



Evidence based information sheets for health professionals

La experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus

Recomendaciones

- Mostrar sensibilidad y reconocer el abrumador sentimiento de terror y miedo vivido en el primer periodo. **(Grado A)**
- Facilitar todos los aspectos relacionados con la capacidad de estar conectado con la familia y amigos así como la conexión espiritual y estar alerta a signos de aislamiento en el periodo de recuperación. **(Grado A)**
- Reconocer la enorme cantidad de trabajo, tanto psicológica como física que implica la reconstrucción de una vida y considerar un plan de cuidados. **(Grado A)**
- Considerar las formas en que el sistema de salud, las rutinas de cuidados y las prácticas apoyan o no apoyan a las personas mayores en recuperación de un ictus. **(Grado B)**
- Proporcionar a las personas mayores en recuperación de un ictus oportunidades para expresar y comentar sus percepciones de mejoras/progresos y cómo ha cambiado su vida. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* se basa en una revisión sistemática que incluye 27 estudios². La revisión consideró estudios interpretativos sobre experiencias de personas mayores con ictus, incluyendo, pero no limitándose a diseños basados en una metodología fenomenológica, etnográfica y de teoría fundamentada.

El informe de la revisión sistemática está disponible en Wiley Interscience en la página www3.interscience.wiley.com y en el Instituto Joanna Briggs en www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

El ictus constituye una importante causa de muerte y discapacidad y el riesgo de padecerlo aumenta con la edad. Debido a que las personas mayores a menudo se quedan con algún tipo de discapacidad permanente, muchos estudios se han centrado en la recuperación funcional y la rehabilitación física^{3,4}.

Se ha prestado menos atención a la vivencia psicosocial y espiritual de las personas en la fase de recuperación tras un ictus. La investigación efectuada sugiere que los profesionales de la salud carecen de comprensión sobre cómo los pacientes viven, interpretan y manejan la recuperación tras sufrir un ictus^{5,6}. Se ha identificado un amplio

abanico de aspectos relacionados con la experiencia del ictus desde la perspectiva del paciente en la literatura científica. Estos aspectos incluyen la discontinuidad con un estilo de vida previo³, la pérdida de control y el miedo a la recaída⁶, los trastornos en la percepción de uno mismo y la vivencia del tiempo⁴, pérdida e impotencia⁷, capacidad de estar conectado/desconectado e independencia/dependencia⁸, esperanza y desesperanza⁹ y comunicación¹⁰.

En este *Best Practice information sheet* nos centraremos en la evidencia cualitativa sobre los procesos de recuperación a corto y largo plazo desde la perspectiva de la persona mayor, con el propósito de evaluar la evidencia que guíe a la práctica enfermera.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Tipos de participantes

Esta revisión ha incluido estudios cuyos participantes eran adultos, de una edad media de 65 años o más, en cualquier entorno, que habían padecido un mínimo de un ictus. Las experiencias deben ser contadas por los mismos supervivientes del ictus. Se han excluido las vivencias de familiares y cuidadores.

Fenómenos de interés

Se incluyeron los estudios centrados en una descripción de la experiencia del participante en respuesta a una intervención particular. Las experiencias fueron auto-narradas. También se incluyeron los estudios que describían la vivencia de los participantes en recuperación de un ictus en los que no se introdujo ninguna intervención. Se excluyeron informes de familiares y cuidadores.

Tipo de medidas de resultados

Los tipos de resultados considerados en la revisión incluyeron sentimiento de esperanza/desesperanza, capacidad de estar conectado/desconectado con los otros, trastornos en la percepción de uno mismo y la experiencia del tiempo, pérdida, independencia/dependencia, discontinuidad con el estilo de vida previo, sentido del control.

Calidad de la investigación

Todos los artículos incluidos fueron evaluados por dos investigadores independientes. Los criterios de evaluación incluyeron coherencia entre la perspectiva filosófica y la metodología de investigación, preguntas y métodos de investigación, recogida de datos y métodos, análisis e interpretación, coherencia entre las voces de los participantes y las afirmaciones de los investigadores y la ética. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión con un tercer revisor. Los niveles de evidencia se indicaron para los resultados recuperados de los informes de investigación originales. Los 165 resultados estaban sustentados, 35 se etiquetaron como creíbles y 130 como inequívocos. Sin embargo, faltaba una relación directa entre estos resultados y las categorías detalladas en la revisión. Por lo tanto no es adecuado asignar un nivel de evidencia a las recomendaciones.

Resultados

La meta-síntesis de los estudios incluidos en la revisión que comprendían 165 resultados de estudios originales generó cuatro resultados sintetizados subsecuentemente agregados a 20 categorías. La atribución de los resultados a una categoría no fue mutuamente exclusiva. Los resultados se presentan en la Figura 1.

Capacidad de estar conectado

El hecho de poder estar conectado con otros fue importante durante el proceso de recuperación. Esto incluía la capacidad de conectarse con amigos y familiares, profesionales de la salud y con la esfera espiritual de uno mismo.

Las dificultades en la comunicación y desarrollo de actividades sociales presentes en esta fase de convalecencia y rehabilitación pueden provocar un sentimiento de aislamiento. Además, descubrieron que sus relaciones con los otros podían ser un reto o un consuelo.

Aunque las relaciones con los profesionales de la salud fueron en general positivas durante el proceso de recuperación, algunas personas mayores percibieron una falta de respeto. La aproximación respetuosa por parte de los profesionales de la salud fue valorada como muy importante para los pacientes.

Los que habían crecido con una tradición espiritual, descubrieron que la oración constituía una fuente de fuerza y un sentimiento de confianza en el futuro.

Reconstruyendo la vida

La reconstrucción de las vidas de las personas que han sufrido un ictus conlleva un considerable trabajo físico y psicológico.

La adaptación a los cambios en el funcionamiento físico, los nuevos entornos y la participación en las actividades de la vida fue vivido como un reto lo cual condujo a desarrollar diferentes estrategias para hacer frente a esta nueva vida donde a menudo los individuos tuvieron que re-aprender y pasar a ser activos en su propio cuidado. Gestionar y afrontar las discapacidades físicas implica más tiempo para realizar las actividades de la vida diaria y, frecuentemente, el uso de ayudas físicas.

Este trabajo implica recurrir a un sentido de esperanza y de fuerza interior o a otras actitudes que ayuden en la recuperación.

Suceso que altera la vida

Los supervivientes a un ictus perciben la enfermedad como algo que tiene consecuencias que alteran la vida y muchos viven el suceso como una discontinuidad en sus vidas, aunque aquellos con co-morbilidades o ictus previos pueden verlo como un suceso más en una vida en curso. Sin embargo, para la mayoría, la comparación se realiza con su vida anterior y describen los cambios como profundos. Éstos van desde cambios en la forma de andar hasta cambios en el propio yo y su identidad.

Los supervivientes a un ictus atravesaron muchas transiciones en su vuelta a casa desde el hospital o el centro de rehabilitación. Esto incluía tener que manejar sus discapacidades, que podían implicar aceptar que tenían que encontrar nuevas formas de hacer las cosas o que podían necesitar cuidado de otros.

Suceso inesperado repentino

En los resultados de estudios en los que las personas mayores describieron la aparición del ictus y sus percepciones, pensamientos y sentimientos durante este primer periodo, el ictus es vivido como un suceso inesperado repentino. La incertidumbre de los pacientes sobre los síntomas a menudo retrasó el diagnóstico y el tratamiento. La repentina aparición de cambios físicos y mentales fue horrible, espantosa y confusa. Los individuos describieron la experiencia como "aterradora" y se describieron a ellos mismos como "completamente discapacitados" durante este tiempo.

Conclusión

La aparición y primer periodo de tiempo tras el ictus es una experiencia confusa y aterradora que altera la vida de la mayoría de los individuos. El periodo de recuperación implica un considerable trabajo psicológico y físico para las personas mayores que tienen que reconstruir sus vidas. La conexión con los otros y con la espiritualidad es importante durante la recuperación.

Capacidad de estar conectado

Las personas mayores que han experimentado un ictus identifican la importancia de la capacidad de estar conectado en su proceso de recuperación.

Relación con los otros: motivaciones=ayudar a otros, apoyo de la familia y entorno, espiritualidad, amistad con otras víctimas, dependencia del miedo, responsabilidades en el hogar, reacciones sobre la forma de hablar, reacciones de los miembros de la familia, cambios de la propia imagen, necesidad de compartir sentimientos

Conexión espiritual: aumenta la esperanza, el ánimo, la confianza, el bienestar psicológico, la oración proporciona fuerza

Aislamiento: pérdida de capacidad para realizar actividades sociales, trastornos de la intimidad/relaciones

Relación con los profesionales: aumenta la autonomía debido al apoyo (psicológico), atención, paternalismo, actitud respetuosa, auto-evaluación de las lagunas y visión del profesional de la salud, algunas experiencias negativas (carga de trabajo)

Reconstruyendo la vida

Las personas mayores describen el proceso de convalecencia y rehabilitación como una reconstrucción de sus vidas tras el ictus y están comprometidos con la recuperación.

Actitudes en la recuperación: esperanza a través de la anticipación positiva, la participación es la fuerza interior que sustenta la vida, anhelo de volver a casa, pérdida del sentido de control, asuntos de confrontación existencial de uno mismo y la muerte, suspiros de desesperación

Estrategias de gestión y afrontamiento de la discapacidad física: encontrar nuevos retos, limitaciones físicas en la vida diaria, necesidad de aparatos, culpabilidad por los pequeños avances, cuerpo impredecible

Experiencias de apoyo: aumento de la autonomía debido al apoyo instrumental y de las residencias comparado a los hospitales, falta de intervención de cambios emocionales, necesidad de más información/contactos/supervisión, largos periodos de espera, el sentimiento de hotel disminuye la autonomía

Lucha: por la independencia, cumplir los estándares previos al ictus, manejo de la vida, asistir a las necesidades de otros, entender la severidad de la nueva situación, sentimiento de impotencia, dependencia, estancamiento, vacío

Vivir con incertidumbre: sobre los síntomas, tratamiento, recuperación y los profesionales de la salud reacios a proporcionar información, vuelta a casa = sentimientos mezclados

Cambios/mantenimiento de roles: menos emocional cuando están bajo control, reflejo de la vida previa, disminución de ingresos, disminución de gastos, incapacidad para hacer las tareas de la casa (mujeres), manejo de las finanzas

Aceptación: ayuda de otros difícil de aceptar, terminar con esto, mantener relaciones sociales, ocultar la discapacidad

Estrategias de adaptación: mantienen la esperanza, aumentan el control, toman decisiones por ellos mismos, retoman el poder sobre actividades valiosas, adaptación, conocimiento e información, vuelta al trabajo, apreciación de lo ordinario

Transiciones: esperar posibilidades anticipadas, el progreso mejora el ánimo, reconstrucción de uno mismo, importancia del alta y la vuelta a casa, pasado en nuevo contexto, pérdida, impotencia

Adaptación: para toda la vida, energía en la terapia, comparación con las capacidades anteriores, autonomía mejorada por el autocuidado, estrés de la derivación al servicio de rehabilitación, la adaptación es difícil, entender completamente las consecuencias de volver a casa

Participación en actividades: autobuses inaccesibles, pérdida de capacidad para dejar la casa/conducir/tomar parte en actividades de ocio o diarias

Suceso que altera la vida

Las personas mayores perciben el ictus como un suceso que tiene consecuencias que alteran la vida.

Discontinuidad: reconocimiento de la pérdida, ajuste al nuevo estatus/identidad/mundo, esperanza por recuperar las capacidades anteriores, los que tienen co-morbilidades (historial previo) lo ven como un suceso más en una vida en curso (min. trastorno biográfico), menor autonomía, sentimiento de desventaja, deseo de ser productivo/creativo, sufrimiento, miedo y desesperación

Suceso inesperado repentino

Los supervivientes al ictus perciben la experiencia del mismo como un suceso repentino, que genera un shock, miedo y confusión.

Autodisociación corporal: cuerpo=separado, precario, impredecible, diferente, pasivo, que ya no está bajo la dirección del paciente

Shock, miedo, pérdida de control: fase aguda =suceso corporal / fase de ingreso=incertidumbre, pérdida de control, miedo de discapacidad o nuevo ictus, sufrimiento asociado a los cambios, menos autonomía, poca memoria y confusión, pérdida de competencias, cuerpos impredecibles, memoria, discurso, sentimiento de shock, aturdimiento y miedo extremo, insomnio

Incertidumbre de diagnóstico: no tomé conciencia del significado de los síntomas, los mantuve en secreto, agrupar síntomas puede ayudar

Ceder el control a otros: hospital=rol pasivo, espera y verás, asumir que la terapia es la práctica habitual / ingreso=inseguro, dificultades para controlar el tratamiento, verse a ellos mismos como responsables, culparse a ellos mismos por la falta de información

Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs con ayuda de un panel de revisores expertos.

• Professor Carole Kenner, Dean of College of Nursing, University of Oklahoma, Oklahoma, USA

• Ms Christina Godfrey, Review Coordinator, Queen's Joanna Briggs Collaboration, School of Nursing, Queen's University, Oklahoma, USA

• Professor Marianne Lamb, School of Nursing, Queen's University, Ontario, Canada

• Assistant Professor Kathleen Patuskus, School of Nursing University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey, USA

• Ms Jana Williams, Clinical Educator, INTEGRIS Baptist Medical Center, Oklahoma, USA

Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009
<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute. SUMARI: System for the unified management, assessment and review of information. Version 4.0. Accessed on-line 2008.
<http://www.joannabriggs.edu.au/services/sumari.php>
3. Lamb M, Buchanan D, Godfrey CM, Harrison MB & Oakley P. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2008; 6: 173-205.
4. Dowsell G, Lawler J, Dowsell T, Young J, Forster A, Hearn J. Investigating recovery from stroke: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2000; 9: 507-15.
5. Rittman M, Faircloth C, Boylstein C et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *J Rehabil Res Dev* 2004; 41: 259-68.
6. Doolittle ND. The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabil Nurs* 1992; 17: 122-5.
7. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke - from two perspectives. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 215-22.
8. Hilton EL. The meaning of stroke in elderly women: a phenomenological investigation. *J Gerontol Nurs* 2002; 28: 19-26.
9. Secret JA, Shomas SP. Continuity and discontinuity: the quality of life following stroke. *Rehabil Nurs* 1999; 24: 240-6.
10. Popovich MM, Fox PG, Burns KR. Hope in the recovery from stroke in the US. *Int J Psychiatr Nurs* 2003; 8: 905-20.
11. Sundin K, Jansson L, Norberg A. Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nurs Inq* 2002; 9: 93-103.
12. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Joana Maria Taltavull Aparicio.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

• The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000

www.joannabriggs.edu.au

ph: +61 8 8303 4880

fax: +61 8 8303 4881

email: jbi@adelaide.edu.au

• Published by
Blackwell Publishing



**WILEY-
BLACKWELL**

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

Práctica
basada
en la
evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴