

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**



**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN: SALUD PÚBLICA**

TÍTULO

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO A AGOSTO 2019**

AUTOR:

MAG. ANGEL ANTONIO ANICAMA HERNÁNDEZ

ASESOR:

Dr. HARRY LEVEAU BARTRA *PH.D.*

Ica – Perú

2020

DEDICADO A:

Mi esposa e hijos cuya paciencia e
inconmensurable amor sostienen
mis esfuerzos

A mi Madre por su amor y todas sus
enseñanzas de vida

AGRADEZCO A:

Dios Todopoderoso por regalarme el don de la vida

A mi padre por su ejemplo de dedicación a la docencia

A mis hermanos por su gran amor y respeto

A mis Maestros por contribuir a mi formación como médico e inspirar en mí el amor por la docencia

A mi asesor por el apoyo y paciencia

A mis revisores por sus valiosas precisiones, que mejoraron mi trabajo

ÍNDICE

CARÁTULA	
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMO	x
CONTRACARÁTULA	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO	
1.1.- Antecedentes	14
1.1.1.- Internacionales	14
1.1.2.- Nacionales	19
1.1.3.- Locales	22
1.2. Marco teórico	22
2.2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON ICTUS.	22
2.2.1.1. Definición	22
2.2.2. ICTUS.	26
2.2.2.1. Clasificación	27
2.2.2.2. Epidemiología del ictus	28
2.2.2.3. El impacto del ictus	28
2.2.2.4. Evolución y secuelas del Accidente Cerebro Vascular	32
2.2.3. INSTRUMENTO (Escala de calidad de vida para el ictus)	38

1.3. Marco conceptual	39
1.4. Marco filosófico	42
CAPÍTULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1. Situación problemática	44
2.2. Formulación del problema	45
2.2.1. Problema General	45
2.2.2. Problemas Específicos	45
2.2.3. Delimitación del problema	46
2.3. Justificación e importancia	47
2.4. Objetivos de la investigación	49
a) Objetivo general	49
b) Objetivos específicos	49
2.5. Hipótesis	50
2.5.1. Hipótesis general	50
2.5.2. Hipótesis específica	50
2.6. Variables	51
a) Identificación de variables	51
b) Operacionalización de variables	53
CAPÍTULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación	55
3.2. Población y muestra	55
CAPÍTULO IV – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	
4.1. Técnicas de recolección de datos	57
4.2. Instrumentos de recolección de datos	57
4.3. Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de resultados	59

CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	60
CAPÍTULO VI – PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
6.1. Presentación, interpretación	66
6.2. Discusión de resultados	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76
ANEXOS	80

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto del 2019

Metodología. Estudio no experimental, transversal, descriptivo, observacional y correlacional en una población de 280 pacientes de donde se obtienen pacientes de 40 años a más que según criterios de inclusión la muestra es de 58 pacientes.

Resultados. Con 0.9% de error las edades mayores se asocian a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el Hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

Con 1.8% de error el sexo masculino está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular. Con 2.9% de error el tiempo de enfermedad menor de 6 meses está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular. Con 2.4% de error la baja percepción de apoyo social está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular. La rehabilitación física con menos de 6 sesiones está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

Conclusión: Son factores de riesgo en la disminución de la calidad de vida: edades mayores, sexo masculino, pacientes con menos de 6 meses de evolución del ictus, baja percepción de apoyo social y menos de 6 sesiones de rehabilitación.

Palabras clave: Factores asociados, calidad de vida, enfermedad cerebrovascular.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the quality of life related to the health of patients with cerebrovascular disease treated at the Regional Hospital of Ica from May to August 2019

Methodology. A non-experimental, cross-sectional, retrospective and analytical study, in a case-control design investigation of a population of 280 patients from which patients aged 40 years or older were obtained, who according to inclusion criteria made a sample of 58 patients.

Results. With 0.9% error, older ages are associated with a lower quality of life in patients recovering from cerebrovascular disease treated at the Regional Hospital of Ica from May to August 2019. With 1.8% error, the male sex is associated with a lower quality of life in patients recovering from cerebrovascular disease. With 2.9% error, the time of illness less than 6 months is associated with a lower quality of life in patients recovering from cerebrovascular disease. With 2.4% error, the low perception of social support is associated with a lower quality of life in patients recovering from cerebrovascular disease t. With 2.4% error, physical rehabilitation with less than 6 sessions is associated with a lower quality of life in patients recovering from cerebrovascular disease.

Conclusion: There are risk factors in the decrease in quality of life: older ages, male sex, with less than 6 months of stroke evolution, low perception of social support and less than 6 rehabilitation sessions.

Key words: Associated factors, quality of life, cerebrovascular disease.

RESUMO

Objetivo: Determinar os fatores associados à qualidade de vida relacionados à saúde de pacientes com doença cerebrovascular atendidos no Hospital Regional de Ica no período de maio a agosto de 2019

Metodologia. Estudo não experimental, transversal, retrospectivo e analítico, em uma investigação de projeto caso-controle de uma população de 280 pacientes dos quais foram obtidos pacientes com idade igual ou superior a 40 anos, que de acordo com os critérios de inclusão, fizeram uma amostra de 58 pacientes.

Resultados. Com erro de 0,9%, a idade avançada está associada a uma menor qualidade de vida em pacientes em recuperação de doença cerebrovascular atendidos no Hospital Regional de Ica de maio a agosto de 2019. Com erro de 1,8%, o sexo masculino está associado a uma menor qualidade de vida em pacientes em recuperação de doença cerebrovascular. Com um erro de 2,9%, o tempo de doença menor que 6 meses está associado a uma menor qualidade de vida em pacientes em recuperação de doença cerebrovascular. Com erro de 2,4%, a baixa percepção de suporte social está associada a uma menor qualidade de vida em pacientes em recuperação de doença cerebrovascular. Com erro de 2,4%, a reabilitação física com menos de 6 sessões está associada a uma menor qualidade de vida em pacientes em recuperação de doença cerebrovascular.

Conclusão: Existem fatores de risco para a diminuição da qualidade de vida: idade avançada, sexo masculino, com menos de 6 meses de evolução do AVC, baixa percepção do suporte social e menos de 6 sessões de reabilitação.

Palavras-chave: Fatores associados, qualidade de vida, doença cerebrovascular.

DOCTOR EN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO A AGOSTO 2019**

AUTOR:

MAG. ANGEL ANTONIO ANICAMA HERNÁNDEZ

ASESOR:

Dr. HARRY LEVEAU BARTRA *PH.D.*

INTRODUCCIÓN

Los efectos adversos de la enfermedad cerebrovascular o accidente cerebrovascular en la calidad de vida (CV) son indiscutibles según la percepción del paciente. Esta entidad afecta a las áreas motoras, sensitivas, sensoriales, cognitivas del individuo, entre otras, lo que dificulta el desarrollo de actividades diarias que necesiten cierto esfuerzo, pero esta limitación no es solo física, sino también afecta la relación del paciente con sus familiares, amigos y también interfiere con otras personas con las cuales forman círculos sociales.

La calidad de vida abarca múltiples esferas emocionales y físicas del individuo. La (OMS) la ha definido como: percepción personal de su posición en la sociedad de su cultura y del sistema de valores en el que viven, objetivos, expectativa y estándares.¹

Un paciente que experimenta un stroke sea isquémico o hemorrágico experimenta situaciones objetivas como compromiso físico, caracterizado por problemas motores o deficiencias sensitivas o sensoriales, pero además factores relacionados al área límbica como emociones o sentimientos. Hay que reconocer que las evaluaciones clínicas se dirigen sobre todo a la evaluación de los aspectos físicos, poco exploran lo emocional, además, lo concerniente a la percepción subjetiva del paciente de su nueva condición de vida y sus capacidades de afrontamiento ante todos estos cambios que influyen sobre su ámbito personal, familiar y social. Es por ello que cada vez más hay un consenso para estudiar no solo los efectos de un tratamiento médico o quirúrgico de estas entidades sino cómo el paciente vivencia este problema de salud y cuanta resiliencia es capaz de mostrar. Como vemos esto es una interacción compleja y dialéctica.²

Existen escalas globales para medir la calidad de vida cuyas dimensiones abarcan lo físico, emocional y social; asimismo se han desarrollado escalas específicas para diversas enfermedades, entre ellas las neurológicas y en particular para el accidente cerebrovascular denominado también ictus o stroke. Una de las escalas con mayor validez y confiabilidad para esta entidad, es precisamente, la Escala de Calidad de Vida para el ictus, que es de origen cubano, el primero que se ha realizado para nuestra propia lengua.³

Por tanto, es relevante, determinar la calidad de vida que presentan los pacientes que acuden a consulta al principal hospital referencial de la Región(Ica) y que presentaron secuelas de un ictus es relevante para conocer en qué medida se puede intervenir para mejorar la recuperación y rehabilitación de estos pacientes que al presentar limitaciones físicas y mentales aún pueden ser funcionales para su familia y la sociedad o al menos no mostrarse como una carga personal y económica para el entorno familiar sobre todo.

La investigación consta de seis capítulos: En el primero se plantea el marco teórico con los antecedentes de investigación, sustento teórico marco conceptual, marco legal y marco filosófico. En el segundo capítulo se plantea la problemática, se indican los objetivos, se delimita el problema, se menciona la hipótesis y variables. En el capítulo tres se diseña la investigación. En el capítulo cuatro las técnicas de recolección de datos e instrumentos. En el capítulo cinco se contrasta la hipótesis y en el capítulo seis se presentan los resultados, se mencionan las conclusiones y sugerencias, terminando con los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Mesa-Barreral, Y.⁶ (2016). Calidad de vida en pacientes posictus: factores determinantes desde la fase aguda. La Habana. Propósito: indicar los factores que influyen en la calidad de vida de los sobrevivientes de accidente cerebrovascular agudo. Materiales y métodos: se realizó una serie de estudios descriptivos de corte transversal de 120 sobrevivientes de ictus cerebrovascular isquémico en condiciones de rehabilitación temprana y la escala se aplicó 10 días después de que se estableció el accidente cerebrovascular. La calidad de vida se evaluó con un cuestionario a la Escala para accidente cerebrovascular, en la etapa aguda del accidente cerebrovascular (ECVI-38). Resultados: El sexo femenino fue predominante, con una edad promedio de 65 años o más. El compromiso neurológico moderado a severo es más de 2/3, con un valor de 3.6 ± 3.9 . Más del 80% tiene síntomas depresivos, con un valor promedio de 7.7 ± 3.4 . La edad avanzada, fue un factor relacionado con la mala calidad. Conclusión: el ictus presenta compromisos tanto físicos como psicológicos. La calidad de vida se relaciona con el nivel de severidad neurológica, la edad avanzada así como padecer de síntomas depresivos agudos.

Leno Díaz, C.⁷ (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. España. Objetivo: Evaluar la calidad de vida (CV) a largo y verificar los factores relacionados. Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal. Resultado Participaron setenta y cinco pacientes, edad promedio 72.35 (DE: 10.27), y el 64% eran hombres. En estudios de calidad de vida, las dimensiones más afectadas fueron dolor/malestar (53.4%) y ansiedad/depresión (49.3%). El 49% de los pacientes tuvieron buena calidad a leve afectación. La calidad de vida está asociada al grado de dependencia y a la depresión. El dolor también afecta la calidad de vida. No hubo diferencia entre sexos. Conclusión El dolor, la dependencia física y funcional y la depresión se asocian con una disminución de la calidad de vida percibida en los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, cuatro años después del suceso.

Sánchez-Lozano, A.⁸ (2018). Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. Cuba. Objetivo: determinar la calidad de vida de los enfermos con accidente cerebrovascular isquémica 6 meses después del alta. Métodos: Entre el 1 de noviembre de 2014 y el 1 de noviembre de 2015, 123 pacientes sometidos a imágenes clínicas y / o diagnósticas del primer accidente cerebrovascular isquémico ingresaron en la unidad de accidente cerebrovascular del Dr Gustavo Aldereguía Lima del Hospital Universitario. Estudio descriptivo y transversal. Resultados: El

género masculino fue dominante a una edad promedio de 69.29. El 84,6% recibió rehabilitación y tuvo una puntuación media baja en las medidas de calidad de vida del accidente cerebrovascular. De 31 pacientes relacionados con el empleo, 27 lograron regresar al trabajo, con un puntaje promedio de 12.07 para este tamaño proporcional. De estos, el 53,6% exhibió deficiencias leves en la calidad de vida, y solo el 4,9% estuvo gravemente deteriorado. Conclusión: predominan los pacientes con deterioro leve. Las dimensiones más afectadas fueron las emocionales, el desempeño social, la cognición y la esfera familiar.

Pinedo, S. Sanmartin, V.⁹ (2016). Calidad de vida a los 6 meses tras un ictus. Objetivo: Explicar la relación entre la calidad de vida a los 6 meses después del accidente cerebrovascular y las variables sociodemográficas, clínica y funcional. Materiales y método. De cohorte longitudinal multicéntrico (n = 157). Los enfermos involucrados entraron en una fase subaguda después de un accidente cerebrovascular tratados en dos servicios de rehabilitación. Se utilizaron medidas específicas de calidad de vida para el accidente cerebrovascular EVCI-38. Resultado: Las edades promedio fueron de 70.93 ± 11.85 años. Las mujeres fueron mayoría. El puntaje promedio total de la escala ECVI-38 fue de 35.30 ± 16.17 , siendo las dimensiones más comprometidas aquellas asociadas con actividad común y básica de la vida diaria. Las dimensiones que más se asociaron con una mala calidad de

vida fueron el sexo masculino, afasia, disfagias, depresión, deterioros cognitivos. El 21% de los pacientes tenía dolor intenso. Conclusión: Son varias las dimensiones que se comprometen en la calidad de vida de los pacientes que padecen un accidente cerebrovascular y deben considerarse para su posible enfoque en la planeación de esquemas de rehabilitación integral.

Mesa Barrera, Y.¹⁰ (2016). Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. Cuba. Objetivo: explicar los aspectos que afectarían la calidad de vida de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular en un año de seguimiento. Método: Descriptivo, longitudinal, cohorte de 110 sobrevivientes de accidente cerebrovascular, visita ambulatoria de 1 año después de la evaluación inicial. La calidad de vida (CV) se evaluó utilizando una medida de CV para el accidente cerebrovascular. Resultado: el sexo femenino representó el 52,3%. Las afectaciones fueron de grado moderado a severo en más de 2/3 de los enfermos, y mejoró durante el primer año de seguimiento (leve a moderado) con valores de 3.5 ± 3.8 en la escala. Más de un tercio estaban altamente deprimidos, con valores promedios de 7.8 ± 3.6 , un aumento del 56% por año. Los hallazgos que se asociaron con la CV deteriorada fueron: empeoramiento de la condición neurológica, presencia de síntomas depresivos mayores y edades mayores. Conclusión: la afectación de la CV se vio relacionada con

el grado de deterioro neurológico, el estado cognitivo, la edad avanzada y depresión.

López-Jurado, F.¹¹ (2017). Nivel de reserva cognitiva y dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico de un hospital Nacional, Lima 2017. Objetivo: establecer la asociación entre el grado de afectación de la esfera cognitiva y el nivel de dependencia funcional en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica. Método: Estudio de correlación. El diseño se contextualiza como un estudio transversal no intervencionista, o de observación, para el cual se utilizó como dispositivo de medición un cuestionario cognitivo preliminar que coincide con el índice de Barthel de la población peruana y 70 personas con enfermedad cerebrovascular isquémica fueron seleccionadas para el estudio. Resultados: Utilizando la prueba de correlación Rho de Spearman, se encontró una significancia de $p < 0.05$, lo que revela que existe una relación entre el nivel de reserva cognitiva y el grado de dependencia funcional en enfermos con ictus isquémico. De manera similar, el valor de correlación de Spearman Rho obtenido para las variables de estudio fue $Rho = 0.910$, lo que indica una correlación positiva (directa) muy fuerte. Conclusiones: se encontró una correlación moderada entre los niveles de actividad cognitiva y la dependencia de funciones, y entre la edad en años y dependencia de las funciones. De otro lado,

se obtuvieron correlaciones débiles entre la actividad física y los niveles dependientes de la función.

Ríos Cuesta, V.¹² (2015). Ictus Hemorrágico y calidad de vida. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. España. Objetivos: Determinar la CV de los pacientes con accidente cerebrovascular hemorrágico, y analizar la evolución de esta enfermedad desde el inicio del estudio hasta el momento presente y su dependencia de la realización de actividades básicas. Métodos: trabajo de investigación cualitativa para estudiar casos clínicos de pacientes con accidente cerebrovascular hemorrágico, y en qué medida afectan la vida diaria y familiar, y la reorganización del estilo de vida dentro del proceso de recuperación. Conclusión: Se ha demostrado que las secuelas causadas por un accidente cerebrovascular afectan directamente la dependencia de las personas que han pasado por este proceso y, de una manera muy importante, la calidad de vida de ellas y sus familias.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Figuroa-Céspedes, M.¹³ (2018). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes adultos post Accidente Cerebro Vascular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016. Objetivo: síntomas depresivos y calidad de vida en pacientes adultos después de encefalopatía vascular. Metodología Estudio observacional, transversal, prospectivo. Población: La

población consistió en 100 pacientes adultos mayores que sufrieron un accidente vascular cerebral con secuelas y participaron de rehabilitación en el Hospital Nacional Edgard Rebagliati Martins en 2016. Resultados: Para aspectos que ayudan a lograr el propósito general, se determinó que el nivel más común era el nivel "severo" asociado a nivel de síntomas depresivos. Esto permite al paciente con un accidente cerebrovascular aceptar el concepto de exhibir un estado emocional reducido. De manera similar, con respecto a la calidad de vida, esto determina que el paciente perciba que tiene una calidad de vida en un nivel "pobre", por lo que esto se debe principalmente a la incompetencia causada por el sufrimiento de esta condición. El compromiso motor secundario persistente, produce consecuencias en el paciente tanto en la parte física pero también emocional y social.

Castilla-Huayhua, C.¹⁴ (2015). Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2015. Objetivo: Establecer la frecuencia de ECV tratados en la UCI. Metodología: este estudio es un tipo descriptivo cuantitativo y retrospectivo. Población: había 226 pacientes hospitalizados. Resultados: del 100% de los pacientes, el 13% (30) fueron hospitalizados por un accidente cerebrovascular y 87 tenían otros diagnósticos. Conclusión: estaba claro que había

una proporción significativa de pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular.

Posadas, L.¹⁵ (2016). Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú, 2016. Objetivo: Valorar los riesgos en los enfermos de enfermedad cerebrovascular isquémico trombótico. 76 casos y 76 controles conformaron la muestra, un control por caso. La edad promedio de los 76 casos fue de 72,21. La DS es 14.5. Hubo 39 hombres (51,3%) y 37 mujeres (48,7%). En un análisis bivariado, los ancianos tenían un OR de 4,8. Sexo masculino OR1.6; Hipertensión arterial OR9.205; Dislipidemia OR5.771; Fumar OR4.072; Diabetes OR 3.78 e IMC alto OR3.124. La HTA y las dislipidemias son factores de riesgo asociados con el accidente cerebrovascular isquémico trombótico.

Rodríguez-Ávalos, L.¹⁶ (2018). Estado funcional tras el primer evento de enfermedad cerebrovascular aguda en pacientes hospitalizados de 20 a 80 años, Trujillo. Objetivo: Indicar la funcionalidad al momento de su alta y luego a los 3 meses de los pacientes con ECV de 20 a 80 años. Metodología. 57 pacientes fueron entrevistados internados. Resultados: Se encontró que 44% tenían entre 60-74 años, 53% eran mujeres, 79% tenía factores de riesgo, y 67% tenía ECV isquémico. Se evidenció que 93% tuvo dependencia leve previa al ingreso, 73% dependencia severa-total

al ingreso, 42% dependencia severa-total al alta y 58% dependencia leve a los 3 meses. Al alta, 78,9% tuvo recuperación funcional menor al 50% pero a los 3 meses 80,7% tuvo una recuperación funcional de 50% a más. El grado de capacidad funcional al ingreso se asoció significativamente a la recuperación funcional a los 3 meses ($p = 0,027$). El grado de capacidad funcional al alta se asoció a la presencia de factores de riesgo y complicaciones hospitalarias ($p = 0,035$ y $p = 0,025$), pero no a los 3 meses. Conclusión: Al alta, tras el 1° episodio de ECV aguda en internados de 20 a 80 años el estado funcional fue de dependencia severa-total, la recuperación funcional menor al 50%. A los 3 meses, el estado funcional fue de dependencia leve y la recuperación funcional de 50% a más.

1.1.3. Antecedentes Locales

No se encontraron estudios similares y actualizados en la región.

1.2. Marco teórico

2.2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON ICTUS.

2.2.1.1. Definición

Todo ser humano tiene un autoconcepto, de cómo es en la vida, y naturalmente tiene referencias para ello. Estas referencias son la cultura en la que se desenvuelve que es diferente a la de otros seres humanos en diferentes latitudes del planeta y otra referencia es el sistema de

valores que compete a dicha sociedad. A esto la OMS le definió como calidad de vida. Esto implica la autovaloración, el yo frente a la sociedad y que abarca el campo familiar, laboral, social, las interacciones humanas, la justicia social, la equidad en las oportunidades en salud, educación, vivienda, economía, esa interacción es dinámica y biunívoca.¹⁷

Como se deduce, el estudio de la calidad de vida no es de medición sencilla, implica tener en cuenta varias aristas que triangulen las percepciones del paciente sobre su estado de salud; la familia que deberá afrontar la nueva situación de uno de sus componentes que a lo mejor ha estado siendo el soporte económico y emocional de la familia y la sociedad, ante la cual no podrá desempeñarse de la misma manera, además con precariedad de desempeñarse en algún ámbito laboral según la intensidad de las secuelas.

Los aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales son particularmente importantes al evaluar la calidad de vida de las personas que sufren ciertas enfermedades o patologías. Todos contienen elementos subjetivos importantes, que, a su vez, se basan no solo en las prioridades en cada momento de la vida, sino también en experiencias personales, creencias, expectativas personales, y experiencias subjetivas del enfermo.¹⁷

Por lo tanto, las actitudes hacia la salud, la enfermedad o la discapacidad pueden cambiar las percepciones que cada paciente tiene sobre la calidad de vida, y dos personas con el mismo objetivo de salud pueden tener muy distintas perspectivas de la vida.¹⁸

Por tanto, cada ser humano tiene una percepción de la calidad de su propia vida, le es inherente en tanto que tiene distinta personalidad, esto hará que experimente de manera diferente cualquier embate en su salud. Muchas veces vemos personas que se desenvuelven con total normalidad en cualquier actividad y de pronto la vida les cambia diametralmente tras un ictus; la repercusión puede ser individualmente catastrófica según la actividad previa, mientras que para alguien no movilizar con mucha experticia la mano no dominante no sería mucho problema, para un músico que se gana la vida tocando guitarra y que necesita de ambas manos le representa un evento severo o para un profesor tener una afasia es catastrófico. Tras ello se produce un proceso de adaptación que como se comprende no es sencillo de afrontar para ningún ser humano.¹⁸

Todo esto ha necesitado el desarrollo de un instrumento que cuantificara este concepto. Uno de los más conocidos y difundidos fue el Índice de Desarrollo Humano (ONU, 1990) con el objetivo de avanzar en los debates sobre el desarrollo desde el punto de vista puramente económico. Aquí se ha tenido en consideración aspectos de empleo, cultura e independencia para realizar acciones de la vida diaria.¹⁷

El indicador comienza con la idea de que el ingreso, la salud y la educación son los tres componentes fundamentales de la calidad de vida (CV) de una población.¹⁷

El desarrollo humano integral pareciera reducirse a la parte productiva e inclusive las competencias que se enseña a los estudiantes son con la finalidad de incluirse a un mercado laboral; si bien es cierto esto es importante, debe de reconocerse que la educación y la salud son los

verdaderos pilares de nuestro desarrollo La educación que debe ser dirigida no solo a los aspectos cognitivos sino a las hoy llamadas habilidades blandas, a esos aspectos psicológicos que marcarán la diferencia ante cualquier adversidad. La salud, ya que es un componente esencial, sin salud se merma la población económicamente activa, sin salud se genera carga de enfermedad y se afecta la economía de una nación. Por tanto esto visto en el plano personal sin educación ni salud el ser humano no alcanza su plena realización.¹⁹

Existe una gran preocupación de los organismos internacionales por el desarrollo del ser humano y lo estudian mediante el índice de desarrollo humano, que considera varios parámetros que implica no solamente el aspecto económico, sino también cultural, social así como los aspectos inherentes a la biología del ser humano. Por tanto, este índice debe enfocarse desde el punto de vista biopsicosocial como lo preconizaba la OMS.¹⁸

Diversos son los componentes a evaluar en la CVRS, a considerar los aspectos físicos, cognitivos, de comunicación, las emociones, los sentimientos, las actividades de vida diaria, la función social y familiar que se filtran además según las creencias y costumbres del individuo y su familia y que no deja de tener influencia del medio donde se desempeña, que puede tener o no un buen sistema sanitario oportuno y humanístico y con un buen sistema de rehabilitación, o la asistencia social para los gastos que genera la enfermedad, asistencia psicológica para el afrontamiento respectivo, entre otros. Como vemos la atención es integral y por ende necesita un tratamiento multidisciplinario.¹⁷

Además de la información proporcionada por las pruebas médicas objetivas, representa un cambio significativo en los modelos biomédicos tradicionales, ya que comienza a tener en cuenta con más énfasis los aspectos psicológicos y percepciones que expresan los pacientes.

Hasta entonces, con la mayoría de las enfermedades, la salud podría verse afectada por afecciones mentales, mecanismos de afrontamiento en diferentes situaciones o apoyo social, pero desde entonces estos aspectos se han vuelto cada vez más importantes en la vida humana y por tanto estos aspectos son más investigados también. Y es más significativo cuando los pacientes expresan sus percepciones en cuanto a su CV.¹⁷

Este concepto, donde se integra el afrontamiento se ha popularizado más rápidamente en las sociedades avanzadas como resultado de mejorar la supervivencia de procesos previamente fatales que ahora son mejor atendidos a la luz de los avances científicos que aumentan la sobrevida.

La mejora de los niveles de atención y los programas de prevención han mejorado la expectativa de vida de los pacientes, por lo que hay una tendencia a que exista mayor población geriátrica, aunque hay procesos degenerativos inherentes a este grupo etario que no curarán pero necesitan asistencia.

En estos casos, la terapéutica busca disminuir o curar la sintomatología, retrasar la progresión de la enfermedad, evitar complicaciones y permitir un mejor funcionamiento, a fin de mantener la salud de los pacientes lo mejor posible pero en condiciones de calidad.

La medicina debe cumplir un rol que no se limite solamente a conseguir un mayor número de años de vida a los pacientes, sino que, debe a su vez procurar una mejor CV en el curso de los años.

Estamos abordando este problema en prácticamente todos los campos médicos, especialmente aquellos relacionados con la evaluación de pacientes sometidos a tratamiento y los cambios en la calidad de vida experimentados por los pacientes sometidos a tratamiento. Esta es el principal argumento para mensurar la calidad de vida de los pacientes con problemas crónicos, en particular con enfermedades cerebrovasculares.²⁰

Por lo tanto, se necesita un equipo nuevo que represente una gran innovación en el proceso de evaluación. Conocer la percepción de CV de un paciente puede mejorar la relación entre los profesionales de la salud y el paciente ayudando a evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas aplicadas desde la óptica del paciente.

Los pacientes que tienen una alta tasa de supervivencia con un desorden cerebrovascular llamado también accidente cerebrovascular tienen secuelas asociadas, que pueden ser muy severas y causar gran discapacidad y tener un efecto adverso significativo en la CV lo cual también causará efectos en la familia que pueden asistirlos como cuidadores, o también producir una consecuencia económica porque dejará de trabajar de manera temporal o definitiva.¹⁸

2.2.2. ICTUS.

Según la O.M.S, los accidentes cerebrovasculares son el rápido desarrollo de signos y síntomas debido a lesiones cerebrales sea por la obstrucción

o ruptura de una arteria cerebral, que ocurren dentro de las 24 horas o que causan la muerte sin un origen evidente que no sea el origen de los vasos sanguíneos.¹⁷

2.2.2.1. Clasificación:

Hemorrágico: es el resultado de la ruptura abrupta a cualquier nivel del árbol vascular cerebral, originando sangrado. Esta hemorragia puede afectar el parénquima cerebral, el espacio subaracnoideo o invadir desde la región subcortical el espacio intraventricular.

Isquemia: esta es la causa más común y ocurre cuando una arteria está obstruida parcial o totalmente lo que hace que la sangre no llegue a su destino cerebral. Se le conoce también como infarto cerebral en razón de la muerte neuronal (necrosis) que se produce en este evento.

El 80-85% de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos y el 10-15% restante son hemorrágicos.

Los factores más importantes para la ocurrencia de estas patologías son la hipertensión crónica que daña los vasos sanguíneos, crisis hipertensivas, arritmias cardíacas, consumo de tabaco, diabetes, dislipidemias, obesidad, sedentarismo, alcoholismo y estrés.

La enfermedad crónica es una afección que puede causar cambios permanentes e irreversibles en el cuerpo y en los aspectos emocionales por lo que requiere atención, observación a largo plazo, y rehabilitación. Esto es típico porque la enfermedad cerebrovascular (ECV) es la causa principal de discapacidad grave en adultos, la 2° causa principal de demencia (llamada demencia vascular) en los países desarrollados y la 3° causa principal de nuestra muerte.¹⁹

Tras un accidente vascular cerebral pueden quedar secuelas que pueden ser variables en número y característica dependiendo de la edad, naturaleza de la etiología como tener una fuente embólica que necesite cirugía de un cierre valvular o un mixoma auricular por ejemplo, o hipertensión, diabetes, dislipidemia que necesitan un control, seguimiento y cambios de estilo de vida. Dependen asimismo de la localización topográfica de la lesión, sea cortical, subcortical, con invasión ventricular del sangrado o no, localización en tronco encefálico, dimensiones de la lesión. Estas secuelas pueden ser motoras, sensitivas, sensoriales, emocionales, de orden sexual, del lenguaje.³

2.2.2.2. Epidemiología del ictus

Actualmente, la tendencia de la mortalidad por accidente cerebrovascular ha disminuido debido a un tratamiento más rápido y efectivo, con nuevas guías de tratamiento trombolítico y tratamiento endovascular también que presentan un alto nivel de evidencia. Sin embargo, la falta de tratamiento oportuno o las condiciones de comorbilidad pueden originar un incremento de las discapacidades en todas las dimensiones, tanto físicas, emocionales como sociales. Es pues de esperar un aumento en la incidencia y prevalencia de accidente cerebrovascular en los próximos años, considerando que aproximadamente 75% al 85% de las personas afectadas tienen 65 años o más.

La esperanza de vida promedio de los pacientes con accidente cerebrovascular no se conoce con precisión. Pero lo observado en los

últimos trabajos clínicos y epidemiológicos es que ha aumentado el tiempo de supervivencia incluso en aquellos pacientes que han sufrido graves efectos de la enfermedad cerebrovascular.

2.2.2.3. El impacto del ictus

La tasa de nuevos accidentes cerebrovasculares y muertes, ajustada por edad, ha disminuido en todos los países de Europa en los últimos veinte años. Las nuevas tasas de reducción de accidentes cerebrovasculares generalmente se deben a estrategias de prevención efectivas, como el control de la hipertensión, del sobrepeso, cambios de estilos de vida y el abandono del hábito de fumar. En promedio, la mejora es mayor en los países de Europa occidental, ampliando la diferencia existente entre Oriente y Occidente.

Sin embargo, el envejecimiento de la población europea y la fuerte asociación entre el riesgo de accidente cerebrovascular y la edad siguen aumentando el número de pacientes que tienen un desorden cerebrovascular. Utilizando datos de la Encuesta mundial sobre la carga de morbilidad de 2015 y predicciones demográficas de Eurostat (Agencia de estadísticas de la UE), el total de episodios de accidente cerebrovascular en la UE se estima que aumentará en un 34% entre 2015 y 2035.¹⁷

Además el incremento en la supervivencia, implica que la necesidad de asistencia profesional y de rehabilitación aumenta en razón de la supervivencia después del accidente cerebrovascular y el incremento de

la carga del paciente con accidente cerebrovascular en las familias y la sociedad.¹⁷

En 2015, el costo directo de la atención médica en la UE alcanzó los 20 mil millones de euros, pero el costo indirecto del accidente cerebrovascular se debe al costo de las oportunidades de atención. La morbilidad o mortalidad alcanzó los € 25,000 millones adicionales.^{17, 20}

Incidencia: Casos nuevos de ECV. La incidencia de accidente cerebrovascular depende de factores de riesgo no modificables, como la edad, y otros factores llamados modificables, como la presión arterial alta y el tabaquismo. Por lo tanto, la cantidad de estos pacientes que sufren una enfermedad cerebrovascular se ve afectado por las medidas de precaución.²⁰

Mortalidad: la cantidad de personas que mueren como resultado de una enfermedad cerebrovascular. La escala está relacionada con la gravedad del incidente cerebrovascular, pero también con la calidad de la atención del incidente cerebrovascular, especialmente en la fase aguda. La medición de "fallecimiento" (el número de muertes por un accidente cerebrovascular un mes después del inicio del mismo) está estrechamente relacionado con la provisión de atención de emergencia y la situación aguda.²⁰

Prevalencia: Número de sobrevivientes de accidente cerebrovascular en la población. La cantidad de sobrevivientes refleja que es una enfermedad a larga data e indica el grado de rehabilitación que se debe cumplir.²⁰

En esta enfermedad se ha perdido el ajuste de la vida (AVAD). Se calcula según la morbilidad (años de vida con alguna discapacidad) y la

mortalidad para estimar el número de vidas saludables perdidas para la población como resultado de una enfermedad.²⁰

La hipertensión es el factor modificable más frecuente tanto para el accidente vascular cerebral isquémico como hemorrágico. Sin embargo, la data neuroepidemiológica en Europa, existiendo subregistros. La precisión de las cifras existentes se basa en el acceso a pruebas de diagnóstico y controles que varían entre los países.¹⁸

Según la OMS, la presión arterial alta afecta al 20% de la población israelí, una cifra que alcanza el 39% en Estonia. Como se observó en estudios anteriores, los países de Europa del Este suelen tener mayor número de casos que la mayoría de los países europeos que han desarrollado pautas nacionales para la prevención del accidente cerebrovascular primario y secundario que cubren todos o la mayoría de estos factores de riesgo.

Por lo tanto, las intervenciones de salud pública deben evaluarse sistemáticamente para demostrar su efectividad y mejorar su impacto.¹⁷

Muchos pacientes con accidente cerebrovascular tienen problemas de movilidad, fatiga, lenguaje, memoria o problemas límbicos, entre otros. Estos problemas afectan la capacidad de realizar actividades diarias en casa y participar en su comunidad. En Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, más de un tercio (40%) de los que sobreviven a un accidente cerebrovascular fueron dados de alta del hospital. Durante la hospitalización, estos terapeutas deberán evaluar al paciente y asimismo plantear los esquemas de las rehabilitaciones.²⁰

Las secuelas del accidente cerebrovascular son duraderas. Quince años después, dos tercios (63%) de los sobrevivientes están discapacitados,

dos de cada cinco (39%) presentan estados depresivos y más de una cuarta parte (30%) tienen deterioro cognitivo de origen vascular. Además, los pacientes con accidente cerebrovascular son mucho más propensos a vivir con comorbilidades que las no tienen un accidente cerebrovascular.¹⁷

Los servicios sociales y de salud deben reconocer y abordar las necesidades en las rehabilitaciones y apoyos de parte de la sociedad y del sector salud, ya que la rehabilitación insuficiente puede causar discapacidades irreversibles posteriormente.

Los pacientes con accidente cerebrovascular pueden encontrar que los servicios sociales no satisfacen todas sus necesidades. En un estudio en Londres 59% de los pacientes tenían necesidades clínicas insatisfechas. Los trastornos después del accidente cerebrovascular contribuyen significativamente al uso de los servicios sanitarios sobre todo de aquellos que tienen relación con la rehabilitación tanto física como mental.²⁰

Se necesitan diferentes recursos de asistencia médica a largo plazo, por lo que se puede ahorrar gastos en salud con una rehabilitación que sea bien planificada, oportuna y eficiente. En general, el accidente cerebrovascular representa un problema de salud mundial con incidencia y prevalencia de tendencia creciente, por lo que debe enfocarse como una estrategia sanitaria.¹⁷

2.2.2.4. Evolución y secuela de la Enfermedad Cerebrovascular

El accidente cerebrovascular afecta la vida del enfermo en sus diferentes dimensiones física, mental, emocional. Influye en el entorno familiar y

social por lo que su repercusión es impactante y hace que el Estado tenga que disponer de más recursos económicos con la finalidad de mejorar la CV del enfermo.

Alrededor de 6 meses después del accidente cerebrovascular, el 26,1% de los pacientes fallecen, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes funcionalmente y necesitarán asistencia permanente.

Ruskin explica el efecto que el daño en ciertas áreas del cerebro puede repercutir en otras áreas, y afirma que " cuando una parte del cerebro está dañada, no solo se ve afectada la función del área involucrada sino también todo el cerebro ". Por lo que enfatiza que si el paciente pierde la comunicación por una lesión cerebral, las partes sanas restantes del cerebro se desaferentan y, por lo tanto, también se recibirán mensajes distorsionados o información alterada generada como consecuencia de la lesión.¹⁹

Si los pacientes con accidente cerebrovascular tienen problemas en ambos hemisferios, el compromiso y dependencia serán mayores. La función motora se ve afectada en ambos lados del cuerpo. El equilibrio y el ajuste no son lo mismo. La percepción sensorial y la orientación espacial se deterioran con el tiempo, a menudo con efectos desastrosos. La memoria, los trastornos cognitivos y de comportamiento son los mayores desafíos de la reeducación. Se necesita una evaluación clínica, neurológica y neuropsicológica exhaustiva para detectar las disfunciones neurológicas que integralmente afectan al paciente lo que es base para el planeamiento de la rehabilitación.

Por lo tanto, después del accidente cerebrovascular, después de la fase de estabilización clínica, los pacientes experimentan una variedad de aspectos complejos de la CV y otros aspectos entre los cuales tenemos:

-Trastornos del movimiento: son las consecuencias físicas más obvias y frecuentes: hemiplejía, que es la debilidad o parálisis de la extremidad superior (EM), la extremidad inferior (MI), el tronco y los músculos centrales. Incluso la hemicara. Afectan fundamentalmente la mitad contralateral del hemisferio dañado, pérdida de control motor, debilidades, incoordinación y pérdida de movimiento selectivo.

-Trastorno sensorial: los pacientes pueden sufrir cambios sensoriales en la sensación táctil, la sensación postural y otras modalidades sensoriales. Este trastorno es a veces pocas veces bien evaluado, pero en rehabilitación es fundamental ya que la estimulación propioceptiva es básica para mejorar los movimientos.¹⁹

-Trastornos de la percepción: afectan todo el cuerpo y no se pueden detectar a simple vista, por ello la necesidad de observar e interpretar formas de actuar antes de diferentes momentos, incluso a situaciones o la capacidad de adaptarse a entornos cambiantes. A veces, los pacientes muestran cambios en cómo perciben su cuerpo en el espacio, cómo perciben la interacción entre el mundo circundante, causando diferentes problemas a diferentes niveles y el paciente puede quedar inmóvil al haber una desconexión entre él y su entorno. Las extremidades, pueden hacer correctamente de manera imaginativa, pero no pueden usar sus movimientos para realizar tareas funcionales, definidas como apraxias.²⁰

En otros casos, el paciente puede exhibir hemianestesia, que es una falta de percepción del estímulo en el lado afectado del cuerpo. En estos casos, parece que no hay un mundo del lado más afectado, por lo que el paciente no puede enfocarse en los objetos de ese lado y no puede prestar atención cuando alguien le habla de ese lado.

En resumen, puede lesionarse fácilmente porque no reconoce la mitad más afectada. Por ejemplo, es posible que no note que una extremidad gravemente afectada se atasca en una silla o golpea el marco de puertas.

-Deterioro cognitivo: en 1973, Brodal declaró: "Según la experiencia con pacientes lesionados en el hemisferio derecho de la corteza cerebral,"... la destrucción de una pequeña parte del cerebro se asocia con muchos cambios funcionales". Pueden denominarse defectos comunes en la función cerebral: pérdida de concentración, amnesias a corto plazo, mayor fatiga, falta de espontaneidad.

De esta manera, comenzaron a considerar los aspectos cognitivos y sus cambios que sufren los pacientes que lograron sobrevivir a un derrame cerebral. Además de esto, señaló el científico que el tiempo que le tomó a estos síntomas mejorar visiblemente: "El paciente tenía el mismo aspecto que antes, excepto por una leve parálisis residual".

-Disfagia: 27% a 76% de los pacientes con accidente cerebrovascular agudo sufren de disfagia. Aproximadamente el 50% muere o se recupera en las primeras semanas, y el resto permanece con algo de disfagia. Estos incluyen disminución del movimiento de los músculos de la boca y la lengua, deglución débil o dificultad para controlar la salivación.

Para los pacientes con disfagia de alto riesgo o incapacidad para satisfacer las necesidades nutricionales orales, se requiere estrategias nutricionales sean por vía digestiva directa mediante sonda orogástrica o vía nasal. o mediante la construcción de *by pass* gástrico endoscópico percutáneo. Si este tipo de alimentación necesita extenderse en el tiempo, incluso los pacientes con disfagia baja afectan la vida social del paciente. La disfagia se asocia con neumonía por aspiración, otras complicaciones, mayor discapacidad, mayor hospitalización y mayor riesgo de muerte debido a la necesidad de atención especial.

- Incontinencia urinaria (IU): los pacientes que muestran un deterioro sensorial significativo probablemente serán incontinentes. La IU aparece en el 70% de los accidentes cerebrovasculares sensibles a movimientos irritables por la acidez de la orina que muchas veces causa escaldaduras. A pesar de 4 meses de evolución, hay un 50% de posibilidades de presentar infección urinaria en un accidente cerebrovascular con discapacidad motora grave. La incapacidad para controlar la vejiga a menudo se debe a la debilidad del esfínter o de los músculos que la rodean, así como a la complejidad del plan de actividades de todo el día del paciente.²¹

En la fase aguda, la IU se comporta como un predictor de muerte, discapacidad severa y como un factor de ponderación para evaluar el alta.

En la fase crónica, la IU es una medida importante de sobrecarga no solo para los pacientes sino también para las familias y los cuidadores.

-Deterioro visual: un porcentaje muy alto de sobrevivientes de derrame cerebral sufren de deficiencia visual. Esto puede afectar varios aspectos

de la visión, hay pérdida del campo visual, en el accidente cerebrovascular agudo que se acerca al 20%, principalmente en el paciente con secuelas graves por la enfermedad.¹⁹

Este cambio se asocia con una peor AVD y un mayor riesgo de caídas, tiende a mejorar con el tiempo y la recuperación es mayor durante el primer mes, pero este déficit continúa en al menos Ocho meses de evolución, de acuerdo con las pautas clínicas apropiadas que pueden mejorarse. Existe evidencia de que la pérdida de visión después del accidente cerebrovascular se asocia con una CV y depresión significativamente peores, especialmente en los ancianos.

-Incremento del riesgo de caídas: afecta tanto a la vida del paciente como al cuidador y la vida familiar. La posibilidad de caídas se incrementa con la pérdida de la agudeza visual. Entre ellos, la debilidad motora del paciente, la pérdida de visión, así pues, la condición después de la hemiplejía es prominente y severa afectando la salud general después de la enfermedad.²²

-Dolor: especialmente en el nivel del hombro afectado, pueden ocurrir en hasta el 27% de los pacientes. El 72% de los pacientes sufrían dolor en los hombros al menos una vez durante la recuperación según un estudio de Van.

Este cambio aparece aproximadamente en el 85% de las veces cuando la hemiplejía es hipotónica y más a menudo cuando es espástica.

-Depresión posterior al accidente cerebrovascular: un problema común en el accidente cerebrovascular. Hasta en un 25% al 79%. Esta discrepancia puede deberse a la heterogeneidad en la metodología del estudio: el

tiempo de evolución del paciente, y el cuestionario utilizado. La prevalencia en sujetos que sufren un accidente cerebrovascular es mayor que la observada en otros grupos de pacientes.

-Trastornos de la comunicación: la afasia es el trastorno del lenguaje más común que ocurre después de un derrame cerebral. Hay dificultad para comprender el lenguaje hablado o escrito, la lectura (dislexia) y la escritura (dislexia). Incluso se han reportado números más altos, con una prevalencia de 1/3 de todos los pacientes con accidente cerebrovascular en la fase aguda, un resultado común después de un accidente cerebrovascular con daño en el hemisferio izquierdo.

La pérdida de habilidades de comunicación generalmente dificulta que una persona continúe con la misma actividad laboral. Esto afecta su vida diaria y en el trabajo. Los pacientes pueden verse parcial o totalmente dependientes y restringidos, desde tomar decisiones activas que a menudo eran de su responsabilidad a derivar a grupos familiares y / o de trabajo. Graham y col. Realizaron una revisión para determinar el porcentaje de pacientes jóvenes que sufrieron afasia como resultado de un accidente cerebrovascular y pudieron regresar con éxito al mundo laboral, con una tasa promedio de 28.4% en comparación con 44.7% en general en jóvenes sobrevivientes de ACV. ¹⁹

Las personas con afasia a menudo se sienten ansiosas cuando tienen que usar palabras para comunicarse, lo que puede afectar negativamente su autoestima. Hilari realizó un estudio de 126 pacientes con accidente cerebrovascular. Se dividieron en 2 grupos, uno con afasia y el otro sin afasia, comparando habilidades funcionales, participación en actividades

y percepción de calidad de vida. Los resultados mostraron que los pacientes con afasia participaban en menos actividad que aquellos sin afasia, y se percibía que tenían una calidad de vida deficiente, incluso si sus habilidades físicas, bienestar y apoyo social eran comparables. Para ser precisos, la esfera más exigente de los pacientes afásicos es la participación social.^{21,23}

-Disfunción sexual después del accidente cerebrovascular: El impacto de la disfunción sexual en pacientes con accidente cerebrovascular reciente es significativo, pero sigue generando problemas en la vida del enfermo. La falta de información y la renuencia a presentar problemas sexuales contribuyen a la dificultad de su investigación en esta área.²⁴

Los estudios de CV de accidente cerebrovascular pueden ser muy útiles no sólo para comprender la respuesta de un paciente a la enfermedad, sino también para evaluar la efectividad de una intervención terapéutica. Por lo tanto, no es necesario medir no solo la tasa de supervivencia y / o el nivel funcional sino también la CV percibido por el paciente para medir el efecto del tratamiento.²⁵

2.2.3. INSTRUMENTO (Escala de calidad de vida para el ictus)

La definición de salud por parte de la OMS en el año 1945 de que la salud es multidimensional y que comprende componentes no solo de bienestar físico, sino también del componente emocional que es esencial así como además, el aspecto relevante de la sociedad que nos rodea, y no solo declarar al paciente como sano, situación en la cual predomina en muchos casos el criterio físico. Esto fundó los primeros pilares para

considerar el abordaje de la salud como una integración de factores, físico, psíquicos y sociales, que aperturó el camino para el concepto de la calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) que comprende la percepción subjetiva de cada individuo de cómo la enfermedad o el tratamiento influyen en su esfera física, emocional y social ¹⁷. Esto trae consigo el concepto de años de vida saludables perdido que a su vez tiene importancia en la farmacoeconomía. Es creciente el interés por el tema calidad de vida relacionada con la salud lo que se refleja en el incremento en las publicaciones científicas sobre el tema como se puede objetivar en Medline.

Una de las especialidades que atiende diversas patologías crónicas, es la neurología, y es por esto que se ha estudiado la calidad de vida en cefaleas crónicas, migrañas, esclerosis múltiple, epilepsias, demencia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson entre otras, lo que ha ampliado la visión en estas enfermedades no vista sólo como signos relacionado a lo biológico, sino como afronta el paciente y su familia el problema de ictus, cómo influye este en su entorno e interacción social, cómo influyen los tratamientos incluyendo la rehabilitación. También hay publicaciones acerca de la calidad de vida en cuidadores de estas enfermedades neurológicas crónicas. Esto ha favorecido también la perspectiva de la medicina centrada en el paciente.

Existen varias escalas de CVRS con las que se han medidos los impactos multidimensionales en el ictus, como por ejemplo la Escala de Perfil de salud SF-36, Perfil de consecuencias de la Enfermedad, Escala de Nottingham, EuroQol, Escala de carga del ictus, escala de las

consecuencias del ictus, entre otras. Para el presente trabajo se empleó la Escala Cubana de Calidad de Vida del Accidente Cerebrovascular (ECVI-38) que se desarrolló en español y es la primera herramienta determinada para el accidente cerebrovascular utilizando un enfoque centrado en el paciente y el modelo conceptual de nivel de salud de la OMS. Se combinan 38 preguntas o subsecciones para formar ocho subescalas que capturan el rango de efectos del accidente cerebrovascular. Condición física (EF), comunicaciones (CO), cogniciones (CG), emoción (EM), sentimientos (SE), vida diaria (ABVD), actividad general de la vida cotidiana (ACVD) y función social familiar (FSF).²⁶

Hay trabajos que demuestran la fiabilidad del instrumento para lo cual se evaluaron sus propiedades psicométricas concluyendo que es una herramienta aceptable, confiable y efectiva. El impacto de los techos y pisos es muy bajo y es un aspecto importante para considerar. Cuando este efecto de piso y techo supera el 20% se pierde la fiabilidad del instrumento. La validez externa se obtuvo comparando este test con los test habituales para la evaluación de calidad de vida, encontrándose correspondencia de los hallazgos.²⁷

El alfa de Cronbach oscila entre 0,79 y 0,95. Debido a la fiabilidad de las pruebas y las nuevas pruebas, el coeficiente de correlación intraclassa superó 0,80. Se observaron correlaciones moderadas y altas entre los dominios de CVD-38 utilizando instrumentos similares y también grupos distinguidos de estados neurológicos clasificados según la escala de

enfermedad cerebrovascular usada también para evaluación de pacientes candidatos a trombolisis(NIHSS).^{28,29}

La ECVI -38 puede realizar diferencias con los diferentes estados neurológicos, categorizado en ligeras, moderadas y graves en base a la (NIHSS). Así mismo las dimensiones que se relacionan con los estados psicológicos, emoción y sentimiento, demuestran diferencia bastante significativa entre los grados depresivos, demostrándose que puede discriminar entre varios estados emocionales, del mismo modo la dimensión, comunicación presenta diferencia significativa entre los que tienen o no afasia; mientras que la dimensión es más en los que tienen deterioro de las funciones cognitivas, con los que no lo tienen, de allí la ventaja del instrumento pues con uno solo se puede evaluar diferentes esferas psíquicas sin que la discapacidad altere la medición.³⁰

Es de indicar que en un estudio en 63 pacientes con ictus realizado por Fernández et al, (Citado en Mardones 2017) en la que evaluó la aceptación, confiabilidad y la validez de la ECVI - 38, la escala demostró alta consistencia interna (Cronbach.0,79-0,97) y alta estabilidad según pruebas test - retest (CCI:0,89-0,98).³⁰

Escala ESTE II

Fue creada con ESCALA I por la Universidad de Granada en 199, para luego ser revisada y modificada, la Escala ESTE II de Soledad Social: consta de 15 ítems con escalas de calificación que van desde siempre, a veces y nunca, dividiéndose en 3 aspectos.

Aspecto de percepciones relacionados en al apoyo social (Ítems : 1 - 8)

Aspecto relacionado a la utilización de tecnologías nuevas.(Ítems: 9 - 11)

Aspectos que indican participación en la sociedad.(Ítems:12 - 15)

Los valores totales están entre 0 a 30 puntos, obteniéndose al sumar todos los ítems de tal modo que a mayor calificación el nivel de percepción de soledad es mayor, teniendo 3 grados de soledad según si el puntaje es bajo, mediano o alto

Nivel bajo: 0 puntos a 10 puntos

Nivel medio: 11 puntos a 20 puntos

Nivel alto: 21 puntos a 30 puntos

Respecto a su confiabilidad el instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0.72.³¹

1.3. MARCO CONCEPTUAL

AFASIA:

Alteración neurológica caracterizada porque los pacientes no entienden lo que se dice y no pueden expresarse correctamente o ambos (afasia de comprensión, afasia de expresión, afasia global, afasia de repetición, afasia nominal, afasia transcortical). En casos severos, los pacientes no pueden comunicarse por completo. En casos leves, puede ser difícil encontrar siempre la palabra correcta y / o comprender expresiones complejas.

ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

Un ataque vascular cerebral transitorio es reversión del cuadro clínico origen vascular cerebral antes de las 24 horas, aunque suelen durar

menos de 90 minutos. Puede caracterizarse por amaurosis fugaz, parestesias, disfasias, disartria.

ATAQUE CEREBROVASCULAR O ICTUS (STROKE):

Lesión repentina causada por obstrucción o ruptura de vasos cerebrales. Si es por obstrucciones "accidente cerebrovascular isquémico". En el caso del sangrado, "ataques vasculares cerebrales hemorrágicos". Los síntomas aparecen agudos (minutos y horas) y dependen del área del cerebro afectada. Se compone de afasia, hemiparesia, hipoestesia unilateral, coordinación alterada y marcha, alteraciones de las funciones de los órganos de los sentidos.

CONVULSIONES:

Es la contracción involuntaria afecta una pierna, el hemicuerpo o la totalidad del cuerpo, pueden persistir o autolimitarse; si persisten pueden originar un estado epiléptico. Están acompañadas en la gran mayoría de veces por una pérdida de conciencia. Duran de uno a varios minutos. Es causada por la activación anormal y excesiva de algunas neuronas en el cerebro (descargas hipersincrónicas).

DISFAGIA

Es la dificultad para deglutir los alimentos. Los pacientes pueden asfixiarse o toser cuando intentan pasar los sólidos o líquidos. En los trastornos neurológicos, suele presentarse en aquellos que comprometen el tronco cerebral.

FISIOTERAPIA O REHABILITACIÓN:

Tratamiento médico cuya planeación está a cargo del fisiatra y ejecutada por personal capacitado como los tecnólogos médicos. Debe iniciarse lo

más precozmente posible. Inicia con fisioterapia pasiva, progresando a sedestación y luego técnicas de incorporación y marcha, según la condición clínica y evolución del paciente. Asimismo debe considerar la integralidad ya que hay compromiso en varias ocasiones del lenguaje, deglución o el aspecto cognitivo, debiendo el paciente ser atendido además por el especialista en terapia del lenguaje, foniatras, rehabilitadores de la neurocognición. HEMIPLEJIA CONTRALATERAL:

Compromiso motor de un hemicuerpo que se presenta contralateralmente a la lesión en el área motora localizada fundamentalmente en la circunvolución precentral llamada también prerrolándica, área motora ascendente o área 4 de Brodmann. Usualmente se acompaña de compromiso facial ipsilateral, sin embargo, puede haber compromiso de pares craneales en un lado de la porción craneal y hemiparesia o hemiplejía contralateral en los accidentes cerebrovasculares isquémicos del tronco cerebral.

HIPERTENSIÓN

Un proceso caracterizado por una presencia sostenida de presión arterial sistólica superior a 140 mmHg y / o presión arterial diastólica superior a 90 mmHg.

INFARTO CEREBRAL:

Daño al tejido cerebral secundario a obstrucción vascular cerebral. Los tejidos que dependen de estos vasos sanguíneos mueren y se reabsorben dejando lagunas cerebrales. Este tejido muerto se llama infarto cerebral. Se debe a un accidente cerebrovascular isquémico.

ISQUEMIA:

Disminución del flujo sanguíneo en ciertos órganos. Afectando al cerebro provoca un accidente cerebrovascular isquémico. Cuando se produce puede resolverse siendo el proceso cerebrovascular transitorio y cuando se establece se conoce como infarto cerebral.

NEUROPROTECCIÓN:

Terapéutica establecida durante la fase aguda del accidente cerebrovascular con el objetivo de evitar la muerte de las células nerviosas que están afectadas parcialmente por la isquemia. Por ahora, ninguno de los medicamentos demostró ser efectivo.

CALIDAD DE VIDA

El resultado de una combinación compleja de muchas variables. En él, nuestro objetivo es lograr un modelo de desarrollo universal basado en la medición de realidades materiales y no materiales que afectan la actividad económica, el bienestar social, del ser humano y su entorno.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Evaluación subjetiva que el paciente hace acerca de cómo influyen el estado de salud de los cuidados sanitarios que recibe y la promoción de la salud sobre su capacidad para mantener un nivel global de funcionamiento (físico, social y psicológico) que permite seguir sus actividades de vida diaria, así como las actividades instrumentales de la vida diaria, su integración familiar y social.

MARCO FILOSÓFICO

La práctica médica requiere consideraciones filosóficas del concepto actual de salud y bienestar crónicos. La filosofía como unidad de análisis

restaura el todo. Restaurar el mundo global, así como el horizonte histórico del pensamiento occidental.

En la antigua Grecia, se distinguen las escuelas con diferentes actitudes hacia la vida: estoico, hedonismo, escepticismo, ecléctico y cinismo. El hedonismo es la forma de vida más común entre las personas, y su ideal es disfrutar del placer tanto como sea posible, lejos del dolor. Los principales representantes son Epicuro y Lucrecio.

Mientras tanto, los estoicos abandonan la alegría y soportan su propio dolor y penalidades. Así, la expresión es "soportar el dolor con una actitud estoica" y la frase de Séneca: "Si estás de acuerdo con la alegría, el destino te guiará, de lo contrario te obligará a arrastrarte. Por lo tanto, el efecto desagradable está sujeto a control y decisiones inferidas. El estoico tiene un enfoque racionalista puro basado en la imperfección (equilibrio perfecto) para enfrentar la pasión de la vida, por lo que las obligaciones pueden asumirse a cualquier costo.

En ese sentido, el escepticismo utiliza la duda como método y lo aplica a todo. Antes de aceptar algo, primero debe demostrarse por su causa. Esto justifica el conocimiento escéptico como duda encadenada. Profundo, los escépticos tienen una comprensión oscura de lo absoluto, y ante nuestras imperfecciones de la verdad y la contingencia, se siente frustrado y elige la forma más fácil: retener el juicio.

Si el estado de la vida se evalúa adecuadamente en una escala objetiva y la evaluación subjetiva de la vida es positiva, se habla de "felicidad", y si ambos son negativos, se habla de "privación".

La vida y la felicidad en forma de felicidad adquieren ciertas formas cotidianas que reúnen tanto a los miembros de la comunidad como a los grupos dentro de una gama flexible pero limitada de opciones de vida.

Las explicaciones más comunes para la CV son la ausencia de deficiencias funcionales en el cuerpo y la función física sin cambios. Los psicólogos lo definen como que no tiene deficiencias mentales. La calidad del cuerpo y la mente funciona según el propósito por lo que fue creado.

Aristóteles contribuye al concepto de Eudaimonia, que está más cerca de la actividad del concepto de calidad de vida. Finalmente, el arte de vivir significa una habilidad especial para vivir y disfrutar la vida.^{32,33}

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La principal causa de muerte a nivel mundial son las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares, con 15,2 millones de muertes en 2016, la principal causa de muerte en los últimos 15 años.

Es la 2º causa más común de muerte y una de la principal causa de discapacidades en el adulto. Los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares sufren una variedad de efectos a largo plazo, que incluyen problemas de movilidad, visión, lenguaje y memoria, cambios de personalidad, fatiga y depresión.

En los que se encuentran en desarrollo, la incidencia de accidente cerebrovascular ha aumentado en un 100% en los últimos 40 años sobre todo en los países de bajos y de medianos ingresos.²

El accidente cerebrovascular representa del 10 al 12% de las muertes en los países desarrollados, es la tercera causa de muerte y la primera causa de discapacidad. El 88% se da en los mayores de 65 años.

En Cuba, la enfermedad cerebrovascular es la 3º causa de muerte, la quinta causa de años de vida en pérdida y la mortalidad hospitalaria es de aproximadamente el 20%. Aproximadamente un tercio de estas personas mueren por esta enfermedad, y miles permanecen con discapacidad de por vida.³

En Perú, se informó una prevalencia del 6,8% en las zonas urbanas mayores de 65 años y del 2,7% en las zonas rurales, lo que representa el 28,6 y el 13,7%, respectivamente. ²

Hay déficit de estudios que identifiquen factores relacionados con la calidad de vida de los sobrevivientes de accidente cerebrovascular agudo. La investigación de dichos factores permitirá determinar aquellos que se asocian a una peor o mejor evolución y plantear innovaciones en calidad del tratamiento integral de las personas que padezcan un accidente cerebrovascular agudo.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a) Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

b) Problemas Específicos

P.E.1: ¿La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

P.E.2: ¿El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

P.E.3: ¿El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

P.E.4: ¿La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

P.E.5: ¿La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?

c) Delimitación del problema

Delimitación espacial. - El estudio se desarrolló en el hospital Regional de Ica ubicado en la calle Ayabaca S/N camino a Huacachina en la ciudad de Ica.

Delimitación temporal. - La investigación se realizó entre los meses de mayo a agosto del 2019

Delimitación social. - La investigación se realizó sobre los pacientes sobrevivientes de un ictus desde hace 6 meses.

Delimitación conceptual. - La investigación se limitó a determinar la calidad de vida relacionada a la salud de estos pacientes y los factores que están asociados a esta condición.

2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

a) Justificación

Una vez que se logre el monitoreo y la estabilización adecuados de los pacientes con accidente cerebrovascular, se necesitará un equipo de rehabilitación integral (cuerpo, ocupación, lenguaje) para establecer los objetivos del tratamiento. Este necesario equipo multidisciplinario de rehabilitación que existe solo en instituciones privadas en nuestra realidad. Estas deficiencias conducen a estadías prolongadas en el hospital. ⁴

En nuestro país, el 28% se presenta con incontinencia urinaria posictus y el 40% tiene dificultades para levantarse y caminar 1 km. En el mismo sentido, el 60% de los pacientes que fueron dados de alta persisten con discapacidad permanente.⁵

La tasa de mortalidad es del 21% al año. Es indudable que la demencia y la depresión juegan un papel importante en la recuperación de los pacientes. Se encuentran en el 25% y el 11% de los pacientes posictus, respectivamente. Sin embargo, raramente se realizan exhaustivas evaluaciones médicas de las manifestaciones psiquiátricas y psicológicas.⁵

Esta información alerta con respecto a su grave impacto en la CV de los pacientes con accidente cerebrovascular y el importante impacto

económico en los sistemas de salud y en sus hogares. Pero hay que tener en cuenta que los pacientes afectados de forma moderada o severa no son los únicos que se afectan financieramente, sino que casi el 40% requieren cuidados permanentes por personal técnico o de enfermería o cuidador, generalmente un familiar que dejará su actividad laboral. Estos hechos reflejan la importancia del seguimiento para garantizar un tratamiento integral, proporcionar rehabilitación e implementar programas sanitarios para la prevención y control de la hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y otros, a fin de disminuir las secuelas discapacitantes de esta enfermedad.^{4, 5}

Los estudios sobre la calidad de vida del accidente cerebrovascular pueden ayudar a comprender el afrontamiento de los pacientes ante las enfermedades y permite además estudiar la eficacia de las intervenciones de tratamiento. Es por ello que el efecto del tratamiento del accidente cerebrovascular debe medirse en función de calidad de vida, además de la discapacidad y la supervivencia.

b) Importancia

A nivel teórico

Conocer la calidad de vida de los pacientes con ictus en nuestra localidad es ampliar el horizonte teórico de esta condición que es de utilidad para comprender integralmente al ser humano que padece esta entidad y que ve afectada su condición emocional, social a partir de lo personal, y que desde su perspectiva debe asumir su

recuperación que necesitará sobre todo el apoyo familiar y hará uso de los sistemas sanitarios.

Relevancia práctica. Comprender mejor las condiciones que afectan el funcionamiento integral de los pacientes con ictus y alteran su calidad de vida lo que permitirá elaborar estrategias de afrontamiento así como acompañamiento en su proceso de rehabilitación y en lo posible reintegración a sus labores habituales y los roles familiares y sociales que realizaba antes de la enfermedad.

A nivel metodológico

La presente investigación tiene un diseño científico con utilización de instrumentos validados que pueden ser de utilidad para estudios similares en realidades distintas sirviendo como comparación y mejora de procedimientos.

2.4. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el Hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

b) OBJETIVO ESPECÍFICOS

O.E.1: Valorar si la edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

O.E.2: Indicar si el sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

O.E.3: Establecer si el tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

O.E.4: Precisar si la percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

O.E.5: Determinar si la rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

a) HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existen factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

b) HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Ha: La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ha: El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ha: El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ha: La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ha: La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendidos en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.6. VARIABLES

a) Identificación de variables

Variable dependiente

Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con ictus

Variables independientes

Edad

Sexo

Tiempo de enfermedad

Percepción de apoyo social

Rehabilitación física

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con accidente cerebrovascular. Es el resultado de la interacción compleja de variables como es el lograr un modelo de desarrollo integral basado en medidas de bienestar social, realidades materiales e inmateriales que implican a los seres humanos y su entorno.

Edad. Años cumplidos desde el nacimiento

Sexo. Características sexuales de los sujetos

Tiempo de enfermedad. Tiempo transcurrido desde la presencia del ictus.

Percepción de apoyo social. Impresión subjetiva de los pacientes en cuanto a pensar que: a) los cuidan y los aman, b) son respetados y no olvidados, c) que pertenecen a una red de comunicación de obligaciones mutuas.

Rehabilitación física. Planeación y técnicas que se emplean para maximizar la capacidad de una persona que ha sido lesionada o enferma y reintegrar al paciente a sus actividades básica de vida diaria y en lo posible, a la función laboral y social previa.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Calidad de vida del paciente con ictus. Variable resultante de la percepción del paciente a base de la Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38).

Edad. Variable obtenida directamente de la información del paciente o del familiar, corroborada con su DNI

Sexo. Variable obtenida a partir de la observación directa y corroborada con el DNI.

Tiempo de enfermedad. Variable obtenida directamente del paciente o familiar y corroborada con la historia clínica.

Percepción de apoyo social. Variable obtenida de la aplicación de la Escala este II de soledad social.

Rehabilitación física. Variable obtenida directamente del paciente o familiar y corroborada con la historia clínica.

b) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
V. dependiente Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con ictus	Resultado de la combinación compleja de variables como el bienestar social, apuntando al logro de un modelo universal de desarrollo.	Obtenida a partir de la aplicación de la Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38).	<ul style="list-style-type: none"> - Estado físico. - Comunicación. - Cognición. - Emociones. - Sentimientos. -Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). -Actividades comunes de la vida diaria (ACVD). -Funcionamiento socio-familiar (FSF). 	-No afectada (<25 puntos) -Ligeramente afectada (25-49 puntos) -Moderadamente afectada (50-75 puntos) -Gravemente afectada (>75 puntos)	Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38).	Paciente o familiar
V. independientes Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Obtenida del paciente o del familiar o del DNI	Grupos etáreos	40 a 59 años 60 a 79 años 80 a más	Ficha de datos	Pacientes, familiar, DNI
Sexo	Características sexuales de los sujetos	Obtenida a partir de la observación directa y del DNI.	Género	Masculino Femenino	Ficha de datos	Pacientes, familiar, DNI
Tiempo de enfermedad	Tiempo desde la presencia del ictus.	Obtenida del paciente o familiar y de la historia clínica.	Periodos	Menos de 6 meses 6 meses a más	Ficha de datos	Pacientes, familiar, HC

Percepción de apoyo social.	La información que permite a las personas cree que son apoyadas y comprendidas	Obtenida de la aplicación de la Escala este II de soledad social.	Percepción de apoyo social. Uso de nuevas tecnologías. Índice de participación social subjetiva	Alto: 21 a 30 puntos Medio: 11 a 20 puntos Bajo: 0 a 10 puntos	Escala este II de soledad social.	Paciente o familiar
Rehabilitación física	Método y procedimientos empleados para recuperar al máximo las capacidades físicas del individuo que ha sufrido	Obtenida del paciente o familiar y de la historia clínica.	Sesiones	Menos de 6 6 a más	Ficha de datos	Pacientes, familiar, HC

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo de Investigación

No experimental debido a que no existe intervención del investigador sobre las variables, transversal porque la medida de las variables es en un solo momento, transversal, observacional y correlacional pues el estudio es de dos variables.

Nivel de la Investigación

Relacional pues el análisis es bivariado

Diseño de la investigación

Cuantitativo

3.2. Población y muestra

Población

El estudio se realizó en todos los pacientes que acudieron al hospital Regional de Ica que tenían diagnóstico confirmado de ictus de al menos 3 meses de evolución, durante los meses de mayo a agosto, los cuales fueron 280 pacientes.

Muestra

La investigación se realizó en la muestra que cumplió con los criterios de inclusión, siendo un total de 58 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LOS CASOS

Paciente de 40 años a más que tuvo diagnóstico confirmado de accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico con al menos 3 meses de evolución.

Estado mental y del lenguaje que le permitiese responder las encuestas.

Paciente que aceptó participar del estudio

Familiar acompañante del paciente que permite participar del estudio

CRITERIO DE EXCLUSIÓN EN LOS CASOS

Paciente que no pudo contestar la encuesta

Paciente menor de 40 años que tuvo diagnóstico confirmado de accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico.

Paciente que no aceptó participar del estudio

Tener otras enfermedades o procesos discapacitantes no relacionados con el ictus.

Familiar acompañante del paciente que no permitió participar del estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

Los resultados del estudio son confidenciales. Si un tercero, como un miembro de la familia, desea tener acceso a dicha información, se tomarán medidas para proteger la confidencialidad, y se les explicará a los participantes como parte del proceso de consentimiento.

Del mismo modo, después de recopilar los datos, los participantes recibieron información sobre la naturaleza del estudio para aclarar cualquier idea errónea que pueda haber ocurrido.

Los investigadores no producirán efectos perjudiciales a los participantes, y los valores científicos o humanos justifican la retención de información guardando el anonimato.

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Técnica. - Para obtener la calidad de vida relacionada a la salud y la percepción de apoyo social hemos empleado la encuesta a los pacientes. Para las variables edad, sexo, rehabilitación y tiempo de enfermedad se empleó la técnica de la entrevista a los mismos.

4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Calidad de Vida (CV).

La calidad de vida se mensuró mediante la Escala de calidad de vida de accidente cerebrovascular adjunta (ECVI-38), la puntuación total de la escala y las puntuaciones individuales para el área del cuerpo (EF), la comunicación y los dominios cognitivos. Emociones, sentimientos, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades generales de la vida diaria (ACVD) y función social familiar (FSF).

Los puntajes considerados para la calidad de vida de los pacientes son: no se ven afectados (<25 puntos), ligeramente afectados (25-49 puntos), moderadamente afectados (50-75 puntos) y gravemente afectados (> 75 puntos). Los pacientes cuyo puntaje sobrepasó los 50 puntos fueron clasificados como CV afectados.

La escala es de tipo Likert de 5 opciones de respuestas. 5 indica la peor situación en el aspecto a evaluar. 1 indica que no hay participación en el

aspecto evaluado. La puntuación de cada uno de los dominios de la escala se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación} = \frac{(\text{Media} - 1)}{5-1} \times 100$$

El puntaje total de esta escala se calcula a partir del promedio de los puntajes de los dominios que van del 1 al 100 (efectos de piso y techo). Alejarse de 1 y acercarse a 100 tiene un mayor impacto.

ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

El instrumento de nivel de soledad social está compuesto por 15 elementos y tiene tres opciones: siempre, a veces, nunca. Esta escala se divide en tres factores.

- Factor 1: Conciencia de apoyo social.
- Factor 2: En relación a lo que hacen los ancianos hacen con la nueva tecnología.
- Factor 3: índice de participación social.

El puntaje total de la escala varía de 0 a 30 puntos. Para obtenerlo se suman los puntajes de cada ítem.

Los tres niveles de soledad social se diferencian en atención del puntaje obtenido: bajo, medio, alto

Bajo: puntaje de 0 a 10

Medio: puntaje de 11 a 20

Alto: puntaje de 21 a 30

4.3. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

RECOLECCIÓN.- Previa presentación del investigador, e información del alcance de la investigación y los propósitos de mismo, se procedió a aplicar la entrevista cuyos datos fueron escritos en la ficha de datos. Así mismo se procedió a realizar la encuesta.

PROCESAMIENTO.- La recopilación de información y uso de la escala se llevaron a cabo en consultas creadas para este propósito. Allí, un paciente dado de alta de una sala neurológica asistió 3 meses después de un evento cerebrovascular. Una vez que se obtuvo la información, se creó una base de datos con el software SPSS para Windows versión 24.0, y el procedimiento de la información se realizó con ella utilizando valores absolutos, y porcentajes y análisis de asociación utilizando el estadístico chi cuadrado.

CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

1.- Planteamiento de la hipótesis

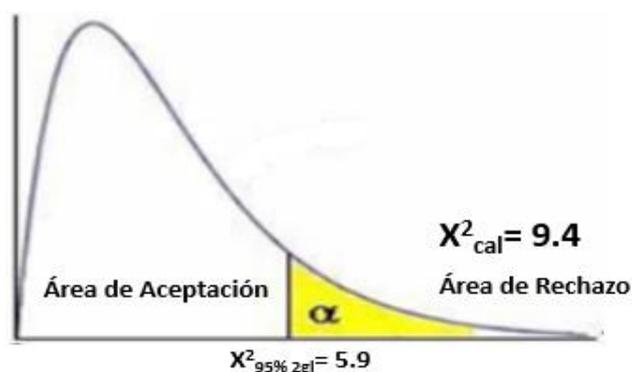
Ha: La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ho: La edad NO es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.- **Significancia estadística:** $0.05 = 5\%$

3.- **Estadístico de prueba:** Chi cuadrado

4.- **Determinación de p valor:** **0.009**



5.- **Decisión:** Como el valor de la probabilidad error es menor de 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador. La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

6.- **Conclusión:** Con 0.9% de error las edades mayores se asocian a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

1.- Planteamiento de la hipótesis

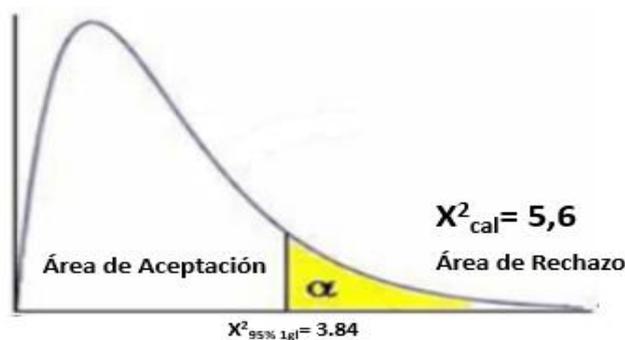
Ha: El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ho: El sexo NO es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.- Significancia estadística: $0.05 = 5\%$

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

4.- Determinación de p valor: **0.018**



5.- **Decisión:** Como el valor de la probabilidad error es menor de 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador. El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

6.- **Conclusión:** Con 1.8% de error el sexo masculino está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

1.- Planteamiento de la hipótesis

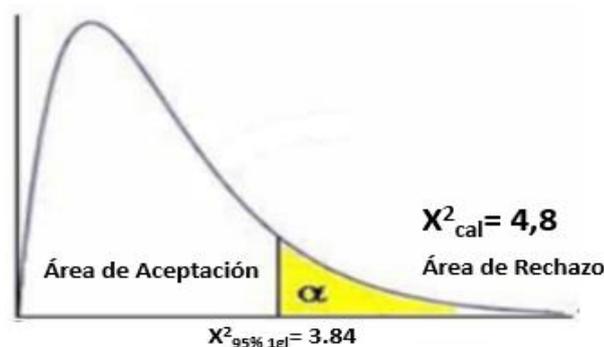
Ha: El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ho: El tiempo de enfermedad NO es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.- Significancia estadística: $0.05 = 5\%$

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

4.- Determinación de p valor: **0.029**



5.- Decisión: Como el valor de la probabilidad error es menor de 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador. El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

6.- Conclusión: Con 2.9% de error el tiempo de enfermedad menor de 6 meses está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

1.- Planteamiento de la hipótesis

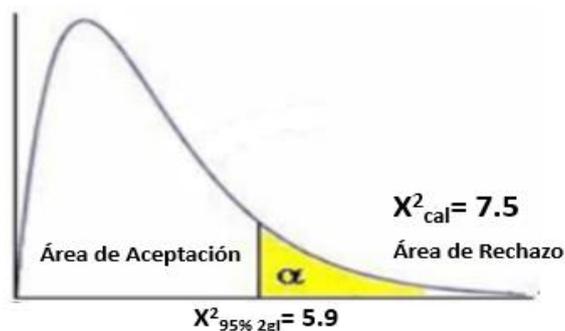
Ha: La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ho: La percepción del apoyo social NO es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.- Significancia estadística: $0.05 = 5\%$

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

4.- Determinación de p valor: **0.024**



5.- **Decisión:** Como el valor de la probabilidad error es menor de 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador. La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

6.- **Conclusión:** Con 2.4% de error la baja percepción de apoyo social está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

1.- Planteamiento de la hipótesis

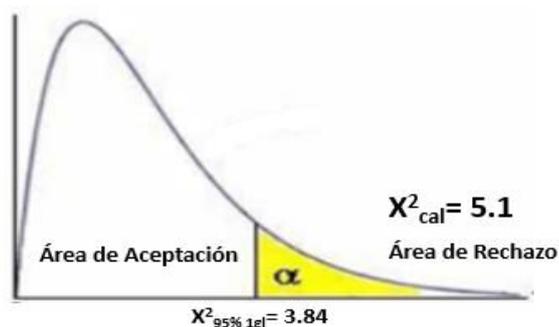
Ha: La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

Ho: La rehabilitación física NO es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

2.- Significancia estadística: $0.05 = 5\%$

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

4.- Determinación de p valor: **0.024**



5.- **Decisión:** Como el valor de la probabilidad error es menor de 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador. La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019

6.- **Conclusión:** Con 2.4% de error la rehabilitación física con menos de 6 sesiones está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular.

CAPÍTULO VI
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN

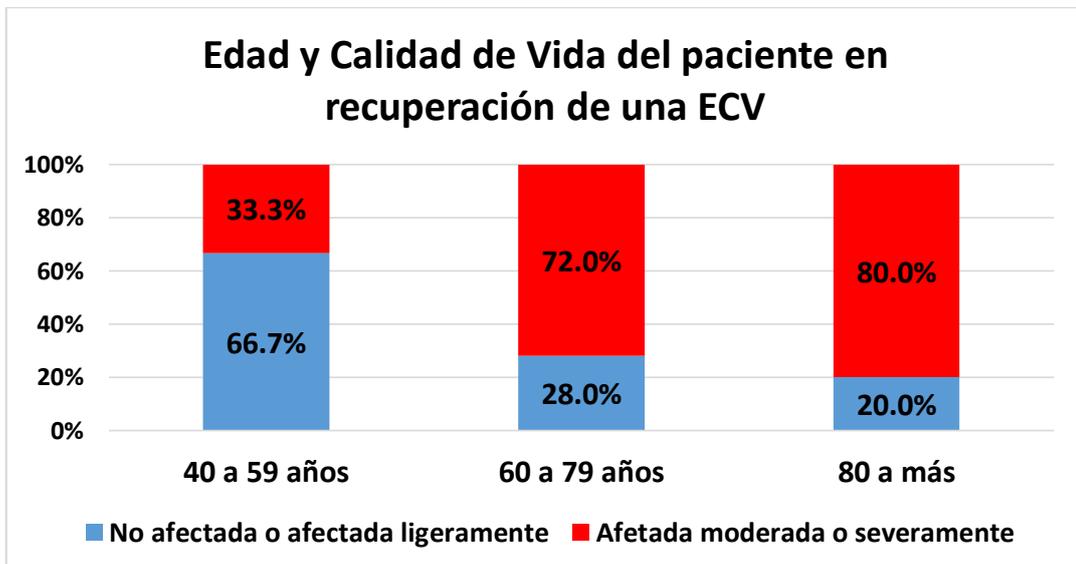
Tabla N° 01

LA EDAD COMO FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MAYO A AGOSTO 2019

Calidad de vida	EDAD			Total
	40 a 59 años	60 a 79 años	80 a más	
No afectada o afectada ligeramente	12 66.7%	7 28.0%	3 20.0%	22 37.9%
Afectada moderada o severamente	6 33.3%	18 72.0%	12 80.0%	36 62.1%
Total	18 (31%) 100.0%	25 (43%) 100.0%	15 (26%) 100.0%	58 100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1



Análisis: En la tabla y gráfico muestran que la calidad de vida está afectada moderada o severamente sobre todo en los pacientes de 80 a más años, seguida de los de 60 a 79 años y menos en los de 40 a 59 años. El 31% de los pacientes son de edades de 40 a 59 años, 43% son de 60 a 79 años y 26% son de 80 a más años. Además 37.9% de pacientes mostraron no afectación o afectación leve, 62.1% mostraron afectación moderada a grave.

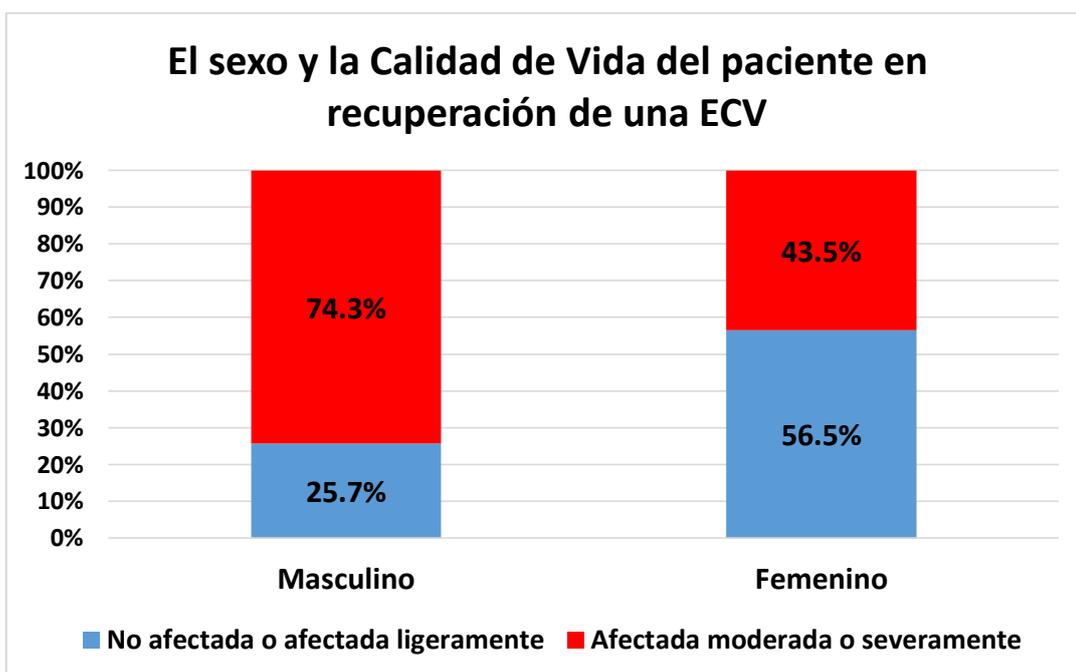
Tabla N° 02

**EL SEXO COMO FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
ICA DE MAYO A AGOSTO 2019**

Calidad de vida	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
No afectada o afectada ligeramente	9	13	22
	25.7%	56.5%	37.9%
Afectada moderada o severamente	26	10	36
	74.3%	43.5%	62.1%
Total	35 (60%)	23 (40%)	58
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2



Análisis: En la tabla y gráfico muestran que la calidad de vida está afectada moderada o severamente sobre todo en los pacientes masculinos (74%) en comparación de los femeninos (43.5%). El 60% de los pacientes son masculino y el 40% son de sexo femenino.

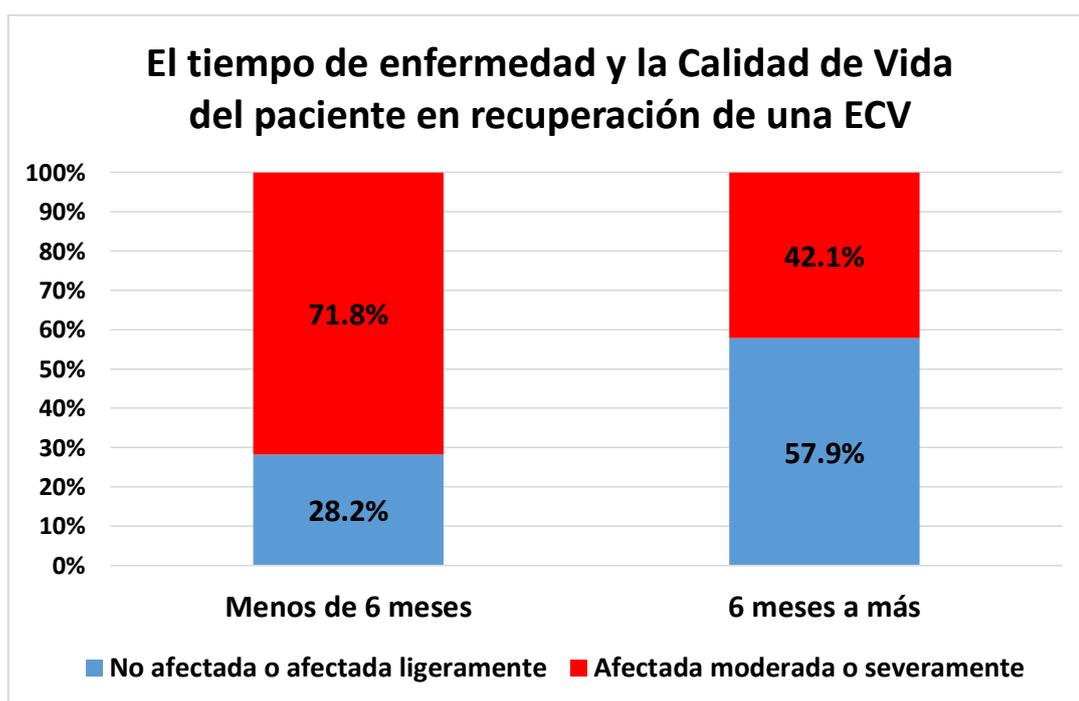
Tabla N° 03

EL TIEMPO DE ENFERMEDAD COMO FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MAYO A AGOSTO 2019

Calidad de vida	TIEMPO DE ENFERMEDAD		Total
	Menos de 6 meses	6 meses a más	
No afectada o afectada ligeramente	11	11	22
	28.2%	57.9%	37.9%
Afectada moderada o severamente	28	8	36
	71.8%	42.1%	62.1%
Total	39 (67%)	19 (33%)	58
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3



Análisis: En la tabla y gráfico muestran que la calidad de vida está afectada moderada o severamente sobre todo en los pacientes con menos de 6 meses de tiempo de enfermedad (71.8%) en comparación con los que tienen de 6 meses a más (42.1%). El 67% de los pacientes tienen menos de 6 meses de enfermedad y el 37% tienen de 6 meses a más de enfermedad.

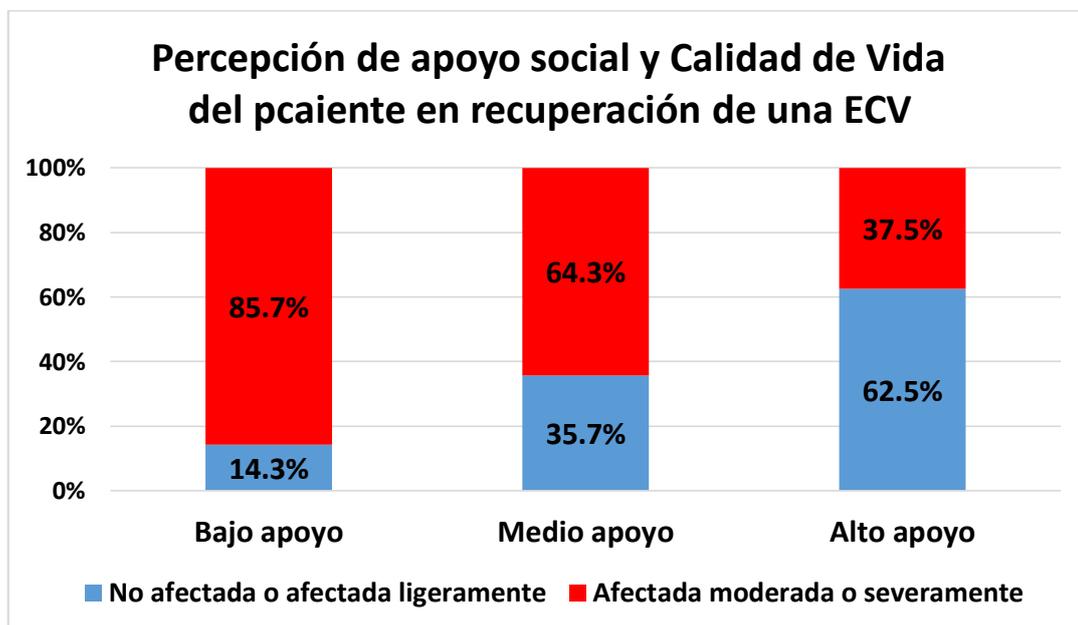
Tabla N° 04

LA PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL COMO FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MAYO A AGOSTO 2019

Calidad de vida	PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL			Total
	Bajo apoyo	Medio apoyo	Alto apoyo	
No afectada o afectada ligeramente	2	10	10	22
	14.3%	35.7%	62.5%	37.9 %
Afectada moderada o severamente	12	18	6	36
	85.7%	64.3%	37.5%	62.1 %
Total	14 (24%)	28 (48%)	16 (28%)	58
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4



Análisis: En la tabla y gráfico muestran que la calidad de vida está afectada moderada o severamente sobre todo en los pacientes que perciben bajo apoyo social (85.7%) en comparación con los que tienen medio y alto apoyo social (64.3% y 37.5% respectivamente). El 24% percibe un bajo apoyo social, 48% percibe medio apoyo social y el 28% lo percibe alto.

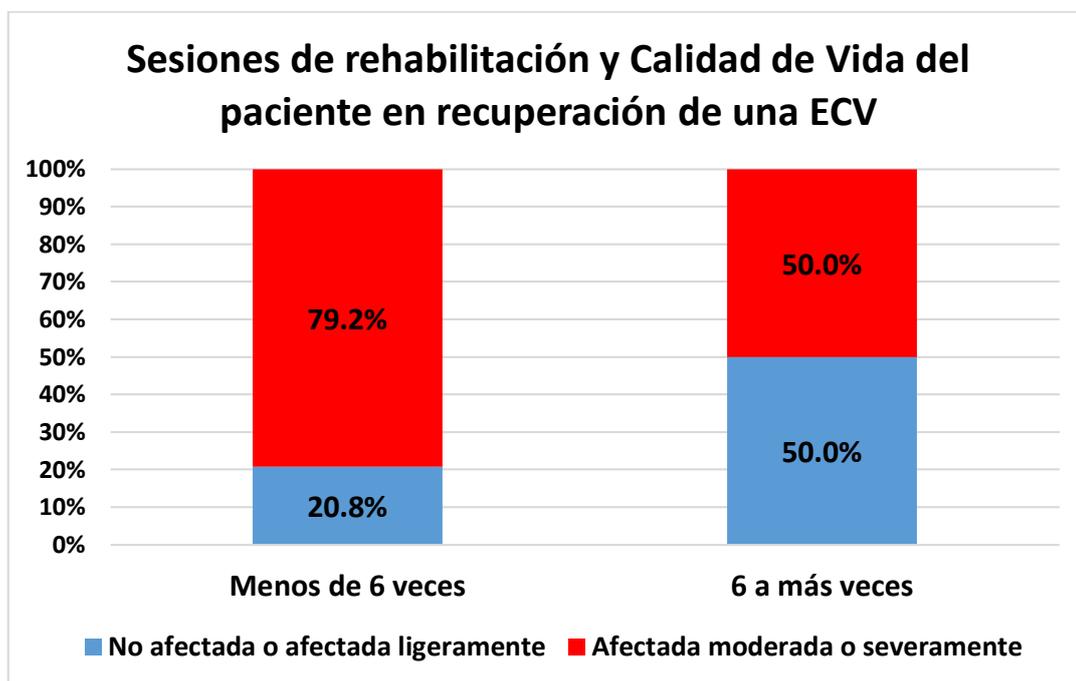
Tabla N° 05

LA REHABILITACIÓN FÍSICA COMO FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MAYO A AGOSTO 2019

Calidad de vida	SESIONES DE REHABILITACIÓN		Total
	Menos de 6 veces	6 a más veces	
No afectada o afectada ligeramente	5	17	22
	20.8%	50.0%	37.9%
Afectada moderada o severamente	19	17	36
	79.2%	50.0%	62.1%
Total	24 (41%)	34 (59%)	58
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5



Análisis: En la tabla y gráfico muestran que la calidad de vida está afectada moderada o severamente sobre todo en los pacientes que tienen menos de 6 sesiones de rehabilitación (79.2%) en comparación con los que tienen 6 a más sesiones (50%). El 41% de pacientes tiene menos de 6 sesiones y el 59% tienen de 6 sesiones a más.

6.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La calidad de vida de la población es una dimensión de desarrollo en los países, sin embargo, existen enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas de diferentes grados, y la enfermedad cerebrovascular es una de ellas que tiene tendencia a disminuir significativamente la vida del que lo padece pues afecta varias dimensiones de la calidad de vida dentro de ellas la cognitiva y la física, pero gracias a la rehabilitación es posible recuperar muchas de estas dimensiones afectadas, por lo que pasamos a detallar los resultados de la investigación.

La tabla N° 1 muestra que se encontró 37.9% de pacientes que sus calidades de vida no fueron afectadas o se encuentran levemente afectadas al momento del recojo de información utilizando el instrumento que mide calidad de vida (ECVI-38) del paciente con Enfermedad Cerebro Vascular, mientras que el 62.1% presentó un compromiso moderado a severo de su calidad de vida, así mismo 31% de los pacientes eran de edades de 40 a 59 años, 43% de edades de 60 a 79 años y el 26% de 80 a más años, determinando que la calidad de vida tiene más probabilidad de un compromiso mayor a medida que las edad avanza pues los pacientes de 80 a más años son los que tienen mayormente compromiso de la calidad de vida de moderada a severa, seguida de los de 60 a 79 años y finalmente de los de 40 a 59 años. Esto es explicable por la plasticidad cerebral pues ello es menos cuanto más avanza la enfermedad de manera que un cerebro comprometido a edades mayores es un cerebro con menos posibilidades de recuperación y estas diferencias son significativas como lo demuestra la prueba de hipótesis. Estos resultados también son encontrados por Mesa⁶

en su estudio en la Habana donde indica que las edades mayores son un factor que se asocia a una baja calidad de vida, así mismo la gravedad del cuadro neurológico disminuye la calidad de vida de manera relevante. Sin embargo, Sánchez⁸ en su trabajo en Cuba demuestra que predominan los pacientes con deterioro leve de las funciones cerebrales que en la investigación este estado se encuentra en el tercio de los pacientes. Figueroa¹³ en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins también indica que el grado de afectación del sistema nervioso trae como consecuencia deterioro de la función emocional y social concordante con lo encontrado en el estudio. En relación al sexo observamos en la tabla N° 2 que los pacientes que tienen mayor compromiso de su calidad de vida son los de sexo masculino con diferencias significativas respecto al otro sexo como lo demuestra la prueba de hipótesis, ello debido a que este sexo es el que presenta además otros factores que influyen en disminuir su calidad de vida como es tabaquismo alcoholismo y estilos de vida desfavorables, de tal manera que una enfermedad cerebrovascular en el sexo masculino será una enfermedad que se verá favorecida en disminuir la calidad de vida del enfermo por los otros factores desfavorables prevalentes en este sexo. Estos hallazgos no fueron los mismos que encontró Leno⁷ en su trabajo en España que indica que el sexo no es un factor que haga la diferencia en la calidad de vida en ambos sexos. Incluso el estudio de Posadas¹⁵ demuestra que el sexo masculino esta en mas riesgo de tener ictus que los del sexo femenino sobre todo en edades avanzadas.

Respecto al tiempo de enfermedad se analiza en la tabla N° 34 donde se demostró con diferencias significativas que según la prueba de hipótesis que

los pacientes con tiempo de enfermedad menor de 6 meses son los que tienen su calidad de vida más comprometida, ello debido a que todavía se encuentra en proceso de rehabilitación conociendo que la rehabilitación cerebral es larga y sostenida, por lo que se espera que en 6 meses de enfermedad aún se encuentra en proceso de recuperación de sus funciones cognitivas y físicas lo que le ayudara a incorporarse a sus actividades diarias, sociales y profesionales.

El apoyo social es clave en la rehabilitación del sujeto como lo demostramos en la tabla N° 4 pues un paciente que sufre enfermedad cerebrovascular inicialmente es un discapacitado severo que requiere de apoyo familiar y social para que pueda rehabilitarse y ello es visto en esta asociación de la percepción el apoyo social y la calidad de vida del paciente enfermo cerebrovascular con diferencias significativas respecto al que no percibe un apoyo suficiente de la familia y la sociedad como se demuestra en la prueba de hipótesis. Estos pacientes no deben ser considerados deficientes pues si han perdido algunas funciones superiores estas son perfectamente recuperables gracias a la plasticidad cerebral para ello se necesita un buen soporte familiar y social.

En la tabla N° 5 se corrobora lo antes mencionado, de la utilidad de la rehabilitación en la recuperación de las funciones psíquicas y motoras comprometidas por la enfermedad, pues con diferencias significativas demostradas en la prueba de hipótesis se determinó que aquellos pacientes que tienen menos de 6 sesiones de rehabilitación tienen más posibilidad de tener mayor compromiso de su calidad de vida pues muchos de ellos se encuentran en proceso de recuperación y algunos de ellos no tienen más

sesiones de rehabilitación por diversos motivos. Al respecto Pinedo⁹ en su estudio del 2016 determina que en el ictus se deterioran varias funciones cerebrales al mismo tiempo por lo que la rehabilitación debe ser integral. Así mismo en el estudio de López¹¹ en Lima indica que la dependencia funcional es un factor influyente en el deterioro de la calidad de vida en los pacientes que sufrieron un ictus, siendo que el grado de afectación del ictus un factor que genera grados diferentes de dependencia funcional afectando la calidad de vida de ellos y de su familia como lo demuestra en su estudio Rios¹². Castilla¹⁴ encuentra en su estudio en una alta incidencia de hospitalizaciones por ictus en el hospital de Ayacucho lo que lleva a pensar en la importancia de la rehabilitación física y psíquica de los pacientes. Y el estudio de Rodríguez¹⁶ concluye lo mismo que en la investigación pues indica que la recuperación del paciente con ictus es favorable a los 3 meses de su proceso de rehabilitación

CONCLUSIONES

Con 0.9% de error las edades mayores se asocian a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

Con 1.8% de error el sexo masculino está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

Con 2.9% de error el tiempo de enfermedad menor de 6 meses está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

Con 2.4% de error la baja percepción de apoyo social está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

Con 2.4% de error la rehabilitación física con menos de 6 sesiones está asociado a una menor calidad de vida en los pacientes en recuperación de una enfermedad cerebrovascular tratados en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.

RECOMENDACIONES

1. Insistir en una rehabilitación más exhaustiva en pacientes de edades mayores, incrementando su número y frecuencia con el apoyo de otros profesionales como psicólogos e internistas pues son pacientes con alta tendencia a la depresión y con comorbilidades que afectan su calidad de vida, de tal modo que se le brinde al paciente una atención integral.
2. Promover estilos de vida favorables y hábitos alimenticios adecuados desde tempranas edades a fin de que repercuta en una mejor salud física y mental en etapa adulta evitando hábitos nocivos sobre todo en el sexo masculino que es el sexo que presenta más probabilidad de vida desfavorable.
3. Motivar al paciente con afección reciente de una enfermedad cerebrovascular a que tenga las sesiones necesarias para una rehabilitación casi completa, con el apoyo profesional de otras disciplinas pues las visitas domiciliarias son de gran importancia para que en los primeros 6 meses del episodio ellos sean rehabilitados a domicilio.
4. Capacitar a los familiares y difundir en la sociedad hábitos morales de buena conducta y apoyo al discapacitado a fin de que todos en conjunto logremos una rehabilitación del prójimo con lo que se logrará una pronta incorporación del paciente a la sociedad la que repercutirá en una mejora de su calidad de vida.
5. Promover acudir a las sesiones de rehabilitación con apoyo de los familiares o con actividades de promoción social por parte de los profesionales de salud que brinden una rehabilitación holística.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.-Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud, Gobierno de Entre Ríos; 2017. Disponible http://afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf
- 2.- Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud ; 2005[citado 3 de enero 2020 Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>
- 3.- Calderón-Chagualá J. Estudio de la calidad de vida en pacientes tres meses después de un ictus. Colombia. Revista Mexicana de Neurociencias enero-febrero, 2015; oct.15; 16(1): 5-15.
- 4.- Davalos L., Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [en línea] 2014, 31 (Abril-Sin mes) : [Fecha de consulta: 13 de abril de 2019].
- 5.- Málaga G. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. Acta Med Peru. 2018; 35(1):51-4
- 6.- Mesa-Barreral Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. La Habana. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(4):508-524

- 7.- Leno-Díaz C. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. España. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica Vol. 44, 2016, Pages 9-15
- 8.- Sánchez-Lozano A. Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. Cuba. Revista Finlay 18 febrero 2018. Vol. 8 (1). pag.18
- 9.- Pinedo S, Sanmartin V. Calidad de vida a los 6 meses tras un ictus. España. Rev. Rehabilitación. Volume 50, Issue 1, January–March 2016, Pages 5-12
- 10.- Mesa Barrera Y. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. Cuba. Medisur. Octubre 2016. Vol. 14 (5)
- 11.- López-Jurado F. Nivel de reserva cognitiva y dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico de un hospital Nacional, Lima 2017
- 12.- Ríos Cuesta V. Ictus Hemorrágico y calidad de vida. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid
- 13.- Figueroa-Céspedes, M.13 (2018). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes adultos post Accidente Cerebro Vascular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016.
- 14.- Castilla-Huayhua C. Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho. 2015.
- 15.- Posadas L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú, 2016. Revista Latinoamericana de Neurocirugía/Neurocirurgia Vol. 27 N° 1 - 201

- 16.- Rodríguez-Ávalos L. Estado funcional tras el primer evento de enfermedad cerebrovascular aguda en pacientes hospitalizados de 20 a 80 años, Trujillo.
- 17.- King's College London: Stroke Alliance for Europe. El impacto del ictus en Europa. Resumen King's College London para la Alianza Europea contra el Ictus (SAFE). 2015.
- 18.- Mesa-Barrera Y, Hernández-Rodríguez T, Parada-Barroso Y. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017. [Consultado:]; 16(5): [735-750].
- 19.- Retamal-Matus H. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. Chile. Psicogeriatría 2015; 5 (2): 77-83
- 20.- Olmedo-Vega V. Repensando la intervención psicosocial en pacientes con ictus. Acciones e Investigaciones Sociales. ISSN: 1132-192X, Núm. 39 (2019). Págs. 89 a 110. Recuperado de: https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2019393233
- 21.- González F. Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. Chile. Rev Med Chile 2017; 145: 194-200
- 22.-Noé-Sebastián E. Ictus y discapacidad: estudio longitudinal en pacientes con discapacidad moderada-grave tras un ictus incluidos en un programa de rehabilitación multidisciplinar. Rev Neurol 2017; 64 (9): 385-392

- 23.- Villafañez-Valdespino M.. La comunicación en pacientes con ictus. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Soria.2015.
- 24.- Garvía-Galera B. Alteración del patrón sexual en el ictus. Recuperado de: B Garvía Galera - 2017 - repositori.uji.es
- 25.- OMS. (Las 10 principales causas de defunción. 2018. Recuperado de: <https://www.who.int>
- 26.- Díaz M..Escala utilizada para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Col Med Fis Rehab 2016; 26(1): 64-74
- 27.- Govantes-Bacallao Y. (Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico. Hospital “Julio Díaz González”. Cuba. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014; 6(2):113-125
- 28.- Canciano-Chirino E. Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus isquémico (estudio de cohortes). Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014; 4(1):7-13
- 29.- Guarnizo Tovar A. Validación de la escala de calidad de vida relacionada con la salud, específica de ictus (ECVI-38) en una clínica de tercer nivel. Chía Cundinamarca. Colombia.2013
- 30.- Mardones Molina D. Validación de contenido de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) y su aplicación en usuarios chilenos con diagnóstico de ataque cerebro vascular atendidos en Hospital Quirihue.
- 31.- Ramírez Ramos, C. Factores sociodemográficos relacionados a la soledad en el adulto mayor del centro integral de atención al adulto mayor - Punchana, Perú 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/RA>.

- 32.- Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2020 Febrero; 8 (1): 12-22.
- 33.- Hernández-Falcón J. Filosofía, cronicidad y calidad de vida. Enf Neurol (Mex) Vol. 12, No. 1: 48-52, 2013

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Instrumento	Metodología
<p>Variable dependiente</p> <p>Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con ictus</p> <p>Variable independiente</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tiempo de enfermedad</p> <p>Percepción de apoyo social.</p> <p>Rehabilitación física</p>	<p>¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1: ¿La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p> <p>2: ¿El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p>	<p>Determinar los factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>Objetivo específicos</p> <p>1: Valorar si la edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>2: Indicar si el sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>3: Establecer si el tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha: Existen factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ha: La edad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>Ha: El sexo es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p>	<p>Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38).</p> <p>Ficha de datos</p> <p>Ficha de datos</p> <p>Ficha de datos</p> <p>Escala este II de soledad social.</p> <p>Ficha de datos</p>	<p>Tipo de Investigación No experimental, transversal, retrospectiva y analítica</p> <p>Nivel de la Investigación Relacional pues el análisis es bivariado</p> <p>Diseño de la investigación Cuantitativa</p> <p>Población pacientes que acudan al hospital regional de Ica que tengan diagnóstico confirmado de ictus de al menos de 3</p>

	<p>3: ¿El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p> <p>4: ¿La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p> <p>5: ¿La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019?</p>	<p>de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>4: Precisar si la percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>5: Determinar si la rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p>	<p>Ha: El tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>Ha: La percepción del apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p> <p>Ha: La rehabilitación física es un factor asociado a la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital Regional de Ica de mayo a agosto 2019</p>		<p>meses de evolución, durante los meses de mayo a agosto que son 280 pacientes.</p> <p>Muestra</p> <p>Se estudia en la población, muestra seleccionada según criterio de inclusión</p>
--	---	---	--	--	---



DATOS GENERALES

Ficha N°

Edad _____ años

(40 a 59 años) (60 a 79 años) (80 a más años)

Sexo

(Masculino) (Femenino)

Tiempo de enfermedad _____ meses

(6 a 12 meses) (más de 12 meses)

Sesiones de rehabilitación _____ sesiones

(Menos de 6 sesiones) (6 sesiones a más)



Escala De Calidad De Vida Para el Ictus (ECVI-38)

El propósito de este cuestionario es evaluar cómo el accidente vascular que usted padece, ha impactado en la salud y en su vida personal y familiar. Queremos saber desde SU PUNTO DE VISTA cómo esta enfermedad ha afectado su calidad de vida. Le haremos algunas preguntas acerca de los problemas causados por la enfermedad, y la manera en que se ha afectado su calidad de vida.

I. A continuación le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas físicos que pueden presentar las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular.

1. ¿Cuánta dificultad tiene para o con?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Mover las extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar las manos	5	4	3	2	1
c. Caminar	5	4	3	2	1
d. Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
e. Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1

2. ¿Cuánta dificultad tiene para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Hablar	5	4	3	2	1
b. Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1
c. Leer	5	4	3	2	1
d. Escribir	5	4	3	2	1

3. ¿Cuánta dificultad tiene en...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su concentración	5	4	3	2	1
b. Su memoria	5	4	3	2	1

c. Su capacidad mental	5	4	3	2	1
------------------------	---	---	---	---	---

II. A continuación le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas emocionales o sentimientos que pueden experimentar las personas que han sufrido un ictus. Usted responderá cómo se siente su familiar.

4. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su....?	Muy Mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
a. Estado de ánimo	5	4	3	2	1
b. Vitalidad	5	4	3	2	1
c. Autoestima	5	4	3	2	1
d. Capacidad de mantener la calma	5	4	3	2	1
e. Control sobre sus emociones	5	4	3	2	1

5. ¿Con qué frecuencia se siente.....?	Nunca	Muy poco tiempo	Parte del tiempo	Mucho tiempo	Siempre
a. Ganas de vivir	5	4	3	2	1
b. Confianza en el futuro	5	4	3	2	1
c. Sensación de ser útil	5	4	3	2	1
d. Sensación de tranquilidad	5	4	3	2	1
e. Confianza en sí mismo	5	4	3	2	1

III. Seguidamente le describimos un grupo de actividades de la vida cotidiana para cualquier persona en su vida personal, familiar y social. Usted responderá si su familiar tiene alguna dificultad para realizar las actividades que aparecen.

6. ¿Cuánta dificultad tiene para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b. Bañarse	5	4	3	2	1

c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d. Moverse libremente dentro de la casa	5	4	3	2	1

7. ¿Cuánta dificultad tiene para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
b. Realizar sus actividades de ocio, entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
c. Participar en actividades fuera del marco familiar	5	4	3	2	1
d. Participar en actividades de la comunidad	5	4	3	2	1

8. ¿Cuánta dificultad tiene para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b. Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
c. Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1
d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
f. Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1
g. Sus relaciones sexuales	5	4	3	2	1
h. Realizar su actividad laboral	5	4	3	2	1

Finalmente nos interesa conocer cuánto considera usted se ha recuperado de su enfermedad.

Estado de Salud General	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
¿En qué grado se ha recuperado él/ella de su enfermedad?	5	4	3	2	1



ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

FACTOR 1: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL			
	S	A V	N
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	2	1	0
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por Ud.?	2	1	0
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	2	1	0
4. ¿Siente que no le hacen caso?	0	1	2
5. ¿Se siente triste?	0	1	2
6. ¿Se siente usted solo durante el día?	0	1	2
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	0	1	2
8. ¿Se siente querido?	2	1	0
FACTOR 2: USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS			
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	2	1	0
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	2	1	0
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	2	1	0
FACTOR 3: ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA			
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	2	1	0
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	2	1	0

14. ¿Va a algún parque, asociación, club, donde se relacione con otros mayores?	2	1	0
15. ¿Le gusta participar en las actividades recreativas que se organizan en su barrio?	2	1	0
<p>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL</p> <p>Alto: 21 a 30 puntos Medio: 11 a 20 puntos Bajo: 0 a 10 puntos</p> <hr/> <p>Pts.</p>			



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO A AGOSTO 2019 que tiene como objetivo determinar los factores que se asocian a la calidad de vida de Usted. (O de su familiar si es que se trata de su acompañante)

Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que responda las preguntas de la entrevista. Esto lleva unos 10 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recopilada es confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito. Las respuestas a la encuesta serán anónimas.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, siempre puede preguntar mientras participa en el proyecto. Del mismo modo, siempre puede retirarse del proyecto de cualquier manera sin que ello involucre daño alguno.

Gracias por participar

Acepto participar en la Investigación:

FIRMA

