



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**“Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan
pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular a través de la
ECVI-38”**

Autora: Sandra Rodríguez Álvarez

Tutor: Eduardo José Fernández Rodríguez

Salamanca, Septiembre de 2016

Declaro que he redactado el trabajo “Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular a través de la ECVI-38” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015 - 2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

En Salamanca a 6 de Septiembre de 2016

Fdo.

Sandra Rodríguez Álvarez

INDICE.

INDICE DE TABLAS	5
INDICE DE ABREVIATURAS.....	6
AGRADECIMIENTOS.	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT:	9
INTRODUCCIÓN	10
1. ICTUS.....	10
1.1. Concepto.....	10
1.2. Epidemiología:.....	10
1.3. Tipos de ACV	11
1.4. Evolución y secuelas tras el ictus.....	13
2. CALIDAD DE VIDA.....	17
2.1. Concepto de calidad de vida.....	17
2.2. Calidad de vida en Ictus.....	18
3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CV	18
3.1. Propiedades de los cuestionarios	18
3.2. Instrumentos para medir la CV	22
3.3. Escala de calidad de vida en ictus (ECVI-38). Anexo 1	23
HIPOTESIS	23
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	24
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	24
1. DISEÑO DEL ESTUDIO:.....	24
2. POBLACION Y MUESTRA:.....	24
3. PROCEDIMIENTO.....	25
4. VARIABLES Y CUESTIONARIOS UTILIZADOS.....	26
5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS:	28
RESULTADOS.....	28
1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	28
2. ECVI-38.....	29
3. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS RELACIONADAS CON LA CVRS ..	31

DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIÓN.....	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS.....	37

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: instrumentos para medir la calidad de vida.....	18
Tabla 2: Grado de afectación de la calidad de vida según la ECVI-38.....	24
Tabla 3: Variables sociodemográficas EQ-5D.....	26
Tabla 4: Media de calidad de vida en los distintos dominios de la ECVI-38.....	27
Tabla 5: Grado de afectación según la percepción de calidad de vida con la ECVI-38..	27
Tabla 6: Percepción de la recuperación tras el ictus con la ECVI-38.....	27
Tabla 7: Relación entre las variables sociodemográficas y la CVRS.....	28

INDICE DE ABREVIATURAS.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

ACV: Accidente cerebrovascular

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria

AVD: Actividades de la vida diaria

CG: Cognición

CCI: Coeficiente de correlación intraclase

CO: Comunicación

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

ECV: Enfermedad cerebrovascular

ECVI-38: Escala de calidad de vida para ictus

EQ-5D: Euro quality of life

EM: Emociones

FF: Función soiofamiliar

INE: Instituto nacional de estadística

OMS: Organización mundial de la salud

SE: Sentimientos

SEN: Sociedad española de neurología

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer al hospital Nisa Valencia al Mar, la residencia Sauvia de Salamanca y a la Asociación salamantina de daño cerebral (ASDACE) por la oportunidad que me han dado de poder desarrollar el estudio y utilizar sus instalaciones para poder realizar los cuestionarios y especialmente a las terapeutas ocupacionales que allí trabajan.

A todas las personas que desinteresadamente participaron respondiendo los cuestionarios ya que sin ellos este estudio no habría sido posible.

A mi tutor de TFG Eduardo José Fernández por su ayuda y consejos durante el desarrollo del estudio.

Muchas gracias.

RESUMEN

Introducción. La OMS define el accidente cerebrovascular como la interrupción del suministro de sangre al cerebro, por lo general debido a que un vaso sanguíneo se rompe o es bloqueado por un coágulo. Esto corta el suministro de oxígeno y nutrientes, causando daños en el tejido cerebral.

El Ictus representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos de los países occidentales, con una incidencia de 200 casos por cada 100.000 habitantes. Es la segunda causa de muerte entre la población Española y la primera en la mujer.

Objetivo. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción que los sujetos que han sufrido un ictus tienen de su calidad de vida y en segundo plano evaluar en qué dominios del cuestionario ECVI-38 la afectación es mayor.

Metodología. Estudio descriptivo observacional transversa en el que se utilizó el cuestionario ECVI-38, un instrumento que sirve para medir todo el espectro de resultados derivados de un ictus, con el que se evaluó a una muestra de 30 sujetos procedentes de tres instituciones diferentes.

Resultados. Los resultados mostraron que los dominios con mayor afectación fueron el estado físico y las AIVD. En cuanto a la percepción de los sujetos sobre su grado de afectación transcurrido el periodo agudo de la enfermedad fue leve y tenían la percepción de que se habían recuperado bastante desde el ACV.

Conclusión. Concluimos que la totalidad de los sujetos entrevistados experimentaron un cambio en la percepción de su calidad de vida tras sufrir el ictus.

Palabras clave: Ictus, accidente cerebrovascular, calidad de vida y ECVI-38.

ABSTRACT:

Introduction. WHO defines stroke as the interruption of blood supply to the brain, usually because a blood vessel bursts or is blocked by a clot. This cuts off the supply of oxygen and nutrients, resulting in damage to brain tissue.

The stroke is the third leading cause of death and disability in the first adults in Western countries, with an incidence of 200 cases per 100,000 inhabitants. It is the second leading cause of death among the Spanish population and the first in women.

Objective. The aim of the study was to evaluate the perception that subjects who have had a stroke have their quality of life and background assess how domains ECVI-38 questionnaire involvement is greater.

Methodology. Transverse descriptive study in which the questionnaire ECVI-38, an instrument used to measure the full spectrum of results derived from a stroke was used, which was evaluated with a sample of 30 subjects from three different institutions.

Results. The results showed that the most affected domains were physical condition and AIVD. As for the perception of the subjects on their degree of involvement after the acute period of the disease it was mild and had the perception that had recovered enough from the stroke.

Conclusion. We conclude that all the interviewed subjects experienced a shift in the perception of their quality of life after suffering the stroke.

Keywords: stroke, quality of life, ECVI-38

INTRODUCCIÓN

1. ICTUS

1.1. Concepto

El concepto de enfermedad cerebrovascular (ECV), según *Fernández- Concepción y colaboradores*. es "todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia y en el que uno o más vasos sanguíneos cerebrales están afectados por un proceso patológico."

Las enfermedades cerebrovasculares o ictus están causadas por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo.(Mena Muñoz, 2011)

Según la Organización mundial de la salud (OMS) "Un accidente cerebrovascular es causado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro, por lo general debido a que un vaso sanguíneo se rompe o es bloqueado por un coágulo. Esto corta el suministro de oxígeno y nutrientes, causando daños en el tejido cerebral."(«WHO | Stroke, Cerebrovascular accident», s. f.)

1.2. Epidemiología:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad vascular cerebral representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos de los países occidentales, ya que la mayoría de los pacientes sufre secuelas, que en el 30% de los casos inhabilitan para realizar las actividades cotidianas(Arias-Rivas, Vivancos-Mora, & Castillo, 2012) y sitúa la incidencia promedio mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.(Díaz-Guzmán, Egido-Herrero, Gabriel-Sánchez, Barberà, & Fuentes, 2008)

Por otro lado el instituto nacional de estadística (INE) sitúa el ictus en el año 2009 como la segunda causa de muerte global en la población española y la primera en la mujer. En España la prevalencia se ha estimado en el 7% de la población urbana mayor de 65 años y la incidencia en 128 por cada 100.000 habitantes en la población general (Mar et al., 2013). Todo esto unido a que según la Sociedad Española de Neurología (SEN) en 2050

España será una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia y la prevalencia de esta patología en los próximos años.

El registro EPICES nos muestra una diferencia en la epidemiología de los subtipos de ictus. El 12,4% presentó una hemorragia intracerebral y el 87,6% un ictus isquémico. 1.543 (28,4%) se diagnosticaron de ictus aterotrombótico, 1.424 (26,2%) cardioembólico, 1.202 (22,5%) lacunar y 1.125 (20,7%) de etiología indeterminada. Un 2,4% fueron ictus de etiología poco frecuente. La hipertensión fue el factor de riesgo más prevalente en el ictus isquémico (67%) y en la hemorragia intracerebral (69,1%). Los diferentes tipos de ictus isquémicos y hemorrágicos presentaron diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo.

1.3. Tipos de ACV

Dividimos en ictus en dos subtipos: Isquémico y hemorrágico.

1.3.1. ACV isquémico

Se incluyen todas las alteraciones del encéfalo secundarias a un trastorno del aporte circulatorio, ya sea cualitativo o cuantitativo. Hablamos de isquemia cerebral focal cuando se afecta sólo una zona del encéfalo y de isquemia cerebral global cuando resulta afectado todo el encéfalo.

Lo clasificaremos en:

- Ataque isquémico transitorio (AIT): cuando se produce una disfunción cerebral focal o monocular de duración inferior a 24 horas, causado por una insuficiencia vascular debida a una trombosis o por una embolia arterial asociada a cualquier enfermedad arterial, cardíaca o hematológica
- Infarto cerebral o ictus isquémico: cuando está producido por la alteración cualitativa o cuantitativa del aporte circulatorio a un territorio encefálico, lo cual produce un déficit neurológico durante más de 24 horas y, consecuentemente, indica la presencia de una necrosis tisular.

1.3.2. ACV hemorrágico

El grupo patológico de las hemorragias supone en torno al 20% de los casos incidentes de ictus, excluyendo las derivadas del trauma craneoencefálico.

Conceptualmente, se trata de una extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal, secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso, por diversos mecanismos.

Los términos hemorragia y hematoma se utilizan indistintamente, implicando ambos la salida de la sangre al espacio extravascular, dentro del parénquima cerebral. Sin embargo, con el primer término se suele hacer referencia a la acumulación poco circunscrita de sangre infiltrando difusamente el tejido nervioso, con tendencia a abrirse al espacio ventricular o subaracnoideo; y con el segundo término se designa el sangrado que produce efecto de masa, más delimitado y de localización por lo general lobular y subcortical. No obstante, es grande la variabilidad en cuanto a localización, forma, tamaño, disposición y complicaciones.

Dos subtipos

- Hemorragia intracerebral: malformaciones vasculares (aneurismáticas, malformaciones arteriovenosas), uso de fármacos (anticoagulantes, estimulantes adrenérgicos) o tóxicos (alcohol, cocaína, venenos), enfermedades hematológicas (discrasias sanguíneas, coagulopatías), vasculopatías cerebrales, tumores primarios o metastásicos y otras causas.
Clínicamente suele instaurarse de modo agudo, con cefalea, focalidad neurológica, posible meningismo y frecuente alteración del nivel de conciencia. Sin embargo, la correlación de estos síntomas con el diagnóstico por neuroimagen es escasa, lo cual justifica su indicación. La sensibilidad de la TC craneal es cercana al 100% en la detección de hemorragias durante las primeras horas de evolución, incluso las de pocos milímetros, y además nos permitirá realizar el diagnóstico topográfico
- Hemorragia subaracnoidea: La hemorragia subaracnoidea (HSA) primaria se debe a la extravasación de sangre primaria y directamente en el espacio

subaracnoideo. Esto la diferencia de la HSA secundaria, en la cual el sangrado procede de otra localización, como el parénquima cerebral o el sistema ventricular. Aquí nos referiremos a la HSA primaria.

La causa más frecuente (85%) es la rotura de un aneurisma, seguida de la HSA perimesencefálica no aneurismática, de excelente pronóstico (el 10% de los casos), y finalmente una miscelánea de otras etiologías raras (vasculopatías, tumores, etc.)

Aunque la presentación clásica de cefalea brusca e intensa, meningismo y presencia de signos neurológicos focales es bastante recurrente, no es la única, y entre un 25% y un 50% de los casos inicialmente tienen un diagnóstico diferente, incluyendo diversas enfermedades médicas. (Mena Muñoz, 2011)

1.4. Evolución y secuelas tras el ictus

Algunos de los síntomas más comunes del ictus se describen a continuación:

1. Pérdida brusca de movimiento o debilidad del brazo, pierna, o cara, especialmente cuando se produce en un lado del cuerpo.
2. Problemas repentinos de visión, en uno o ambos ojos.
3. Dolor de cabeza repentino, sin causa conocida.
4. Dificultad en el habla: balbuceo, incapacidad para encontrar las palabras adecuadas o no ser capaz de comprender lo que otras personas dicen.
5. Problemas repentinos al caminar o pérdida de equilibrio o de la coordinación.
6. Sensación brusca de acorchamiento u hormigueo en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.

Tras sufrir el ictus los pacientes pueden evolucionar de distintas formas dependiendo de varios factores como la extensión y la zona de la lesión que se ha dañado, la rapidez con la que se logra restablecer el riego sanguíneo y el estado de salud previo. Pueden ocurrir tres cosas.

1. Una recuperación casi inmediata (minutos u horas). Este es el caso de los Ataques Isquémicos Transitorios, que generalmente no dejan secuelas.

2. Una recuperación en mayor o menor medida. La recuperación en este caso se produce entre semanas y meses y habitualmente requiere de rehabilitación, pudiendo dejar algún tipo de secuela.
3. Un empeoramiento del paciente. Puede deberse a causas neurológicas u otras complicaciones como fiebre, infecciones u otros.

Las secuelas más frecuentes que se instauran tras sufrir un Ictus son:

1.4.1. Problemas motores

Tras haber sufrido un ictus puede quedar una discapacidad secundaria que afecte al movimiento manifestándose como una pérdida de fuerza (se denomina *plejia* o *parálisis* si no se puede realizar ningún movimiento con la parte del cuerpo afectada o *paresia* si es posible realizar movimientos pero con menos fuerza que la parte no afectada), falta de coordinación o pérdida de control de movimiento.

Estas alteraciones tienden a mejorar, aunque es posible que a pesar de la rehabilitación la recuperación no sea completa.

Los pacientes que han sufrido un ictus son más propensos a tener caídas, por lo que es importante que haga los ejercicios que le recomienden para fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio en casa.

1.4.2. Trastornos visuales.

A veces se produce una pérdida de visión de la mitad del campo visual, lo que se denomina hemianopsia. Otras veces puede ocurrir que el paciente no sea consciente de esta pérdida de visión de la mitad del campo visual. En estos casos se debe recordar al paciente que mire hacia el lado afectado, ya que con un poco de entrenamiento la hemianopsia se compensa girando la cabeza para mirar hacia el lado dañado.

1.4.3. Trastorno en el lenguaje.

Se denomina afasia cuando el paciente es incapaz de comprender y/o de emitir ningún tipo de lenguaje adecuado. La disartria es una alteración del habla, que se manifiesta por

dificultades a la hora de articular las palabras. Algunos pacientes son incapaces de emitir ninguna palabra, lo que se denomina mutismo.

1.4.4. Trastorno de la sensibilidad

Se manifiesta como hormigueo, sensaciones desagradables o falta de sensibilidad al tacto. Estas alteraciones generalmente se producen en un único lado del cuerpo y suelen acompañarse de problemas del movimiento en ese mismo lado. Se debe ser especialmente cuidadoso cuando se ha perdido la sensibilidad de una parte del cuerpo ya que pueden producirse heridas o quemaduras sin que la persona se dé cuenta.

1.4.5. La espasticidad

Es otro problema que suele aparecer y consiste en una contracción permanente de ciertos músculos. Esto puede ocasionar rigidez, dolor, contracturas y dificultar algunos movimientos.

1.4.6. El dolor central

Es un tipo de dolor superficial como quemante o punzante que empeora al tacto, con el agua o con los movimientos y que se ha asociado en un pequeño porcentaje con pacientes que han sufrido un ictus. Algunos antidepresivos y anticonvulsivantes han mostrado ser eficaces a la hora de controlar este tipo de dolor.

Otro tipo de dolor que se asocia con pacientes que han sufrido un ictus es el dolor de hombro del brazo paralizado.

1.4.7. Disfagia

Es la dificultad para tragar. Para ayudar al paciente con problemas de disfagia se pueden tomar medidas como modificaciones de la dieta y técnicas de alimentación seguras para prevenir la desnutrición y deshidratación del paciente y evitar aspiraciones, es decir, el paso de comida o líquido al pulmón.

1.4.8. Incontinencia urinaria

Suele ser una afectación transitoria, aunque puede perdurar en pacientes con secuelas importantes.

1.4.9. Problemas psicológicos

Es frecuente que durante la convalecencia, durante el proceso rehabilitador y también al finalizar éste se produzcan alteraciones del estado de ánimo.

La depresión es particularmente común, pudiendo interferir y enlentecer el proceso de rehabilitación. También es frecuente la ansiedad (con o sin ataques de pánico), la labilidad emocional (pasar del llanto a la risa sin motivo, llorar o reírse sin causa aparente), la apatía, la irritabilidad y la falta de consciencia de las secuelas del ictus.

La labilidad emocional tiende a desaparecer con el tiempo, pero si es grave y persistente quizás pueda beneficiarse de tratamiento con antidepresivos.

1.4.10. Problemas cognitivos

A veces, tras un ictus, se presenta un deterioro cognitivo (disminución de la memoria, de la atención, orientación, dificultad en la planificación y organización en las tareas).

1.4.11. Duración de la rehabilitación

En las lesiones moderadas o graves, la mayor parte de la recuperación se experimenta en los tres primeros meses tras el ictus. La recuperación prosigue, de manera más lenta hasta al menos los seis meses, y algunos pacientes continúan recuperándose levemente hasta el año. No todos los pacientes se recuperan totalmente.

El tiempo de rehabilitación que precisará un paciente (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia u otros) va a variar en función de los objetivos de cada caso. Así, en un paciente de edad avanzada con afectación grave, la rehabilitación se puede centrar en conseguir un traslado de la cama a la silla de ruedas con facilidad y sin lesionar al cuidador. Esto puede realizarse en unos pocos días o semanas; sin embargo en un paciente joven, laboralmente activo, con afectación leve o moderada del habla o de la movilidad, la rehabilitación puede durar hasta 6 meses, o hasta que alcance su mayor

capacidad funcional y la reincorporación laboral. («Guía Salud. Información para pacientes sobre el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Secuelas, complicaciones y tratamientos.», s. f.)

2. CALIDAD DE VIDA.

2.1. Concepto de calidad de vida.

Todas las definiciones de CVRS derivan más o menos de las definiciones de salud y calidad de vida dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya en 1948 definió la salud como “... un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Posteriormente, la OMS en 1994 describió la calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Chacha Coles & Tenelema Morocho, 2014)

La CVRS se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificada por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. Este valor es individual y depende de la percepción subjetiva del cada individuo y de su entorno político, social y económico.

La calidad de vida puede medirse en muchas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, la percepción subjetiva de la enfermedad, etc. Por ello, se ha precisado elaborar una aproximación multidimensional al concepto de CVRS. De este modo, se tienden a considerar, al menos, cuatro dimensiones en la evaluación de la CVRS: física, funcional, psicológica y social. Estos cuatro aspectos conceptuales de la CVRS se pueden ver influenciados por lo que se conoce como ‘percepciones de la salud’, un conjunto integrado por la experiencia personal, las creencias, las expectativas personales y todas las percepciones subjetivas del individuo. Esta actitud ante la salud, la enfermedad o la incapacidad puede modificar la percepción propia de la CVRS. Por ello, se considera que las

personas con el mismo estado objetivo de salud pueden tener calidades de vida muy diferentes (Roca, Concepción-Rojas, & Chávez, 2001)

2.2. Calidad de vida en Ictus.

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen la primera causa de discapacidad grave del adulto en los países desarrollados y en el nuestro. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud que presentan estos enfermos va más allá de la discapacidad generada por tales entidades, en que existe compromiso de múltiples dominios, condicionado por los desordenes de diversos tipos operados en el individuo afectado. (Taboada, Falcón, Gómez, Zuaznábar, & Carballosa, 2007)

De los supervivientes a la fase aguda de un ictus, aproximadamente del 40 al 53% serán total o parcialmente dependientes a los seis meses, porcentaje que se reduce al 33% transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios en los cinco años siguientes.

Después del primer año, en más del 50% de los casos existe defecto motor, y entre el 30 y el 35% presentan déficit cognitivo.

En un menor porcentaje de los pacientes quedan trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje, de la deglución y de la marcha, así como del control esfinteriano.

Otros elementos como el dolor (hombro doloroso) o las caídas frecuentes se suman a las dificultades que afrontan estos pacientes, que los lleva a una situación de dependencia funcional y a la imposibilidad de una vida social plena.

Si añadimos que las ECV tienen un alto riesgo de recurrencia, lo cual crea una situación de temor e inseguridad, comprenderemos que estos individuos están sometidos a una serie de factores que deterioran su calidad de vida. (Roca et al., 2001)

3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CV

3.1. Propiedades de los cuestionarios

Los cuestionarios son instrumentos diseñados para medir una serie de parámetros que, en muchas ocasiones, son conceptos teóricos o abstractos.

Estos cuestionarios deben de reunir una serie de requisitos para que puedan ser validados:

3.1.1. Viabilidad

Los mejores instrumentos son inservibles si su aplicación resulta difícil, compleja o costosa. Características como el tiempo empleado en la cumplimentación, la sencillez y la amenidad de formato, el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas, así como la facilidad de la corrección, el registro, la codificación y la interpretación de los resultados son aspectos relacionados con la viabilidad. Esta característica se estudia mediante la realización de un estudio piloto en un grupo de alrededor de 30 individuos y sus resultados pueden utilizarse para efectuar las modificaciones oportunas al instrumento de medición.

3.1.2. Fiabilidad

La fiabilidad es el grado con el que un instrumento mide con precisión, sin error. La fiabilidad mide la proporción de variación en las mediciones que es debida a la diversidad de valores que adopta la variable y no es producto del error; es decir la fiabilidad mide la proporción de la variancia total atribuible a diferencias verdaderas entre los sujetos.

Diferenciamos dos tipos de fiabilidad:

3.1.3. Consistencia interna

Esta propiedad se refiere a la coherencia de los componentes del instrumento de medición, es decir, se refiere a que los ítems que miden un mismo atributo presenten homogeneidad entre ellos.

3.1.4. Fiabilidad test-retest o intraobservador

La repetibilidad o fiabilidad test-retest se refiere a si cuando se administra un cuestionario a la misma población en 2 ocasiones diferentes en el tiempo, se obtienen

resultados idénticos o similares; por tanto, mide la estabilidad de las puntuaciones otorgadas por el mismo evaluador en los mismos sujetos y con el mismo método en momentos diferentes

Un instrumento fiable es preciso, es decir, proporciona mediciones libres de error. La variación que se debe a un error puede obedecer a 2 tipos de errores:

- **Sistemático o sesgo:** error que se produce de forma sistemática. Por ejemplo, un evaluador puede puntuar siempre por debajo de los otros evaluadores.
- **Aleatorio:** error que se produce por factores debidos al azar. Por ejemplo, por diferentes circunstancias, un evaluador puede dar algunas veces puntuaciones superiores y otras veces, puntuaciones inferiores a las correctas. El error aleatorio es el que más afecta la fiabilidad de un instrumento. La fiabilidad de un instrumento se valora mediante la consistencia interna, la fiabilidad test-retest o intraobservador y la fiabilidad interobservador.

3.1.5. Validez

La validez de un instrumento se refiere a su capacidad para medir aquello para lo que ha sido diseñado. Al igual que en el caso de la fiabilidad, hay diferentes dimensiones de la validez de un instrumento: una dimensión lógica o aparente, una de contenido, una de constructo o concepto y una de criterio.

- **Validez lógica o aparente**
La validez lógica o aparente se refiere al grado en que parece que un cuestionario mide lo que quiere medir a juicio de los expertos y de los propios sujetos.
- **Validez de contenido**
La validez de contenido es el grado en que la medición abarca la mayor cantidad de dimensiones del concepto que se quiere estudiar; por tanto, se considera que

un instrumento es válido por su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto en estudio.

- Validez de constructo

Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o del concepto que se quiere medir. La validez de constructo garantiza que las mediciones que resulten de las respuestas del cuestionario puedan ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno estudiado. Se define, por tanto, como la capacidad de un instrumento para medir adecuadamente un constructo teórico.

- Validez de criterio

En general, cuando se diseña un nuevo instrumento de medición se dispone de algún método alternativo de medición del fenómeno estudiado con validez demostrada, que se lo toma como referencia para determinar la validez del nuevo instrumento.

3.1.6. Sensibilidad

Se denomina sensibilidad de una prueba diagnóstica a la proporción de individuos con la enfermedad que tienen un test positivo. Los test muy sensibles son aquellos que detectan a la mayoría de los individuos enfermos (pocos falsos negativos)

3.1.7. Especificidad

Se denomina especificidad de una prueba diagnóstica a la proporción de individuos sin la enfermedad que tienen un resultado negativo en la prueba. Las pruebas más específicas son aquellas que descartan la enfermedad en la mayoría de los sujetos sanos (pocos falsos positivos). (de Yébenes Prous, Salvanés, & Ortells, 2009)

3.2. Instrumentos para medir la CV

Las herramientas que se utilizan actualmente para medir la calidad de vida y solo refiriéndonos al ictus, adolecen a varios sesgos, tales como la falta de validez, de sensibilidad al cambio o, aquellas genéricas, de no contemplar algunos aspectos específicos como la evaluación del brazo parético o las alteraciones de la visión o el lenguaje.

Las escalas específicas de CV en ictus	Áreas evaluadas	¿Qué aporta cada una específicamente?
ECVEI (escala de calidad de vida específica de ictus)	las áreas evaluadas por esta escala son: energía, papel familiar, lenguaje, movilidad, humor, personalidad, autocuidados, papel social, pensamiento, función de la extremidad superior	Incorporación de roles (familiar social y productivo) visión y función de la extremidad superior
SSAQL-39 (escala de calidad de vida de ictus y afasia)	Física, psicosocial, comunicación y energía	Adaptada para la evaluación de personas con afasia
Entrevista de satisfacción de vida de Vitanen	Vida, autocuidado, AVD, placer, amistades, familia, matrimonio y sexualidad	Valoración de la sexualidad
Índice de calidad de vida de Ferrans y Powers	Socioeconómica, psicológica/espiritual, familiar y salud	Contempla el área espiritual y socioeconómica
NEWSQL (Medida de calidad de vida específica del Ictus de Newcastle)	Sentimientos, AVD/autocuidados, cognición, movilidad, emociones, sueño, relaciones interpersonales, comunicación, dolor/sensaciones, visión y fatiga	Introduce la valoración de aspectos cognitivos, los ciclos de actividad/descanso, la visión, sensaciones y dolor y emociones
Escala de las consecuencias del ictus – ECI 2	Fuerza, función manual, AVD, movilidad, comunicación, emoción, memoria/pensamiento, participación social.	Valoración más completa de las AVD
Sickness impact profile o perfil de las consecuencias de la enfermedad	Deambulación, cuidado personal/movimiento corporal, movilidad, tareas domésticas, ocio, actividad social, emoción, alerta, sueño/descanso, alimentación, comunicación y trabajo.	Tiene una alta fiabilidad. Existen dos versiones adaptadas culturalmente al español. Es uno de los más empleados en nuestro entorno
Cuestionario de salud SF-36	Función física, función social, papel físico, papel emocional, salud mental, vitalidad, dolor, salud general, cambio de salud.	Autocompletado en 10-15 minutos. Versión en español. Es uno de los más empleados en nuestros entorno

Perfil de salud de Nottingham	Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física, presencia de limitación por causa de la salud en actividades habituales.	Fácilmente autoadministrable en 5-10 minutos. Validado en español. Es uno de los más empleados en nuestro entorno
--------------------------------------	--	---

Tabla 1. Instrumentos para medir la CV. (Fraga & Cabeza, 2011)

3.3. Escala de calidad de vida en ictus (ECVI-38). Anexo 1

La ECVI-38 es un instrumento aplicable por un entrevistador, que comprende 38 elementos hipotéticamente agrupados en ocho dominios: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y funciones sociofamiliares (FF); además, de dos preguntas adicionales sobre la función sexual y la actividad laboral. Los elementos que conforman la escala se generaron a partir de entrevistas individuales y grupos focales con enfermos, cuidadores y expertos; con el basamento conceptual de los estados de salud de la OMS. La versión utilizada fue el resultado de una prueba piloto con 50 pacientes, a partir de la cual se redujeron y agruparon los elementos. Se decidió adoptar un formato de respuesta en una escala de cinco puntos, donde 5 representa una situación extrema (peor imaginable) y 1 la ausencia de afectación en el aspecto evaluado.

El objetivo primario es crear un instrumento que pueda medir todo el espectro de resultados derivados de un ictus, desde el nivel de deficiencia hasta el de discapacidad, basado en el modelo de estados de salud de la OMS (Fernández-Concepción, Verdecia-Fraga, Álvarez-González, Román-Pastoriza, & Ramírez-Pérez, 2005)

HIPOTESIS

HIPOTESIS PRINCIPAL: los pacientes que han sufrido un Ictus tienen una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO PRIMARIO:

Evaluar la percepción que los pacientes que han sufrido un ictus tienen sobre su CVRS a través del ECVI-38.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Correlacionar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los individuos con el género de los mismos.
2. Correlacionar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los individuos con la edad de los mismos.
3. Observar si el nivel de estudios influye en la percepción de CVRS de los sujetos

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal

2. POBLACION Y MUESTRA:

La muestra se obtuvo de usuarios pertenecientes a tres instituciones diferentes:

- El servicio de neurorehabilitación del Hospital Nisa Valencia al Mar.
- La Unidad de Daño Cerebral de Sauvia.
- La Asociación Salmantina de Daño Cerebral (ASDACE).

Para la selección de la muestra se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión previos al estudio.

a) Criterios de inclusión:

El estudio se realizó con sujetos que han sufrido un ictus y que cumplen unos determinados criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Firmar un consentimiento informado en el que autorizan su participación voluntaria en el estudio.
- Presentar un diagnóstico de daño cerebral adquirido de etiología de ictus o accidente cerebrovascular.
- Haber transcurrido al menos un año desde el ACV.

b) Criterios de exclusión

Se tuvieron en cuenta una serie de criterios de exclusión citados a continuación:

- Usuarios que no cumplan los criterios de inclusión.
- Sujetos con afectación cognitiva severa que impida la realización de la evaluación prevista.
- Sujetos que sufran afasia.

3. PROCEDIMIENTO.

Para el estudio se seleccionaron 30 sujetos procedentes de tres instituciones distintas: el Hospital Nisa Valencia al Mar, la Asociación Salmantina de Daño Cerebral Adquirido (ASDACE) y la Unidad de Daño Cerebral de Sauvia, ya que todas ellas contaban con un servicio especializado donde asistían pacientes que habían sufrido ictus.

La selección de los sujetos se realizó con la ayuda de las terapeutas ocupacionales de los centros ya que tuvieron en cuenta los criterios de inclusión requeridos para poder participar en el estudio.

Una vez realizada la selección se procedió a entrevistar a los sujetos explicándoles el fin del estudio y entregándoles el consentimiento informado (anexo 2) que debía firmar si estaban de acuerdo en participar en el estudio.

Una vez obtenido el consentimiento de los sujetos se les entrego y explico el cuestionario ECVI-38 con el que obtuvieron los datos sobre su percepción de CVRS y el EQ5-D (anexo 3) con el que se obtuvieron los datos sobre las variables sociodemográficas.

Para aquellos sujetos con problemas visuales o de escritura se procedió a realizar las adaptaciones oportunas para la cumplimentación del cuestionario. El entrevistador siempre estaba presente para solucionar las posibles dudas que pudiesen surgir.

4. VARIABLES Y CUESTIONARIOS UTILIZADOS.

4.1. Descripción de las variables.

Las variables pueden ser dependientes, independientes e/o intervinientes. Al ser un estudio descriptivo solo no habrá lugar a variables independientes. La variable dependiente será la CVRS, las intervinientes el resto.

4.1.1. Variables sociodemográficas:

Se obtuvieron a través del cuestionario EQ5-D en el que se recogen datos como:

- Experiencia en enfermedades graves (en usted, su familia y en cuidado de otros)
- Edad
- Sexo (varón/mujer)
- Consumo de tabaco (fumador/ex-fumador/no fumador)
- Empleo en servicio de salud o sociales
- Actividad actual (empleado/retirado/tareas domesticas/estudiando/buscando trabajo/otros)
- Nivel de estudios completados (leer, escribir/ elementaría/secundaria/universida

4.1.2. Variables del estudio.

Valoramos la percepción de la CVRS de los sujetos. Para ellos se utilizó el cuestionario específico ECVI-38. El cuestionario debía ser rellenado por el paciente de forma anónima, solo sería rellenado por el entrevistador cuando el sujeto fuese incapaz de leer, escribir o comprender alguna de las preguntas.

4.2. Instrumentos de evaluación y recogida de resultados.

4.2.1. Cuestionario ECVI-38:

A continuación, detallamos las pruebas psicométricas y los criterios utilizados para evaluar la aceptabilidad, la fiabilidad y la validez.

La aceptabilidad se evaluó mediante la compleción de los elementos y la distribución de las puntuaciones.

Los criterios utilizados fueron los siguientes:

- Porcentaje de datos perdidos por debajo del 10%.
- Efecto piso y efecto techo por debajo del 80%.

La fiabilidad comprende dos aspectos: la consistencia interna y la fiabilidad test-retest.

La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente α de Cronbach y la correlación total interelementos. Como criterios adecuados se consideraron un α de Cronbach por encima de 0,70 y una correlación interelementos por encima de 0,30. La fiabilidad test-retest a través del coeficiente de correlación intraclass (CCI), con criterio de factibilidad por encima de 0,75.

Estos aspectos se evaluaron sobre la base de la evidencia de una buena consistencia interna, intercorrelaciones entre los dominios y la puntuación total (mediante el coeficiente de correlación de Pearson), y el resultado del análisis factorial. Para el análisis dentro de la escala, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Consistencia interna con coeficientes α de Cronbach por encima de 0,70.
- Altas correlaciones (entre 0,50 y 0,80) entre dominios relacionados y bajas correlaciones (menos de 0,50) entre dominios menos relacionados.
- Moderadas correlaciones (entre 0,30 y 0,80) entre dominios y la puntuación total.
- Evidencia a partir del análisis factorial de que se está midiendo una entidad única y de un modelo factorial conceptualmente claro.

- Análisis de componentes principales (ACP): los elementos deben saturar por encima de 0,20 en el primer componente.

La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de los resultados de los dominios. El resultado de los dominios se calcula con la siguiente fórmula: Puntuación = (media -1/5-1) x 100. (Fernández-Concepción, Verdecia-Fraga, Álvarez-González, Román-Pastoriza, & Ramírez-Pérez, 2005)

Equivalencia entre la puntuación y el grado de afectación

0 – 25	Sin afectación
25 – 50	Afectación leve
50 – 75	Afectación moderada
75 – 100	Afectación grave

Tabla 2: Grado de afectación de la CV según la ECVI-38

5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

Una vez obtenidos todos los datos procedentes de los cuestionarios, se realizó un análisis de los mismos a través de la realización de tablas con Microsoft Office Excel versión 2007, para después poder ser comparados unos con otros.

RESULTADOS.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

El total de la muestra seleccionada fue de 30 sujetos de los cuales:

Un 73,3% fueron varones y un 26,7% fueron mujeres por lo que hay un importante sesgo de género en el estudio ya que el número de varones es mucho mayor que el de mujeres.

En cuanto al rango de edad estaba comprendido entre los 31 años y los 83 años con una edad media de 56,1 años.

Los datos obtenidos con respecto al tabaquismo fue de un 16,7% de no fumadores, un 66,7% de exfumadores y un 16,7% de fumadores esto nos muestra la gran cantidad de sujetos que consumían tabaco antes de sufrir el ictus.

La mayor parte de los sujetos no realizan ningún tipo de actividad ya que solo el 6,7% están trabajando y el 66,7% están retirados en cuanto al resto el 13,3% se dedica a realizar las tareas domesticas, el 3,3% está buscando un empleo y el 10% realiza otras actividades.

El nivel de estudios exceptuando únicamente a uno de los sujetos había tenido un nivel educativo elemental como mínimo. Un 3,3% solo sabía leer y escribir, el 33,3% tenía estudios elementarios, el 36,7% tenía estudios secundarios/vocacionales y el 26,7% había recibido estudios universitarios.

Variables sociodemográficas

Sexo	N	%
Varón	22	73,3
Mujer	8	26,7
Consumo de tabaco	N	%
Fumador	5	16,7
Exfumador	20	66,7
No fumador	5	16,7
Actividad actual	N	%
Empleado	2	6,7
Retirado	20	66,7
Tareas domesticas	4	13,3
Estudiante	0	0
Buscando empleo	1	3,3
Otros	3	10
Nivel de estudios	N	%
Leer/escribir	1	3,3
Elementaría	10	33,3
Secundaria/vocacional	11	36,7
universitarios	8	26,7
Trabajo en servicios sociales	N	%
Si	3	10
No	27	90

Tabla 3. Variables sociodemográficas EQ-5D

2. ECVI-38

Una vez analizados los resultados del cuestionario se concluyó que los dominios con mayor afectación eran los pertenecientes al estado físico y al de las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).

El grado de afectación según el ECVI-38 fue que el 36,7% de los sujetos no sufría ningún tipo de afectación y afectación leve para un 60% por lo tanto la percepción de los pacientes con respecto a su afectación es buena.

En lo referente al grado de recuperación ninguno de los sujetos considero que estaba totalmente recuperado ni que no se había recuperado nada. La mayoría considero que se había recuperado bastante desde el ictus. Lo cual nos indica que un gran número de sujetos tienen una percepción de mejora con respecto a la enfermedad.

CV en los diferentes dominios.

DOMINIO	MEDIA
Estado físico	41,2
Comunicación	12,9
Cognición	35,5
Emoción	33,7
Sentimiento	25,2
ABVD	34,5
AIVD	44,4
Función sociofamiliar	33,6

Tabla 4. Media de calidad de vida en los distintos dominios de la ECVI-38

Grado de afectación ECVI-38

Clasificación	N	%
Sin afectación	11	36,7
Afectación leve	18	60
Afectación moderada	1	3,3
Afectación severa	0	0

Tabla 5. Grado de de afectación según la percepción de CV con la ECVI-38

Grado de recuperación en la ECVI-38

RECUPERACION	N	%
1 = Totalmente	0	0
2 = Mucho	3	10
3 = Bastante	19	63,3
4 = Poco	8	26,7
5 = Nada	0	0

Tabla 6. Percepción de la recuperación tras el ictus con la ECVI-38

3. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS RELACIONADAS CON LA CVRS

Los sujetos con edades comprendidas entre los 31 y los 55 obtuvieron mejor puntuación con respecto al grupo comprendido entre los 56 y los 83 años por lo que el grupo más joven tiene una mejor CVRS.

Con respecto al sexo las puntuaciones son prácticamente iguales por lo que en este apartado no podríamos hacer una gran diferenciación de la percepción de la CVRS.

En cuanto al habito tabáquico la mejor puntuación la obtuvieron los ex fumadores seguido de los fumadores y en último lugar los no fumadores por lo que aquellos sujetos que consumían o consumen tabaco tienen una mejor percepción de su CVRS.

El nivel de estudios también influyo en la percepción de la CVRS de los sujetos aunque hay cierta disparidad ya que los sujetos que cursaron estudios elementarios y universitarios obtuvieron mejor puntuación con respecto a los que estudiaron secundaria. Por lo que realmente tener un mayor nivel educativo no influye especialmente en la CVRS.

Todos estos datos quedan reflejados en la siguiente tabla:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CVRS

EDAD	CVRS
31 - 55	29,3
56 - 83	34,5
SEXO	CVRS
Varón	32,8
Mujer	32,2
CONSUMO DE TABACO	CVRS
Fumador	34
Ex fumador	31,6
No fumador	36,8
NIVEL DE ESTUDIOS	CVRS
Leer/escribir	18
Elementaría	32,6
Secundaria/ vocacional	37,6
Universidad	30,5

Tabla 7. Relación entre las variables sociodemográficas y la CVRS

DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo fue estudiar la percepción que los pacientes que han sufrido un ictus tienen de su calidad de vida. El análisis de los datos obtenidos pone de manifiesto que hay una alteración en la percepción de la CVRS de los sujetos que habían sufrido un ictus en alguno de los dominios como se había propuesto. Aunque la media de los resultados nos indica una afectación leve, esta es una afectación importante ya que los sujetos entrevistados no sufren deterioro cognitivo severo y tampoco afasia.

Todos los dominios se ven afectados pero aquellos que muestran una mayor puntuación son los referentes al estado físico y las AIVD, lo que nos muestra que lo que más se ve afectado en los sujetos que han sufrido ictus es el ámbito físico ya que debido a las secuelas del ictus se ve alterada su capacidad para mover las extremidades y realizar sus actividades de la vida diaria, lo que consecuentemente merma su CVRS. Estos resultados no se corresponden con otro estudio (Taboada et al., 2007) en el que los dominios más afectados son los sentimientos y las emociones por lo que el ámbito que se vería más afectado es el psicológico y no el físico.

Con respecto al resto de dominios las puntuaciones son bastante dispares excepto en las AIVD que son bastante similares en ambos estudios.

En cuanto al grado de recuperación encontramos diferencias con respecto a la bibliografía existente. En un estudio de Taboada y sus colaboradores la mayoría de los sujetos opinaba que se habían recuperado mucho desde el ictus, sin embargo en el estudio la mayor parte de los sujetos opinaba que se habían recuperado bastante. Esta diferencia puede deberse a que la muestra elegida para este estudio tiene menos secuelas a nivel cognitivo y por lo tanto son más conscientes de su enfermedad y más objetivos en sus respuestas.

Variables como la edad sí influyen sobre la percepción de calidad de vida ya que los sujetos más jóvenes tienen una percepción mejor que aquellos más mayores. Sin embargo variables como el nivel educativo no son especialmente relevantes ya que los resultados no están relacionados con una mejor o peor percepción de calidad de vida.

El sexo femenino tiene peor CVRS que el masculino, datos que están relacionados con la predisposición que tiene la mujer a padecer trastornos anímicos ya que los cambios hormonales pueden predisponer la aparición de los trastornos depresivos; está comprobado que las diferentes hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos) tienen receptores propios en diversas áreas del cerebro. Además se ha indicado la similitud del estereotipo femenino con los rasgos depresivos. (Zarragoitía Alonso, 2013)

Uno de los datos que llama la atención es que los fumadores son los que mejor percepción tienen de su calidad de vida.

Las limitaciones del estudio fueron la no diferenciación de los sujetos según el tipo de ictus sufrido (isquémico, hemorrágicos) dando lugar a resultados generalizados de forma que no se ha podido estudiar si había relación entre la percepción de CVRS y el tipo de ictus.

No se tuvo en cuenta el tiempo transcurrido desde el ictus solo se observó que los sujetos no estuvieran en la fase aguda ni subaguda (es decir que hubiese transcurrido al menos 1 año desde el ictus)

La aportación de la terapia ocupacional sobre los dominios que más afectan a los sujetos según este estudio, son muy relevantes, ya que la terapia ocupacional según la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) es “Una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”

La mayoría de sujetos con ACV que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional obtienen beneficios en las actividades de la vida diaria. Estos se pueden conseguir mediante programas de tratamiento individual o grupal. Además, este tratamiento reduce el riesgo de complicaciones secundarias al ACV. Las personas con ACV que reciben una intervención relativamente rápida por un terapeuta ocupacional, son menos

proclives a sufrir deterioros en su capacidad para realizar actividades cotidianas, aunque estos tratamientos deben mantenerse a largo plazo y así mejorar su CVRS. (Ávila, 2014)

CONCLUSIÓN.

Como conclusión principal del estudio destacamos que el total de los sujetos entrevistados experimentaron un cambio en la percepción de su calidad de vida tras sufrir el ictus.

1. En ciertos dominios del ECVI-38 como son el estado físico y las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) los sujetos mostraron una mayor afectación con respecto al resto de dominios.
2. El sexo femenino tiene peor percepción de calidad de vida que el sexo masculino
3. En cuanto a la edad los sujetos más jóvenes tienen mejor percepción de vida que aquellos más mayores
4. El nivel de estudios no interfiere en la percepción que los sujetos tienen de su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias-Rivas, S., Vivancos-Mora, J., & Castillo, J. (2012). Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Revista de Neurología*. Recuperado a partir de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/668965>
- Ávila, I. T. (2014). Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (19), 3-.
- Buergo MA, Fernández-Concepción O, Pérez J, Lara G, Maya C, Pando A. Guías de práctica clínica para las enfermedades cerebrovasculares. *MediSur*. 2007; 5(1):222
- Chacha Coles, K. E., & Tenelema Morocho, S. R. (2014). Calidad de vida relacionada con la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios que acuden a la casa del diabético del cantón Tena, Provincia De Napo-Ecuador. Abril-septiembre 2013. Recuperado a partir de <http://www.dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/473>
- de Yébenes Prous, M. J. G., Salvanés, F. R., & Ortells, L. C. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología clínica*, 5(4), 171–177.
- Díaz-Guzmán, J., Egido-Herrero, J. A., Gabriel-Sánchez, R., Barberà, G., & Fuentes, B. (2008). Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Rev neurol*, 47(12), 617–623.
- Fernández-Concepción, O., Verdecia-Fraga, R., Álvarez-González, M. A., Román-Pastoriza, Y., & Ramírez-Pérez, E. (2005). Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Rev Neurol*, 41(7), 391–98.

- Fraga, M. J. D., & Cabeza, I. C. (2011). Calidad de vida y daño cerebral adquirido. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (14), 7.
- Mar, J., Álvarez-Sabín, J., Oliva, J., Becerra, V., Casado, M. á., Yébenes, M., ... Masjuan, J. (2013). Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*, 28(6), 332-339.
<http://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.004>
- Mena Muñoz, N. (2011). Diabetes mellitus e hipertensión arterial como factores de riesgo de infartos cerebrales. Hospital Regional del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo 2007-2009. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2405>
- Roca, M. A., Concepción-Rojas, M., & Chávez, L. (2001). La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol*, 32(8), 725–731.
- Taboada, R. B., Falcón, D. A., Gómez, C. J. G., Zuaznábar, M. A. B., & Carballosa, I. S. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cerebrovascular a los dos años de supervivencia. *Medisur*, 5(1), 41–47.
- WHO | Stroke, Cerebrovascular accident. (s. f.). Recuperado 28 de junio de 2016, a partir de http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Zarragoitía Alonso, I. (2013). Sex and gender differences in depression - proclivity in women. *Medwave*, 13(3), e5651-e5651.
<http://doi.org/10.5867/medwave.2013.03.5651>

ANEXOS

ANEXO 1. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38)

Escala De Calidad De Vida Para El Ictus (ECVI-38 v.3)

El propósito de este cuestionario es evaluar como el accidente vascular que usted sufrió, ha impactado en su salud y en su vida. Queremos saber desde SU PUNTO DE VISTA como esta enfermedad le ha afectado. Le haremos algunas preguntas acerca de los problemas causados por su 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 usted 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 usted 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 usted 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 como se siente.

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 siente usted.....?	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 tiene alguna dificultad para realizar las actividades que aparecen.

6. ¿Cuánta dificultad tiene usted 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

“Percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ACV”

7. ¿Cuánta dificultad tiene usted 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 usted 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 se ha recuperado de su enfermedad.

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

ANEXO 2. Consentimiento informado para participar en el estudio.

Estudio sobre la percepción de la calidad de vida tras el Ictus.

Sandra Rodríguez Álvarez

Yo.....,
he sido informado de que mis datos personales serán protegidos, de manera que mi nombre y apellidos no aparecerán en ningún informe o documento relativo al estudio y no serán revelados a personas externas al proceso de investigación. Por lo que, doy de forma libre mi consentimiento a que los datos obtenidos puedan ser sometidos, procesados y difundidos con fines científicos.

Tomando toda la información en consideración y entendiendo todo lo que el escrito expone, otorgo libremente mi consentimiento para la participación en este estudio.

Fecha:

Fdo.:

ANEXO 3. Cuestionario de salud (EQ-5D)

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Varón	Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

4. Es usted:

<i>fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ex-fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>nunca ha fumado</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué?

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

<i>empleado o trabaja para si mismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>retirado o jubilado</i>	<input type="checkbox"/>
<i>tareas domésticas</i>	<input type="checkbox"/>
<i>estudiante</i>	<input type="checkbox"/>
<i>buscando trabajo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>otros (por favor especifique)</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Elementaria, intermedia	<input type="checkbox"/>
Secundaria, vocacional	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí: