

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO SOBRE CALIDAD DE
VIDA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:
JUAN ALBERTO HEREDIA MELLADO**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
COMITÉ: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
MTRO. JORGE R. PÉREZ ESPINOZA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DR. ARIEL VITE SIERRA**

MÉXICO, D.F.

2007



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.

A mi mamá que desde lo alto me manda sus bendiciones, y a mi papá por permitirme alcanzar una gran meta en la vida. Gracias por todo, los quiero mucho.

A mi hermana y hermanos, por su inestimable compañía.

A mis abuelos. Por la bondad de sus vidas.

A mi gran abuelo Manuel Morales Alvarado. Se que este reconocimiento llega tarde, pero seguramente lo estas viendo, MUCHAS GRACIAS.

A mi tía Aída por su gran amor y apoyo a lo largo de mi vida.

A mi madrina Guillermina Mejía, por su preocupación y afecto hacia mi persona. GRACIAS.

A la Mtra. Diana Arboleda Ramírez por su gran apoyo en la realización de este posgrado. GRACIAS.

Estoy en deuda con el diligente Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por su gran paciencia y atención en la elaboración de esta investigación.

GRACIAS.

INDICE

	Pág.
Resumen.	1
Introducción.	3
Capítulo I ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.	
1.1 Definición.	8
1.2 Origen y causas de la EVC.	10
1.2.1 Factores de riesgo externos.	10
1.2.2 Factores de riesgo internos.	12
1.3 Los tipos principales de EVC.	14
1.4 Consecuencias de la EVC.	15
1.4.1 Secuelas físicas de la EVC.	16
1.4.2 Secuelas cognoscitivas de la EVC.	18
1.4.3 Secuelas psicoafectivas de la EVC.	19
1.5 Prevalencia e incidencia en México.	23
Capítulo II CALIDAD DE VIDA.	
2.1 Definición.	26
2.2 CV relacionada a la salud.	29
2.2.1 Aspectos de la CVRS en la EVC.	32
2.2.2 CV en la EVC.	32
2.2.3 Dimensiones de la calidad de vida en la EVC.	34
2.3 Instrumentos de la calidad en la EVC.	35

2.4 Problemas principales en nuestro país.	37
2.4.1 Situación en el área de salud.	37
2.4.2 Situación en las instituciones nacionales.	38
2.4.3 Breve propuesta para soluciones en hospitales.	39

METODO

Planteamiento del problema.	40
Justificación.	40
Objetivos.	41
Hipótesis.	42
Variables.	42
Participantes.	43
Diseño de investigación.	43
Sujetos.	43
Procedimiento.	44
Resultados.	51
Discusión y Conclusiones.	62
Referencias.	67
Anexos.	71

RESUMEN

Se describe la investigación preliminar para la construcción de un instrumento de Calidad de Vida (CV) en pacientes que sufren Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).

La EVC es un cuadro clínico que ocupa la tercera causa de mortalidad en México. El cuadro clínico se caracteriza por ser un evento que impide la irrigación sanguínea en alguna área del cerebro, y que deviene en ruptura de arteria con inundación de sangre al tejido cerebral llamado derrame, o en su caso en infarto cerebral cuando se impide el paso de sangre a la zona motora cerebral.

La EVC, al ser una enfermedad que deja secuelas físicas de por vida, se vuelve crónica, por lo que se necesitan instrumentos idóneos para su diagnóstico en las diferentes áreas de su tratamiento. Entre éstas se encuentra la relativa a la calidad de vida.

La Calidad de Vida relacionada a la EVC se caracteriza por englobar aspectos objetivos y subjetivos en las cuatro áreas importantes de la vida del enfermo, las cuales son: la funcional, la psicológica, la física y la social. En la presente investigación se dio inicio a la construcción de un instrumento sobre CV en la EVC en sus distintas fases.

La primera fase consistió en la obtención de validez de constructo por medio de un proceso interjueces. La segunda fase fue la aplicación del instrumento preliminar a una población seleccionada durante varios meses en tres hospitales públicos del

país, para lo cual se realizó un piloteo. Cuando se hubo recolectado el total de la muestra compuesta por 288 sujetos, se procedió a analizar por medio del paquete estadístico SPSS la consistencia interna del instrumento, así como también la prueba “t” para determinar la capacidad discriminativa de los reactivos, el análisis de varianza máxima y el análisis de factores. Estos análisis resultaron confiables, obteniéndose resultados que facilitaron la elaboración del instrumento. Los resultados también modificaron el número de reactivos, por lo que en posteriores investigaciones se tendrá que afinar el instrumento por medio del análisis de otros factores, la estandarización, así como la incorporación de un mayor número de reactivos.

INTRODUCCION

En el campo integral de la medicina de rehabilitación física, el apoyo de la psicología es imprescindible para enfrentar situaciones de orden emocional en pacientes aquejados por enfermedades de tipo neurológico. Estas enfermedades en la mayoría de los casos pueden ser devastadoras para las personas, quienes aparte de cargar con el aspecto físico de dicha enfermedad, tienen que desarrollar su vida en un contexto negativo que los desgasta anímicamente durante el proceso de recuperación.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es considerada la tercera causa de muerte en el país solo por debajo de la Diabetes y la isquemia del miocardio, (fuente estadística INEGI y Secretaría de Salud en 2004). Para Baharaik (2000), la EVC es un déficit neurológico focal no convulsivo, causado por una lesión vascular. Su comienzo es repentino y los síntomas duran más de 24 horas, si el paciente sobrevive. Como se puede ver la EVC presenta esencialmente un cuadro clínico complejo, toda vez que implica secuelas físicas de por vida, con una limitación motora y cognoscitiva en diferentes áreas y según el grado de alteración neurológica que sufra la persona.

La problemática de la EVC no se limita al aspecto físico, sino que involucra facetas en las áreas cognoscitiva, psíquica, emocional, afectiva, social y familiar. La persona afectada por este mal sufre en todos estos rubros, pudiendo llegar a situaciones insalvables como sentirse atrapada y sin ningún motivo para seguir viviendo. Todo esto hace que en el panorama del paciente con EVC se tengan

pocas esperanzas de un mejoramiento real, tanto en lo parcial como en lo integral según autores como Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), Carod-Artal (2004) y Méndez (2003).

Es por lo anterior que durante el proceso de recuperación emocional y afectiva se hace necesario un adecuado manejo psicológico, en donde guiados por los mejores diagnósticos, se incluyan todos los aspectos terapéuticos para así obtener los pronósticos más certeros en relación a la Calidad de Vida (CV) del paciente. Para Reynoso y Seligson (2005), “El psicólogo clínico de la salud debe enfocarse a evaluar la interacción entre la persona, la enfermedad y el medio ambiente, a fin de formular un diagnóstico y un programa de tratamiento, para lo cual debe contemplar información fisiológica, psicológica y sociológica, lo que implica trabajar un modelo multidisciplinario biopsicosocial con relación a la salud y a la enfermedad.” (p. 38)

Para comenzar, la CV tiene que evaluarse según las distintas áreas del tratamiento. A continuación nombraremos las áreas fundamentales de CV en las cuales un tratamiento debe basarse para su operación efectiva (Carod, Egido, González, De Seigas, 2000):

- a) El área funcional.- Lo constituyen aspectos que tienen que ver con la independencia física de un enfermo, como son el grado de movilidad corporal con el que cuenta para sus actividades de vida diaria, en aseo, vestido y comida entre otras más.

- b) El área psicológica.- Son los aspectos emocionales de estado de ánimo con lo que el paciente presenta como secuela de haber tenido una EVC.
- c) El área física.- Se refiere a los aspectos médicos que el paciente presenta como secuelas de una EVC, como son la hemipléjia o hemiparésia en algún lado del cuerpo así como también algunas secuelas cognitivas.
- d) El área social.- Se refiere a la interacción del enfermo con los grupos más afectivos que tiene a su alcance como son la familia, amigos, grupo laboral y otros más.

Es también importante garantizar que la evaluación de la CV dentro de la EVC sea sencilla, corta y lo mas entendible posible. Debido a innumerables secuelas físicas y cognitivas; muchas veces los pacientes no se encuentran en condiciones de contestar cuestionarios. Aunado a esto cabe mencionar los problemas que se presentan en muchas instituciones públicas en el manejo del tratamiento, como la falta de tiempo para su atención, y lo limitado y deficiente de los recursos materiales, técnicos y paramédicos.

Como en el caso de constructos para otras enfermedades, el diseño de instrumentos de medición de CV en EVC es una empresa difícil y complicada. El propio diagnóstico de la EVC presenta distintos subdiagnósticos que dependen de variables como: *edad, tiempo de evolución, factor de riesgo, lesión, nivel de secuelas físicas y otras.*

En los medios psicológico y psiquiátrico existen instrumentos genéricos que miden la CV en diferentes padecimientos neurológicos, entre ellos la EVC. Existen

también instrumentos específicos de CV en EVC. A pesar de que los primeros presentan criterios psicométricos adecuados, en su gran mayoría, estos instrumentos no cuentan con la validez, confiabilidad y estandarización necesaria en nuestro país. En el caso de los instrumentos específicos de CV en EVC, ninguno de ellos cuenta con dicha validez y estandarización.

Es importante mencionar que a nivel nacional, las políticas de salud han sido inadecuadas e insuficientes en relación al tratamiento de las enfermedades de tipo neurológico. Será necesario desarrollar una mejor infraestructura médica y paramédica para que en los años venideros, se pueda dar una mejor respuesta al problema de las complejas enfermedades neurológicas. De esta manera se podrá estar al nivel de otros países en la famosa “era de las neurociencias.”

El presente trabajo está dividido en dos capítulos, en el capítulo uno se analizan las diferentes definiciones de la EVC así como también sus clasificaciones, la explicación de lo delicado de las secuelas de un paciente con la EVC y los tratamientos médicos.

El capítulo dos trata sobre la calidad de vida en sus diferentes enfoques y dimensiones. Se hace una relación entre calidad de vida y EVC para delimitar el campo de evaluación de estos dos contenidos relacionados el uno con el otro, y se exploran los distintos instrumentos nacionales e internacionales sobre dichos constructos unidos, para partir de ahí en la construcción de un instrumento en México.

Por último se expone el método de la investigación, haciendo énfasis en que el presente trabajo tiene un diseño no experimental de tipo ex post facto, en donde no existe manipulación de las variables. Los resultados de la investigación emiten importantes líneas a seguir en lo referente a las dimensiones del instrumento, aspectos de los pacientes en México, problemas interdisciplinarios así como también ajustes en un mayor número de reactivos entres otras cosas más.

CAPITULO I

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

1.1 Definición.

La Enfermedad vascular cerebral (EVC) se puede definir de la siguiente manera:

Para Valadez (2002), la EVC es un signo clínico de trastorno focal de la función cerebral de rápido desarrollo y origen supuestamente vascular, de duración superior a 24 horas.

Sin embargo existen otras definiciones que pretenden ser más explicativas en el desarrollo de la enfermedad, y que cubren aspectos más integrales en su problemática como son las siguientes:

Para Bahraik (2000), la EVC es un déficit neurológico focal no convulsivo causado por una lesión vascular. Su comienzo es repentino y los síntomas duran más de 24 horas, si el paciente sobrevive.

Según este autor la enfermedad tromboembólica engloba el 85% de los accidentes vasculares, siendo su manifestación más frecuente la hemipléjia secundaria a la oclusión de la arteria cerebral media contralateral.

Para Simón (1991) en el libro de Buéla-Casal y Caballo (1991), la Enfermedad Vascular Cerebral, es aquella enfermedad producida por problemas en la irrigación sanguínea en el cerebro que deviene en derrame (inundación de sangre al tejido cerebral por la ruptura de una arteria), isquemia, embolia o trombosis,

produciendo problemas principalmente en el área neuromuscular. Este autor también comenta que la EVC, al ser una enfermedad del sistema nervioso central y al crear secuelas físicas de por vida, presenta problemas de cronicidad a la persona que la padece.

En México Arauz (comunicación personal, 03 de agosto, 2005) menciona que la EVC se define como una alteración neurológica, que se caracteriza por su aparición brusca generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte. Este autor comenta que la EVC destaca como la causa más común de incapacidad en adultos.

Las definiciones anteriormente descritas, muestran lo delicado de la enfermedad sobre todo en los aspectos físicos, dejando ver el grado de precisión que se debe seguir en la atención a la salud que padecen los pacientes.

Sin embargo, dejando de fuera las explicaciones conceptuales de la EVC, lo importante de la enfermedad es trabajar (por parte del psicólogo), en los problemas internos y externos de las personas aquejadas por este mal; ya que dichos problemas son los verdaderos aspectos a manejar en la problemática de la enfermedad, y serán la clave para una mejor recuperación.

Por otra parte, en el análisis de las definiciones es necesario hacer ver que en nuestro país la estructura técnica, médica y paramédica se ve muchas veces rebasada, debido a los diferentes aspectos que influyen en un adecuado manejo multidisciplinario. Estos aspectos son de tipo económico, preventivo y de

planificación (por solo mencionar algunos), para abordar la real problemática de la EVC.

1.2 Origen y causas de la EVC.

Dentro del tema de los orígenes de la EVC se deberán analizar los llamados factores de riesgo, ya que es donde descansa toda la etiología del trastorno neurológico.

Al no haber una definición precisa de factor de riesgo en la literatura existente, se puede concluir que el **factor de riesgo** se explica como la *existencia de todas las variables internas y externas* del paciente, que van a incidir para que se desarrolle la EVC.

Así, se tiene que las variables internas tienen que ver con la parte interior de la persona en su anatomía corporal y las variables externas tienen que ver con la parte de afuera de la persona, que no es su anatomía corporal. Por lo tanto tenemos que para el caso de la EVC existen dos tipos fundamentales de factores de riesgo, los cuales son los internos y los externos.

1.2.1 Factores de riesgo externos.

En el caso de los factores de riesgo externos, estos se explican por el contexto de las costumbres y actitudes que la persona tiene principalmente en su vida personal y que la ponen en riesgo de sufrir una EVC.

Así por lo tanto, tenemos como ejemplos de factores de riesgo externos los siguientes:

a) Los patrones de conducta y estilos de vida por la falta de ejercicio.

b) Las dietas ricas en sales y grasas.

c) Tabaquismo, alcoholismo y adicciones.

Cabe mencionar que estas últimas son las principales causas externas que las personas pueden llegar a tener por sus estilos de vida y por las que se desarrollaría una EVC.

Es por eso que una persona debe modificar los patrones de conducta y estilos de vida anteriores para que los factores de riesgo se controlen, y así poder tener un equilibrio lo suficientemente sano y balanceado corporalmente, eliminando cualquier tipo de variable externa.

Como se podrá observar, el factor riesgo externo tiene como característica principal la capacidad de ser controlado por la persona, ya que como se presenta afuera del organismo de ésta (por los problemas de actitud de la misma), el margen de maniobra que ejerza involucra la voluntad propia de la persona para eliminarla completamente. Esta voluntad generalmente no se puede controlar de lleno, ya que las actitudes del enfermo en muchos casos llegan a ser negativas para poder llevarlas a cabo, como lo suelen ser los aprendizajes arraigados por aspectos culturales, entre otros más. Por lo que el psicólogo clínico se enfrenta a una barrera que en ocasiones parece infranqueable para producir en el

tratamiento de estos pacientes un cambio verdadero, y que en el peor de los casos se convierte en una frustración emocional por parte del terapeuta, desgastándolo anímicamente en su trabajo profesional.

1.2.2 Factores de riesgo internos.

Los factores de riesgo internos se caracterizan por tener un bajo control que tiene la persona próxima a enfermar; y que a diferencia de los factores de riesgo externos (en donde existe prácticamente un control total para que se de o no la enfermedad); en el factor de riesgo interno la persona casi no puede hacer nada para controlar su riesgo.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo interno, ya que puede ser ocasionada por la herencia de la persona o por causa de la obesidad, (aclarando que en esta última, el control de riesgo si existe, pero en un nivel muy bajo solo cuando la obesidad es hereditaria).

Los factores de riesgo internos como su nombre lo dice, tienen la característica de ser interiores al ser humano desde su fisiología corporal, y como se mencionaba anteriormente el margen de su control es más estrecho que los factores externos.

Otros tipos de factores internos por los que la gente puede ser propensa para desarrollar una EVC son:

a) La Diabetes Mellitus.

d) Los estados de hipercoagulabilidad.

c) El factor hereditario.

d) La ingesta de estrógenos.

e) La Isquemia cerebral transitoria.

Como se dijo anteriormente, algunos de los factores internos son también causados por algunos factores externos, como por ejemplo la dieta excesiva en sales y grasas que puede dar lugar a la obesidad y ésta a su vez de manera secundaria a la hipertensión.

La problemática de los factores de riesgo internos es fuerte en su esencia, ya que como se ha mencionado su control es menor que los de riesgo externo, y se debe realizar mucho trabajo preventivo en la educación de la salud en nuestro país, comenzando principalmente por los niños y adolescentes, para que incorporen y desarrollen nuevos estilos de vida.

Como se puede apreciar, los factores de riesgo van a estar presentes en casi todas las circunstancias de la vida cotidiana, de las personas con o sin un desenlace en el futuro de EVC. Es de capital importancia que por ese hecho se tomen prevenciones en la cultura social de los hábitos y costumbres de los miembros de la sociedad. Y en México como país subdesarrollado, será todavía mas importante tomar medidas preventivas y estructurales para la eliminación de dichos factores.

1.3 Los tipos principales de EVC.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral se puede dar bajo diferentes modalidades, las cuales se definirán según la manera como se originen.

Para el Dr. A. Arauz (comunicación personal, 03 de agosto, 2005), los diferentes tipos de EVC se definen por tres principales categorías, que son las siguientes:

1.- Trombótica.- Cuando el flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

2.- Embólica.- Cuando el coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo en el corazón. Una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloqueo súbito se llama embolia.

3.- Hemorrágica.- Es causada por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro. (Produciendo derrame de sangre en el cerebro, llamado derrame cerebral).

Los efectos de una EVC pueden variar desde leves hasta severos y pueden incluir parálisis, problemas del raciocinio, del habla, problemas de visión, así como problemas en la coordinación motora.

1.4 Consecuencias de la EVC.

Las consecuencias de una EVC son devastadoras para la persona que la padece, y el grado de alteración y secuela de la EVC será de diferentes maneras dependiendo del tamaño y localización de la lesión.

Entre las alteraciones más frecuentes y de mayor relevancia clínica, se encuentran los trastornos motores en la mitad del cuerpo opuesta al foco de la lesión (que oscilan de hemiparésia a hemipléjia).

Para Simón (1991) las secuelas principales son las siguientes:

- 1.- Las perturbaciones del lenguaje.
- 2.- El déficit en la memoria
- 3.- Los problemas perceptivos.

Por lo cual Méndez (2003) propone que la evaluación del paciente con secuelas de EVC debe ser multidimensional, ya que para esta autora, tradicionalmente se ha medido la recuperación con escalas de discapacidad física, dejándose de lado las funciones emocionales, sociales y funcionales que deben ser consideradas como conceptos fundamentales a evaluar, para la reintegración del paciente a la vida dentro de la esfera biopsicosocial.

1.4.1 Secuelas físicas de la EVC.

Por lo que se refiere a los trastornos motores, cabe señalar que para Simón (1991) la hemipléjia secundaria a la lesión cerebral de origen vascular es una de las causas más frecuentes de invalidez por afectación del sistema neuromuscular. Este autor comenta que se trata de una alteración tónico motora consecutiva a una lesión unilateral de la vía motriz principal, a nivel de su neurona motora central, que provoca trastornos motores contralaterales como resultado de la lesión; por lo que se observan una gran cantidad de signos y síntomas, entre los que sobresalen por su importancia la parálisis o paresia (que determina una abolición o una disminución del grado de movimiento activo respectivamente), hipertonía, hiperreflexia, sincinesias, disminución de la fuerza muscular y alteración de la función de los pares craneales.

También es importante mencionar que como consecuencia de la lesión motora, se asocian generalmente otro tipo de problemas en las esferas cognoscitivas y de lenguaje (como se mencionó anteriormente), y por tanto tales perturbaciones son de diferente índole.

Para Lona (1997) existe una serie de complicaciones específicas por las cuales los supervivientes de una EVC pueden limitar su calidad de vida, que son las siguientes:

1.- La probabilidad de riesgo de caídas.- debido a la debilidad motora tras una hemiparésia, la disminución de la agudeza visual del sujeto, el efecto

farmacológico de sustancias sedantes y el estado general de salud tras la enfermedad, además de la pérdida de propiocepción.

2.- El hombro doloroso.- es la complicación más frecuente de la hemipléjia y está en estrecha relación con la espasticidad. La subluxación anteroinferior de la cabeza humeral y el síndrome de distrofia simpática refleja.

3.- Los problemas de deglución.- en la fase aguda también son comunes, no obstante 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.

4.- La incontinencia urinaria.- aparece en el 70% de las EVC sensitivomotoras 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 es del 50%, 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.

5.- Movilidad.- La discapacidad se ve influenciada por las escasas posibilidades de reincorporarse a la vida productiva y por la modificación en los hábitos de transporte y comunicación, los que dejan secuelas irreparables y poco dispuestas a rehabilitación como resultado el estado de ánimo depresivo que imposibilita la

actuación del paciente dentro de su sociedad, y como persona productiva en la misma.

1.4.2 Secuelas cognoscitivas de la EVC.

Evaluar y analizar las secuelas cognoscitivas es muy importante, ya que es donde la persona afectada podrá tener un contacto deficiente o no del conocimiento en su examen mental. Aquí se clasifican los aspectos no motores de la EVC, los cuales son:

- 1.- Problemas de lenguaje como la afasia.
- 2.- Problemas sensoriales.
- 3.- Problemas de la percepción.
- 4.- Problemas de la memoria.
- 5.- Problemas del juicio.
- 6.- Problemas del pensamiento.

En un estudio en México Aguilar, Laventman, Cantú, (2004) reportaron que los pacientes con alteraciones cognoscitivas en el Instituto Nacional de Neurología tuvieron principalmente problemas en aspectos de memoria, actividad constructiva, analogías y juicio. Por lo que el daño de severidad es patente en estos pacientes en nuestro país.

Para Simón (1991), el daño en el hemisferio izquierdo se acompaña de afasia en un 80% de los sujetos (mixta en el 36%, motora en un 24%), cuyo tipo y severidad es variable en función de la localización y extensión de la lesión. En ocasiones, estos déficits en la comunicación pueden reducir su potencial para participar en la terapia y mejorar su funcionamiento motor. Por el contrario, la alteración en el hemisferio derecho usualmente produce distorsiones tanto en la percepción visual como en la conciencia y organización espacial. Así, en aproximadamente un 40% de los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho, puede presentarse un déficit atencional caracterizado por una tendencia a ignorar la presencia de un estímulo sobre el lado izquierdo del cuerpo o en el campo visual izquierdo (hemi-inattention). El mismo autor señala que por lo que a estos aspectos se refiere, es preciso señalar que no existe una clara predominancia en cuanto a la lateralidad del EVC, presentándose con similar frecuencia en uno u otro hemisferio

1.4.3 Secuelas psicoafectivas de la EVC.

De particular importancia resulta para el psicólogo evaluar las consecuencias afectivas de la EVC, ya que es donde su campo de operación cobra importancia en el estudio y tratamiento del desenlace afectivo cuando se da la enfermedad.

Aben, Denollet, Lousberg y Verhey (2002) mencionan que a consecuencia de las alteraciones físicas y cognitivas, se producen cambios en la conducta social y en el estilo y forma de vida del sujeto que padece una EVC, así como alteraciones emocionales entre las que sobresalen la presencia de trastornos de ansiedad y

sintomatología depresiva. Este cuadro psicológico es consecuencia directa de la incapacidad física que de forma abrupta afecta al sujeto, limitando de forma importante su capacidad de interacción con el medio físico y social, por lo que desarrolla un fuerte sentido de ineficacia física y pérdida de habilidad susceptible de generalización a muchas otras áreas de funcionamiento psicológico. Aunado a esto la situación de la problemática sexual viene a imprimir una situación difícil para el sujeto afectado, complicando aún más el funcionamiento físico y emocional. Korpelainen, Nieminen y Myllyla (1999), realizaron un estudio de la funcionalidad sexual en parejas con esposos con EVC, en donde se demuestra el impacto psicológico que sufren las parejas y la importancia de proponer técnicas de manejo para estas personas.

Dentro de un aspecto conductual, el comportamiento de una persona con secuelas de EVC se ve agravado por la pérdida de reforzamiento social, consecuente con la reducción de actividad por parte del individuo.

En un estudio, González, Sosa y Cantú (2004) realizaron una correlación en México entre el apoyo social percibido, la sintomatología depresiva y el estado funcional de los pacientes con enfermedad vascular cerebral y, encontraron que el 68% de la muestra se percibió sin apoyo social funcional, el 65% presentó sintomatología depresiva y el 32% presentó dependencia en actividades de vida diaria. Por lo que los autores concluyen que la prevalencia de síntomas depresivos encontrada es alta en nuestro país.

Los sujetos con alteraciones neuromusculares severas sufren de una pérdida muy importante de habilidad en su movimiento debido a su lesión física, motivo por el que tienden a infravalorarse, ya que continúan manteniendo sus criterios de logro anteriores. Esto los lleva a criticar su capacidad, a veces de forma severa, y les conduce a un estado que se encuentra dominado por un fuerte sentido de ineficacia física, el cual en ocasiones podría ser catalogado como desamparo, en el sentido de su significación de percepción de ausencia de control sobre una respuesta. Astrom, Asplund y Astrom (1992) analizan la función psicosocial y la satisfacción de vida en la EVC, identificando diferentes factores en el desarrollo de los cambios funcionales de los pacientes. Estos factores se refieren al aspecto social, emocional y físico de los pacientes.

En la perspectiva psicoanalítica existen compatibilidades dentro de las anteriores explicaciones, ya que para aquella persona que tuvo una hemorragia, infarto o embolo cerebral; las concomitantes secuelas físicas y funcionales, se podrían interpretar en términos de Segal (1988), en procesos que se elaboran en el inconsciente del enfermo, mencionando desde la teoría Kleiniana objetos persecutorios y amenazadores, que lo vienen a desestructurar en su aparato psíquico. La capacidad yoica del enfermo se ve amenazada por esta persecución objetal, que hace que el paciente con EVC tienda a operar un mecanismo de defensa llamado **regresión**, que tal como su nombre lo indica lo regresaría a estadios tempranos de su infancia, como son las etapas orales y anales principalmente, por la demanda tan grande en su dependencia a vínculos que ya tenía supuestamente resueltos.

De particular interés cobra importancia la llamada posición esquizo-paranoide de Melanie Klein (1946), que ubica una escisión de objetos internos que el paciente tiene por el rompimiento de un objeto total, como lo es la imagen corporal antes de la EVC, y que viene a descontrolar en cadena el mundo de objetos parciales ciertamente unidos, que la persona tenía en la llamada posición depresiva. En este rubro los mecanismos de defensa primordiales que experimenta una persona con EVC serían la **proyección y fragmentación** en su vida anímica. Por lo que la confrontación de ese gran objeto amenazador llamado EVC, que de primera instancia es omnipresente y omnipotente en la estructura psíquica del paciente, es algo necesario para la real curación psicológica, en el mejoramiento de la reducción de ansiedad que vive la persona.

Otras explicaciones de los estados de ánimo son los relacionados a la relación física de la EVC. Méndez (2003) dice que existe una correlación entre el estado mental de los pacientes que habían sobrevivido a un EVC y la localización de la lesión, así como el grado de la misma. Posteriormente dice también la autora que en 1990 se confirmó la relación que guarda el estado mental del paciente, con el nivel de localización de la lesión, estableciéndose como característica permanente la depresión en cualquiera de sus grados.

Por último, la autora menciona la existencia de diferentes hipótesis concernientes al estado depresivo del paciente, posterior a haber sufrido una EVC, la cual tiene bases orgánicas y bioquímicas. Por lo que también dice que los pacientes deprimidos posteriores a una EVC, muestran alteraciones en los receptores sensitivos corticales, así como disminución en la concentración cerebrospinal de

los neurotransmisores, y encontrándose alteraciones en los parámetros electrofisiológicos (acortamiento de las latencias en el sueño MOR).

La misma autora menciona que desde 1982 se ha establecido una relación anatomopatológica con el grado de depresión en los pacientes post EVC, demostrándose que las lesiones del hemisferio derecho se relacionan con una baja incidencia de depresión en grados severos; las lesiones del lóbulo frontal izquierdo se relacionaban con estados depresivos severos en comparación con otras áreas del cerebro.

1.5 Prevalencia e incidencia en México.

El estado actual de la salud en México ha sufrido importantes cambios durante los últimos 30 años; momento en que se presentó la transición epidemiológica. Esta transición implicó que los padecimientos infectocontagiosos dejaran de ser la primera causa de muerte para que se diera paso a la sustitución de las enfermedades crónico degenerativas como las primeras causas de muerte, dentro de las cuales encontramos a la Diabetes mellitus y a la Hipertensión Arterial sistémica.

Por otra parte, la esperanza de vida del mexicano se ha visto incrementada en los últimos 20 años; durante 1970 la esperanza de vida era de 62 años, situación que se ha modificado; para 2006 la esperanza de vida se incrementó a 74 años para la población general.

Así pues, tenemos que como principal complicación de la Hipertensión Arterial Sistémica se encuentra a la Enfermedad Vascolar Cerebral, la cual ocupa el tercer lugar en muertes en la población general.

Según Méndez (2003), la EVC constituye actualmente una de las principales causas de muerte en los países industrializados y 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.

La prevalencia aproximada de la EVC es de un 2 por 1,000, y el pronóstico 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.

En la última década, la enfermedad vascular cerebral se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país. Es la quinta causa de muerte en la población general (24.1 casos por cada 100,000 habitantes) y el tercer lugar, como causa de muerte en pacientes mayores de 65 años (hasta 450 casos por cada 100,000 habitantes); ocupa el tercer lugar entre las enfermedades discapacitantes. Es la segunda causa de demencia, después de la enfermedad de Alzheimer. La recurrencia de eventos vasculares cerebrales es frecuente (entre el 30 y 50% de los pacientes tienen eventos repetidos en los siguientes cinco años), dando lugar en muchos casos a deterioro cognoscitivo y demencia vascular.

La incidencia de EVC es elevada ocupando el primer lugar entre las enfermedades del sistema nervioso central, como lo manifiesta el hecho de que comprende casi

un 50% de los ingresos en los servicios de neurología de los hospitales generales. Igualmente son considerados por todos los autores como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados, detrás del cáncer y de las cardiopatías. Se trata por consiguiente de un problema sanitario de capital importancia que absorbe una gran parte de los recursos disponibles.

En cuanto a su distribución por edades y sexo, se puede decir que la EVC se presenta con mayor frecuencia entre los sesenta y los setenta años, incidiendo más en los varones que en las mujeres.

Es necesario que la EVC así como otras enfermedades del sistema nervioso central sean enfocadas para su tratamiento en aspectos de su calidad de vida, ya que al ser enfermedades crónico-degenerativas generan problemas en el bienestar objetivo y subjetivo del enfermo en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales que se deberán analizar. Es por eso que autores como Tammy, Michelle y Elvina (2001) han realizado estudios sobre la relación de la calidad de vida después de una EVC, analizando toda una basta literatura teórica y metodológica sobre la evaluación de la relación de ambos conceptos. Suenkeler, Nowak, Misselwitz, Kugler y Shreiber (2002) hicieron un estudio sobre la relación del déficit neurológico, discapacidad y depresión en pacientes con EVC en tres tiempos de evolución después que les vino la enfermedad, y cómo la calidad de vida se manifiesta de diferentes maneras.

CAPITULO II

CALIDAD DE VIDA

2.1 Definición.

Para Moreno y Jiménez (en Buela-Casal, 1996), desde hace tiempo el concepto de calidad de vida (CV) surgió como un componente dedicado a analizar un cúmulo de aspectos en distintas disciplinas para la explicación de aspectos en la sociedad contemporánea. Así la calidad de vida es aplicable a las diferentes disciplinas científicas como son la economía, sociología, medicina y la psicología.

El desarrollo del concepto de CV también ha tenido que pasar por un desarrollo conceptual que lo ha constituido en un constructo funcional para quien va dirigido. Por ejemplo, para Moreno (en Buela-Casal, 1996), la CV debe tener para su real operación, dos componentes fundamentales en su práctica, estos son los componentes **objetivo** y **subjetivo**; esenciales para el manejo del concepto.

En el componente llamado objetivo se observan una mezcla de datos referentes a aspectos funcionales y físicos de la persona, cuya principal característica reside en ser cuantificables y externos a la persona que se evalúa en CV; aunque no por eso dichas características son ajenas a la propia persona. Dentro de los componentes objetivos tenemos como ejemplos la capacidad económica de la persona, sus aspectos higiénicos, el modo de vivienda, entre otras más. Y así las disciplinas como son la economía y sociología estarían más apegadas a este componente objetivo dentro del análisis de calidad de vida que evalúan y trabajan.

En el segundo componente llamado subjetivo, tenemos que la principal característica no va a radicar necesariamente en áreas externas físicas y cuantificables dentro de la funcionalidad del ser humano; sino sobre todo, como su nombre lo indica, van a ser características que tienen que ver con la subjetividad del ser humano, y entre estas tenemos a la cognición, la emoción, los sentimientos y los afectos. Desde luego que las disciplinas mas apegadas a este componente son la psicología y la psiquiatría. Sin embargo, es importante recalcar que en todas las disciplinas antes mencionadas y que se dedican al manejo de la calidad de vida desde sus diferentes enfoques, siempre y necesariamente los dos componentes objetivo y subjetivo, deberán estar presentes cada una en mayor o menor medida, dado que no son prescindibles la una de la otra.

Teniendo en cuenta el antecedente de los dos componentes del concepto de calidad de vida, podemos decir que existen diferentes definiciones de calidad de vida por distintos autores; en donde se puede analizar el grado de validez para cada definición. Es importante señalar que las distintas definiciones del concepto de calidad de vida también van a ser influenciadas por la cultura de una sociedad, y en donde esto va a ser un factor esencial del concepto.

Así tenemos que para Palomar (1995), hablar de calidad de vida implica analizar un constructo multidimensional subjetivo, que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico), las cuales determinan su felicidad o bienestar.

Tenemos que la explicación multidimensional dentro del concepto siempre va a estar presente, ya que en buena medida puede mostrar una buena capacidad abarcativa de los diferentes rubros de la calidad de vida, y al mismo tiempo incluye los conceptos objetivo y subjetivo del término.

Siguiendo con Palomar (1995), aparte de la definición es importante jerarquizar la intensidad de la contribución de algunas variables sociodemográficas, de lo cual se generan algunas sugerencias sobre qué líneas de acción pueden mejorar la calidad de vida en el caso de la población mexicana. Es por eso importante la definición de Palomar, ya que la autora construyó un instrumento para la población mexicana, en donde éste presenta una adecuada validez de constructo para su definición.

Palomar (1995) menciona que la evaluación de la felicidad y la satisfacción debe hacerse de una manera integral, tomando en cuenta lo que se es, lo que se hace, lo que se tiene, lo que se quiere y lo que se cree. También hay que tomar en cuenta lo que nos rodea, y quien nos rodea, nuestra manera de relacionarnos con los demás, la forma en que valoramos y somos valorados, así como los logros personales, lo que somos, lo que hacemos, lo que tenemos, lo que queremos y lo que creemos. Ya que estar satisfecho con la vida implica autorrealización, experimentar que la vida tiene sentido. Mientras que estar insatisfecho, podría indicar que se está frustrado o que quizá no se le encuentra sentido a la vida, pero también podría indicar renovación, recreación, búsqueda de nuevas alternativas, metas y rumbos.

Algunos autores como Valverde y Avila (2002), señalan que la calidad de vida debe reconocerse también en su multidimensionalidad, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y empleo, así como situación económica. Es por ello (señalan los autores), que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede estar experimentada por las personas que representan la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

Con respecto a las definiciones anteriormente citadas, se puede decir que todas cumplen con aspectos de tipo objetivo y subjetivo, las cuales marcan una definición heterogénea según la manera y el modo en donde se aplique el concepto de calidad de vida. Y esta característica marcará la validez de cualquier definición que se haga del concepto.

2.2 CV relacionada a la salud.

Es importante la delimitación del concepto de calidad de vida en su especificidad, según la aplicación que se tenga en los distintos tipos de poblaciones. Así se tiene que dentro del concepto de la salud, la calidad de vida sufre transformaciones en su definición que la hacen más exacta en su problemática específica.

En los problemas médicos, el concepto de calidad de vida se encuentra relacionado con aspectos que tienen que ver específicamente con el grado de salud física y mental, de las personas aquejadas por enfermedades crónico degenerativas. Así el concepto original de calidad de vida se transforma para dar

cabida a un grupo de gente que tiene que vivir de manera diferente su entorno físico, social y emocional debido a un factor médico. Esta transformación en el término da cabida a la definición de calidad de vida relacionada a la salud, en donde el término está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. En este caso, una definición aproximada tendría que enfocarse al **impacto** de las condiciones de salud sobre las funciones, sentimientos y capacidades del individuo que sufre la enfermedad.

Para Carod-Artal (2004), la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se ha definido como el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, el estado funcional, la percepción y las consecuencias sociales debidas a una enfermedad, un accidente o a una decisión política, social o sanitaria.

Para otros autores, la calidad de vida relacionada a la salud 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 debida a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. El autor dice que la combinación de factores objetivos y subjetivos puede dar lugar a un número infinito de estados de salud.

Según Méndez (2003), la calidad de vida relacionada a 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.

Los resultados de los diversos estudios realizados sobre CV, tanto con escalas genéricas como específicas, según Carod-Artal (2000), Aben et. al. (2002) y Fernández, Román, Alvarez, Verdecia, Ramírez (2004), han mostrado que la presencia de depresión después de la EVC, la disfunción sexual después de la EVC, el grado de incapacidad, una red social insuficiente, las afasias graves y el estado cognitivo, son factores que contribuyen a una pobre CV relacionada a la salud en los supervivientes de una EVC.

Como se puede observar, el componente subjetivo es de primer orden para la verdadera operatividad del término “calidad de vida relacionada a la salud”, ya que si bien dentro del componente objetivo existen aspectos importantes como lo son los riesgos de la enfermedad (por mencionar algunos), el aspecto subjetivo cobra mayor fuerza e importancia que éstos, dado que los segundos van a delimitar que es saludable al enfermo, aún a costa de los tratamientos farmacológicos, en modos de alimentación y de estilos de vida que el paciente deba seguir para una adecuada recuperación física, mas no necesariamente dentro de una recuperación en lo subjetivo, como lo viene hacer en lo emocional, afectivo y sentimental del enfermo, que debe cargar con el peso de dicha enfermedad y mas aún cuando ha tenido hábitos y costumbres muy arraigadas en sus modos de vida durante años.

La calidad de vida relacionada a la salud se ha venido trabajando con mucho empeño en hospitales, comunidades médicas y centros de salud con buena acogida por los profesionales de la salud; sin embargo en muchos países todavía falta mucho para que se incorpore como medida de tratamiento y prevención. Y sobre todo para que sea una realidad en la cultura médica y social de esos países.

2.2.1 Aspectos de la CV relacionada a la salud en la EVC.

Por ser la enfermedad vascular cerebral una enfermedad crónica y con secuelas devastadoras para la salud de un individuo, la calidad de vida en estas personas debe ir acompañada del componente subjetivo en mayor importancia (como se mencionó anteriormente), así los aspectos emocionales, afectivos y sentimentales de la persona aquejada por EVC, serían los que representarían los componentes subjetivos. También es importante analizar la psicodinámica, los métodos conductuales, cognitivos, así como el nivel sistémico familiar que el paciente esté manejando después del evento desencadenante que dio origen a la EVC; ya que esto marcará su desempeño para una adecuada recuperación en lo integral. Autores como Murphy, Sackley, Millar y Harwood (2001) estudian los efectos subjetivos en la evaluación de pacientes con EVC de grado severo.

También los componentes objetivos de la calidad de vida son importantes en la evaluación como son la funcionalidad física, el contexto económico y el contexto social del paciente, ya que también estos marcarán indirectamente y en menor medida el bienestar subjetivo de la persona con EVC.

2.2.2 Calidad de vida en la EVC.

La calidad de vida en la EVC puede ser valorada desde varias posturas. Es importante sugerir que en la EVC deben prevalecer dimensiones básicas como la funcionalidad, el estado emocional, el grado de sociabilidad y el estado médico, ya

que estas dimensiones son las que internacionalmente se reconocen como las primordiales según los autores como Carod-Artal (2000), Fernández et. al. (2004).

En un estudio Williams, Weinberger, Harris y Biller (1999) estudian la medición de la calidad de vida en la EVC evaluando el impacto de enfermedad en los aspectos físicos, emocionales y sociales dentro de un marco original

Las cuatro dimensiones anteriormente citadas, son las que marcarán el grado de calidad de vida que una persona con EVC tendrá que trabajar desde una posición integral para su real solución de la problemática. Si bien la EVC al ser una enfermedad del sistema nervioso central carece de una recuperación total en el 100% de su mejoría, los niveles de recuperación pueden verse recompensados gracias al trabajo de las distintas áreas que conforman el proceso de rehabilitación. Es importante señalar que la rehabilitación integral es la clave para el éxito físico de cualquier paciente con EVC, independientemente del grado de lesión que tenga. Si bien el impacto de la enfermedad llega a descontrolar a la calidad de vida (ya que para un paciente adulto es difícil recuperar los niveles de esa calidad de vida que tenía), la rehabilitación integral puede suplir las desavenencias de las distintas secuelas que tenga.

La calidad de vida se puede explicar en la EVC desde el punto de vista del nivel de impacto de enfermedad en las distintas áreas que se mencionaron anteriormente, y del modo cómo la persona tenga la capacidad de conllevar dichas áreas.

De Haan, Aaronson, Limburg, Langton y Crevel (1993) evalúan y analizan el concepto de Calidad de vida en EVC haciendo un análisis de los métodos propuestos para realizar una adecuada manera de seleccionar instrumentos de CV para EVC.

2.2.3 Dimensiones de la calidad de vida en la enfermedad vascular cerebral.

Al igual que Carod-Artal (2004), otros autores, (Fernández, et. al., 2004) han propuesto distintas dimensiones para el manejo y evolución de la calidad de vida en la enfermedad vascular cerebral.

La situación en la experiencia que vive una persona con EVC puede ser de varias maneras, dependiendo del grado de secuelas que la lesión cerebral haya dejado. Es así que dentro de las diferentes clasificaciones de EVC, podemos tener acceso a la problemática de las dimensiones que se tendrán que trabajar y evaluar.

Para la mayoría de los autores, Carod-Artal (2004), Fernández et. al. (2004); Williams, Wernberg, Harris y Biller (1999), Badía y Carné (1998); se consideran al menos cuatro dimensiones básicas para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en la EVC, las cuales son: la física, funcional, psicológica y social.

La **dimensión física** se refiere a los síntomas físicos, dolorosos o no, causados por la enfermedad o su tratamiento.

La **dimensión 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.

La **dimensión social** es la que se refiere a la interacción del paciente con su entorno social y el estado de autoestima personal ante una enfermedad crónica.

2.3 Instrumentos de CV en la EVC.

Según Carod-Artal (2004), en los últimos años han surgido varias escalas específicas de CV en la EVC con propiedades psicométricas reconocidas, entre ellas están: la escala de impacto de enfermedad de Van Straten A, De Haan, Limburg et. al. (1972-1976), adaptada para pacientes con EVC; la escala de las consecuencias del EVC de Duncan PW, Wallace, y Lai (1999). La escala específica de calidad de vida del EVC de Williams, Weinberger, Harris y Biller (1999), la escala de carga del EVC de Doyle (2002), la escala de EVC de ictus de Newcastle de Buck, Jacobuy, Massey (2001). Sin embargo, la mayoría adolecen de aspectos clinimétricos importantes, por ejemplo en su validez y en su constructo. En Australia se realizó un instrumento con fuertes propiedades psicométricas que se aplica con buenos resultados según Sturm, Osborne, Dewey, Donnan, Macdonell (2002). En Cuba se desarrolló el instrumento sobre calidad de vida en EVC por Fernández et. al. (2004). Estos autores mostraron en el desarrollo de su instrumento altos coeficientes de consistencia interna y en una

próxima fase realizarán el proceso de validación. Esta escala será importante en el proceso de su impacto en América latina.

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. Es por tal motivo que Hobart, Williams, Moran, Thompson (2002) en una investigación muestran los abusos del instrumento genérico SF-36 en una aplicación de pacientes con EVC, observando límites en cinco de las 8 escalas propuestas.

Los cuestionarios más utilizados en nuestro país, son la escala de impacto de enfermedad, la escala corta 36 y el perfil de salud de Nottingham. Siendo estos de gran necesidad clínica y 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 prevención de servicios de salud pública en nuestra población mexicana, por el impacto socioeconómico que trae a las instituciones y a los familiares del paciente.

2.4 Problemas principales en nuestro país.

México al considerarse un país en vías de desarrollo, presenta innumerables problemas en varios aspectos. Uno de ellos es el relativo a la problemática de los aspectos macroeconómicos a nivel nacional, el cual es quizá una de los mayores detonantes en lo referente a aspectos médicos y paramédicos que existen en la población. Recordemos que si bien las políticas asistenciales incluyen una gama de programas sociales importantes, no se puede afirmar que estén a la altura de las circunstancias nacionales. Más aun, ni siquiera gozan del básico de importancia para el que fueron programadas. Dichas políticas carecen de los mencionados aspectos macroeconómicos, en lo referente a la falta de presupuesto, equipo tecnológico, servicios multidisciplinarios, entre otros más.

La falta de adecuados recursos a la salud (por lo anteriormente mencionado), repercute en los tratamientos médicos, reduciendo en gran parte las vías técnicas y metodológicas para perfeccionar los manejos más certeros, entre ellos lo relativo a la calidad de vida.

Será necesario resolver los mencionados aspectos macroeconómicos para que se logre tener mejores beneficios en el presupuesto asignado al área de la salud.

2.4.1 Situación en el área de salud.

Como se ha mencionado anteriormente, las políticas relacionadas a los aspectos de salud en nuestro país distan mucho de poder ser eficaces en sus tácticas. Muestra de ello son los enormes problemas en sanidad, enfermedades

infectocontagiosas, inadecuados manejos en tratamientos de enfermedades crónicas etc. Por tal motivo, estas políticas deberán estar definidas por una infraestructura en políticas de salud más acordes a las necesidades mexicanas. Es imprescindible que se puedan dar mayores beneficios a las áreas paramédicas, ya que en gran medida ellas son las que pueden resarcir en gran parte aquellos espacios donde el área médica tiene limitantes importantes. Por ejemplo, en los hospitales de tercer nivel, en donde existe una labor multidisciplinaria para los pacientes, las distintas áreas como son trabajo social, psicología, terapia física (por solo mencionar algunas), deben de antemano tener programas establecidos para una mayor colaboración en su práctica, siendo una de ellas los instrumentos de tamiz para todas las áreas. El bienestar subjetivo puede ser evaluado por cualquier área de trabajo dedicada al manejo interdisciplinaria o multidisciplinariamente, haciendo con esto más sencilla y específica la labor de los hospitales de cualquier nivel.

2.4.2 Situación en las instituciones nacionales.

Las instituciones nacionales en México nacen dentro de la idea revolucionaria de la modernización de país. Es de destacar la ideología progresista que hubo en ellas desde su inicio. Sin embargo, esta idea y estos resultados de las mismas en la época actual, ha sido rebasada por motivos políticos para su desarrollo moderno. Las instituciones de salud en nuestro país se dividen en las públicas y privadas. En el caso de las públicas (las cuales engloban a la mayor población), éstas presentan una gran población de pacientes en sus distintas problemáticas. Así tenemos que existen institutos públicos para las diferentes especialidades

médicas. Dichas instituciones son los pilares de la medicina mexicana y enseñan lo más importante en cuanto a los padecimientos médicos, sin embargo adolecen en gran medida de una estructura necesaria (como ya se mencionó), para los adecuados manejos de su población.

2.4.3 Breve propuesta para soluciones en hospitales.

Sugerimos que para un mejor desempeño en los diferentes centros de salud en México, debe existir un mejor manejo en los programas Inter y multidisciplinarios, ya que es aquí donde está la clave en la solución de la comunicación de las diferentes disciplinas de la salud. Sulch, Melbourn, Pérez y Kalra (2002) comentan sobre la importancia del trabajo multidisciplinar en una unidad de rehabilitación. Los autores proponen como algo importante el trabajo multidisciplinario en hospitales e instituciones de salud.

El trabajo de los instrumentos de medición en cualquier tipo de concepto que se pretenda evaluar, sugiere una toma de conciencia fundamental para poderla llevar a cabo. Es importante tener presente que la población bajo estudio, deberá estar siempre analizada en su descripción más fundamental y básica. Para poder familiarizarse con las variables externas e internas de ésta, y por ende saber que cuando se pretenda aplicar un instrumento se sabrá cierto comportamiento de los mismos.

METODO

Planteamiento del problema.

En la época actual las enfermedades neurológicas son un reto para el estudio de la vida humana, por lo que es importante estudiar cómo afectan estas enfermedades a la calidad de vida de las personas que las sufren. Se pueden estudiar distintas enfermedades graves neurológicas como son el Parkinson, la epilepsia, la esclerosis, las lesiones medulares, entre muchas otras. Sin embargo en el caso de la Enfermedad Vascul ar Cerebral, cobra interés hacer estos análisis de calidad de vida ya que se le considera la tercera causa de muerte en nuestro país. Además de que el estudio del área de ésta, podría ayudar a la comprensión del problema en nuestro país.

Justificación

La falta de instrumentos específicos de calidad de vida en la EVC a nivel mundial es un problema importante. Los instrumentos que se utilizan en varios países no llegan a tener una exactitud en el constructo, ya que la mayoría son genéricos y muy pocos llegan a ser específicos. En México no existen instrumentos específicos de calidad de vida para la población que sufre EVC, por lo que se aplican instrumentos genéricos sin la validez y estandarización, provocando serios sesgos en los resultados. Para muchos médicos especialistas que laboran en nuestro país, parece ser que no existe gran inconveniente en aplicar instrumentos genéricos sin fundamentos psicométricos, para la población a quien estudian y prestan sus servicios; este criterio de gran parte de profesionistas es

delicado, ya que provoca una falta real de procedimientos para el abordaje de la problemática.

Se hace necesario en la Enfermedad Vascul ar Cerebral mejores abordajes de tratamiento para el adecuado manejo de las secuelas físicas, psicológicas y sociales de los pacientes en nuestro país. Por lo que las construcciones de instrumentos de calidad de vida a nivel específico y no genérico son fundamentales para que dicho abordaje sea realmente una realidad. Otra de las razones para el trabajo de dichos instrumentos es la importancia que reviste el término de EVC en su operatividad clínica, ya que en nuestro país desafortunadamente en el ambiente psicológico existen pocos abordajes en el manejo de este tipo de pacientes, y se cree erróneamente que en muchos casos puede ser lo mismo el abordar cualquier tipo de diagnóstico neurológico con el mismo instrumento y tratamiento.

La presente investigación tiene los siguientes objetivos:

Objetivos generales.

- 1.- Construir un instrumento de calidad de vida para pacientes con diagnóstico de EVC, que llegue a ser válido y confiable para la población mexicana.
- 2.- El instrumento deberá tener un diseño original para la problemática mexicana.

Objetivos específicos.

- 1.- Obtener validez de constructo del instrumento.
- 2.- Obtener confiabilidad en el instrumento.
- 3.- Conocer la calidad de vida de los pacientes con EVC en México.

Hipótesis:

La calidad de vida en la EVC se puede medir a través de un instrumento específicamente diseñado para ello.

La calidad de vida en pacientes con EVC en México es de bajo nivel.

Variables:

Se analizan dos variables que dependen la una de la otra sin que exista variable independiente ni dependiente, las cuales son calidad de vida y enfermedad vascular cerebral. La calidad de vida se define en el presente estudio como la relación de los factores físicos, psicológicos, sociales y funcionales que una persona con EVC debe tener en un nivel mínimamente adecuado de bienestar y satisfacción personal con respecto a los anteriores factores. La EVC es una enfermedad crónico degenerativa del SNC.

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por un total de 288 pacientes con diagnóstico de EVC.

Los sujetos fueron seleccionados de tres institutos públicos del país.

Diseño de investigación:

Se trata de un diseño no experimental; es un estudio ex post facto, en donde no existe manipulación de las variables. Siendo una investigación de campo y transversal.

Sujetos:

Inclusión.

- a) Primer año de primaria concluido.
- b) Mayores de 19 años de edad.
- c) Pacientes hombres y mujeres.
- d) Lesión cerebral de ligera a moderada.

Exclusión.

- a) Retraso mental.
- b) Isquemia transitoria.

- c) Problemas visuales severos.
- d) Problemas auditivos severos.
- e) Problemas de razonamiento y memoria.
- f) Problemas severos de lenguaje.

Procedimiento:

En la primera fase se construyeron 60 reactivos que fueron acordes a los conceptos de calidad de vida en la Enfermedad vascular cerebral, los cuales fueron seleccionados de opiniones encontradas en algunos instrumentos de funcionalidad y salud, así como de la práctica en la entrevista psicológica y el examen mental. Estas fueron las siguientes:

- 1.- ¿Cómo se siente con usted mismo?
- 2.- ¿Se siente bien consigo mismo?
- 3.- ¿Es una persona activa ?
- 4.- ¿Se siente estable emocionalmente?
- 5.- ¿Se siente tranquilo actualmente?
- 6.- ¿Acepta su imagen corporal?

- 7.- ¿Cómo es su relación familiar?
- 8.- ¿Comparte actividades con su familia?
- 9.- ¿Cómo es la comunicación con su familia?
- 10.- ¿Cómo es su tranquilidad económica?
- 11.- ¿Trata de aprender cosas nuevas que lo hagan sentir bien?
- 12.- ¿Trata de tener buena comunicación con la gente?
- 13.- ¿Cómo es la convivencia con sus amigos?
- 14.- ¿Cómo es el apoyo con sus amigos?
- 15.- ¿Trata de tener buenas relaciones con sus amigos?
- 16.- ¿Trata de hacer actividades que lo diviertan?
- 17.- ¿Trata de salir a pasear?
- 18.- ¿Trata de salir a viajar?
- 19.- ¿Cómo es su relación de pareja?
- 20.- ¿Cómo es su relación con los compañeros?
- 21.- ¿Es amado por su pareja?
- 22.- ¿Procura comer verduras y frutas?

- 23.- ¿Evita comer alimentos que contengan grasas?
- 24.- ¿Evita comer sal?
- 25.- ¿Evita comer en exceso?
- 26.- ¿Evita tomar alcohol?
- 27.- ¿Evita el cigarro?
- 28.- ¿Evita tomar drogas?
- 29.- ¿Procura bañarse diariamente?
- 30.- ¿Cómo se siente cuando se enjabona ?
- 31.- ¿Trata de realizar la terapia física todos los días?
- 32.- ¿Trata de trasladarse solo dentro de la casa?
- 33.- ¿Trata de ir solo al excusado?
- 34.- ¿Trata de trasladarse a lugares cortos?
- 35.- ¿Trata de ir solo al baño?
- 36.- ¿Trata de lavarse los dientes?
- 37.- ¿Trata de peinarse solo?
- 38.- ¿Trata de abrocharse la ropa?

- 39.- ¿Trata de bañarse diariamente?
- 40.- ¿Trata de peinarse solo?
- 41.- ¿Se siente cómodo con los instrumentos de apoyo?
- 42.- ¿Se fatiga frecuentemente con las movilizaciones?
- 43.- ¿Se traslada solo de la silla a la cama y viceversa?
- 44.- ¿Se traslada solo de la silla al excusado?
- 45.- ¿Se lava la cabeza?
- 46.- ¿Se peina solo?
- 47.- ¿Toma agua sin popote?
- 48.- ¿Se lava los dientes solo?
- 49.- ¿Sigue al pie las indicaciones médicas?
- 50.- ¿Se siente cómodo con los instrumentos de apoyo?
- 51.- ¿Se fatiga frecuentemente con las movilizaciones?
- 52.- ¿Toma sus medicamentos continuamente?
- 53.- ¿Realiza las indicaciones médicas?
- 54.- ¿Realiza la terapia física diariamente?

55.- ¿Realiza la terapia ocupacional cuando se le indica?

56.- ¿Va a sus consultas con los médico rehabilitador?

57.- ¿Va a sus consultas con el médico neurólogo?

58.- ¿Acude a tratamiento psicológico?

59.- ¿Acude a tratamiento psiquiátrico?

60.- ¿Realiza las indicaciones con el terapeuta de lenguaje?

Con los anteriores reactivos se procedió a realizar un proceso interjueces con cinco psicólogos investigadores con amplia experiencia en el uso de instrumentos, y cinco médicos especialistas en Enfermedad Vasculat Cerebral; y así obtener la validez de constructo. Los 60 reactivos originales tuvieron que ver con dimensiones psicológicas, funcionales, sociales, médicas, sexuales y familiares, cuya fuente fue seleccionada de primera instancia de instrumentos como el índice barthel, la escala corta 36 y el perfil de impacto de enfermedad. Así como también de la experiencia personal de entrevistas psicológicas a pacientes en consulta externa.

Después de obtener las conclusiones del jueceo se prosiguió a modificar el instrumento. Esta modificación consistió en suprimir reactivos a sugerencia de los jueces que tenían que ver principalmente con los aspectos farmacológicos y de estilos de vida como el tabaquismo, alcoholismo, actividades de ocio (como el ver constantemente la televisión y otras más), ya que en el caso de algunos jueces

médicos, estas variables rompen con el concepto propiamente dicho de Calidad de Vida para pacientes con EVC; y a pesar de que los hábitos de tabaquismo y alcoholismo son nocivos para la salud, también son patrones de conducta que en muchos casos a gente adulta, le resulta una actividad y hábito **normal y libre de conflicto** en su estilo de vida ya arraigado por mucho tiempo, por lo que no los limita para su funcionalidad y para cierto placer importante en actividades de vida diaria. Este análisis hizo que el instrumento, se circunscribiera a explorar solo las instancias básicas de la calidad de vida, ya que como se demuestra, éstas no son necesariamente compatibles con algunos aspectos de la salud mental en su dimensión general.

Cuando se obtuvo la modificación del instrumento, se procedió a aplicarlo en una primera muestra de 79 pacientes de tres hospitales nacionales de salud, consiguiéndose así el piloteo. El instrumento en esta primera fase constó de 24 preguntas en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta las cuales fueron de muy bueno, bueno, regular, mal y muy mal y cuyo valor fue de 5 puntos a 1 punto en orden anterior a las respuestas mencionadas.

En una segunda fase se realizaron modificaciones con respecto a la redacción de algunas preguntas del instrumento, ya que en muchos reactivos la pregunta no estaba lo suficientemente bien formulada optándose por mantenerlas en segunda persona y simplificando el contenido de las mismas. Asimismo se omitió una pregunta que no fue contestada en el piloteo por varios sujetos de esa primera muestra, ya que no era propia de todos los sujetos con EVC, y la cual tenía que

ver con la relación de hermanos del enfermo, quedando con 23 items el instrumento final.

Conforme se obtenía por parte de los institutos médicos un mayor número de sujetos nuevos, en los posteriores meses se siguió aplicando el mismo, lográndose recolectar finalmente una muestra total de 288 sujetos que fueron reunidos desde las primeras fases del procedimiento y que conformaron la población total. Así se logró la confirmación final del instrumento con su consistencia interna.

RESULTADOS

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 11, obteniéndose así los análisis descriptivos, el análisis de consistencia interna, la prueba t, el análisis de varianza, las medias y desviaciones estandar por reactivos así como el análisis de componentes por rotación varimax.

Con respecto al análisis de la muestra, éste nos indica que de 288 sujetos, el 50.3% es de sexo femenino, mientras que el 49.7% es de sexo masculino.

En cuanto al grado de escolaridad el 1.7% refiere no tener ningún grado académico, el 56.6% grado de primaria; el 16.3% tiene secundaria; el 13.2% preparatoria. El 8.3% tiene licenciatura y el 3.5% manifiesta tener posgrado.

En cuanto a estado civil tenemos que el 66% es soltero y el 34% es casado.

En el área de ocupación se obtuvo que el 84.7% manifiesta ocuparse en el hogar, y el 15.3% manifiesta tener un trabajo fuera de su casa.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 48.6% presenta un año de evolución; el 33.3% tiene dos años de evolución; el 7.6% tres años de evolución; y el 6.6% presenta cuatro o más años de evolución.

Con respecto a los diferentes hospitales en donde se obtuvo la muestra, se tiene que el 64.6% son pacientes de un hospital específico de Medicina de Rehabilitación, mientras que 22.6% son pacientes de un hospital dedicado a

problemas de tipo neurológico, y el 12.6% son pacientes de un hospital dedicado a medicina general.

Por último, dentro del análisis descriptivo tenemos que la media de edad fue de 57 años con un rango de 19 a 81 años.

Los resultados que derivó el estudio piloto aunados con los resultados de la segunda muestra dio una muestra más amplia con un total de 288 sujetos, cuyo estudio presentó una consistencia interna $\alpha = .8009$

Una vez que se aplicó el instrumento a la muestra ($n = 288$), se procedió primeramente a la realización de la prueba de consistencia interna; para ello se utilizó el alfa de Cronbach. Y cuyos resultados se muestran en las próximas tablas.

Tabla 1

CONSISTENCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH)

	Si el reactivo se elimina	Correlación ítem-total	Varianza
R1	0.7986	.2520	92.9290
R2	0.7927	.3795	92.6163
R3	0.7934	.3504	90.8452
R4	0.7856	.5110	89.1173
R5	0.7845	.5440	89.0424
R6	0.7943	.3377	90.2693
R7	0.7892	.4764	91.6253
R8	0.7913	.4049	91.7700
R9	0.7893	.4133	91.3845
R10	0.8031	.1787	94.0011
R11	0.7895	.4527	91.3387
R12	0.7940	.3429	90.1347
R13	0.8050	.2012	91.8163
R14	0.7951	.3207	91.2694
R15	0.7920	.3848	91.6128
R16	0.7994	.2302	93.8079
R17	0.7932	.3767	93.0822
R18	0.7982	.2769	91.2636
R19	0.7925	.3680	89.4689
R20	0.8022	.2260	91.8310
R21	0.7846	.5244	88.5171
R22	0.7886	.4432	89.6341
R23	0.7864	.4698	87.8420
Coefficiente de confiabilidad 23 ítems			
alfa de cronbach = .8009			

Tabla 2

ANALISIS FACTORIAL

Componente	Valor eigen	% de Varianza	%Acumulado
1	3.865	17.566	17.566
2	3.199	14.542	32.109
3	3.092	14.056	46.165

La varianza acumulativa fue de tres componentes quedando en 46.1% con respecto de la varianza total. Y a cada componente se le nombró una dimensión específica, ya que cada dimensión representa una agrupación de reactivos diferentes a la agrupación de reactivos originales. Dicha agrupación original es la siguiente:

DIMENSION EMOCIONAL
R1 Cuando está usted solo(a), ¿cómo se siente?
R2 Con su tranquilidad personal, ¿cómo se siente?
R3 Con su estado de ánimo, ¿cómo se siente?
R4 Sus ideas de poder salir adelante a pesar de su enfermedad, ¿cómo son?
R5 La fe que siente en si mismo(a) ¿cómo la considera?
R6 La aceptación corporal de su imagen, ¿cómo la considera?
R7 Con su aseo personal. ¿cómo se siente?
R8 Con su arreglo personal, ¿cómo se siente?
R9 Con su situación económica, ¿cómo se siente?
DIMENSION SOCIAL
R10 Con su comunicación familiar, ¿Cómo se siente?
R11 Con su convivencia familiar, ¿cómo se siente?
R12 Con el apoyo de sus amigos hacia su persona, ¿cómo se siente?
R13 Con su relación de pareja, ¿cómo se siente?
R14 Con su sexualidad, ¿cómo se siente?
R15 Con sus diversiones, ¿cómo se siente?

<p style="text-align: center;">DIMENSION FUNCIONAL</p> <p style="text-align: center;">R16</p> <p style="text-align: center;">Con sus salidas a pasear, ¿cómo se siente?</p>
<p style="text-align: center;">R17</p> <p style="text-align: center;">Su independencia para comer, ¿cómo la considera?</p>
<p style="text-align: center;">R18</p> <p style="text-align: center;">Su independencia para asearse, ¿cómo la considera?</p>
<p style="text-align: center;">R19</p> <p style="text-align: center;">Su independencia para vestirse, ¿cómo la considera?</p>
<p style="text-align: center;">R20</p> <p style="text-align: center;">Su independencia para trasladarse a lugares cortos, ¿cómo la considera?</p>
<p style="text-align: center;">R21</p> <p style="text-align: center;">Con su memoria y su razonamiento de ideas, ¿cómo se siente?</p>
<p style="text-align: center;">R22</p> <p style="text-align: center;">Cuando se trata de adaptar a la vida cotidiana a pesar de sus limitaciones, cómo se siente?</p>
<p style="text-align: center;">R23</p> <p style="text-align: center;">Con su lenguaje ¿cómo se siente?</p>

TABLA 3

ANALISIS FACTORIAL DE CALIDAD DE VIDA

	componentes		
	1	2	3
R11 Con su convivencia familiar, ¿cómo se siente?	0.788		
R3 Con su estado de ánimo ¿cómo se siente?	0.731		
R23 Con su lenguaje ¿cómo se siente?	0.726		
R2 Con su tranquilidad personal, ¿cómo se siente?	0.608		
R5 La fe que siente en si mismo(a), ¿cómo la considera?	0.546		
R12 Con el apoyo de sus amigos hacia su persona, ¿cómo se siente?	0.520		
R21 Con su memoria y su razonamiento de ideas, ¿cómo se siente?	0.520		
R1 Cuando está usted solo(a), ¿cómo se siente?	0.480		
R4 Sus ideas de poder salir adelante a pesar de su enfermedad, ¿cómo son?	0.449		
R13 Con su relación de pareja, ¿cómo se siente?	0.410		
R16 Con sus salidas a pasear, ¿cómo se siente?		0.691	
R8 Con su arreglo personal, ¿cómo se siente?		0.642	
R15 Con sus diversiones, ¿cómo se siente?		0.630	
R6 La aceptación corporal de su imagen, ¿cómo la considera?		0.598	
R7 Con su aseo personal. ¿cómo se siente?		0.596	
R22 Cuando se trata de adaptar a la vida cotidiana a pesar de sus limitaciones, cómo se siente?		0.555	
R17 Su independencia para comer, ¿cómo la considera?		0.501	
R14 Con su sexualidad, ¿cómo se siente?		0.527	
R9 Con su situación económica, ¿cómo se siente?			0.454
R19 Su independencia para vestirse, ¿cómo la considera?			0.847
R18 Su independencia para asearse, ¿cómo la considera?			0.837
R20 Su independencia para trasladarse a lugares cortos, ¿cómo la considera?			0.755
R10 Con la comunicación que tiene con su familia, ¿cómo se siente?			0.548
	Alfa: .7884	Alfa: .7479	Alfa: .7134

Tabla 4.

MEDIA Y DESVIACIONES ESTANDAR POR REACTIVO

REACTIVOS	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
R1 Cuando está usted solo(a), ¿cómo se siente?	2.88	1.03
R2 Con su tranquilidad personal, ¿cómo se siente?	3.51	0.79
R3 Con su estado de ánimo, ¿cómo se siente?	3.10	1.05
R4 Sus ideas de poder salir adelante a pesar de su enfermedad, ¿cómo son?	4.12	0.93
R5 La fe que siente en si mismo(a) ¿cómo la considera?	4.03	0.89
R6 La aceptación corporal de su imagen, ¿cómo la considera?	2.80	1.15
R7 Con su aseo personal. ¿cómo se siente?	4.04	0.74
R8 Con su arreglo personal, ¿cómo se siente?	3.94	0.84
R9 Con su situación económica, ¿cómo se siente?	3.62	1.04
R10 Con la comunicación que tiene con su familia, ¿cómo se siente?	3.75	1.10
R11 Con su convivencia familiar, ¿cómo se siente?	3.90	0.81
R12 Con el apoyo de sus amigos hacia su persona, ¿cómo se siente?	3.67	1.15
R13 Con su relación de pareja, ¿cómo se siente?	3.60	1.37
R14 Con su sexualidad, ¿cómo se siente?	3.03	1.07
R15 Con sus diversiones, ¿cómo se siente?	3.55	0.89
R16 Con sus salidas a pasear, ¿cómo se siente?	3.51	0.96

R17 Su independencia para comer, ¿cómo la considera?		
	3.91	0.74
R18 Su independencia para asearse, ¿cómo la considera?		
	3.56	1.19
R19 Su independencia para vestirse, ¿cómo la considera?		
	3.41	1.17
R20 Su independencia para trasladarse a lugares cortos, ¿cómo la considera?		
	3.24	1.28
R21 Con su memoria y su razonamiento de ideas, ¿cómo se siente?		
	3.68	0.96
R22 Cuando se trata de adaptar a la vida cotidiana a pesar de sus limitaciones, cómo se siente?		
	3.32	0.99
R23 Con su lenguaje ¿cómo se siente?		
	3.29	1.12

El análisis factorial de los 23 reactivos calculado por el método de componentes principales con rotación varimax, generó tres factores los cuales explican el 46.165% de la varianza total.

Como se podrá ver en el cuadro de análisis factorial de calidad de vida, existen tres tipos de componentes que el sistema reporta. **El primer componente explicaría el nivel psíquico interior y exterior; el segundo componente explicaría la imagen y la adaptación al ambiente; y el último componente explicaría el nivel funcional.**

Estos tres componentes nuevos que se formaron por el análisis de calidad de vida, se explican a continuación:

El componente uno psíquico interior y exterior con la agrupación de reactivos R1, R2, R3, R4, R5, R11, R12, R13, R21 y R23, trata de representar aspectos de calidad de vida en relación a cuestiones psicológicas interiores y exteriores del paciente con EVC; como lo son el nivel de introspección, fantasías, relación familiar, interacción social, adaptación al medio ambiente.

El componente dos la imagen y adaptación al ambiente con su agrupación de reactivos R6, R7, R8, R15, R16, R17 y R22, representan aspectos de calidad de vida en cuanto a la imagen corporal, y de cómo la persona se siente con dicha imagen. También representa adaptación al medio ambiente en diferentes aspectos, como lo son cierto nivel de independencia y afrontamiento con el exterior.

El componente tres llamado funcional con la agrupación de reactivos R9 R10, R14 R18, R19, y R20 se refiere como su nombre lo indica, al grado de funcionalidad de la persona en sus actividades de vida diaria, como son independencia en aseo, vestido y traslado.

Tabla 5
RESULTADOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA MUESTRA DE 288 PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Validez porcentual	Porcentaje acumulado
53	1	0.3	0.3	0.3
54	1	0.3	0.3	0.7
55	1	0.3	0.3	1.0
59	1	0.3	0.3	1.4
62	1	0.3	0.3	1.7
64	3	1.0	1.0	2.8
65	1	0.3	0.3	3.1
66	8	2.8	2.8	5.9
67	4	1.4	1.4	7.3
68	4	1.4	1.4	8.7
		MUY	BAJO	
69	2	0.7	0.7	9.4
70	7	2.4	2.4	11.8
71	4	1.4	1.4	13.2
72	8	2.8	2.8	16.0
73	5	1.7	1.7	17.7
74	9	3.1	3.1	20.8
75	20	6.9	6.9	27.8
76	24	8.3	8.3	36.1
77	14	4.9	4.9	41.0
78	17	5.9	5.9	46.9
79	12	4.2	4.2	51.0
		BAJO		
80	13	4.5	4.5	55.6
81	4	1.4	1.4	56.9
82	8	2.8	2.8	59.7
83	11	3.8	3.8	63.5
84	7	2.4	2.4	66.0
85	6	2.1	2.1	68.1
86	8	2.8	2.8	70.8
87	14	4.9	4.9	75.7
88	5	1.7	1.7	77.4
89	7	2.4	2.4	79.9
90	5	1.7	1.7	81.6
91	4	1.4	1.4	83.0
92	2	0.7	0.7	83.7
93	4	1.4	1.4	85.1
94	3	1.0	1.0	86.1
		ALTO		
95	8	2.8	2.8	88.9
96	4	1.4	1.4	90.3
97	4	1.4	1.4	91.7
98	6	2.1	2.1	93.7
99	4	1.4	1.4	95.1
100	4	1.4	1.4	96.5
101	2	0.7	0.7	97.2
102	1	0.3	0.3	97.6
103	4	1.4	1.4	99.0
104	3	1.0	1.0	100.0
		MUY	ALTO	
Total	288	100.0	100.0	

Tabla 6

TOTAL

	RANGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MUY BAJO	53-68	25	8.7	8.7	8.7
BAJO	69-79	122	42.4	42.4	51.0
ALTO	80-94	101	35.1	35.1	86.1
MUY ALTO	95-103	40	13.9	13.9	100.0
TOTAL	53-103	288	100.0	100.0	

Dentro de los resultados de calidad de vida a los 288 sujetos, se obtuvo un resultado de porcentajes de 8.7% para pacientes con EVC con muy baja calidad de vida en los resultados generales. El 42.4% presenta baja calidad de vida, el 35.1% presenta un nivel alto de calidad de vida, y el 13.9% un nivel muy alto de calidad de vida. Los cuales en su conjunto representan el 100% de la población estudiada. La calidad de vida de la población esta más representada por los niveles bajos de este concepto y será necesario trabajar para la construcción de mejores niveles de calidad de vida para la población mexicana.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se obtuvo un instrumento de calidad de vida para pacientes con diagnóstico de EVC, el cual llegó a ser válido y confiable para la población mexicana.

La cantidad de información obtenida en la presente investigación, obliga a plantear los siguientes puntos sobre la terminación del instrumento.

De manera general se puede afirmar que el objetivo de la investigación fue logrado, ya que el instrumento se adaptó a la Calidad de Vida en pacientes con EVC en población mexicana. También se pudieron conocer las características de los pacientes con EVC en sus cinco diferentes resultados según la prueba Likert, las cuales son acordes a las dimensiones del instrumento bajo la muestra seleccionada. Según los resultados se obtuvo un 42.4% de pacientes cuya puntuación es de baja calidad de vida, motivo por el cual será importante analizar los rubros de calidad de vida en estos sujetos. Después del anterior puntaje se encuentra el porcentaje de 35% cuyos sujetos presentan un nivel alto de calidad de vida; en tercer lugar esta el porcentaje de 13.9% cuyos sujetos presentan un nivel muy alto de calidad de vida y por último se obtuvo el porcentaje de 8.7% cuyos sujetos presentan un nivel muy bajo de calidad de vida.

La hipótesis también se confirmó, ya que se pudo medir en lo general la calidad de vida en EVC con el instrumento propuesto y se demostró el bajo nivel de CV en los pacientes; a pesar de la necesidad de seguir afinando el instrumento en lo futuro, y así medir con mayor precisión el concepto.

A continuación se desglosan las conclusiones y discusiones a las que se llegó de manera específica:

a) El instrumento a pesar de que comenzó con dimensiones diferentes a las que arrojó el análisis factorial de calidad de vida, sí muestra una tendencia a evaluar la calidad de vida relacionada a la salud, con dimensiones diferentes a las que se propusieron originalmente dado que las nuevas se adaptan a la definición del constructo de calidad de vida.

b) Se pudo conocer la calidad de vida de pacientes con EVC en nuestro país bajo la muestra seleccionada, ya que representa a un importante sector de enfermos de diferentes estados de la república en los hospitales públicos en donde se aplicó el instrumento.

c) El instrumento es válido porque el análisis de factores arroja validez en el constructo por las dimensiones que analiza, y que corresponden a las primeras dimensiones originales en su esencia.

d) El instrumento es confiable por su alfa de .8009.

e) Al encontrarse otros tipos de dimensiones nuevas como son el nivel de introspección interna, la imagen relacionada a la adaptación con el medio ambiente y la dimensión relacionada a la nueva funcionalidad física; se pudo observar que existen aspectos que se relacionan con situaciones de estados de ánimo y ansiedad, particularmente en las dimensiones que abarcan los aspectos

psíquicos, y la dimensión que tiene que ver con la imagen y adaptación al medio ambiente.

f) Las dimensiones arrojan importantes líneas a seguir no solo dentro del tratamiento psicológico del paciente aquejado de EVC, también es útil en otras áreas de la salud, como lo pueden ser las áreas de trabajo social, enfermería, pedagogía, terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje, solo por mencionar algunas de las más significativas dentro del tratamiento médico integral.

g) En este aspecto vemos que en el caso de trabajo social, está el tener conocimiento de la problemática social que vive el paciente gracias al instrumento, se pueden proponer medidas rehabilitatorias y preventivas para un adecuado manejo social que los trabajadores sociales pueden realizar.

h) El personal de enfermería al poseer conocimiento de la problemática funcional gracias a las dimensiones del instrumento, podrá operar con medios cada vez más idóneos para tratar al paciente con EVC en el área hospitalaria.

i) Los terapeutas de lenguaje, físicos y ocupacionales podrán tener mejor certeza de cierto nivel funcional en la problemática que vive el paciente, y así poder determinar que técnicas se le podrán dar al paciente de manera más específica.

j) Será importante que se complemente la presente investigación y proponer un mayor número de dimensiones de calidad de vida, así como también realizar la estandarización del instrumento.

k) Durante la obtención de validez de constructo se pudieron aclarar las diferencias de la salud mental y física versus la calidad de vida, ya que ambos enfoques en ocasiones distan y chocan, como lo pueden ser por sus diferentes planteamientos.

l) Dentro de las limitaciones del instrumento podemos ver que este apenas reúne las dimensiones más básicas para la evaluación de la calidad de vida, por lo que será necesario proponer cambios en el número de dimensiones.

m) También es necesario mayores ajustes en la capacidad evaluativa, de más población que no goza de los criterios de inclusión y exclusión del instrumento.

n) La calidad de vida en México en pacientes con EVC, arroja resultados fuertes en lo referente a problemas emocionales, debido a la no aceptación de la misma enfermedad durante un prolongado periodo en pacientes mexicanos, aspectos que devienen en crisis emocionales de tipo depresivo mayor crónico.

o) Se puede ver que las tres dimensiones que se manejan como resultados, si bien son distintas a las dimensiones originales propuestas, mantienen ciertos rasgos característicos con los conceptos subjetivos y objetivos de las nuevas dimensiones que arroja el análisis factorial de calidad de vida como lo son las siguientes:

1.- En la dimensión original uno llamada emocional se analizan aspectos de estado de ánimo, y niveles de ansiedad como en el caso de la dimensión nueva la cual es resultado del análisis factorial de calidad de vida llamado dimensión

psíquica interior y exterior, en la cual se analizan también aspectos emocionales pero a un nivel más personal ya que involucra aspectos de pareja y de adaptación familiar.

2.- La dimensión original dos llamada social, mantiene conceptos relacionados como su nombre lo indica al nivel de interacción y vínculo social. Por lo que también en la dimensión nueva llamada imagen y adaptación al ambiente se observan relaciones con vínculos sociales que deben establecerse para incorporar una adecuada calidad de vida.

3.- La dimensión original tres llamada funcional establece criterios relacionados a situaciones de adaptación al medio ambiente en su entorno físico. Por lo que en la nueva dimensión también guarda la esencia de la funcionalidad al entorno físico y es por eso que se queda con el mismo nombre de funcional.

La relación con dimensiones de otras escalas puede ser, similar ya que se mantienen los aspectos funcionales emocionales y sociales, como esenciales en la evaluación de la calidad de vida. Así se puede observar que la evaluación de la calidad de vida en EVC que ha realizado autores como Carod-Artal (2000), Fernández et. al (2004) y Valverde et. al. (2002), se apegan a los conceptos que se pueden evaluar con el presente instrumento a nivel esencial como por ejemplo los mencionados aspectos principales de sociabilidad, funcionalidad y nivel interior psíquico.

REFERENCIAS

- Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F. (2002). Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients. *Stroke*, 2391-2395.
- Astrom, M., Asplund, K., Astrom T. (1992). Psychosocial Function and Life Satisfaction After Stroke. *Stroke*, 23, 4, 527-531.
- Arauz, A. (2005). Comunicación personal del INNN.
- Aguilar, E., Sosa, A., Laventman, R., Cantú, C. (2004). Alteraciones cognoscitivas y grado de severidad en pacientes con infarto y hemorragia cerebral en etapa aguda. *Archivos de Neurociencias*, 9, 75-76.
- Badia, X., Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina clínica*, 110, 14, 550-556.
- Bahraik, A., (2000). *Cursos "Crash" de mosby, lo esencial en neurología*. España Edit. Harcourt
- Buela-Casal, G., Caballo, V., Compiladores (1991). *Manual de Psicología clínica aplicada*. Edit. Siglo Veintiuno de España.
- Buela-Casal, G., Caballo, V., Sierra, C., Compiladores (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Edit. Siglo Veintiuno de España.

- Carod, J., Egido, J., Gonzalez, J., De Seigas, V. (2000). Quality of life among survivors evaluated 1 year after stroke. *Stroke*, 2995-3000.
- Carod-Artal, F.J. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología*, 39, 11, 1052-1062.
- De Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Langton, R., Van Crevel, H. (1993). Measuring Quality of Life in Stroke. *Stroke*, 24, 2, 320-327.
- Fernandez, O., Román, Y., Alvarez, M., Verdecia, R., Ramírez, E., Martínez, J., (2004). Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Revista de Neurología*, 39, 10, 915-923.
- González, M., Sosa, A., Cantú, C. (2004). Correlación del apoyo social percibido, la sintomatología depresiva y el estado funcional en pacientes con Enfermedad vascular cerebral. *Archivos de Neurociencias*, 9, 77.
- Hobart, J., Williams, L., Moran K., Thompson, A. (2002). Quality of life Measurement after stroke. *Stroke*, 1348-1356.
- INEGI Y SSA (2004). Fuentes estadísticas de mortalidad en México.
- Korpelainen, J., Nieminen, P., Myllyla, V (1999). Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke*, 30, 4, 715-719.
- Klein, M., (1946). *Envidia y Gratitude, Obras completas tomo III*, España Ed. Paídos.

- Lona, F. (1997). *La depresión como indicador pronóstico en la respuesta al tratamiento de Rehabilitación en los pacientes con secuelas de Enfermedad vascular cerebral*. Instituto Nacional de Rehabilitación, México, DF.
- Méndez, M. (2003). *Medición de la eficacia en Rehabilitación integral del paciente con secuelas de Accidente cerebral vascular*. Instituto Nacional de Rehabilitación, México, DF.
- Murphy, R., Sackley, C., Miller, P., Harwood, R. (2001). Effect of experience of severe stroke on subjective valuations of quality of life after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70, 5, 679-681.
- Palomar, J. (1995). *Construcción de un instrumento en calidad de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica UNAM.
- Reynoso, L., Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México Edit. Manual moderno.
- Segal, H., (1988). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, España Ed. Paídos.
- Strum, J., Osborne, R., Dewey, H., Donnan, G., Macdonell, R., Thrift, A. (2002). Brief Comprehensive Quality of Life Assessment After. *Stroke*, 2888-2894.
- Sulch, D., Melbourn, A., Perez, I., Kalra, L. (2002). Integrated Care Pathways and Quality of Life on a Stroke Rehabilitation Unit. *Stroke*, 1600-1604.

Suenkeler, I., Nowak, M., Misselwitz., Kugler, C., Shreiber, W., Oertel, W., Back, T. (2002). Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. *Journal Neurology*, 249, 1160-1167.

Tammy, T., Michelle Y., Elvina, L. (2001). Health-Related Quality of Life After Stroke : A Comprehensive Review. *Stroke*, 32, 4, 964-971.

Valadez, J. (2002). *Neuroanatomía funcional*. Ediciones de Neurociencias, México.

Valverde, E., Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44, 4, 349-361.

Williams, L., Weinberger, M., Harris, L., Biller, J. (1999). Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology*, 53, 1, 1839-1843.

Williams, L., Weinberger, M., Harris, L., Clark, D., Biller, J. (1999). Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30, 7, 1362-1369.

ANEXO I

Primer instrumento con 23 reactivos considerados y agrupación original de reactivos.

ESCALA DE TRES DIMENSIONES BASICAS DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

No. EXPEDIENTE:

NOMBRE: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____
FECHA: _____
OCUPACION: _____
TIPO DE DIAGNOSTICO DE EVC: _____
TIEMPO DE EVOLUCION: _____
GRADO DE SEVERIDAD: _____
HOSPITAL: _____

Instrucciones: Por favor seleccione por cada pregunta que lea, una de las cinco casillas que representa mejor el grado de bienestar o malestar en que se encuentra usted la mayor parte del tiempo; sobre todo después de que le sucedió la enfermedad vascular-cerebral. Recuerde que su respuesta es personal y lo más sincera posible. Gracias.

		MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
1	Cuando está usted solo(a), ¿cómo se siente?					
2	Con su tranquilidad personal, ¿cómo se siente?					
3	Con su estado de ánimo, ¿cómo se siente?					
4	Sus ideas de poder salir adelante a pesar de su enfermedad, ¿cómo son?					
5	La fe que siente en si mismo(a) ¿cómo la considera?					
6	La aceptación corporal de su imagen, ¿cómo la considera?					
7	Con su aseo personal. ¿cómo se siente?					
8	Con su arreglo personal, ¿cómo se siente?					
9	Con su situación económica, ¿cómo se siente?					
10	Con su comunicación familiar, ¿Cómo se siente?					
11	Con su convivencia familiar, ¿cómo se siente?					
12	Con el apoyo de sus amigos hacia su persona, ¿cómo se siente?					
13	Con su relación de pareja, ¿cómo se siente?					
14	Con su sexualidad, ¿cómo se siente?					
15	Con sus diversiones, ¿cómo se siente?					
16	Con sus salidas a pasear, ¿cómo se siente?					
17	Su independencia para comer, ¿cómo la considera?					
18	Su independencia para afeitarse, ¿cómo la considera?					
19	Su independencia para vestirse, ¿cómo la considera?					
20	Su independencia para trasladarse a lugares cortos, ¿cómo la considera?					
21	Con su memoria y su razonamiento de ideas, ¿cómo se siente?					
22	Cuando se trata de adaptar a la vida cotidiana a pesar de sus limitaciones, cómo se siente?					
23	Con su lenguaje ¿cómo se siente?					

ANEXO II

Instrumento final con 23 reactivos considerados y última agrupación de reactivos.

ESCALA DE TRES DIMENSIONES BASICAS DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

No. EXPEDIENTE:

NOMBRE: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____
FECHA: _____
OCUPACION: _____
TIPO DE DIAGNOSTICO DE EVC: _____
TIEMPO DE EVOLUCION: _____
GRADO DE SEVERIDAD: _____
HOSPITAL: _____

Instrucciones: Por favor seleccione por cada pregunta que lea, una de las cinco casillas que representa mejor el grado de bienestar o malestar en que se encuentra usted la mayor parte del tiempo; sobre todo después de que le sucedió la enfermedad vascular-cerebral. Recuerde que su respuesta es personal y lo más sincera posible. Gracias.

		MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
1	Con su convivencia familiar, ¿cómo se siente?					
2	Con su estado de ánimo ¿cómo se siente?					
3	Con su lenguaje ¿cómo se siente?					
4	Con su tranquilidad personal, ¿cómo se siente?					
5	La fe que siente en si mismo(a), ¿cómo la considera?					
6	Con el apoyo de sus amigos hacia su persona, ¿cómo se siente?					
7	Con su memoria y su razonamiento de ideas, ¿cómo se siente?					
8	Cuando está usted solo(a), ¿cómo se siente?					
9	Sus ideas de poder salir adelante a pesar de su enfermedad, ¿cómo son?					
10	Con su relación de pareja, ¿cómo se siente?					
11	Con sus salidas a pasear, ¿cómo se siente?					
12	Con su arreglo personal, ¿cómo se siente?					
13	Con sus diversiones, ¿cómo se siente?					
14	La aceptación corporal de su imagen, ¿cómo la considera?					
15	Con su aseo personal. ¿cómo se siente?					
16	Cuando se trata de adaptar a la vida cotidiana a pesar de sus limitaciones, cómo se siente?					
17	Su independencia para comer, ¿cómo la considera?					
18	Con su sexualidad, ¿cómo se siente?					
19	Con su situación económica, ¿cómo se siente?					
20	Su independencia para vestirse, ¿cómo la considera?					
21	Su independencia para asearse, ¿cómo la considera?					
22	Su independencia para trasladarse a lugares cortos, ¿cómo la considera?					
23	Con la comunicación que tiene con su familia, ¿cómo se siente?					