

11222  
30



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
MEDICINA DE REHABILITACIÓN

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

“ MEDICIÓN DE LA EFICACIA EN REHABILITACIÓN  
INTEGRAL DEL PACIENTE CON SECUELAS DE  
ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR EN EL CENTRO  
NACIONAL DE REHABILITACIÓN ”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN

PRESENTA:  
DRA. MARÍA DEL CARMEN MÉNDEZ DÍAZ

PROFESOR TITULAR:  
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

ASESORES:  
DRA. BLANCA JIMÉNEZ HERRERA



C. N. R.  
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

MÉXICO, D. F.

FEBRERO DE 2003

A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

**DR. LEOBARDO C. RUÍZ PÉREZ**  
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIONES MEDICAS  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

*[Firma]*  
**DRA. MATILDE ENRIQUEZ SANDOVAL**  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

*[Firma]*  
**MC JORGE LETECHIPIA**  
JEFE DE DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN

*[Firma]*  
**ASESOR:**  
**DRA. BLANCA JIMÉNEZ HERRERA**  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN  
GERIÁTRICA



MÉXICO, D. F.

FEBRERO DE 2003

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

B

**AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE SER Y ESTAR.**

**A MIS HIJOS VALERIA, JORGE Y DIEGO POR SER LA LUZ EN MI  
SENDERO Y ALEGRIA EN MI CORAZÓN.**

**A MI ABUELITA CARMEN, MI TIA EMMA Y MI PADRE POR EL AMOR Y  
APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE HE RECIBIDO DE ELLOS.**

**A MI ESPOSO FREDY POR SU COMPRESIÓN . TE AMO.**

**A MIS HERMANOS : MIGUEL ANGEL, BERENICE, QUIQUE, CARLOS Y  
MARCO, POR TODO LO QUE ME HAN OFRECIDO SIEMPRE.**

**A LA FAMILIA CHAVEZ GONZALEZ POR TODOS SUS CONSEJOS Y  
APOYO .**

**A MIS PROFESORES POR SUS ENSEÑANZAS .EN ESPECIAL A LA DRA.  
JIMENEZ POR SU CONFIANZA EN LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE  
TRABAJO, A LA DRA CAMPOS POR SUS CONSEJOS .**

**A MIS COMPAÑERAS : PINA, LUPITA, MONICA, GLADYS, ELIZABETH,  
JUDITH, FABY Y ROSY POR SU APOYO Y TOLERANCIA .**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**A LOS PACIENTES QUE CONFIARON EN EL ESTUDIO :**

***Muchos de vuestros dolores los escogéis vosotros mismos.***

***Son la pócima amarga con la cual el médico que lleváis dentro cura vuestras enfermedades.***

***Por tanto, confiad del médico y bebed su remedio en silencio y tranquilamente:***

***Porque su mano, aunque dura y pesada es conducida por la tierna mano del Invisible.***

***Y la copa que ofrece, aunque queme vuestros labios, ha sido modelada con la arcilla que el Alfarero humedeció con Sus propias y sagradas lágrimas.***

**GIBRAN JALIL GIBRAN**

**UNESIS CON  
FALLA EN ORIGEN**

**TÍTULO:**

**“ Medición de la Eficacia en Rehabilitación Integral del Paciente con Secuelas de Accidente Cerebral Vascular”**

**TÍTULO CORTO:**

**“ Rehabilitación en Accidente Cerebral Vascular ”**

**AUTORES:**

Dra. María del Carmen Méndez Díaz  
Médico Residente de Tercer Grado, Medicina de Rehabilitación

Dra. Blanca Jiménez Herrera  
Médico Adscrito al Servicio de Rehabilitación Geriátrica

**COLABORADORES:**

Dr. Saúl Renán León Hernández  
MC Jorge Letechipia

Centro Nacional de Rehabilitación  
Av. México – Xochimilco # 289  
Col. Arenal de Guadalupe  
Del. Tlalpan  
México: D. F.  
Tel: 59-99-10-00

**ABREVIATURAS:**

ACV: Accidente cerebral vascular  
SS-QOL: Specific Stroke Scale of Quality of Life

**CORRESPONDENCIA:**

Calle 11 # 42  
Col. Moctezuma, Primera Sección  
Del. Venustiano Carranza  
C. P. 15500  
Tel: 26-43-17-37

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

Se ha intentado valorar la repercusión del Accidente Cerebral Vascular en la Calidad de Vida, pero no la posible relación del tratamiento rehabilitatorio integral y su repercusión sobre la calidad de vida. El objetivo fue la valoración en la eficacia del tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con secuelas de accidente cerebral vascular, utilizando la escala SS-QOL como instrumento específico e calidad de vida. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en pacientes con un año de evolución portadores de secuelas de accidente cerebral vascular, sin problemas cognitivos, se aplicó la escala SS-QOL a 53 pacientes 20 femeninos 33 masculinos edad promedio de 68.1 años, calificación de la escala. Estado anímico Muy Bien 23 pacientes, Conformidad estado anímico 33 pacientes. categorías con mayor correlación, energía, movimiento, rol familiar, lenguaje y confiabilidad de 0.6153 alfa de Cronbach. En conclusión se corrobora la independencia del trabajo del equipo rehabilitatorio, los factores más predictivos para el pronóstico de los pacientes son sexo femenino, edad menor 69 años, buen estado de salud y mental, así como un apoyo total familiar y social.

TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define Al Accidente Cerebral Vascular como: "Signo clínico de trastorno focal de la función cerebral de rápido desarrollo y origen supuestamente vascular: de duración superior a 24 horas"(1).

Constituye actualmente una de las principales causas de muerte en los países industrializados: representa hasta un 50% del total de la patología neurológica global en hospitales generales; es una de las principales causas de discapacidad física y, por ello representa un problema importante de costo social, en nuestro país ocupa la quinta causa de mortalidad en pacientes a partir de la quinta década de la vida, la prevalencia aproximada es de un 2 por 1.000 y el pronóstico es de muerte en las tres primeras semanas es cerca del 30% de los casos, de recuperación completa en otro 30% y de discapacidad residual en el 40% restante(2).

La evaluación del paciente con secuelas de Accidente Cerebral Vascular (ACV) es multidimensional, tradicionalmente se ha medido la recuperación con escalas físicas de discapacidad, las funciones emocional, social, y nivel funcional deben de ser consideradas como conceptos a evaluar para la reintegración del paciente a su vida dentro de su esfera biopsicosocial normal.

Pero existen una serie de complicaciones específicas en los supervivientes de un ACV que pueden limitar su calidad de vida tales como:

**RIESGO DE CAIDAS:** La probabilidad de caídas aumenta en proporción al número de factores de riesgo, entre los que destacan la debilidad motora tras una hemiparesia, la disminución de la agudeza visual del sujeto, el efecto farmacológico de sustancias sedantes

TESIS CON  
FALLA DE COPIEN



y el estado general de salud tras la enfermedad, además de la pérdida de propiocepción(9).

**HOMBRO DOLOROSO:** Es la complicación más frecuente de la hemiplejia y está en estrecha relación con la espasticidad. La subluxación anteroinferior de la cabeza humeral y el síndrome de distrofia simpática refleja puede aparecer hasta en un 27% de los pacientes. Es más frecuente en las hemiplejias espásticas que en las flácidas (8).

**DEGLUCIÓN:** Los problemas de deglución en la fase aguda también son comunes, no obstante en la mayoría se recupera en las primeras semanas, sin embargo la presencia de disfagia se ha asociado con un riesgo mayor de muerte, debido a neumonías por aspiración, desnutrición o deshidratación, la discapacidad, el aumento de los días de estancia intrahospitalaria y la necesidad de cuidados institucionalizados(9). La mortalidad en pacientes con disfagia se estima en un 37%(7).

**INCONTINENCIA URINARIA:** Aparece en el 70% de los ACV sensitivomotores que presentan negligencia en un 85% de los infartos totales de la circulación anterior, pero a los 4 meses la probabilidad de presentar incontinencia en los infartos acompañados de un déficit motor grave del 50%(9), en la fase aguda la incontinencia se comporta como un predictor de muerte discapacidad grave y como un factor de peso en el destino a la alta del hospital. En la fase crónica supone una medida de sobrecarga no solo del paciente sino también del cuidador(10).

**MOBILIDAD, AFASIA, DEPRESION:** La discapacidad se ve influenciada por las escasas posibilidades de reincorporarse a la vida productiva y por la modificación en los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hábitos de transporte y comunicación los que dejan secuelas irreparables y poco dispuestas a rehabilitación como resultado el estado de animo es deprimente que imposibilita la actuación del paciente dentro de su sociedad y como persona productiva en la misma.

La calidad de vida puede ser valorada desde muchas variantes tales como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, así como la percepción subjetiva de la enfermedad, hechos que han preocupado a muchos investigadores y los que han realizado múltiples escalas, índices, las cuales llevan como objetivo principal acercarse lo más posible al concepto de calidad de vida.

Sin embargo con este concepto se ha quedado en corto la percepción que se tiene de la calidad de vida cuando esta se ve afectada por una enfermedad, lo que ha desarrollado una nueva definición en la que "Calidad de vida relacionada con la salud" es aquella a la que se le asigna un valor a la duración de la vida modificada por la incapacidad, el estado funcional, la percepción y las repercusiones sociales debidas a una enfermedad, un accidente o una decisión política, social o sanitaria(8).

Para ello se consideran al menos 4 dimensiones: física, funcional, psicológica y social.

En la dimensión salud física se refiere a los síntomas físicos, dolorosos o no causados por la enfermedad o su tratamiento. La salud funcional hace referencia a la capacidad del sujeto de cuidarse por sí mismo, su grado de ambulación, su actividad física así como la capacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas familiares y laborales. La dimensión psicológica incluye el funcionamiento cognoscitivo, emocional, el nivel de satisfacción vital, la felicidad y la percepción general de la salud. Por último la dimensión social la que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

se refiere a la interacción del paciente con su entorno social y el estado de autoestima personal ante una enfermedad crónica(9).

Los instrumentos genéricos de la medición de calidad de vida tienen su origen en las expresiones utilizadas por los pacientes cuando están enfermos. Proporcionan un perfil de salud de un individuo o una población, según las diferentes dimensiones de la calidad de vida incluidas, estos cuestionarios no se centran en una población específica por lo que son adecuados para la utilización en muchos tipos de pacientes, su característica más notoria, es la posibilidad de detectar los efectos relativos de una enfermedad y de un tratamiento sobre las dimensiones de la salud, permitiendo realizar comparaciones sobre la calidad de vida en diversas poblaciones.

Los cuestionarios más utilizados son el Sickness Impact Profile , SF-36 y el perfil de salud de Nottingham(18).

Siendo de gran necesidad para asignar recursos, realizar costos comparativos y comparar relación costo-beneficio de los diferentes protocolos, actos terapéuticos y medidas preventivas, además de ayudar a modificar los programas de provisión de servicios de salud pública en nuestra población por el impacto socioeconómico que trae a las instituciones y a los familiares del paciente.

En el año de 1999 Linda S y cols. Publicaron la primera escala específica para la medición de la calidad de vida en los pacientes Post ACV llamada STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE(18), que derivó del estudio de escalas tales como: SF-36, Beck Depression Inventory, National Institutes of Health Stroke Scale, y del Índice de Barthel,.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dicha escala contiene dominios tales como energía(4ítems), roles familiares(8ítems), lenguaje(7ítems), movilidad(12ítems), estado de animo(8ítems), personalidad(4ítems), autocuidado(8ítems), roles sociales(7ítems),pensamientos(4ítems), función de extremidades superiores(9ítems), visión(4ítems), actividades laborales(3ítems), con un total de 78 ítems, esta escala aplicada a los paciente postACV arroja datos certeros de las complicaciones específicas que estos paciente sufren , y orienta su rehabilitación hacia objetivos específicos de tratamiento. En comparación con otras escalas genéricas ha tenido mejor cobertura en la valoración de la calidad de vida, ya que contiene categorías específicas en los rubros de visión, lenguaje, función de extremidades superiores y cognición , con la que se evalúa integralmente al paciente.

El objetivo del presente estudio fue la valoración de la eficacia en el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con secuelas de Accidente Cerebral Vascular utilizando la escala SS-QOL como instrumento específico de calidad de vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en pacientes con secuelas de accidente cerebral vascular que acudieron al Centro Nacional de Rehabilitación durante el periodo de febrero 2002 a diciembre 2002, con promedio de 1 año de evolución del evento, y un mínimo de 6 meses en tratamiento rehabilitatorio integral y multidisciplinario en el área de Medicina de Rehabilitación, se aplicó un Mini Mental Test para conocer su estado cognitivo, así como su cooperación durante la entrevista, con esto se excluyeron pacientes que tuvieran puntajes menores de 23 en el Mini Mental test y que abandonaran el tratamiento establecido, posteriormente se aplicó la escala SS\_QOL versión en español (Anexo A) a 53 pacientes, se recabaron también datos generales como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tipo ACV y lado hemipléjico.

La escala SS-QOL contiene 12 categorías, con 78 ítems, se califica del 1 al 5 asignando 1 Como totalmente dependiente y 5 a totalmente independiente. Dando así puntuaciones: para la categoría de Energía = 20 puntos, rol familiar = 40 puntos, lenguaje =35 puntos, movimiento = 60 puntos, estado de animo = 40 puntos, personalidad 20 puntos, autocuidado =40 puntos, rol social =35 puntos, pensamiento =50 puntos, función de extremidades superiores = 45 puntos, visión = 20 puntos, y trabajo y productividad =15 puntos. Obteniendo la calificación total con la suma de cada uno de los ítems de cada categoría de la siguiente manera:

256-385= sentirse muy bien

129-256= estado anímico conforme.

0- 129 = peor estado anímico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se correlacionó con alfa de Cronbach para demostrar la medición de consistencia y validez en cuanto a la escala en español. Posteriormente se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos obtenidos por las encuestas.(distribución de frecuencias, y medidas de tendencia central).

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

## RESULTADOS.

Se incluyeron en el estudio 53 pacientes con antecedente de ACV, con promedio de edad de 68.1  $\pm$  11-8, respecto a la etiología correspondió al tipo hemorrágico una edad promedio de 69 años y al trombótico de 67 años de edad.

De los cuales 20(37.73%) pertenece al género femenino con edad promedio de 68.3 años y 33 (62.26%) varones con una edad promedio de 68 años de edad, sin significancia estadística en estas variables(TABLA 1).

En relación al tipo hemorrágico encontramos un predominio del sexo masculino con 18 Casos (72%), y respecto a la ocupación: desempleados 24 casos (45.28%), ama de casa 13 casos (24.52%), jubilados 16 casos (30.18), escolaridad : analfabeta 8 casos (15.09%), primaria 23 casos (43.3%), secundaria 18 casos (34%), a nivel técnico 3 casos (5.66%) y profesional, 1 caso (1.88%), estado civil se encontraron: solteros 1 caso (1.88%), casados 26 casos (49%), viudos 16 casos (30.2%) y separados 10 casos (18.9%).

Dentro del hemicuerpo afectado se encontró 33 casos para el lado derecho (62.26%), y 20 casos para el lado izquierdo (37.74%).

De acuerdo a la calificación de la escala aplicada se encontraron a 30 pacientes con Conformidad de su estado anímico actual (56.60%) y 23 pacientes con calificación de: "Muy Bien" en relación a su estado anímico actual (43.4%).(TABLA 2)

Se analizaron las 12 categorías y se obtuvieron los siguientes resultados: Energía con un promedio de 13.6 puntos(S 2.9), rol familiar promedio de 23.2 puntos (S 6.1), lenguaje con promedio de 24.4(S 6.2), movimiento con promedio de 41.9 puntos (S6.3), estado de animo con promedio de 22 puntos (S 4.9), autocuidado con promedio 26 puntos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(S 5.9), rol social con promedio de 18.8 puntos (S 5.8), función de extremidades superiores con promedio de 32.9 puntos (S 4.4), visión con promedio de 16.2 puntos (S 2.3), y productividad con promedio de 9.3 puntos (S 1.6).(TABLA 3)

Se realizó coeficiente de contingencia de Pearson en el cual se demostró la correlación de 5 de las categorías: energía, rol familiar, rol social, lenguaje y movimiento (TABLA4), Se aplicó a las 12 categorías el alfa de Cronbach, con intervalo de confianza del 95% resultando: 0.2143 (mínimo -0.1383 y máximo de 0.49.37), con tan sólo 5 de las categorías que obtuvieron mayor correlación con el coeficiente de Pearson, el índice de Cronbach fue 0.6153 (mínimo 0.4131 y máximo 0.7603), se clasificaron los resultados de la muestra de acuerdo a la edad de esta forma, menores de 68 años, y mayores de 69 años, se aplicó de esta manera nuevamente el índice de alfa de Cronbach en las 5 categorías y demostró lo siguiente: mayor índice de confianza en las personas con edades por arriba de los 69 años y del género masculino,( 0.65.61 , 0.6632 respectivamente)

S. DESVIACIÓN ESTANDARD.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## DISCUSIÓN.

El Accidente Cerebral Vascular , junto con la cardiopatía isquémica y las neoplasias, son las causas más importantes de mortalidad en los países desarrollados,(1,2,4)

La morbilidad asociada a la patología vascular también es muy elevada. En este sentido, del 30al 40% de los pacientes que sobreviven a la fase aguda quedan ostensiblemente discapacitados.

En los últimos años ha existido un interés creciente en el conocimiento, no sólo de la eficacia de los tratamientos aplicados a nuestros pacientes con secuelas de accidente cerebral Vascular, sino también en el de la visión que ellos mismos tienen de su situación personal y de la satisfacción con dicha patología, además de su percepción del bienestar físico, psicológico y social que se ve repercutido en dicha instancia. Lo que ha documentado el diseño de cuestionarios que traten de evaluar la calidad de vida y la intensidad que la rehabilitación ha mejorado la misma.

Actualmente sigue siendo difícil predecir, tras una primera valoración rehabilitatoria , cuál será la evolución del paciente, en el presente estudio se demostró que las barreras para la rehabilitación de estos pacientes siguen siendo las del tipo emocional y social. Dentro de ellas la depresión resultó ser un factor importante para su recuperación, los pacientes que tenían armonía dentro de su entorno familiar y social, tuvieron un mejor desempeño en las actividades y el seguimiento de su rehabilitación, desafortunadamente cuando la edad incrementa la evolución de la rehabilitación se ensombrece .

Con la aplicación de la escala SS-QOL, resulta interesante que dicha herramienta aplicada a nuestra población difiera de los resultados comentados por la autora, desafortunadamente para nuestros pacientes de las 12 categorías únicamente sea objetiva y cualitativa dentro de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4 categorías(energía, rol familiar, lenguaje y movimiento), las que contienen un índice de alfa de Cronbach más confiable(0.61) con relación al resto de las categorías, y que estas se inclinan con mayor confiabilidad al sexo masculino.

Duncan et al(19), encontró que el ACV influye en todos los aspectos de la calidad de vida salvo en el dolor. Bethooux et al(20), en un estudio transversal de 45 pacientes sugiere que la calidad de vida de los sujetos con ACV se deteriora después de los 6 meses del evento.

Jonkman et al (21) en un estudio de seguimiento de 35 pacientes, encuentra que tras un ACV se produce un deterioro en la calidad de vida en el que influyen de forma negativa la presencia de depresión y el grado de paresia y que tienden a mejorar hacia el año.

Neau et al (22) encuentra que el déficit neurológico en fase aguda es el factor predictor más importante de la calidad de vida en 65 pacientes jóvenes con ACV.

Nosotros concluimos que a diferencia de los trabajos anteriormente comentados, en nuestra población: el sexo femenino, los pacientes con edades menores de 69 años, el buen estado de salud mental y general, así como un buen apoyo social son los factores predictivos que mejor se relacionan con el bienestar subjetivo en nuestros pacientes.

Aunque nuestro grupo de estudio fue pequeño y nuestros resultados deben ser confirmados por otros más amplios, podemos concluir que, en general, existe una relación estrecha entre la percepción de la calidad de vida, el apoyo social y los acontecimientos estresantes posteriores al accidente el tratamiento rehabilitatorio influyendo de manera catastrófica en la evolución del paciente, afectando de manera especial los rubros de relaciones interpersonales(familiares y sociales), el nivel de energía, lenguaje y movimiento.

TESIS CON  
FALLA DE OPIGEN

**BILIOGRAFIA.**

1. Marce L. Hackett. Health-related quality of life among long term survivors of stroke. Stroke . 2000;31: 440-447
2. John Young Caring for older people. British Medical Journal of Medicine. 1996;313:677-681(sept).
3. Carod-Artal.J.A Coste directo de la enfermedad cerebrovascular en el primer año de seguimientoCOSTE Revista de Neurologia 1999;28(12) 1123-1130.
4. Elliot j. Roth .MD et al. Impairment and disability their relation during stroke rehabilitation . Arch Phys Med Rehabil vol 79 Marc 1998:329-335.
5. Carod-Artal j. MD. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after Stroke. Experience of a stroke unit.. Stroke 2000; 31:2995-3000.
6. Marcia A. Testa. M:P:H. Assesment of quality of life. The New England Journal of Medicine. Vol. 334 ;13 :835-840.
7. F. Bethoux. MD .Changes in the quality of life of hemiplegic Stroke patients with time . J. Phys Med. Rehabil. 1999;78:19-23.
8. Palle M. Pedersen.MA. Comprehensive assesment of quality of life in Stroke. The Copenhagen Stroke Study. Arch. Phys Med. Rehabili.1997;78:161-165
9. Craig Andersen et al . Validation of the Short form 36(SF#&) Health survey questionnaire among Stroke. Stroke 1996;27:1812-1816
10. Rosemarie Biking PhD. Quality of life after stroke. Stroke 1996;27:1467-1472.
11. James. Aruda. Measurement of moor states in Stroke patients validation of the visual analog mood scales. Arch. Phys. Med. Rehabil 1999; 80:676-680.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

12. Tammy o. Tengs. Health-related quality of life after Stroke. A comprehensive review. Stroke 2001;32:972-974.
13. Mehoool Patel. The process of rehabilitation and discharge planning in Stroke. A controlled comparison between Stroke Units. Stroke 1998; 29 :2484-2487.
14. Janet L. Ingles Fatigue after Stroke. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80:173-178
15. Mary E. Segal. Assesing handicap of stroke suvivors. A validation study of the Caring handicap asesment and reporting technique. Am. J. Phys Med:Rehabil. 1995;74:276-286.
16. Paul J. Dorman. How do scores on the EURO-QOL relate to scores on the SF36 after Stroke?. Stroke. 1999 ;30:2146-2151.
17. Van Straten MS A Stroke adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP30) Stroke 1997 28: 2155-2162
18. Marja- Liisa Domains and determinants of quality of life after Stroke caused by brain infarction. Arch. Phys Med Rehabil. 2000;81:1541-1546.
19. Linda S. Williams , MD Development of a Stroke Specific Quality of life scale. Stroke 1999.;30: 1362-1369.
20. Bethoux F et al Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: a preliminary report. Am J Phys Med Rehabil 1999;78:19-23
21. Jonkman EJ; et al Quality of life after firts stroke. Long term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. Acta Neurol Scand 1998;98:169-175.
22. Neau JP, et al Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults . Cerebrovasc dis. 1998;8:296-302.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA I DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

SEXO	HEMORRAGICO	TROMBOTICO	P
MASCULINO	68.3 años	67.8 años	>0.05
FEMENINO	71.1 años	66.8 años	>0.05
P	>0.05	0.05	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 2. DATOS GENERALES**

	HEMORRAGICO (n=25)	TROMBOTICO (n=28)	P
SEXO(m)	18	15	0.13
OCUPACIÓN			
DESEMPLEADOS	11	13	
AMA DE CASA	5	8	0.62
JUBILADO	9	7	
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	5	3	
PRIMARIA	11	12	
SECUNDARIA	6	12	0.17
TECNICO	3	0	
PROFESIONAL	0	1	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	1	0	
CASADO	15	11	
VIUDO	6	10	0.25
SEPARADO	3	7	
LADO HEMIPLEJICO			
DERECHO	15	18	0.48
IZQUIERDO	10	10	
CLASIFICACIÓN			
MUY BIEN	13	10	0.18
CONFORME	12	18	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 3. CATEGORÍAS SS-QOL**

CATEGORÍA	X	S
ENERGÍA	13.6	2.9
ROL FAMILIAR	23.2	6.1
LENGUAJE	24.4	6.2
MOVIMIENTO	41.9	6.3
ESTADO DE ANIMO	22.0	4.9
PERSONALIDAD	10.5	4.4
AUTOUIDADO	26.0	5.9
ROL SOCIAL	18.8	5.8
PENSAMIENTOS	13.0	2.4
FUNCION MIEMBROS SUPERIORES	32.9	4.4
VISION	16.2	2.3
PRODUCTIVIDAD	9.3	1.6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

S. desviación estandard

**TABLA 4 CORRELACIÓN DE 4 CATEGORIAS**

CATEGORIA	CORRELACION DE PEARSON	P
	ROL FAMILIAR	0.556
ENERGIA	VISION	-3.80
	LENGUAJE	0.325
	LENGUAJE	0.383
ROL FAMILIAR	ESTADO DE ANIMO	0.440
	PERSONALIDAD	0.364
LENGUAJE	MOVIMIENTO	0.286
	ESTADO DE ANIMO	-0.375
MOVIMIENTO	AUTOCUIDADOS	-0.297
ROL SOCIAL	PERSONALIDAD	0.498

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



**TABLA 5. INDICE DE CONFIABILIDAD Alfa de Cronbach**

ALFA GENERAL	0.2143	-0.1383	0.4937	0.10
ALFA 4 ITEMS(ENERGIA, ROL FAMILIAR, LENGUAJE Y MOVIMIENTO)	0.6153	0.4131	0.7603	0.0001
ALFA 4 CATEGORIAS < 69 Años	0.6163	0.3166	0.8047	0.0005
ALFA 4 CATEGORIAS >69 Años	0.6561	0.3670	0.8328	0.0003
ALFA 4 CATEGORIAS MUJERES	0.5213	0.0540	0.7897	0.0169
ALFA 4 CATEGORIAS HOMBRES	0.6632	0.4263	0.8179	0.00001

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO A.****SS-QOL.**

**(1)** 1 AYUDA TOTAL. 2 AYUDA CON FRECUENCIA 3 ALGO DE AYUDA 4 POCA AYUDA 5 NO NECESITO AYUDA.

**(2)** 1. NO PUEDO HACER TODO. 2 TENGO PROBLEMAS CON FRECUENCIA 3 TENGO ALGO DE PROBLEMAS AL HACERLO. 4 TENGO UN POCO DE PROBLEMA 5. NINGUN PROBLEMA.

**(3)** 1 MUY DE ACUERDO. 2 MODERADAMENTE DE ACUERDO 3 ME DA IGUAL. 4 DESACUERDO 5 TOTALMENTE EN DESACUERDO.

1. PIERDO TODO MI TIEMPO EN CAMA. (3)
2. ME SIENTO CANSADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. (3)
3. TENGO QUE PARAR A DESCANSAR ALGUNOS MOMENTOS DURANTE EL DIA. (3)
4. ME SIENTO MUY CANSADO PARA REALIZAR COSAS QUE QUIERO HACER. (3)

1. NECESITA AYUDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DENTRO DE SU CASA?(1)
2. NECESITA PARAR Y DESCANSAR CUANDO REALIZA ACTIVIDADES EN CASA?(2)
3. NECESITA AYUDA PARA IR DE COMPRAS?(1)
4. NECESITA AYUDA PARA REALIZA ASUNTOS PERSONALES, O DESIGNA UN REPRESENTANTE LEGAL?(1)
5. NO SE UNE A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS CON LA FAMILIA. (3)
6. ALGUIEN LO TRASLADA ALREDEDOR DE LA CASA?(2)
7. SIENTE QUE A VECES ES UNA CARGA PARA LA FAMILIA?(2)
8. MI CONDICION FISICA INTERFIERE MI RELACION CON LA FAMILIA(3)

1. TIENE ALGUN PROBLEMA DE COMUNICACION, POR EJEMPLO NECESITA UTILIZAR GESTOS O SEÑALAR?(2)

2. TIENE PROBLEMA PARA HABLAR, POR EJEMPLO TARTAMUDEAR, BALBUCEAR, O SE SALTA PALABRAS?(2)

3. TIENE PROBLEMA PARA HABLAR CLARAMENTE LO SUFICIENTE PARA USAR EL TELEFONO? (2)

4. TIENE PROBLEMAS PARA ENTENDER LO QUE DICE LA GENTE? (2)

5. LAS PERSONAS TIENEN PROBLEMAS PARA ENTENDER LO QUE DICE?(2)

6. TIENE ALGUN PROBLEMA PARA ENCONTRAR PALABRAS QUE EXPRESEN LO QUE QUIERES DECIR?(2)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 7. TIENE QUE REPETIR LO QUE OTROS PARA ENTENDER?(2)

- 1.TIENE ALGUN PROBLEMA PARA CAMINAR( SÍ EL PACIENTE NO CAMINA PASE A LA PREGUNTA M7.CALIFIQUE M2-M6 COMO 1)
- 2.PIERDE EL BALANCE CUANDO CAMINA?(2)
- 3.SIENTES INSEGURIDAD AL CAMINAR?(2)
- 4.PIERDE EL BALANCE CUANDO SE AGACHA PARA RECOGER ALGO?(2)
- 5.TIENE QUE EMPUJARSE DE ALGUN LADO PARA CAMINAR? (2)
- 6.TIENE PROBLEMAS PARA SUBIR ESCALERAS?(2)
- 7.TIENE QUE PARAR A DESCANSAR MAS DE LO QUE PUEDES CAMINAR O UTILIZAR LA SILLA DE RUEDAS?(2)
8. TIENE PROBLEMAS PARA ESTAR DE PIE? (2)
9. TIENE PROBLEMAS PARA SALIR DE UNA SILLA?(2)
- 10.NECESITA AYUDA PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS(2)
- 11.NECESITA AYUDA PARA SALIR CON UNA SILLA?(2)
- 12.NECESITA AYUDA PARA CAMINAR, CON OTRA PERSONA, PERRO, ANDADERA O SILLA DE RUEDAS? (2)

1. SIENTE PERDIDO SU FUTURO?(3)
2. ESTA EN DESACUERDO CON SU FUTURO?(3)
3. NO LE INTERESAN OTRAS GENTES O ACTIVIDADES?(3)
4. DUERME MAS DE LO QUE QUISIERA?(3)
5. TIENE POCO INTERES EN EL SEXO?(3)
6. SE SIENTE AISLADO CON OTRAS PERSONAS?(3)
7. TIENE POCA CONFIANZA EN SÍ MISMO?(3)
8. NO ESTA INTERESADO EN LOS ALIMENTOS?(3)

- 1.ES MUY IRRITABLE(3)
- 2.ES IMPACIENTE CON OTRAS PERSONAS?(3)
- 3.SU PERSONALIDAD ES CAMBIANTE(3)
4. NO ES LA PERSONA QUE USUALMENTE ERA?(3)

- 1.NECESITA AYUDA PARA PREPARAR ALIMENTOS?(1)
- 2.NECESITA AYUDA PARA COMER POR EJEMPLO CORTAR SU COMIDA?(1)
- 3.TIENEN ALGUN PROBLEMA PARA DEGLUTIR?(2)
- 4.NECESITA AYUDA PARA VESTIRSE, POR EJEMPLO, PONERSE LOS CALCETINES, AMARRARSE LAS AGUJETAS, ABOTONARSE, O SUBIR CIERRES?(1)
5. NECESITA AYUDA PARA BAÑARSE?(1)
- 6.TIENEN PROBLEMAS PARA CONTROLAR SU ORINA?(MOJA SUS PANTALONES) (2)
- 7.TIENE PROBLEMAS PARA CONTROLAR SU DEFECACION? (2)
- 8.NECESITA AYUDA PARA USAR EL BAÑO? (1)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1.NO SALE TAN FRECUENTEMENTE COMO QUISIERA? (3)
- 2.TIENE QUE ABSTENERSE DE ACTIVIDADES SOCIALES FUERA DE SU CASA, COMO POR EJEMPLO SALIR A COMER, ASISTIR A LA IGLESIA, VISITAR AMIGOS?(3)
- 3.TIENE PROBLEMAS PARA DISTRAERSE EN SU CASA?(2)
- 4.REALIZA SUS HOBBIES O ACTIVIDADES RECREATIVAS POR PERIODOS CORTOS YA QUE SE FATIGA?(3)
- 5.NO VE A SUS AMIGOS CON LA FRECUENCIA QUE QUISIERA?(3)
6. TIENE SEXO EN MENOR CANTIDAD QUE COMO QUISIERA(3)
- 7.SU CONDICION FISICA INTERFIERE CON SU VIDA SOCIAL?(3)

- 1.RIE Y LLORA MUY FACILMENTE. (3)
- 2.ES MUY DIFICIL PARA USTED CONCENTRARSE?(3)
- 3.TIENE PROBLEMAS PARA RECORDAR COSAS(3)
- 4.TIENEN QUE ESCRIBIR LAS COSAS PARA RECORDARLAS?(3)

- 1.TIENE PROBLEMAS PARA ESCRIBIR O MECANOGRAFIAR?(2)
- 2.TIENE PROBLEMAS PARA PONERSE LOS CALCETINES?(2)
3. TIENE PROBLEMAS PARA ABOTONARSE? (2)
- 4.TIENE PROBLEMAS PARA AMARRARSE LOS ZAPATOS?(2)
- 5.TIENE DIFICULTAD PARA SUBIR LOS CIERRES?(2)
6. TIENE PROBLEMAS PARA ABRIR UN FRASCO?(2)
7. TIENE DIFICULTAD PARA MARCAR EL TELEFONO?(2)
- 8.NECESITA AYUDA PARA LAVAR PLATOS?(2)
9. NECESITA AYUDA PARA LAVAR ROPA?(2)

1. TIENE PROBLEMAS PARA VER LA TELEVISION?(2)
2. TIENE PROBLEMAS PARA ALCANZAR COSAS POR TENER POCO ALCANCE VISUAL?(2)
3. TIENE PROBLEMAS VIENDO COSAS DE UN LADO A OTRO?(2)
4. TIENE DIFICULTAD PARA LEER?(2)

1. TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR SU TRABAJO DIARIO DENTRO DE CASA?(2)
2. TIENE DIFICULTAD PARA TERMINAR TRABAJOS QUE YA EMPEZO?(2)
3. TIENE DIFICULTAD REALIZANDO LABORES DE USUALMENTE YA REALIZABA?(2)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN
------------------------------