



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LA DIADA PACIENTE-
CUIDADOR ANTE UN EVENTO VASCULAR CEREBRAL**

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

ALUMNA: VÁZQUEZ VÉLEZ SANDRA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

SINODALES:

DRA. ANGELICA RIVEROS ROSAS

DR. FRANCISCO PAZ RODRÍGUEZ

LIC. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS

DRA. DOLORES RODRÍGUEZ ORTÍZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Primero que nada el principal agradecimiento es a la "vida" por haberme puesto en este camino, lleno de obstáculos y satisfacciones.

Agradezco a mis padres porque han sido el pilar que me ha sostenido a lo largo de este camino que fue ser estudiante y sin ellos no hubiera podido solita.

A mi ma... que es una mujer que me ha enseñado que la vida está llena barreras que tienes que pasar, siendo fuerte y con ayuda saldrás adelante. Ella siempre me enseñó que hay que mirar hacia arriba y fijarse metas, y que nunca hay que rendirse por nada ni nadie. Ella siempre me dijo "tu único trabajo es estudiar" y pues fue lo que hice "trabajar mucho" hasta ahora 😊 y constantemente me apoyo, amo, cuido y sobre todo platico conmigo muchas experiencias que para mi desarrollo como persona fueron importantes, nunca olvidaré cuando me dijo en una ocasión "yo no voy a premiar tus logros escolares porque es tii único trabajo" en ese momento me dolió mucho pero hoy se lo agradezco ya que aprendí a valorar mis logros para satisfacción propia y no por un regalo.

También agradezco a mi pa... Porque él me enseñó el significado de la "responsabilidad" porque desde que me acuerdo él se ha levantado a las 6 de la mañana para ir a trabajar para que no nos faltara nada, él ha sido un buen padre y me ha apoyado mucho como hija. Gracias te quiero mucho.

Agradezco a mi hermano porque con sus palabras me hizo crecer como persona aunque a veces eran un poco duras y frías me enseñaron el valor de la vida y me enseñó "si pasa por tu mente pasa por tu vida" esa frase jamás la olvidaré... y también me ha enseñado con sus errores que no debo cometer los mismos. Te quiero flaquito menshu.

Gracias a mi familia por su cariño y comprensión nunca lo olvidaré, gracias a mi abue por su apoyo y amor, gracias a las locas de mis primas (Gaby y Mariana) por su forma de ser conmigo y gracias a mi tía Cleme por su buena ondez... 😊

Por otro lado quiero agradecer enormemente a los integrantes de Neuro, por que aprendi muchísimo de todos, cada uno me dio lo peculiar de su ser para yo poder seguir adelante con mis ideales de estudiante y ahora de profesionalista. Siempre los recordaré, a la doctora Yaneth por darme la oportunidad de pertenecer al mejor equipo que existe en neurología que es el de los Grupos de Apoyo, a Mireya que sin su ayuda no hubiese encontrado algunas referencias

bibliográficas y gracias a su apoyo aprendí a evaluar pacientes y aprendí a organizar los grupos de apoyo; gracias a Rodo, Aletz, Rubén, Pancho, Elisa por su sentido del humor eso me hizo amena la estancia en el departamento, dos años se me hicieron muy rápidos, y qué decir de Yvonne nunca olvidaré que tú me ayudaste mucho al inicio del Servicio Social fuiste mi lazarillo y nunca lo olvidaré, como nunca olvidaré los registros que me hicieron Rodo, Jessica, Aletz, Elisa y Julia porque al ejecutarlos me sentí importante. Jejeje! ☺

A quien le quiero agradecer exclusivamente es a Frank, mi sinodal estrella, porque sin él la tesis no hubiese podido ser lo que es hoy, él siempre con sus consejos... desde que tuve la idea me ayudo a encontrar información ya que ésta me surgió a partir de los grupos de Apoyo. Recuerdo bien que todo comenzó cuando observe las necesidades de los cuidadores, y aunque no quería dejar de lado a los pacientes decidí evaluar a los dos también al enterarme de cómo eran los eventos cerebro vasculares, mi interés aumento gracias a las ideas que también me proporcionó Frank y cuando las lleve a cabo él siempre estuvo ahí para ayudarme en lo que más pueda. ¡Espero que nunca cambies tu forma de ser Frank porque es genial, te llevaré siempre en mi vida como un ejemplo!

Gracias a mi director de tesis mi más apreciable Samuel Jurado, fue sin duda un excelente profe y me ayudo mucho en todo, siempre se mostró comprensivo, tolerante y ejemplar, me gusto muchísimo ser su alumna en este trabajo puesto que siempre mostro interés en mi y nunca me dejo sola, agradezco la ayuda, la rapidez y la sencillez que me dio.

Gracias Dra. Riveros, me gusto mucho ser su alumna y sin su ayuda esto jamás hubiese podido ser un éxito porque con sus consejos de redacción y su experiencia hoy mi tesis está lista para que la consulten los demás.

Gracias a mis otros dos sinodales la Dra. Rodríguez y el Lic. José Méndez, ustedes me ayudaron mucho con sus consejos y el interés que mostraron para que este trabajo se concluyera de una forma legible.

Y por último y no por esto ser menos importante, gracias a mi Amor, si a mi Amor, porque sin él no hubiese podido seguir en este camino, él me ayudo mucho aunque hubo caídas no importa se superaron a todo momento por su apoyo incondicional y la honestidad que lo caracteriza, gracias infinitas Amor, sé que eternamente estarás junto a mí para brindarme apoyo, comprensión, sabiduría, y vida. Gracias Amor mío!!!

Hare krishna.

Índice	Páginas
Introducción.....	6-7
Capítulo 1. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.....	8-14
Capítulo 2. Afrontamiento.....	15-26
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	16-18
<i>Afrontamiento en cuidadores</i>	19-22
<i>Afrontamiento en pacientes</i>	22-24
<i>Esquema general de afrontamiento</i>	25-26
Capítulo 3. CALIDAD DE VIDA.....	27-30
MÉTODO.....	31-41
<i>Planteamiento del problema</i>	31
<i>Justificación</i>	31-32
<i>Objetivos</i>	33
<i>Hipótesis</i>	33
<i>Variables</i>	33
<i>Definición conceptual</i>	34
<i>Definición operacional</i>	34

<i>Tipo de estudio</i>	34
<i>Participantes</i>	34
<i>Diseño</i>	35
<i>Criterios</i>	35
<i>Instrumentos</i>	36-40
<i>Procedimiento</i>	41
RESULTADOS.....	42-46
<i>Análisis estadístico</i>	42
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	47-50
<i>Sugerencias y limitaciones</i>	50
REFERENCIAS.....	51-58
Anexos.....	59-75

Introducción

El Evento Vascular Cerebral (EVC) se caracteriza por su aparición súbita y generalmente sin aviso, siendo la quinta causa de muerte en México, los sobrevivientes presentan secuelas que requerirán de un cuidador; (Ruiz, González, García, Gutiérrez y González, 2003).

El término “díada” es establecido a los grupos compuestos por dos personas, en ellos la relación es de uno a uno y no existe una tercera persona con la que se deba competir por la atención del otro, por esta razón en las díadas se establecen los vínculos sociales más fuertes y significativos siempre y cuando haya una relación mantenida por el esfuerzo y compromiso de ambos integrantes, dentro de los ejemplos de díada están los matrimonios, relaciones de pareja, amigos íntimos, etc.; (Donatiu, 2011). Por lo tanto las díadas conformadas por paciente-cuidador realizan regularmente actividades juntos se relacionan la mayor parte del tiempo y afrontan la misma situación, que en este caso es el EVC.

En población hispana el afrontamiento es un tema poco estudiado en interacciones específicas como la díada paciente-cuidador, la mayoría de los estudios se han hecho de forma individual encuestando a pacientes y/o a cuidadores, por este motivo también se realizó esta investigación para averiguar si las estrategias de afrontamiento son diferentes o iguales en la díada (paciente-cuidador).

También se ha descrito la relación entre afrontamiento y calidad de vida, por ejemplo en una muestra de solo pacientes con EVC se encontró que las estrategias de afrontamiento utilizadas son: autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva éstas se relacionan con aspectos de la calidad de vida como: energía y movilidad

física (Fernández, Fiallo, Álvarez, Roca, y Chávez, 2001). Estudios con cuidadores han descrito que utilizan estrategias de afrontamiento como: aislamiento y evitación-escape (Stefani, Seidman, Pano y Achich, 2003) y se ha reportado que existe un deterioro en la Calidad de vida en los cuidadores de pacientes con EVC (Mangini, 2004).

La correlación de las variables permitirá describir cómo los pacientes y sus cuidadores están afrontando el EVC y si ésta guarda relación con la calidad de vida y depresión (estado de ánimo).

Como se puede observar la dependencia entre las variables afrontamiento y calidad de vida en muestras ya sea de pacientes o de cuidadores, aunque se han mostrado diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento, que utilizan pacientes o cuidadores.

Por lo tanto en el presente trabajo se busca identificar la relación que guardan las variables de un grupo de pacientes con sus cuidadores y observar qué impacto hay en la Calidad de vida y depresión.

CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

La enfermedad vascular cerebral (EVC) se refiere a cualquier anormalidad cerebral, producto de un proceso patológico que comprometa los vasos sanguíneos. Principalmente se origina por la afectación de un área del encéfalo de forma transitoria o permanente por una isquemia (reducción del flujo sanguíneo hasta niveles que son insuficientes para mantener el metabolismo necesario para la función normal y estructura del cerebro) o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso de ruptura (Díez, Del Brutto, Álvarez y Muñoz, 2001; Barinagarrementería F. y Cantú, C., 1998).

El término EVC es denominado como Accidente Cerebro Vascular, Ataque Cerebro Vascular, ictus, stroke o apoplejía, se refiere a la lesión que sufre una porción del cerebro debido a la interrupción de su riego sanguíneo, ocasionando la pérdida de la función en la parte del cuerpo que es controlada por esa porción dañada.

El Evento Vascular Cerebral (EVC) es un “síndrome clínico focal de instalación rápida que se origina por un infarto o hemorragia cerebral, hay alteración cerebral de 24 horas por lo menos (salvo que se interrumpa por cirugía o por muerte) y el origen es vascular. (Barinagarrementería F. y Cantú, C., 1998)

Por lo tanto Barinagarrementería F. y Cantú, C. (1998); Díez, et al., (2001) mencionan que “el EVC representa de forma genérica un grupo de trastornos que incluyen el *infarto cerebral* (se ocasiona por el cierre súbito de una arteria cerebral), la *hemorragia cerebral* (proviene de una ruptura de los vasos sanguíneos dentro de la cavidad craneal) y la

hemorragia subaracnoidea (ocurre cuando la sangre se localiza a nivel de las membranas aracnoides y el líquido cefalorraquídeo)”).

La patología vascular puede observarse en las paredes de los vasos sanguíneos, por acumulación de material, por cambios en la permeabilidad o por ruptura de sus paredes. El flujo sanguíneo puede obstruirse por un trombo (coágulo sanguíneo que se forma en un vaso y permanece allí por un tiempo) mientras que la embolia es un coágulo o émbolo que se desplaza desde el sitio donde se formó a otro lugar en el cuerpo. El trombo al obstruir el flujo en el vaso sanguíneo impide el suministro de oxígeno a los tejidos circundantes. Esto puede ocasionar daños como destrucción (infarto) e incluso la muerte o necrosis de los tejidos que se encuentran en esa área, esta patología es el resultado de un incremento en la viscosidad de la sangre por lo cual aumenta el trabajo cardiaco de bombeo y disminuye el flujo sanguíneo (Ardila y Rosselli, 2007).

La característica clínica más importante de la enfermedad cerebro vascular es su *perfil temporal*. Una de las manifestaciones más frecuentes de este tipo de enfermedad es la hemiplejia (trastorno del cuerpo en el que la mitad lateral está paralizada), es normalmente el resultado de un accidente cerebro vascular, aunque también pueden provocarla patologías que afecten la espina dorsal o los hemisferios cerebrales. Esto, al igual que cualquier otro tipo de déficit neurológico producido por un EVC puede ser causado por otras patologías, como tumores, abscesos, enfermedades desmielinizantes, etc. Sin embargo, lo característico de las enfermedades cerebro vasculares y que va a orientar al clínico, es la brusquedad de comienzo y rápida evolución para llegar a ser máximo el déficit, en segundos, minutos, horas o a lo más unos pocos días.

En general la población se encuentra en riesgo de presentar una patología cerebral, aunque existen factores que incrementan la probabilidad de que aparezca un EVC. Los factores pueden ser modificables o no modificables, puesto que están modulados por la situación en la que viven o se han desarrollado a lo largo de ella, ya que los hábitos alimenticios (factor modificable) o alguna característica personal como la herencia (factor no modificable), están muy ligados a que aparezca o no un accidente vascular cerebral (Díez, et al. 2001).

Factores de riesgo no modificables

Estos factores son los que no se pueden prevenir por lo tanto la población que presenta estas cualidades de vida son las más vulnerables en padecer un ictus (Barinagarrementeria, Cantú, Araúz, 2009).

Edad

El factor de riesgo que más se ve relacionado con un EVC es la edad, ya que la incidencia aumenta de manera exponencial conforme pasan las décadas, entre los 50 y 75 años la población es más vulnerable (Barinagarrementeria, Cantú, Araúz, 2009).

El EVC en pacientes jóvenes es poco frecuente, sólo del 5-10% son isquémicos en pacientes menores de 45 años. (Gil de Castro, Gil-Núñez, 2000).

Género

Se considera que la incidencia es 1.25 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Las excepciones se presentan entre los 30-44 años de edad y después de los 75 años. (Barinagarrementeria, Cantú, Araúz, 2009)

Por tanto el EVC isquémico es más frecuente en varones, es similar en ambos sexos para la hemorragia intracerebral, y es mayor la incidencia de hemorragia subaracnoidea en mujeres, éstas tienen una mayor incidencia en aneurismas intracraneales y aneurismas familiares (Gil de Castro, Gil-Núñez, 2000).

Herencia- Historia Familiar

Diversos estudios han demostrado que una historia familiar de accidente vascular cerebral se relaciona con una mayor incidencia en presentarlo. Aunque estos datos aportan una influencia genética, se precisan más estudios para deslindar la participación de determinantes genéticos de los factores ambientales (Gil de Castro, Gil-Núñez, 2000).

La historia familiar de EVC tiene importantes implicaciones preventivas por su papel como factor de riesgo. Se estima que el riesgo de ictus en familiares de un paciente con infarto cerebral es 2.3 veces mayor y el riesgo de cardiopatía isquémica es 2.1 veces mayor (Barinagarrementeria, Cantú, Araúz, 2009).

Factores de riesgo modificables

Hipertensión arterial

Es el factor de riesgo modificable de mayor peso en la prevención primaria del EVC puesto que aumenta con la edad. Se sabe que el riesgo de isquemia cerebral se incrementa de cuatro a cinco veces en pacientes hipertensos (Gil de Castro, et al. 2000).

Factores Ambientales

Se ha correlacionado algunos factores ambientales con el EVC; el estar expuesto a elementos tóxicos como plomo y cadmio, también la elevada ingesta de proteína y sal, y se ha visto relación con la baja ingesta de potasio y magnesio (Gil de Castro, Gil-Núñez, 2000).

Tabaquismo

El tabaquismo constituye también un importante factor de riesgo tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral. El riesgo se incrementa de forma proporcional al número de cigarros por día y es mayor para las mujeres respecto a los varones. Los fumadores pasivos también tienen un mayor riesgo de padecer EVC. Puesto que la exposición pasiva al humo del cigarro aumenta el riesgo de progresión de la arteriosclerosis, sin olvidar que ésta es un tipo de arteriosclerosis cerebral se presenta en las grandes arterias extracraneales e intracraneales de la base del cerebro (Martínez, E. y Irimia, P., 2000; Barinagarrementería et al. 1998).

Obesidad

El patrón de obesidad central, caracterizado por los depósitos de grasa abdominales se asocia estrechamente con el riesgo de arteriosclerosis y EVC y la relación comprobada que hay entre obesidad e hipertensión arterial hace que sea un factor de riesgo importante para presentar este padecimiento.

Dieta

Algunos hábitos alimenticios se relacionan con el riesgo de EVC, como el consumo excesivo de sal (que aumenta la presión arterial), el consumo excesivo de grasas saturadas y colesterol (aumentan la grasa corporal), por lo tanto las dietas ricas en frutas y verduras pueden prevenir el riesgo de EVC (Martínez, E. y Irimia, P., 2000).

Sedentarismo

Se ha reportado una relación inversa entre actividad física y riesgo de EVC (isquémico y hemorrágico) para ambos sexos. El realizar frecuentemente ejercicio físico moderado (30 minutos aprox.) Previene el riesgo de EVC. (Martínez et al. 2000).

Evento Vascular Cerebral vs. Enfermedad Vascular Cerebral

Un EVC es un suceso repentino con pérdida de la conciencia mientras que se conoce como Enfermedad Vascular Cerebral a todos los trastornos en los cuales se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria a causa de una isquemia cerebral o hemorragia cerebral (cerebral o subaracnoidea), y en los cuales uno o más vasos sanguíneos cerebrales presentan una alteración primaria por algún proceso patológico (Barinagarrementería et al. 1998).

Lo que diferencia el EVC de otros trastornos similares es la consideración de ser un episodio agudo y la afectación de las funciones del sistema nervioso central.

La Enfermedad Vascular Cerebral es una causa importante de muerte, pero es más invalidante que mortal. Después del primer año, en más del 50 % de los casos existe

defecto motor, y entre 30 y 35 % presenta déficit cognitivo. En un menor porcentaje de los pacientes presentan trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje, de la deglución y de la marcha, así como control esfínteres.

Otros elementos como el dolor (hombro doloroso) o las caídas frecuentes se suman con las dificultades que afrontan estos pacientes, que los llevan a una situación de dependencia funcional y a la imposibilidad de una vida social plena (Barinagarrementeria, et al., 2009).

CAPÍTULO 2. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se revela como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad. Las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el estrés fisiológico y mejorar la respuesta corporal (ejemplo: mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardiaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas, y, mejorar el rendimiento y ajuste social (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco 2004).

También el Afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone, 1988).

Lazarus y Folkman (1986) definen el Afrontamiento como *“Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* esta propuesta es hasta nuestros días una de las más utilizadas, ya que es la clásica para la literatura por que fue la primera que proporcionó los elementos básicos del constructo y se relaciona con la psicología, cabe señalar que después de ésta existen otras que añaden elementos psicológicos para darle más precisión a la definición, y no hay mucha diferencia entre ellas.

Estrategias de Afrontamiento

Existen varios tipos de estrategias propuestas por diferentes investigadores y éstas se conforman en dos bloques que son de *resolución del problema* y de *regulación emocional*. Lazarus y Folkman (1986) descubrieron que el primero corresponde a la solución directamente dirigida a manejar o alterar el problema que está causando el malestar; mientras que el segundo se refiere a un método dirigido a regular la respuesta emocional ante el problema. El uso de uno u otro en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor o suceso externo y las circunstancias en las que se produce (Lazarus, R. 1999).

Por otro lado puede existir la división por familias de Afrontamiento que resulta especialmente útil, según Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004) mencionan las siguientes categorías del afrontamiento:

Resolución del problema o focalizado en la solución del problema, se caracteriza por contener prototipos de afrontamiento de acción instrumental, activa y centrada en el problema, y relacionadas cercanamente con el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación. Marcando su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno, ajustando acciones para lograr modificarlo.

Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas (resolución de problema).

Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema (resolución de problemas).

Dentro del bloque de *Regulación emocional* se puede observar que las personas afrontan de un modo que sus emociones no se vean afectadas y cuando se afronta de tal forma los sujetos presentan comportamientos de reajuste o reacomodo sentimental (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

- *Distanciamiento*: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte.
- *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo (ejemplo: “ojala hubiese desaparecido esta situación”) o de empleo de otras conductas que no solucionan el problema, como: comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- *Reevaluación positiva*: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
- *Autofocalización negativa*: pensamientos pesimistas o sentimientos de incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, percepción de culpabilidad.
- *Expresión emocional abierta*: conductas de hostilidad, irritabilidad, agresión hacia las demás personas.

Acudir a otras personas (amigos, familiares, grupos de apoyo o de autoayuda, etcétera) para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional, esto es otro bloque de estrategias de afrontamiento que es *Búsqueda de Apoyo social*, éste tiene fines

instrumentales, informativos y emocionales, ya que es una forma de hacer frente a la situación. Con frecuencia utilizan éste la mayoría de personas para afrontar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo, aunque generalmente se asocia a descargar emociones más que a buscar apoyo (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

Según Sandín y Chorot (2003), otra estrategia de afrontamiento es la Religión, esto se refiere a conductas religiosas como: rezar, prender velas, buscar ayuda de miembros de la iglesia, confiar en que Dios remediará su situación, etc. También a este tipo de estrategia se le ha llamado afrontamiento religioso que incluye métodos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, el buscar ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa, perdón religioso, el descontento espiritual, el descontento religioso auto dirigido y el descontento religioso interpersonal (Rivera y Montero, 2007).

El Afrontamiento está ligado con las díadas paciente-cuidador, por ejemplo: los pacientes están expuestos a vivir un ingreso hospitalario y esto origina una percepción de amenaza que requiere una respuesta, después ambos afrontaran la situación según su aprendizaje y desarrollo e intentarán solucionar la situación (Martínez, Rodríguez, Rodríguez, Rodríguez, 2005; Muela, Torres, Peláez, 2002).

La literatura a reportado diferencias en la forma de afrontamiento de los cuidadores y pacientes, por lo tanto a continuación se explica cada uno de estos.

Afrontamiento en cuidadores

La situación a la que se enfrentan los cuidadores primarios, principalmente es responsabilizarse de personas que padecen enfermedades crónicas, para esto se establecen una serie de metas, que requieren múltiples intervenciones, que incluyen satisfacción de necesidades de salud, psicosociales y económicas del paciente a cuidar y de sí mismo.

Cuidar a una persona que afronta una enfermedad crónica conlleva esfuerzo, dedicación, en muchos casos implica renuncias a tiempo para sí mismo, a un trabajo o promoción laboral, también puede significar el descubrir en uno mismo cualidades, aptitudes o talentos que de otro modo se hubiesen pasado desapercibidos y puede resultar una experiencia satisfactoria o no para el cuidador (Muela, J. Torres, C. y Peláez, E. 2002).

En la mayoría de las familias, el único miembro que asume la mayor responsabilidad del cuidado es la mujer, esposa, hija, nuera y hermana. En cada familia hay un cuidador principal que responde espontáneamente o por necesidad sin que haya llegado a un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. El parentesco es un factor muy importante para comprender y entender los sentimientos y experiencia que viven los cuidadores (Muela, et al. 2002).

Los cuidadores se ven expuestos a muchas emociones y sentimientos encontrados. Algunos positivos como los *sentimientos de satisfacción* por contribuir al bienestar del ser querido, otros negativos como sensación de *impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza, cansancio, consecuencias laborales, sensación de incumplimiento* en el trabajo laboral y al cuidar al paciente, y, *dificultades económicas* porque aumentan los egresos en la familia. Además se provoca en el cuidador una reducción del número de

actividades sociales de ocio, produciendo sentimientos de aislamiento del mundo que lo rodea (Laserna, Castillo, Peláez, Navío, Torres, Rueda, Ramírez. y Pérez 1997).

Biegel, Song, Milligan (1991) encontraron que cuidar un familiar enfermo es una situación estresante en la que se deben afrontar las necesidades crecientes del miembro dependiente y sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y pérdida de un estilo de vida. También surgen pensamientos perturbadores (fracaso, incertidumbre, ansiedad, auto reproche y culpa) que afectan a los cuidadores.

Los pacientes que han sufrido un EVC necesitan el apoyo físico y emocional de un cuidador, ya que el padecimiento los incapacitan para continuar con su vida, pero después de un tiempo cuando el paciente se ha rehabilitado y ya no hay esa necesidad de sustento, el apego de la díada se rompe, entonces existe una situación disruptiva donde emergen sentimientos de soledad (desagradables, penosos e involuntarios) frente a un problema de desprotección (Stefani, et al., 2003).

Las personas que cuidan a un familiar enfermo sufren niveles variados de soledad en relación a los cambios que se producen en su red social. Las habilidades de afrontamiento que las personas poseen, condicionan y están condicionados por el sentimiento de soledad y la situación de aislamiento emocional y social (Stefani, y Feldberg, 2006).

El patrón de afrontamiento hacia la enfermedad crónica está conformado por estrategias utilizadas en el pasado y/o estrategias nuevas que se generan frente al estresor.

Los estilos de afrontamiento específicos estarán focalizados en la comprensión racional del problema para el cual se analizarán y elaborarán estrategias de solución, en la

búsqueda de apoyo social, en el auto reproche, en el pensamiento mágico o bien en la evitación (Vitalino, Carr, Mauro y Becker, 1985).

La siguiente tabla, muestra estudios sobre afrontamiento hechos con cuidadores, para identificar cuáles son las estrategias que utilizan las personas que cuidan.

Tabla 1. Afrontamiento cuidadores. Estudios realizados con muestras de cuidadores.

Título	Autor (es)	Muestra	Instrumento de Afrontamiento utilizado	Conclusiones
Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer	Muela J., Torres C., y Peláez E. (2002)	85 cuidadores	Inventario de situaciones potencialmente estresantes (ISPE)	Los cuidadores usan estrategias de afrontamiento inadecuadas para la solución del problema (regulación emocional o resolución del problema), son inadecuadas porque nunca se llega a una respuesta adaptativa.
Los cuidadores familiares de enfermos crónicos sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento	Stefani, D., Seidman, S. Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003)	143 cuidadores 72 mujeres 71 hijas	Escala de Afrontamiento de Lazarus	Utilizan estrategias relacionadas con el aislamiento, evitación-escape, se encuentran diferencias en el sentimiento de soledad por el tipo de paciente
Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica	Dejo M. (2007)	74 cuidadores familiares	Cuestionario “Estudio de las estrategias de afrontamiento de la familia”	Se relaciona el sentido de coherencia con aceptación de la responsabilidad (manejo de significado) en los cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica
Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer	De la Huerta, R., Corona, J. y Méndez J. (2006)	50 cuidadores	Instrumento de Salud y vida cotidiana HDL forma B, consta de 7 escalas incluida la de afrontamiento	La estrategia que más utilizan los padres que cuidan a sus hijos con cáncer es: <i>Focalización en la solución del problema</i> , el afrontamiento es cognitivo activo, debido a que centran sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad de sus hijos, para

atenderlas y comprenderlas.

Título	Autor (es)	Muestra	Instrumento de Afrontamiento utilizado	Conclusiones
Psychosocial Function of Spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke	Visser, A., Post M., Van de Port, I., Mass, C., Forstberg, G. y Lindeman, E. (2009)	211 parejas (cuidadores) de pacientes con EVC.	Índice de la tensión del cuidador. Inventario interaccional de la solución del problema y lista social de la ayuda.	Los cuidadores mostraron puntuación alta en la estrategia de afrontamiento <i>resolución del problema</i> y poca armonía en la relación con su pareja, dependiendo el tiempo con el padecimiento las relaciones sociales muestran cambios como aislamiento después de 3 años con el cuidado.

Los estudios realizados en muestras de exclusivamente cuidadores describen como le hacen frente a la situación. El cuidar a un paciente con un padecimiento de tipo neurológico es un suceso estresante por lo tanto se ha descrito que la forma de afrontar es objetiva, puesto que la estrategia que más utilizan es: “*focalización en la solución del problema*”. Recordando que el presente estudio pretende describir como la díada cuidador- paciente, afronta el padecimiento (EVC), se realizó una búsqueda de los estudios hechos con muestras de pacientes que sufrieron ictus para observar que estrategias utilizan estos y cuales los cuidadores. A continuación se describe a detalle lo que dice la literatura acerca de cómo los pacientes hacen frente.

Afrontamiento en Pacientes

Se ha descrito que los pacientes hipertensos presentan una tendencia en utilizar los dos bloques de las estrategias de afrontamiento relacionados con la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social. Como estrategia de afrontamiento individual se ha registrado la estrategia “confrontación” (Bernal, Lemos, Medina, Ospina y Torres, 2009). También se ha reportado que la estrategia de afrontamiento que utilizan los pacientes es

evitación-escape porque realizan otras conductas para resolver su problemática o para distraerse y olvidarse de él (Padierna, Fernández, Pérez, Amigo, González, Gracia, Fernández, y Peláez, 2004).

La tabla que se presenta a continuación resume estudios que se han hecho para medir afrontamiento en los pacientes que han sufrido EVC.

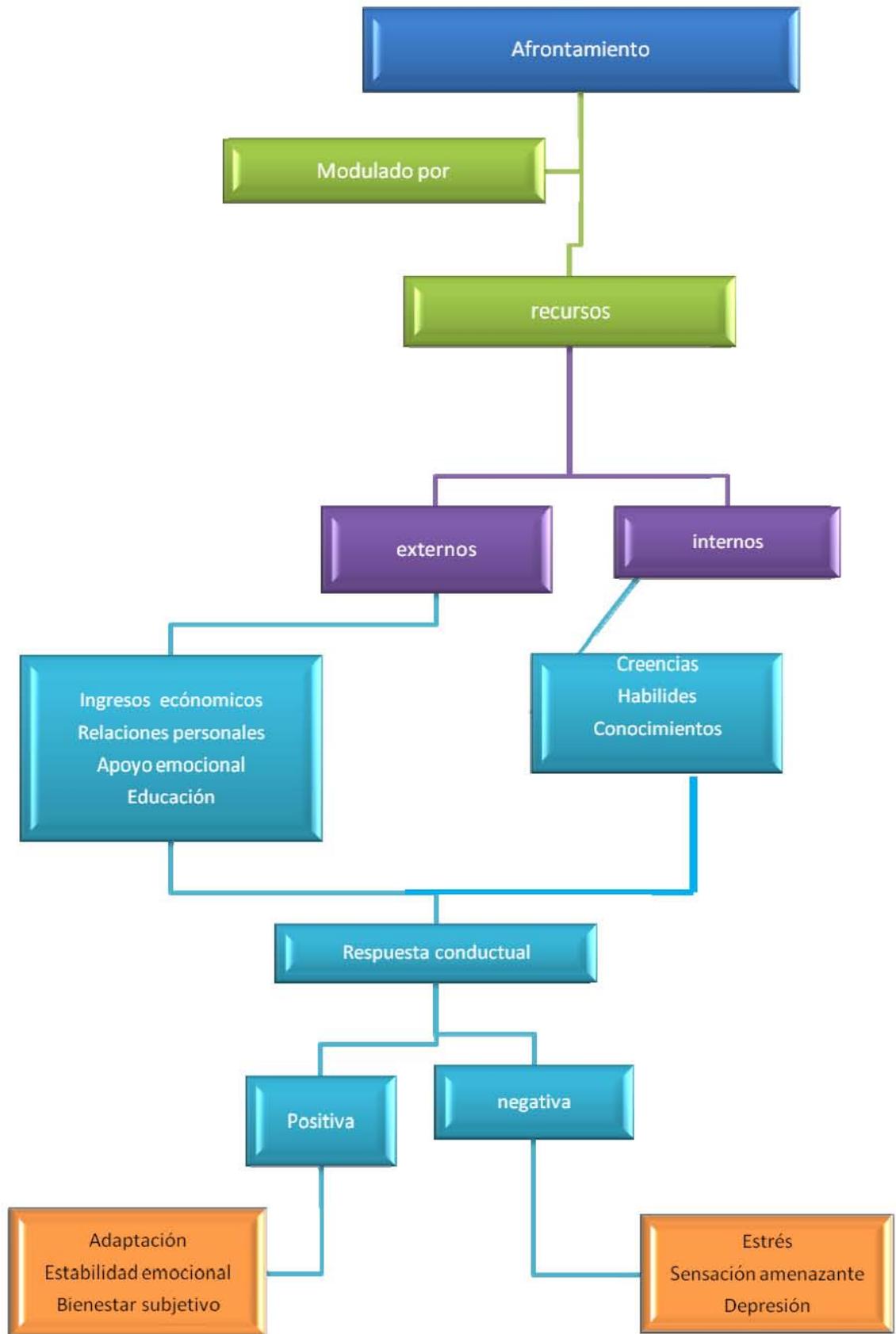
Tabla 2. Afrontamiento en pacientes con EVC.

Título del estudio	Autores	Muestra	Instrumentos	Conclusiones
La calidad de vida del paciente con accidente cerebro vascular: una visión desde sus posibles factores determinantes	Fernández, Fiallo, Álvarez, Roca, Rojas y Chávez, (2001)	39 pacientes con EVC 27 hombres 12 mujeres	Escala de calidad de vida. Perfil de Salud de Nottingham Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman	Encontraron que existe una correlación entre la edad y la movilidad física y expresión del dolor, también que las estrategias de afrontamiento que utilizan son: <i>planificación, distanciamiento, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social</i>
La mediatización en pensamiento rumiativo en el accidente cerebro vascular	Delgado, Herrera y Delgado (2008)	45 sujetos con EVC de 45-75 años	Inventario de Supresión (WBSI)	Existe mayor utilización en la estrategia de afrontamiento <i>planificación y distanciamiento</i> (Rumiación)
Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias	Martínez, A., Rodríguez, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, A. (2005)	14 pacientes, 10 hombres y 4 mujeres	Entrevista a profundidad	Las estrategias utilizadas por los pacientes son: <i>negación</i> hacia su padecimiento, <i>escape-evitación</i> en ella los pacientes duermen para olvidar el problema, <i>resignación o autofocalización negativa</i> pensamientos de conformidad ante el estado de sufrimiento, <i>apoyo social</i> búsqueda de apoyo por parte de la familia.
Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos	Stefani, D. y Feldberg, C. (2006)	315 sujetos 166 vivían en su domicilio	Cuestionario de Estilos de Afrontamiento	Existen diferencias en la utilidad de las estrategias de afrontamiento, ya que los ancianos que viven en su domicilio particular utilizan más

institucionalizados y no institucionalizados		149 vivían en un residencia geriátrica		estrategias de afrontamiento <i>centradas en la solución del problema, expresión emocional abierta, reevaluación positiva</i> que los residentes de los establecimientos geriátricos.
Título	Autor (es)	Muestra	Instrumento de Afrontamiento utilizado	Conclusiones
Estrategias de afrontamiento y presión arterial	Bernal, C., Lemos, M., Medina, L., Ospina, J. y Torres, Y.	113 pacientes hipertensos	Cuestionario de estrategias de afrontamiento modificado	La estrategia de afrontamiento que más utilizan los pacientes es <i>reevaluación positiva</i> ya que buscan aprender de las dificultades , identificando los aspectos positivos del problema

Después de realizar la descripción de afrontamiento y las estrategias, y como estudios anteriores a éste lo han medido, se propone un esquema que describe y sintetiza la información para una mejor comprensión del tema.

Figura 1. Esquema General de Afrontamiento



La figura anterior resume la información del concepto “afrontamiento” puesto que todas las personas hacemos frente a las situaciones de la vida cotidiana, y utilizamos una u otra forma para resolver los problemas dependiendo del contexto o recursos que tengamos como individuos, y el resultado puede ser positivo o negativo, según la manipulación de las estrategias de afrontamiento.

Por otro lado la díada paciente-cuidador está afrontando la misma situación en la que viven, en este caso es el EVC (estresor), éste es un padecimiento súbito que les puede ocurrir a cualquier persona pero con frecuencia a los individuos que presentan factores de riesgo (herencia, dieta, tabaquismo, etc.). Por lo tanto el suceso estresante es el accidente cerebro vascular para ambos (paciente-cuidador) y los dos echaran mano de estrategias de afrontamiento para su vida después del ictus, se ha visto que la forma de hacerle frente a la situación en la que viven es distinta para ambos, en muestras independientes de pacientes vs. Cuidadores, también los estudios realizados en estas muestras describen que las secuelas del EVC y del cuidado, deterioran la calidad de vida, porque se produce un cambio repentino en el estilo de vida que llevaban antes del EVC (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA

El concepto de Calidad de Vida (CV), ha sido reportado por muchos trabajos en el ámbito de la salud, puesto que se han hecho diversas definiciones del constructo a lo largo del tiempo, cabe señalar que la más utilizada ha sido la de la OMS, y de ésta se resultan otras que engloban, características como el contexto, el bienestar subjetivo y la personalidad, por esta razón, a continuación se hace referencia a algunas de estas definiciones de CV.

La calidad de vida es *“la percepción de los individuos en su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas estándares e intereses”* (OMS, 1994; Harper y Power, 1998).

El constructo se ha descrito como un juicio subjetivo ya que se refiere a la percepción personal de felicidad unida a un sentimiento de bienestar o malestar personal. Sin embargo este juicio está conectado con indicadores objetivos como biológicos, psicológicos y sociales, están relacionados al contexto de la persona y se centran en la salud, estatus socioeconómico y apoyo social, y a cada indicador se le añade un componente emocional determinado por elementos psicológicos y conductuales (Rodríguez, Pastor y López. 1993).

La calidad de vida se define también como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva, la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico, y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina a ésta (González y Rangel, 2005).

Desde el punto de vista psicológico, este concepto se refiere a la percepción de las personas en la vida cotidiana debido a que las actividades como el trabajo, relaciones sociales, actividades recreativas, etc., están relacionadas con la salud, y el bienestar subjetivo (Riveros, Castro y Lara, 2009).

Calidad de vida es una expresión lingüística, cuyo significado es subjetivo, porque está asociado con la personalidad, con el bienestar y la satisfacción por la vida que lleva el individuo, por lo tanto hay una relación intrínseca entre estos y la salud, contexto ambiental (Vera, M. 2007).

Por otro lado la investigación en Calidad de Vida en el ictus es útil para comprender las reacciones del paciente ante la enfermedad, y también para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Por ello, los efectos de un tratamiento en el ictus deberían medirse en términos de Calidad de Vida, además de incapacidad y supervivencia. (Carod, 2004).

La calidad de vida puede medirse en muchas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, la percepción subjetiva de la enfermedad, etc. Por este motivo se debe considerar en la evaluación al menos 4 factores que son: actividad física, funcionalidad, el aspecto psicológico y social de las personas, para llegar a una medición del nivel de deterioro de la CV (Fernández, O., Fiallo, M., Álvarez, M., Roca, M., Rojas C. y Chávez, L. 2001).

Los cuestionarios que se utilizan para medir el grado de deterioro o el grado de bienestar del sujeto, son escalas que detectan los efectos de la enfermedad, síntomas de la enfermedad, consecuencias o deterioro, para mostrar el perfil del paciente o individuo al

que se está aplicando el cuestionario. Existen diversas escalas que miden CV, y otras que se han hecho para poblaciones específicas, esto quiere decir que se han formulado cuestionario para distintos tipos de padecimiento para medir el grado de deterioro a causa de la enfermedad, por ejemplo: un cuestionario de calidad de vida para el Parkinson, una encuesta de calidad de vida para los sobrevivientes de un EVC, etc. (Fernández et al. 2001).

Uno de los instrumentos que se utiliza para el análisis de la Calidad de Vida es la Encuesta SF-36, ésta es una escala no específica ya que no fue hecha para una población con características específicas o para algún padecimiento, ya que sus reactivos son generales, por lo tanto se aplica para obtener un perfil multidimensional del estado de salud, está constituida por ocho dominios o conceptos de salud y estos son: *función física* (limitaciones debido a la salud para realizar actividades físicas cotidianas como bañarse o vestirse), *rol físico* (problemas con el trabajo u otras actividades diarias por la salud), *dolor corporal* (presencia o ausencia de dolor), *salud general* (autoevaluación de la salud, como buena, mala o excelente), *vitalidad* (percepción de cansancio o de entusiasmo por realizar actividades), *función social* (realizar actividades sociales con o sin interferencia de problemas físicos o emocionales), *rol emocional* (presencia o ausencia de problemas laborales u otras actividades diarias por consecuencia de problemas emociones) ,y, *salud mental* (sensación de infelicidad o felicidad todo el tiempo, sensación de nerviosismo o calma la mayor parte del tiempo), esta escala mide el grado de deterioro que tiene la persona en su CV (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek, y Medina, 1999).

Otro instrumento es la Escala de Calidad de Vida en el Ictus, éste es un ejemplo de un instrumento que mide el grado de deterioro de la CV en una población específica ya que sus ítems fueron elaborados para cualidades de este padecimiento, está constituido por ocho

dominios y estos son: *problemas físicos* (presencia o ausencia de dificultad para moverse, mantener el equilibrio; presencia o ausencia de dolor físico), *comunicación* (presencia o ausencia de dificultad para hablar, comunicarse, leer, escribir), *cognición* (presencia o ausencia de dificultad en concentrarse, memorizar), *emociones* (se pregunta que cómo se siente con relación a su estado de ánimo, vitalidad, autoestima, control de emociones, las respuestas son muy bien, bien, regular, mal o muy mal), *sentimientos* (se preguntan sentimiento o sensaciones de sentirse útil, ganas de vivir, etc.), *actividades básicas de la vida* (presencia o ausencia de dificultad en actividades de cuidado personal, movilidad dentro de la casa), *funciones familiares* (presencia o ausencia de dificultad para realizar actividades de entretenimiento o recreación y/o movilidad para dirigirse a lugares distantes del hogar), y *funciones sociales* (dificultad para tener independencia económica, cumplir funciones dentro del hogar, cumplir el rol como esposo, etc.), este instrumento fue elaborado exclusivamente para pacientes que han padecido un ictus, ya que las preguntas se elaboraron con información de las cualidades de este padecimiento vascular (Fernández, Román, Álvarez, Verdecia, Ramírez, Martínez, y Buergo, 2004).

Por lo tanto, como ya se ha descrito en los apartados anteriores, este estudio pretende ver como se relaciona la CV con la forma de hacerle frente a la situación, según Rodríguez, Pastor, y López, (1993) mencionan que los niveles de CV dependen de las estrategias de afrontamiento porque si éstas son ineficaces para la solución del problema, se estaría hablando de una respuesta no adaptativa y como resultado un deterioro en la calidad de vida de los individuos.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Por todo lo anterior el planteamiento del problema gira en relación a saber si pacientes y cuidadores usan las mismas estrategias de afrontamiento y como éste puede beneficiar o afectar su CV y depresión. Por lo tanto la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes que sufrieron EVC y cuáles son las que utilizan sus cuidadores, para identificar si existe una similitud en la forma de hacerle frente a la situación y conocer el impacto en la calidad de vida y depresión de la díada?

Justificación

Existe un aumento en la prevalencia e incidencia de EVC en México siendo la quinta causa de muerte, se ha encontrado que los pacientes que sobreviven tienen secuelas tan severas que requerirán de cuidados por un lapso de tiempo (Ruiz, González, García, Gutiérrez. y González 2003).

Se ha descrito en la literatura los estilos de afrontamiento que utilizan muestras de pacientes (Fernández, et. al 2001) y muestras de cuidadores (Muela, et. al 2002) dando poca atención a la relación que hay en las díadas (paciente con EVC y su cuidador); las discrepancias que se han reportado en la utilidad de las estrategias de afrontamiento, provocan una nueva pregunta de investigación que este estudio pretende identificar, cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las díadas, ya que hay poco reporte de estudios que utilicen a la díada como unidad de análisis, por este motivo se aplicó el mismo instrumento de

afrontamiento para cuidadores y pacientes, para posteriormente describir cómo afrontan la misma situación que en este caso es el EVC (Fernández, Fiallo, Álvarez, Roca, Rojas y Chávez, 2001).

Por otro lado se ha visto que el afrontar una situación estresante influye en el bienestar subjetivo de las personas, entonces se puede decir que las variables afrontamiento y calidad de vida son dependientes una de la otra, (Rodríguez et al. 1993). En cuanto a las díadas (paciente-cuidador) la teoría describe que un miembro depende del otro por la relación que estos llevan, por tanto otra variable que se pretende identificar en este estudio es Calidad de vida, para observar si hay una correlación entre ésta y la forma de hacerle frente a la misma situación (EVC) en una muestra constituida por díadas paciente-cuidador.

Cabe señalar que la variable CV se ha reportado una correlación con la variable estado de ánimo (depresión) por lo tanto este trabajo también va identificar como se comportan estas variables en la muestra de pacientes con sus cuidadores (García, y Calvanes, 2008).

Por tal motivo el conocer lo anterior proporcionará información útil que ayudará a futuros pacientes con EVC y sus cuidadores al manejo del padecimiento ya que brindará la oportunidad de comprender las conductas que se tienen ante el problema y como impactan en su CV y estado de ánimo.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con EVC y sus cuidadores también identificar el impacto en Calidad de Vida y depresión.

Objetivo específico:

Identificar si existe una relación entre afrontamiento, calidad de vida y depresión en la díada paciente-cuidador.

Hipótesis

H1: Los pacientes con EVC utilizan estrategias de afrontamiento distintas a las de sus cuidadores.

Ho: Los pacientes con EVC utilizan estrategias de afrontamiento iguales a las de sus cuidadores.

H2: Las Estrategias de Afrontamiento utilizadas estarán relacionadas con la calidad de vida y depresión de pacientes y cuidadores.

Ho: Las Estrategias de Afrontamiento utilizadas **NO** estarán relacionadas con la calidad de vida y depresión de pacientes y cuidadores.

Variables

Independiente: Estrategias de Afrontamiento y EVC.

Dependiente: Calidad de vida y Depresión.

Definición conceptual

Afrontamiento: El afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

Calidad de vida: la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Depresión: actitudes negativas hacia un mismo, deterioro en el rendimiento y alteración somática (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Definición operacional

Afrontamiento: será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

Calidad de vida: será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos de la Encuesta SF-36 y la Escala de Calidad de vida para el Ictus (ECVI-2).

Depresión: será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del Inventario de Depresión de Beck.

Tipo de estudio

Estudio transversal, descriptivo, correlacional.

Participantes

23 díadas de paciente con EVC y sus cuidadores en total 46 personas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Diseño descriptivo

Se utilizó un estudio transeccional o transversal porque se recolectaron datos en un solo momento y en un tiempo único, ya que se describirán variables como Afrontamiento y Calidad de vida haciendo un análisis de la incidencia e interrelación de éstas en un momento dado (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006).

Criterios de inclusión para pacientes con EVC

Colaboración voluntaria (por medio de un consentimiento informado).

No tener un diagnóstico psiquiátrico.

Diagnóstico de EVC por un neurólogo.

Criterios de exclusión para pacientes con EVC

Puntuación del Mini Mental State Examination (escala que mide el estado mental) menor de 24.

Criterio de eliminación para pacientes con EVC

Abandono de la evaluación.

No contar con cuidador.

Criterios inclusión para cuidadores

Que haya sido el cuidador principal del paciente en un lapso de tiempo mínimo de 6 meses.

Criterio de exclusión para cuidadores

Puntuación del Mini Mental State Examination (escala que mide el estado mental) menor de 24.

Contar con algún padecimiento psiquiátrico.

Criterio de eliminación para cuidadores

Abandono de la evaluación.

No firmar consentimiento informado.

Instrumentos

El *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* es una prueba para mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos.

El cuestionario CAE está integrado por 42 preguntas divididas en 7 factores (6 reactivos por factor):

Tabla 3. Cargas factoriales de los ítems del CAE. La fiabilidad medida por el alfa de Cronbach osciló entre 0,64 y 0,92 en los 7 factores (González, y Landero, 2007). Los reactivos están ubicados en los factores señalados por Sandín y Chorot (2003).

	Cargas factoriales
<i>Búsqueda de apoyo social (BAS) ($\alpha=0,91$)</i>	
24. Le conté a familiares y amigos como me sentía	0,77
28. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0,79
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0,85
35. Hable con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0,79
18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0,82
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0,88
<i>Expresión emocional abierta (EEA) ($\alpha=0,79$)</i>	
23. Descargué mi mal humor con los demás	0,75
27. Insulté a ciertas personas	0,76
8. Me comporte de forma hostil con los demás	0,79
12. Agredí a algunas personas	0,84
17. Me irrité con alguna gente	0,85
41. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0,07
<i>Religión (RLG) ($\alpha= 0,87$)</i>	
4. Asistí a la iglesia	-0,82
29. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote u otro)	-0,64
10. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema	-0,86
36. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	-0,65
38. Recé	-0,77
21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar	-0,81

<i>Focalizado en la solución del problema (FSP) ($\alpha=0,83$)</i>	
22. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0,62
25. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0,71
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0,83
33. Hable con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0,748
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0,76
<i>Evitación (EVT) ($\alpha= 0,68$)</i>	
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	-0,80
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	-0,78
32. Salí al cine, a cenar, a “dar la vuelta”, etc., para olvidarme del problema	-0,55
13. Procuré no pensar en el problema	-0,73
37. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	-0,06
42. Intenté olvidarme de todo	-0,45
<i>Autofocalización negativa (AFN) ($\alpha=0,66$)</i>	
1.Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0,618
26. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0,48
30. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0,55
11. Me sentí indefenso (a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0,57
15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0,63
39. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0,59
<i>Reevaluación positiva (REP) ($\alpha=0,67$)</i>	
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0,52
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0,50
31. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0,52
34. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mi más importantes	0,20
16. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0,59
40. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0,62

Está validado en México (González y Landero, 2007). En una muestra de 365 estudiantes, estudiaron la estructura factorial, consistencia interna de las escalas y relación con estrés percibido y síntomas somáticos. Por análisis factorial exploratorio, se obtiene

una estructura de siete factores de primer orden y dos factores de segundo orden: afrontamiento racional y el afrontamiento focalizado en la emoción.

El análisis factorial confirmatorio muestra buenos índices de ajuste para esta estructura jerarquizada, la consistencia interna de los factores de primer orden varía de .66 en *focalización negativa en sí mismo* a .91 en *búsqueda de apoyo social* (Martínez, y Moral, 2009).

Escala Mini Mental State Examination (MMSE)

Escala que mide el estado mental de una persona, y es utilizada para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades degenerativas, el punto de máxima sensibilidad para discriminar entre la población normal y sujetos con diagnóstico de demencia (vascular y Alzheimer), presenta una sensibilidad y especificidad de las estimaciones objeto estandarizados a fin de reducir la probabilidad de falsos positivos y negativos en la población (Villaseñor, Guardia, Jiménez, Rizo y Peró, 2009).

Esta escala puntúa como máximo un total de 30 puntos y los reactivos están agrupados en 11 apartados, *orientación, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje, repetición de una frase, comprensión, comprensión escrita, escritura de una frase y copia de un dibujo*. El punto de corte que se establece habitualmente para demencia es de 24 (Crum, Anthony, Basset, y Folstein, 1993).

Escala de Calidad de Vida para pacientes con EVC.

Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-2)

Es un cuestionario que mide el grado de deterioro en la CV está constituida por 38 ítems agrupados en ocho dominios de Calidad de Vida:

1. Problemas físicos. 2. Comunicación. 3. Cognición. 4. Emociones. 5. Sentimientos. 6. Actividades básicas de la vida. 7. Funciones familiares. 8. Funciones sociales. La validez de constructo se realizó por medio de juicio de expertos. El cuestionario muestra una alfa factorial que va de .78 a .91 en los ocho dominios. (Fernández, Román, Álvarez, Verdecia, Ramírez, Martínez y Buergo 2004)

Escala de Calidad de Vida aplicada a cuidadores

Encuesta del Estado de Salud SF-36

La encuesta SF36 está validada en población mexicana y es utilizada para ésta, la agrupación de ítems es por medio de ocho conceptos; a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Los ítems puntúan, a mayor puntuación mayor es el estado de salud (Alonso, J. 2000). En la presente investigación con fines de comparación se transformó el estado de salud por porcentaje de deterioro. Por ejemplo si un sujeto presentó un puntaje de 80 en la escala, se transformó en un porcentaje de 20% de deterioro de su CV.

La validez convergente de las preguntas fue, en general, comprobada con una correlación de .40 con su escala hipotetizada, el cuestionario muestran un Coeficiente alfa de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84. Los coeficientes estuvieron entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas excepto rol

emocional, el cual mostró una correlación de 0.56 (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina. 1999).

Tabla 4. Consistencia interna (α de Cronbach) y correlación interescalar de la Encuesta de Salud SF-36 (Zúñiga et. al. 1999).

	α de Cronbach	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE
Función física	.84							
Rol físico	.70	.43						
Dolor corporal	.80	.42	.37					
Salud general	.73	.18	.33	.40				
Vitalidad	.83	.26	.31	.45	.47			
Función social	.76	.15	.48	.48	.40	.65		
Rol emocional	.56	.04	.33	.25	.16	.31	.54	
Salud mental	.83	.09	.24	.27	.41	.73	.69	.33

Inventario de Depresión de Beck

Escala utilizada para medir la severidad de los síntomas de la depresión en personas clínicas y no clínicas, presenta un alfa de Cronbach de .87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998).

Tabla 5. Normas de calificación del Inventario de depresión de Beck para México (Jurado et al. 1998)

Nivel de Depresión	Puntaje crudo
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 67

Procedimiento

Primero se realizaba una invitación a las díadas (paciente con EVC y su cuidador) a participar en un estudio de evaluación psicológica, por medio del departamento de Grupos de Apoyo y la unidad de Rehabilitación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Se les explicó el motivo del estudio y posteriormente se proporcionaba un formato de consentimiento informado que describía el proceso de evaluación y al firmarse se aceptaría la participación voluntaria al estudio.

Después se comenzó el proceso de aplicación por una psicóloga capacitada, la evaluación se hizo de forma individual en un cubículo libre de estímulos distractores.

Primero se aplicaba el Mini Mental State Examination (MMSE) para observar la puntuación, ya que el criterio de exclusión tanto para pacientes como cuidadores es si presentaban una calificación menor de 24 no se continuaría con la aplicación de las demás escalas, seguidamente se aplicaba el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), después la Escala de Calidad de Vida en el Ictus (ECVI-2) ésta se aplicó sólo a pacientes, y para los cuidadores se aplicaba la Encuesta de estado de Salud (SF-36), y por último el Inventario de Depresión de Beck, cabe señalar que la evaluación se realizó el mismo día para el paciente y el cuidador, aunque de forma individual, esto para controlar que las respuestas no fuesen sesgadas por la presencia de la otra persona que conformó la diada.

RESULTADOS

Análisis estadístico

1. Estadística Descriptiva para variables sociodemográficas
2. Correlación Rho de Spearman para las escalas CAE, Inventario de Depresión de Beck y las escalas de calidad de vida (SF-36 y ECVI-2).
3. U de Mann-Whitney para conocer las diferencias entre el tipo de afrontamiento utilizado por paciente y cuidador.
4. Correlación de Spearman para los factores del CAE y los dominios de las escalas SF-36 y ECVI-2.

En la siguiente tabla se muestran los datos arrojados por las pruebas F y por la U de Mann Whitney, para las variables edad, escolaridad, sexo, tiempo del padecimiento y puntuación del Mini Mental State Examination (MMSE).

Tabla 6. Rangos y distribución de las variables sociodemográficas.

Variable	Cuidadores	Pacientes	Valor p^b
	n=23	n=23	
Edad (x±ds)	57.0±14.9	57.0±17.5	0.986
Escolaridad (x±ds)	10.1±4.2	10.1±4.7	0.754
Sexo (%)			
Masculino	26	52	0.221 ^a
Femenino	74	48	
Tiempo de padecimiento (x±ds)		87.7±73.31(meses)	

MMSE (x±ds)	26.70±2.40	27.22±2.35	0.461
-------------	------------	------------	-------

^a. Prueba F de Fisher, ^b.U de Mann Whitney

Otra variable que se tomo en cuenta es Parentesco para observar cómo estuvieron conformadas las díadas de este estudio.

Figura 2. Parentesco de las díadas.

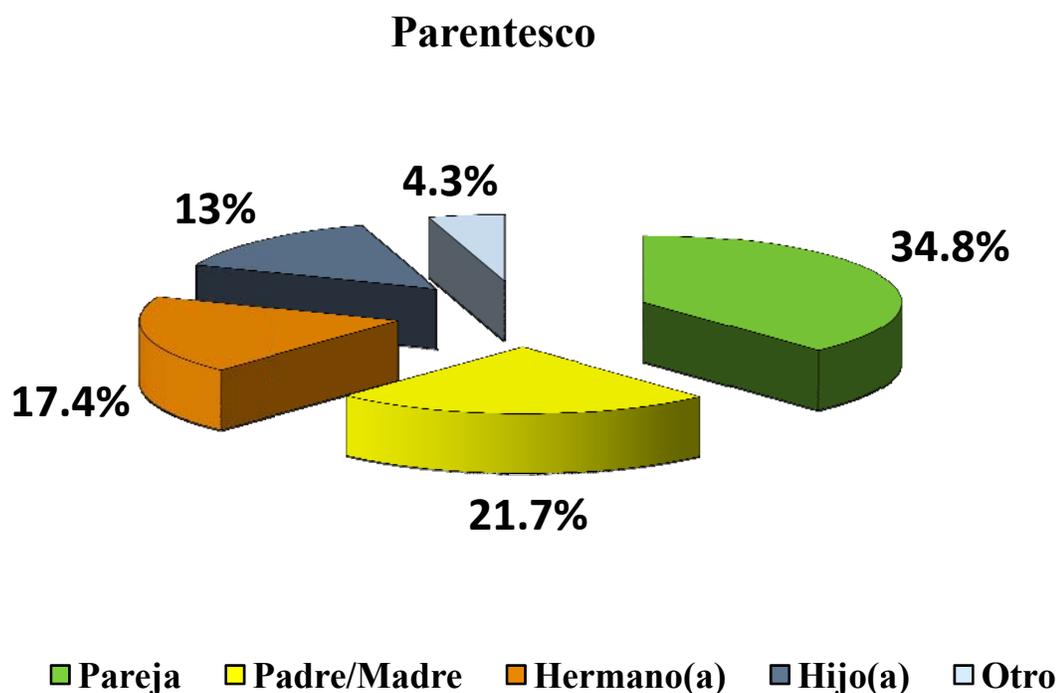


Figura 2. Muestra los porcentajes de parentesco en la díada (paciente-cuidador). En lo referente al tipo de parentesco, el porcentaje mayor es el de pareja, por lo tanto se evaluaron más conyugues.

Tabla 7. Diferencias en los resultados de la escala U de Mann-Whitney para el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Factor del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Cuidadores n= 23	Pacientes n=23	Valor p
Focalizado en la solución de problema.	17.65±4.87	13.91±6.64	0.050
Autofocalización negativa.	5.52±3.75	8.91±5.48	0.030

Nota: Las diferencias significativas que se muestran en la tabla 7 son de los factores que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

Tabla 8. Valores de las calificaciones de las escalas Mini Mental State Examination e Inventario de Depresión de Beck.

Escalas	Cuidador N=23	Paciente N=23	Valor p
Mini Mental State Examination	27.22±2.35	26.70±2.40	0.461
Inventario de Depresión de Beck	7.09±5.59	11.09±9.61	0.093

Nota: No existe significancia en los valores de las calificaciones de ambas escalas al comparar cuidadores y paciente.

Tabla 9. Correlaciones reportadas mediante Rho de Spearman para puntuaciones significativas de las escalas Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), el Inventario de Depresión de Beck, escalas de Calidad de Vida (SF-36, ECVI-2) y Mini Mental State Examination.

	Inventario de Depresión de Beck	Calidad de Vida (SF-36, ECVI-2)
Factores del CAE		
Expresión Emocional Abierta	.310*	
Focalización en la Solución de problemas	.340*	
Auto focalización Negativa	.342*	
Mini Mental State Examination		.361*

Nota: Para las correlaciones en las escalas SF36 y ECVI-2 se utilizó el porcentaje global de deterioro.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 9 proporciona información acerca de los factores del CAE que se están correlacionando con la puntuación del Inventario de Depresión, también se puede observar que no hubo ninguna correlación significativa con el Cuestionario de Afrontamiento y las escalas de calidad de vida para toda la muestra (díadas paciente-cuidador), mientras que la escala Mini Mental State Examination si se correlaciono significativamente con las escalas de CV.

Tabla 10. Correlaciones de los factores de las escalas Encuesta de Estado de Salud SF- 36 y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

Factores del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Dominios de la Encuesta de Estado de Salud SF-36				
	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Función social	Salud mental
Religión	-0.43	-0.52			
Expresión Emocional Abierta			-0.32	-0.41	-0.47

Nota: la correlación negativa que se presenta entre los factores (CAE) y dominios (SF-36) es significativa con una $p < .01$

Tabla 11. Correlación de los factores del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) con los dominios de la Escala de Calidad de Vida en el Ictus (ECVI-2).

Factores del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Dominios de la Escala de Calidad de Vida en el Ictus (ECVI-2)			
	Funciones familiares	Cognición	Emociones	Actividades Básicas de la Vida
Focalizado en la Solución del Problema	-0.53	-0.42		
Religión		-0.44	-0.43	
Expresión Emocional Abierta		.43	.70	-0.45

Nota: estos fueron los factores (CAE) y dominios (ECVI-2) que se correlacionaron, todos los coeficientes son significativos con una $p < .01$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito principal de este estudio fue encontrar diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan las díadas (paciente con EVC y sus cuidadores), e identificar la relación con las variables Calidad de vida y Depresión.

Los resultados obtenidos muestran que el afrontamiento en pacientes y cuidadores se presenta de manera diferente, puesto que los cuidadores utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento *focalizado en la solución de problema* mientras que sus pacientes hacen usos de la estrategia de *autofocalización negativa* como una forma de enfrentar las situaciones en su vida cotidiana. Por lo tanto se puede observar que la tendencia de afrontamiento en los pacientes es pensamientos pesimistas, mostrar ante los demás una percepción de culpabilidad, así es como hacen frente a la situación que en este caso es el EVC, mientras que sus cuidadores afrontan con una solución objetiva y centrada en el problema, su esfuerzo es persistente y determinante para llegar a su objetivo.

Otro objetivo de este trabajo fue identificar el impacto que pudiera existir en la calidad de vida y depresión, debido a la forma de hacerle frente al padecimiento (EVC) en la díada paciente-cuidador. Una forma de identificar este impacto es describir como se afectan las relaciones (a la pareja) en las díadas, ya que la pareja del paciente pudiera utilizar más frecuentemente la solución de problemas como estrategia de afrontamiento, y con eso buscar ayudar a su pareja y tratar de lograr mediante esta estrategia que el paciente se sienta lo más cómodo posible. Por otro lado el paciente al pasar por este padecimiento con las consecuencias en su salud y afectación en su independencia, como respuesta utiliza con mayor frecuencia la estrategia de focalización negativa en sí mismo.

Se encontraron correlaciones con el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Inventario de depresión de Beck, estas se realizaron para toda la muestra de díadas, donde se puede observar que estrategias como *expresión emocional abierta*, *autofocalización negativa* y *focalizado en la solución del problema* se relacionan con la puntuación de depresión, la primera es una estrategia que cuando se utiliza, el sujeto presenta conductas de hostilidad, agresividad e irritabilidad hacia los demás, la segunda se describe como pensamientos pesimistas y de baja autoestima ya que hay presencia de culpabilidad, ambas estrategias son emocionales y se correlacionan con la puntuación del Inventario de Beck porque podrían ser signos de una persona deprimida, lo interesante es que la otra correlación que se encontró con este inventario es la estrategia de afrontamiento *focalizado en la solución del problema* y la explicación que se le da a esta relación es que cuando una persona se esfuerza por conseguir una solución y es persistente en ello, pero no se obtiene el resultado esperado, se verá afectado en su estado de ánimo y esperanza, que a la larga podría ocasionar sintomatología depresiva.

La puntuación de la Mini Mental State Examination no tuvo diferencias significativas para ambos integrantes de la díada, ya que obtuvieron puntajes promedio similares en las puntuaciones, no mostrando presencia de algún deterioro en el estado mental de los sujetos. Otra correlación encontrada fue la del Mini Mental State Examination (MMSE) con las escalas de calidad de vida, e Inventario de depresión de Beck por lo que nos lleva a sugerir que la prueba es sensible al daño ocasionado por el EVC y este a su vez, afecta la percepción de calidad de vida (CV) y estado de ánimo en el paciente.

La puntuación del Inventario de Depresión de Beck mostró que los pacientes tienen una mayor sintomatología depresiva respecto a sus cuidadores, dato que ya ha sido consistentemente reportado en la literatura internacional de EVC.

La variable CV fue medida con dos instrumentos uno la Encuesta del Estado de Salud SF-36 que mide el grado de salud que tiene la persona en este caso el cuidador y el otro fue el Escala de Calidad de Vida en el Ictus (ECVI-2) que mide el grado de deterioro en la calidad de vida de los sujetos sobrevivientes de un evento vascular cerebral, por lo tanto la correlación que se encontró fue con los dominios del SF36 *función física, rol físico, dolor corporal, función social y salud mental*, con los factores del CAE *religión y expresión emocional abierta* la correlación fue negativa para todos, mientras que la ECVI-2 se correlacionó positiva y negativamente: los factores fueron *función familiar, cognición, emociones, actividades básicas de la vida* con los dominios del CAE *focalizado en la solución del problema, religión, expresión emocional abierta*. La conclusión que se da por la correlación de ambas escalas (CAE y SF36) es: cuando se utilizan estas estrategias de afrontamiento el grado de salud se ve afectado, puesto que la correlación es negativa. Y la correlación que existe entre ECVI-2 y CAE es que cuando el paciente utiliza las estrategias de afrontamiento *focalizado en la solución del problema y religión* se verán relacionados negativamente con aspectos de la calidad de vida (*función familiar, cognición y emociones*) esto quiere decir que si se utilizan con frecuencia para hacerle frente a la situación se deterioran estos aspectos de la CV, y sólo se observa una relación con la estrategia *expresión emocional abierta* con los factores *cognición y emoción* del instrumento ECVI-2.

Sugerencias y limitaciones

Para estudios posteriores se sugiere que se considere algún instrumento que mida la relación o ajuste diádico, ya que la buena interacción en la díada se relaciona con la forma de buscar soluciones a los problemas y la manera de vivir la enfermedad, para observar si existe un impacto en la calidad de vida. Asimismo es necesario elaborar intervenciones no farmacológicas (como técnicas de relajación o psicoterapia) para disminuir las consecuencias negativas (estrés) en la díada. Como limitaciones se encuentran primero la muestra reducida, por lo que se sugiere valorar más díadas en futuras investigaciones, segundo hacer una evaluación a otros padecimientos para observar cómo afrontan la situación y por último estratificar por grupos de tiempo de brindar cuidado al paciente para observar si hay diferencias en las estrategias usadas para afrontar la situación.

Debido a lo complicado que resulta valorar díadas, se deben de tomar con cautela estos datos, ya que es necesario continuar trabajando en formas más creativas de medir la manera de afrontar de estas personas, ya que como el mismo Lazarus (1991) afirma. “Para entender los significados que subyacen al proceso de afrontamiento (manejo), su medición vía cuestionarios deberá sustituirse por entrevistas exhaustivas diseñadas para recoger las variables de personalidad implicadas y el modo en que el individuo valora lo que sucede”.

REFERENCIAS

Alonso J. (2000) Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Revista del Instituto Municipal de Investigación médica*, 20, 104, 771-776.

Adelheid, A. y Pexman P. *Cómo crear tablas. Guía práctica*. México: Editorial El manual moderno.

Ardila A. y Rosselli M. (2007) *Neuropsicología Clínica*. México: Manual Moderno

Barinagarrementería, F. y Cantú, C. (1998) *Enfermedad Vascular Cerebral*. México: Mc Graw Hill.

Barinagarrementeria F, Cantú, C. y Arauz, A. (2009) *Terapéutica de la enfermedad Vascular Cerebral*. México: Alfil.

Bergero, T., Gómez M., Herrera A., Mayoral F. (2000) Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 20, 73, 127-135.

Bernal, C., Lemos M., Medina L.E, Ospina J. y Torres Y. (2009) Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, vol. 2, 2, 49-59.

Biegel, D., Song, L. y Milligan, S. (1991) A comparative analysis of Family Caregivers Perceived Relationships With Mental Health Professionals. *Families & Mental Health Treatment*, 46, 24-31.

Campos, M., Iraurgi J., Paéz D. y Velasco C. (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

Carod, F. (2004) Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología*, vol. 39, 11, 1052-1062.

Carpentier, N., Ducharme, F., Kergoat M. y Bergman H. (2008) Social Representations of Barriers to Care Early in the Careers f Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease. *Research on Aging*, vol. 30, 3, 334-357.

Chorot P., y Sandín B. (2003) Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*. 8, 1, 39-54.

Crespo M., Ring J., y Vázquez C. (2000) Estrategias de Afrontamiento. *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*, 425-436.

Crum, R., Anthony, J., Basset, S. y Folstein, M. (1993) Population- Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *The journal of the America medical association*, 296, 18, 2386-2391.

Ch'ng A., French D., y Mclean N. (2008) Coping with the challenges of Recovery from Stroke. Long Term Perspectives of Stroke Support Group Members. *Journal of Health Psychology*, vol. 13, 8, 1136-1146.

Delgado, J., Herrera, L. y Delgado, Y. (2008) La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebro vascular. *Revista de la facultad de las ciencias de la Salud*, 15-23.

Delgado, J. y Herrera, L. (2008) Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40, 3, 475-484.

Díez E., Del Brutto, O., Álvarez J., Muñoz M. y Abiusi G. (2001) Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista de Neurología*, vol. 33, 5, 455- 464.

Donatiu, D. (2011) en *Enciclopedia libre*. Recuperado de <http://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADada>.

Fernández E., Martín M. y Domínguez F. (2003) Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Picothema*, vol. 15, 4, 615-630.

Fernández O.C, Fiallo M.C, Álvarez M.A, Roca M.A, Rojas C. y Chávez L. (2001) La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus propios factores determinantes. *Revista de Neurología*, vol. 32, 8, 725-731.

Fernández O., Román Y., Álvarez M., Verdecia R., Ramírez E., Martínez J. y Buergo M. (2004) Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Revista de Neurología*, vol. 39, 10, 915-923.

Firmino D. y Liberalesso A. (2006) Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicologico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisao. *Estudos de psicologia*, vol. 11, 002, 169-177.

Folkman S. (1984) Personal Control and Stress and coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46, 4, 839-852.

Folkman S. y Lazarus R. (1983) If It Changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of college examination. Theoretical Analysis. *Journal of personality and social psychology*, 48, 1, 150-170.

Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., y Gruen J. (1984) Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50, 5, 992-1003.

García, H. y Calvanes, N. (2008) Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 001, 18, 5-15.

González, A., y Rangel, C. (2005) Calidad de vida en el Adulto Mayor. *Revista del Instituto de geriatría*, 34, 365-378.

Granados G., Róales J., Moreno E. & Ybarra J. (2006) Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, 3, 705-718.

Gil de Castro R. y Gil-Núñez A. (2000) Factores de Riesgo del ictus isquémico. I. Factores de Riesgo convencionales. *Revista de Neurología*, vol. 31, 4, 314-323.

González M. y Landero R. (2007) Cuestionario de afrontamiento del Estrés (CAE) validación muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 2, 189-198.

Haley W., Allen J., Grant J., Clay O., Perkins M. y Roth D. (2009) Problems and Benefits Reported by Stroke Family Caregivers: Results from a Prospective Epidemiological Study. *Stroke*, 40, 2129-2133.

Harper, A. y Power, M. (1998) Development of the world Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Herrera L., Delgado J. y Lamyau Y. (2006) Una mirada a los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Un análisis de los accidentes cerebro vasculares. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, vol. 3, 1,24-31.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Jackson, D. (1970). A sequential system for personality scale development. En C.D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*. 61-96.

Jurado S., Villegas M., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V. y Varela R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, vol. 21, 3, 26-31.

Larrañaga I., Valderrama M., Martín U., Begiristain J., Bacigalupe A. y Arregi B. (2009) Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, 1, 50-55.

Laserna J. A., Castillo A., Peláez E., Navío L. F., Torres C., Rueda S., Ramírez M. y Pérez M. (1997) Alternativas emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, Vol. 5, 3, 365-375.

Lazarus, R. y Folkman S. (1986) If changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 18, 1, 150-170.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychology*. 46: 352-367.

Lazarus, R. (1999) *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Descleé De Brouwer.

Losada A., Knight B.G. y Márquez M. (2003) Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Geriátrica Gerontológica*, 38, 2, 116-123.

López S., Pastor M.A, y Rodríguez J. (1993) afrontamiento, apoyo social calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Luciano, J. y Algarabel, S (2006) Individual Differences in self-reported thought control: the role of the repressive coping style. *Psicothema*, vol. 18, 002, 228-231.

Luciano, J. (2007) Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión (tesis).

Mangini, S. (2004) Viviendo la sobrecarga al convertirse en cuidador familiar de personas con accidente cerebro vascular: análisis del conocimiento. *Revista Latina de enfermería*, 12, 1, 115-121.

Martínez, E., Irimia, P. (2000) Factores de riesgo del ictus. *ANALES Si San Navarra*, 3, 23, 25-31.

Martínez, J. y Moral, J. (2009) El afrontamiento como una vía de intervención en el estrés en padres que se enfrentan al diagnóstico de cáncer en un hijo. *Psicología científica*, 1-17.

Martínez A., Rodríguez A., Rodríguez C., y Rodríguez A. (2005) Percepción de las estrategias de Afrontamiento ante el estrés en pacientes en la unidad de coronarias. *Enfermería en cardiología*. 34, 1, 15-21.

Miranda L., Maia M., Áfio J., Soares E. y Pinheiro E. (2009) The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Revista de la escuela de Enfermería USP*, vol. 43, 1, 35-40.

Montero I. y León O. (2007) Guía para nombrar estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.7, 3, 847-862.

Muela J., Torres C., y Peláez E. (2002) Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, vol. 14, 3, 558-563.

Padierna, C., Fernández, C., Pérez, M., Amigo, A., González, M., Gracia, J., Fernández, R., y Peláez, I. (2004) Medidas de las estrategias de afrontamiento en pacientes

oncológicos paliativos: propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 21, 1, 15-27.

Payás A. (2008) Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatra*, 28, 102, 307-323.

Reyes J (2004) Depresión y Enfermedad Vascular. Comorbilidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 75-78.

Rivera A. y Montero M. (2007) Medidas de Afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, vol. 30, 001, 39-47.

Riveros, A., Castro, C. y Lara, H. (2009) Características de la Calidad de Vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2, 41, 291-304.

Rodríguez J., Pastor M.A. y López S. (1993) Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, vol. 5, 349-372.

Ruiz J., González G., García V., Gutiérrez F. y González S. (2003) Enfermedad vascular cerebral isquémica en dos hospitales mexicanos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 4, 5, 319-323.

Sandín B. (2002) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol. 3, 1, 141-157.

Schwartzmann L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, vol. 9, 2, 9-21.

Stefani D. y Feldberg C. (2006) Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, vol. 22, 2, 267-272.

Stefani D., Seidmann S., Pano C. y Acrich L. (2003) Los cuidadores familiares de enfermos crónicos sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, 1, 55-65.

Stone, G. (1988) Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de Psicología*, 20, 1, 15-26.

Vera, M. (2007) Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de Medicina*, 68,3, 284-290.

Villaseñor T., Guardia J., Jiménez M., Rizo G. y Però M. (2009) sensitivity and specificity of the Mini- mental State Examination in the Mexican Population. *Quality and Quality*, vol. 44, 6, 1105-1112.

Visser A., Post M., Van de Port, Maas C., Forstberg G. y Lindeman E. (2009) Psychosocial Functioning of Spouses of Patients With Stroke From Initial Inpatient Rehabilitation to 3 Years Post stroke. Course and Relations With Coping Strategies. *Stroke*, 40, 1399-1404.

Zúñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., y Medina, M. (1999) Evaluación del estado de salud con la encuesta SF36: resultados preliminares en México.

ANEXOS

Formato para hacer contacto.

Hola buenas días (tardes).

Le llamo del Instituto de Nacional de Neurología y Neurocirugía porque estamos desarrollando un estudio sobre cómo paciente y cuidador hacen frente a una enfermedad como lo es el Evento Vascular Cerebral, quisiera invitarla a participar en la investigación, con la intención de conocer las consecuencias (positivas o negativas) que pueda tener en su calidad de vida y su estado de ánimo al vivir una situación como esta.

Sabemos que usted tiene un EVC (ó un paciente con EVC) y sus datos los obtuvimos del Departamento de Rehabilitación, que es donde ustedes acuden a sus terapias.

Lo que deseamos es que usted responda unas preguntas relacionadas a la forma en que hace frente a las situaciones de la vida diaria y referentes a como se siente sobre su salud. Las preguntas a responder son confidenciales, y sólo tendrán acceso a su contenido los miembros del equipo de investigación. Su anonimato será mantenido en todo momento y los datos sólo se analizarán de manera grupal.

Le solicitamos 30 minutos de su tiempo. Lamentablemente no podemos ofrecerle ningún pago por su participación, pero tampoco se le hará ningún cobro. Su participación será de gran ayuda y servirá para saber más sobre las situaciones que mejoran y/o agravan la salud emocional de los pacientes y cuidadores, y posiblemente nos ayudarán a contar con información relevante que nos permita en un futuro próximo crear programas orientados a mejorar la calidad de vida de las personas que pasan por estas situaciones en su vida.

Si desea colaborar con nosotros me gustaría agendar una cita para poder llevar a cabo esta entrevista.

Le agradezco su colaboración, mi nombre es Sandra Vázquez Vélez y me encuentro en el Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo, colaborando en este trabajo con el Dr. Francisco Paz Rodríguez. Si desea localizarnos lo puede hacer en el Teléfono: 55-28-78-78, en horario de 9:00 a 15:00 hrs.

Formato de Carta consentimiento informado-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LA DIADA PACIENTE-CUIDADOR ANTE UN EVENTO VASCULAR CEREBRAL”

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Psic. Sandra Vázquez, Dr. Francisco Paz.

Se le ha pedido que participe en este estudio, porque usted ha sido diagnosticado con Evento Cerebral Vascular. Su participación es **completamente voluntaria**.

Lea la siguiente información y pregunte todo lo que no entienda o lo que le genere alguna duda.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es conocer cómo hacen frente a las situaciones de la vida diaria después de su Evento Vascular Cerebral los pacientes y sus cuidadores, y si existe una relación con su estado de ánimo y la calidad de Vida. Para lograrlo se le aplicará una serie de pruebas para valorar Afrontamiento, Calidad de Vida y Estado de ánimo.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta participar en este estudio y firma este consentimiento, le pediremos lo siguiente.

Datos sociodemográficos y clínicos

En esta parte le preguntaremos algunos datos personales como edad, fecha de nacimiento, escolaridad y antecedentes médicos.

Evaluación neuropsicológica

Se le aplicarán varias escalas, un cuestionario de Afrontamiento, una prueba que ve aspectos del estado de ánimo, y por último una de Calidad de vida, usando lápiz y papel. Estas pruebas pueden durar aproximadamente 1 hora.

POSIBLES RIESGOS O MALESTARES.

Este estudio no representa ningún riesgo para su salud. Es posible que durante la evaluación usted se canse, se aburra o se sienta frustrado, en cualquier caso podrá descansar para continuar más tarde con el estudio.

PRIVACÍA Y CONFIDENCIALIDAD

Sus datos de identidad y los resultados que obtengamos, no serán informados a nadie sin su consentimiento previo. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en alguna reunión científica, no se revelarán sus datos personales, estos datos solo los conocerán los investigadores responsables de este estudio.

PARTICIPACIÓN Y ABANDONO

Recuerde que su participación en este estudio es voluntaria. Si en algún momento decide no continuar en el estudio tiene derecho de abandonarlo y esto no repercutirá en la atención que se le está ofreciendo en este Instituto

COSTOS

Debido a que este estudio es un proyecto de investigación, no tendrá costo alguno, ni se le proporcionará ayuda económica.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si usted tiene alguna duda o comentario acerca de este estudio, puede contactar a la Psic. Sandra Vázquez Vélez al teléfono 55 28 78 78. En su defecto, acudir al Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo, ubicado en la planta alta del edificio de Investigación sociomédica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el cual se encuentra en Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama, Tlalpan, C.P. 14269.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído la información arriba proporcionada, y me han brindado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente.

AL FIRMAR ESTA FORMA, ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN EL ESTUDIO DESCRITO

Nombre y Firma del Sujeto:

Nombre y Firma del Testigo:

Nombre y Firma del Investigador responsable

Fecha: _____

Escalas aplicadas



MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

“MINIMENTAL”

Nombre:..... Fecha de Evaluación:/...../.....

Escolaridad (en años):..... No. Reg.:.....

ORIENTACION

1. Tiempo (máx. 5)	CAL IF.	2. Lugar (máx. 5)	CAL IF.
¿En qué año estamos?:.....	0 1	¿Cómo se llama este hospital? :.....	0 1
¿En qué mes estamos?:.....	0 1	¿En qué piso estamos?:.....	0 1
¿Qué día del mes es hoy?	0 1	¿Ciudad: Pueblo?:.....	0 1
¿Qué día de la semana es hoy?:.....	0 1	¿En qué colonia estamos?:.....	0 1
¿Qué hora es aproximadamente?:.....	0 1	¿En qué país estamos?:.....	0 1

MEMORIA

3.- Recordar el nombre de 3 objetos (máx. 3) CALIF		
A. Papel	*B. flor	0 1
bicicleta	coche	0 1
cuchara	nariz	0 1

ATENCIÓN Y CÁLCULO

4. Contar hacia atrás (máx. 5)		CALIF
A.- (Restar) Contar hacia atrás de 7 en 7 a partir de 100)	*B.- Reste de 4 en 4 a partir del 40	
93	36 0	1
86	32 0	1
79	28 0	1
72	24 0	1
65	20 0	1

MEMORIA DIFERIDA

5. Recordar los objetos del punto 3 (max.3)		CALIF
A. Papel	*B. Flor	0 1
bicicleta	coche	0 1
cuchara	nariz	0 1

LENGUAJE

6. DENOMINAR (máx.2)		CALIF.
¿Cómo se llama esto (señalar)?		
A.- Reloj	*B. Reloj	0 1
Lápiz	Moneda	0 1

7. REPETICIÓN DE UNA FRASE	(máx.1)	
A. Ni no, ni si, ni peros	*B. No voy si tú no llegas	0 1

	temprano	
--	----------	--

8. COMPRENSIÓN	(máx.3)	
	Tome esta hoja con la mano derecha	0 1
	dóblelo por la mitad	0 1
	y póngalo en el suelo	0 1

9.COMPRENSIÓN ESCRITA	(máx.1)	
	Cierre los ojos	0 1

10. ESCRITURA DE UNA FRASE	(máx.1)	
	Escriba una frase completa (algo que Ud. quiera decir)	0 1
	Si No	

PRAXI

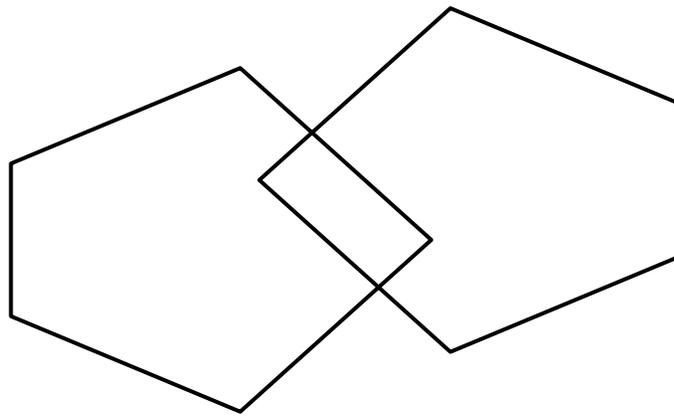
AS

11. COPIA DE UN DIBUJO	(máx. 1)	
	0	1

Total:

CIERRE SUS OJOS

Doble aquí



Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Nombre.....Edad..... Sexo.....

Le presentamos a continuación una lista de afirmaciones. Usted debe indicar con qué frecuencia se identifica con ellas. Especifique su respuesta poniendo una X en el número que corresponda con la opción con la que usted más se identifique. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
2. Intente centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
4. Asistí a la iglesia	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
6. Me concentre en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
11. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
12. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mi mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
16. Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga"	0	1	2	3	4
17. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar	0	1	2	3	4

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
22. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
23. <i>Descargue mi mal humor con los demás</i>	0	1	2	3	4
24. Le conté a familiares y amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
25. Trate de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
26. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
27. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
28. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
29. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
30. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
31. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
32. Salí al cine, a cenar, a "dar la vuelta", etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
33. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución	0	1	2	3	4
34. Comprendí que otras personas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
35. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
36. <i>Tuve fe en que Dios remediaría la situación</i>	0	1	2	3	4
37. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
38. <i>Recé</i>	0	1	2	3	4
39. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
40. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
41. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4

Encuesta del Estado de Salud SF-36

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1	2	3	4	5

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
1	2	3	4

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	1	2	3
Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol	1	2	3
Levantar o llevar las compras del mercado	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
Subir un piso por la escalera	1	2	3
Doblarse, arrodillarse o agacharse	1	2	3
Caminar más de diez cuadras	1	2	3
Caminar varias cuadras	1	2	3
Caminar una cuadra	1	2	3
Bañarse o vestirse	1	2	3

4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?	SI	NO
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	1	2
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	1	2
Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo)	1	2

5. Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?	SI	NO
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	1	2
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1	2
Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre	1	2

6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada	Un poco	Más o menos	Mucho	Demasiado
5	4	3	2	1

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderado	Severo	Muy severo
6	5	4	3	2	1

8. Durante el *último mes*, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Más o menos	Mucho	Demasiado
5	4	3	2	1

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes*. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿ Cuánto tiempo <i>durante el último mes</i>	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido tan decaído que nada podía alentararlo?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante el *último mes*, ¿cuánto tiempo *su salud física o sus problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es *cada una* de las frases para usted?

	Definitivamente cierta	Cierta	No sé	Falsa	Definitivamente falsa
Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	1	2	3	4	5
Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS (ECVI-2)

Paciente: _____ Fecha: _____.

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

	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para o con...?					
a. Mover las extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar las manos	5	4	3	2	1
c. Caminar	5	4	3	2	1
d. Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
e. Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1
2. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Hablar	5	4	3	2	1
b. Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1
c. Leer	5	4	3	2	1
d. Escribir	5	4	3	2	1
3. ¿Cuánta dificultad tiene usted en...?					
a. Su concentración	5	4	3	2	1
b. Su memoria	5	4	3	2	1
c. Su capacidad mental	5	4	3	2	1

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

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

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

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

	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
6. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b. Bañarse	5	4	3	2	1
c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d. Moverse libremente dentro de la casa	5	4	3	2	1
7. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
b. Realizar sus actividades de entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
8. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b. Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
c. Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1

d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
f. Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1

Seguidamente, le realizaremos dos preguntas para completar la información sobre su salud.

Preguntas adicionales	Totalmente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. ¿Se ha afectado su actividad sexual después de la enfermedad?	5	4	3	2	1
2. ¿Se ha afectado la actividad laboral después de la enfermedad?	5	4	3	2	1

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

Estado de salud general	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
¿En qué grado se ha recuperado de su enfermedad?	5	4	3	2	1