 80-100, si este índice es menor, se conceptualiza como una rehabilitación no exitosa. Evalúa actividades como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y subir escalones. La información de esta escala fue recopilada a través del expediente médico.

Adicionalmente se utilizó la escala de relaciones intrafamiliares (ERI) diseñada por Rivera y Padilla.²⁷ Es un instrumento autoaplicable de 56 reactivos tipo Likert que divide puntajes en alto, medio y bajo de acuerdo con la percepción de las dimensiones. Se encuentra en escala intervalar con una confiabilidad alta (& = .843). Esta escala está originalmente disponible en tres versiones; sin embargo –y para fines de la investigación– se hizo una adaptación de la misma, eligiendo los seis reactivos de cada dimensión con mayor carga factorial, quedando así un instrumento de 18 reactivos. El instrumento aplicado de 18 ítems tuvo una consistencia interna con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.84 (IC 95% 0.80-0.88) que puede considerarse alto ($p = 0.0001$).

Evalúa relaciones intrafamiliares en tres dimensiones:

- a) Unión y apoyo. Disposición de la familia para realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente.

- b) Percepción de dificultades. Aspectos de las relaciones intrafamiliares conocidos como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles.
- c) Expresión de emociones. Posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

Resultados

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS y se realizó un análisis descriptivo que reveló lo siguiente:

Los pacientes de las 15 familias estudiadas difirieron significativamente en edad promedio entre «rehabilitados» y «no rehabilitados»; igualmente los participantes externos al hogar diferían en edad promedio. En ambos casos, las edades de los participantes pertenecientes al grupo de «no rehabilitados» era mayor respecto a los «rehabilitados» (*Cuadro I*).

En cuanto a la distribución de los participantes por sexo según el estatus de la rehabilitación no se observaron diferencias significativas en las proporciones de hombres y mujeres ni en las variables sociodemográficas, excepto en la escolaridad del cuidador primario, ya que dentro de los cuidadores primarios de los casos «rehabilitados» había una mayor proporción de participantes

con escolaridad de preparatoria y licenciatura en relación con el grupo de los «no rehabilitados» (*Cuadro II*).

No se detectaron diferencias significativas en ninguna variable sociodemográfica al compararlas entre el estatus de la rehabilitación y el encuestado, excepto en la escolaridad del cuidador primario. Nótese (*Cuadro III*) que dentro de los cuidadores primarios de los casos rehabilitados exitosamente había una mayor proporción de participantes con escolaridad de preparatoria y licenciatura con respecto al grupo de los no rehabilitados con éxito.

Considerando en conjunto los puntajes medios para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, los participantes rehabilitados con éxito alcanzaron una media significativamente mayor en las dimensiones de unión y apoyo, expresión y en el puntaje total (*Cuadro IV*).

En cuanto al análisis de las respuestas en la escala de relaciones intrafamiliares (por papel y dimensión) se obtuvieron los siguientes resultados:

1. **Dimensión unión y apoyo:** disposición para realizar actividades en conjunto, convivir y apoyarse. Las medias estimadas de los pacientes fueron prácticamente iguales entre «rehabilitados» y «no rehabilitados» (19.6 vs. 20.0, $p = 0.79$). Cuando el encuestado era el cuidador primario las medias

Cuadro I. Edad promedio de los participantes encuestados según estatus de la rehabilitación lograda.

	Paciente		C. primario		Familiar		Externo	
	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)
Rehabilitado								
Edad	53.0 (16.7)	71.1 (15.6)	51.0 (14.7)	52.0 (14.8)	46.4 (16.6)	51.4 (18.9)	35.8 (13.8)	46.8 (11.1)
p	0.005		0.86		0.45		0.02	

Cuadro II. Sexo de los participantes encuestados según estatus de la rehabilitación lograda.

	Paciente		C. primario		Familiar		Externo	
	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 15)
Rehabilitado								
Sexo femenino	7 (46.7%)	9 (60%)	12 (80%)	11 (73.3%)	7 (46.7%)	11 (73.3%)	7 (46.7%)	7 (46.7%)
p	0.35		0.50		0.13		0.64	

Cuadro III. Escolaridad de los participantes encuestados según estatus de la rehabilitación lograda.

	Paciente		C. primario		Familiar		Externo	
	Sí (n = 13)	No (n = 10)	Sí (n = 15)	No (n = 15)	Sí (n = 15)	No (n = 14)	Sí (n = 15)	No (n = 14)
Escolaridad								
Primaria	6 (46.2%)	5 (50%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)	3 (20%)	2 (14.3%)	0	3 (21.4%)
Secundaria	1 (7.7%)	2 (20%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)	5 (33.3%)	3 (21.4%)	2 (13.3%)	3 (21.4%)
Preparatoria	1 (7.75)	2 (20%)	3 (20%)	4 (26.7%)	3 (20%)	4 (28.6%)	9 (60%)	4 (28.6%)
Licenciatura	5 (38.5%)	1 (10%)	6 (40%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	5 (35.7%)	4 (26.7%)	4 (28.6%)
p	0.37		0.015		0.82		0.16	

Cuadro IV. Puntajes promedios globales en la escala ERI por dimensiones y según estatus de la rehabilitación.

ERI	Rehabilitado exitosamente		p
	Sí	No	
Unión y apoyo	20.2 (3.1)	18.6 (3.9)	0.017
Dificultad	19.1 (3.4)	18.5 (2.6)	0.23
Expresión	20.7 (3.5)	19.1 (4.2)	0.02
Total	60.2 (8.3)	56.3 (8.6)	0.014

estimadas de los «rehabilitados» fue más alta (20.3 vs. 17.8, $p = 0.05$), pero fue mayor cuando el encuestado era uno de los familiares (20.9 vs. 17.5, $p = 0.007$). Los puntajes medios de los participantes externos estuvieron muy cercanos (20.1 vs. 19.3, $p = 0.35$), de manera semejante a los pacientes. En esta dimensión en el grupo de los «no rehabilitados» hubo tendencia a un menor acuerdo entre ellos, observándose dos subgrupos: el cuidador primario y el familiar con las puntuaciones más bajas por un lado; y el paciente y el encuestado externo con puntuaciones relativamente más altas por el otro ($p = 0.25$).

2. Dimensión percepción de dificultades: aspectos de las relaciones intrafamiliares conocidos como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Los pacientes «rehabilitados» obtuvieron puntuación más baja (17.6), esto es menor percepción de problemas que los «no rehabilitados» (19.9), ($p = 0.03$). En cuanto a los cuidadores primarios, los «no rehabilitados» bajaron sus puntuaciones (17.4)

respecto a los «rehabilitados» (18.6), pero sin diferencia significativa ($p = 0.26$).

Los familiares tampoco se diferenciaron entre sí, aunque tuvieron las puntuaciones medias más altas (20.3 vs. 19.2, $p = 0.32$). Por último, entre los encuestados externos tampoco hubo diferencia significativa en esta dimensión con 19.3 vs. 18.0 puntos ($p = 0.21$). Por otro lado, familiares y externos de los pacientes «rehabilitados» percibieron más dificultades en las relaciones intrafamiliares que los pacientes y el cuidador primario ($p = 0.05$); en cambio, en los «no rehabilitados» quienes percibieron más dificultades fueron los pacientes y los familiares, aunque las diferencias con las puntuaciones de los cuidadores primarios y externos no fueron significativas ($p = 0.18$).

3. Dimensión expresión emocional: posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia. En esta dimensión las puntuaciones de los pacientes «rehabilitados» estuvieron muy cercanas con 19.5 en comparación con los «no rehabilitados» con una puntuación de 20.0 ($p = 0.69$); pero tanto en los cuidadores primarios como en los familiares las diferencias entre los grupos fueron marcadas, los cuidadores primarios de los «no rehabilitados» obtuvieron puntuaciones muy bajas en expresión con 17.2 puntos vs. 20.5 de los cuidadores primarios de los «rehabilitados» ($p = 0.019$), puntuaciones que para los familiares correspondientes fueron 18.1 vs. 22.0 ($p = 0.007$) y en cambio, entre los encuestados externos los puntajes fueron casi iguales: 20.7 vs. 21.2 ($p = 0.75$).

Se observó que en el grupo de «rehabilitados» los familiares y los externos fueron quienes manifestaron mayor libertad, pero sin alejarse demasiado de

los cuidadores primarios y los externos ($p = 0.31$); en cambio, dentro de los «no rehabilitados» quienes refirieron menor libertad de expresión fueron los cuidadores primarios y los familiares, mientras que pacientes y externos mostraron puntajes altos muy similares entre ellos en cuanto a la dimensión de expresión (en general: $p = 0.05$ que indica diferencia significativa entre los puntajes medios de los cuidadores primarios/familiares por un lado vs. pacientes/externos por el otro).

Finalmente en el puntaje total difirieron significativamente los cuidadores primarios y los familiares, con menores puntajes en el grupo de los «no rehabilitados». En los pacientes las medias fueron 56.7 vs. 59.5 ($p = 0.35$), en los cuidadores primarios 59.5 vs. 52.5 ($p = 0.02$), en los familiares 63.4 vs. 54.9 ($p = 0.006$) y en los externos 61.1 vs. 58.2 ($p = 0.34$).

Discusión

Este estudio nos permite tener una percepción más clara sobre los recursos familiares útiles en un proceso de rehabilitación; es decir, aquellas características familiares que favorecen las funciones de independencia de la persona que sufrió EVC. Esta identificación de recursos da al paciente la oportunidad de pasar por un proceso de rehabilitación más exitoso; el estudio nos permite identificar que los pacientes «rehabilitados» y sus familias parecen saber qué hacer frente a las dificultades, de tal manera que echan a andar sus recursos como familia o bien desarrollan otros que les son útiles en el proceso de rehabilitación.

Es esencial identificar que la percepción de los recursos familiares cambia de acuerdo con el papel que se juega dentro de la familia; observamos que el cuidador primario y el familiar son los integrantes que con mayor facilidad perciben la unión y apoyo, consideramos que esto último tiene que ver con el grado de participación del cuidador primario en el proceso. Cabe destacar la importancia de brindar a los cuidadores primarios una atención diferente y de mayor cercanía, puesto que por lo regular son ellos los principales aliados en el proceso de rehabilitación.

Con lo anterior concluimos que más allá de la condición de las familias es primordial que tengan la capacidad de identificar los recursos familiares con los que cuentan, ya que no basta que los tengan sino que es fundamental que los perciban, pues les facilitará saber cómo movilizarlos y de esa manera podrán dirigirlos en beneficio de cada uno de ellos y del proceso de rehabilitación en general. Lo anterior también favorecerá la relación que establezcan con

el personal de salud, puesto que ésta determinará la interacción entre ellos e influirá en la adherencia al tratamiento, el impacto en el proceso de rehabilitación y en la posibilidad de sentirse acompañados durante ese proceso.

Cabe mencionar que en el modelo médico que prevalece en la actualidad, por lo general no se da importancia al papel de la familia en los procesos de rehabilitación, este estudio puede proporcionar las bases para la inclusión de ésta a través de actividades preventivas, tanto a nivel psicológico como físico y médico y de forma psicoeducativa, de tal manera que favorezcan el proceso de rehabilitación y haya una mayor adherencia al tratamiento, lo cual beneficiará al paciente, a la familia y también a la institución. El hecho de que la familia sea capaz de identificar cuáles recursos le son útiles en el proceso de su familiar, puede ser de gran ayuda y servir de guía para otras familias que atraviesan por experiencias de vida similares. También es esencial un cambio de paradigma en la atención para generar una alianza terapéutica con la red de apoyo del paciente.

Las dificultades o limitaciones del estudio fueron: el factor tiempo y la disposición de las familias para acudir a las entrevistas. Debido a las condiciones del paciente, algunos se dieron de alta e incluso hubo quienes fallecieron durante el proceso. Consideramos que un estudio de este tipo debe llevarse a cabo en menor tiempo, haciendo énfasis en la optimización de los recursos del propio equipo de investigación. Asimismo, pensamos que otra limitante que influye es la estructura que se tiene frente a los procesos de rehabilitación, pues existe la idea de que ésta sólo compete al paciente y a su cuidador primario, lo que genera que sea complicado que otros integrantes de la familia participen y tengan la disposición para acudir cuando son solicitados; por ello es de suma importancia resignificar los apoyos, el trabajo familiar y la relación que se crea entre las familias y el personal de salud.

Por lo que el estudio de la familia y su participación en los procesos de rehabilitación que se viven frente a una EVC y en general frente a una situación de salud y/o discapacidad es de gran relevancia, pues consideramos que la inclusión del sistema familiar favorece en muchos niveles al paciente y su contexto general; lo que es posible destacar gracias a los estudios realizados en los que se resalta la presencia de depresión, menor adherencia al tratamiento y rehabilitaciones no exitosas cuando hay menos participación familiar, social y del personal de salud.

Esta investigación continuó en una fase cualitativa, en la cual se programaron amplias entrevistas

con las familias de ambos grupos. Incluso se abrió la posibilidad de llevar a cabo investigaciones con sistemas familiares, ya que hasta el día de hoy (en diversos estudios) aún no se han incluido los sistemas significativos que rodean al paciente, siendo el equipo médico parte del mismo. En futuras investigaciones cabe la posibilidad de identificar cuáles son los factores relacionales que favorecen o perjudican los procesos de la rehabilitación.

Bibliografía

- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2008. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconv.pdf>. [Recuperado el 10 de noviembre de 2011].
- Sánchez M. Evento vascular cerebral. ¿Existe la calidad de vida después de uno? *Boletín Epidemiológico* [Internet]. 2011; 21 (28). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>.
- Velázquez-Monroy O, Barinagarrementeria-Aldatz FS, Rubio-Guerra AF, Verdejo J, Méndez-Bello MA, Violante R et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México 2005. *Arch Cardiol Mex*. 2007; 77 (1): 31-39.
- Suárez-Escudero J, Restrepo C, Ramírez E, Bedoya C, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb*. 2011; 27 (2): 97-105.
- Glass TA, Berkman LF, Hiltunen EF, Furie K, Glymour MM, Fay ME et al. The Families In Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results. *Psychosom Med*. 2004; 66 (6): 889-897.
- Li L, Young D, Hu Z. Longitudinal study of quality of life following stroke. *Hong Kong J Psychiatr*. 2001; 11 (4): 17-21.
- Chang AM, Mackenzie AE. State self-esteem following stroke. *Stroke*. 1998; 29 (11): 2325-2328.
- Kelly-Hayes M, Paige C. Assessment and psychologic factors in stroke rehabilitation. *Neurology*. 1995; 45 (2 Suppl 1): S29-S32.
- King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996; 27 (9): 1467-1472.
- Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch Neurol*. 1990; 47 (7): 785-789.
- Repetti R, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*. 2002; 28 (2): 330-366.
- Muñoz MM, Haz AM. Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*. 2007; 16 (2): 43-54.
- Walsh F. *Strengthening family resilience*. New York: Guilford; 2006.
- Ungar M. Families as navigators and negotiators: facilitating culturally and contextually specific expressions of resilience. *Fam Process*. 2010; 49 (3): 421-435.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000; 71 (3): 543-562.
- Black K, Lobo M. A conceptual review of family resilience factors. *J Fam Nurs*. 2008; 14 (1): 33-55.
- Min-Feng H. Resilience in chronic disease: the relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. PhD thesis, Queensland University of Technology; 2009.
- Campos B, Graesch AP, Repetti R, Bradbury T, Ochs E. Opportunity for interaction? A naturalistic observation study of dual-earner families after work and school. *J Fam Psychol*. 2009; 23 (6): 798-807.
- Fruggeri L. *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psicosociali*. Roma: Carocci; 2006.
- Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand*. 2003; 107 (5): 324-329.
- Repetti RL, Wang S, Saxbe D. Bringing it all back home: How outside stressors shape families' everyday lives. *Current Directions in Psychological Science*. 2009; 18 (2): 106-111.
- Sluzki CE. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Fam Syst Health*. 2010; 28 (1): 1-18.
- Fruggeri L. *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma: Carocci; 2005.
- Ordaz BG, Monroy LL, López RM. *Hacia una propuesta de política pública para familias del Distrito Federal*. México: INCIDE Social; 2010.
- Molinari L, Everri M, Fruggeri L. Microtransiciones familiares: observación del proceso de cambio en las familias con hijos adolescentes. *Family Process*. 2010; 49 (2): 236-251.
- Fruggeri L. *Osservare le famiglie. Metodi e tecniche*. Roma: Carocci; 2010.
- Rivera-Heredia ME, Padilla-Barraza MG. Repetición intergeneracional de roles: factores que la predicen [Tesis de Licenciatura]. Guadalajara, México: ITESO, Escuela de Psicología; 1992.