



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN**

**NEURORREHABILITACIÓN**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR  
QUE RECIBEN ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA -  
2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN  
NEUROREHABILITACIÓN**

**Presentado por:**

**LICENCIADA CORREA QUINTEROS, ELVA VIOLETA**  
**LICENCIADA VALVERDE VIVAR, GALIA ESTHER**

**LIMA - PERÚ**

**2019**



### **DEDICATORIA:**

Dedicamos esta tesis a nuestras familias por el apoyo incondicional.

A nuestros pacientes por su colaboración que fue motivo de nuestra investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos primeramente a Dios, por fortalecernos y guiarnos para la culminación de nuestro trabajo. A nuestros pacientes por su colaboración para el desarrollo de nuestra tesis. A nuestros colegas que estuvieron alentándonos para seguir adelante para su culminación. A nuestro asesor Julio Granados por guiarnos paso a paso e incentivarnos para el desarrollo de esta tesis.

**ASESOR:**

MG. JULIO CESAR GRANADOS CARRERA

**JURADOS EVALUADORES:**

DRA. CLAUDIA MILAGROS ARISPE ALBURQUEQUE

MG. TEOFILO HERMINIO CAMACHO CONCHUCOS

DR. JAVIER FRANCISCO CASIMIRO URCOS

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	
DEDICATORIA:	
AGRADECIMIENTO	
ASESOR:	
JURADOS EVALUADORES:	
ÍNDICE DE CONTENIDO	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>14</b>
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema.	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Justificación de la Investigación	16
1.4 Objetivos de la investigación	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	19
2.2 Base teórica	26
2.3 Terminología básica	35
2.4 Variables e indicadores	38

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
3.1 Tipo y nivel de investigación	39
3.2 Población y muestra	39
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.3.1 Descripción de instrumentos	40
3.3.2 Validación de instrumentos (ANEXO 5).	41
3.4 Procesamiento y Análisis Estadísticos	41
3.5 Aspectos éticos	42
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>44</b>
4.1 Procesamiento de datos: Resultados.	44
4.2 Discusión de resultados:	56
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>61</b>
5.1 Conclusiones:	61
5.2 Recomendaciones:	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>67</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de las características sociodemográficas en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018	49
Tabla N° 2. Media de la calidad de vida según tipo de accidentes cerebro vascular en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	52
Tabla N° 3 Media de la calidad de vida según grado de funcionalidad en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de Rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	53
Tabla N° 4. Media de la calidad de vida según las características sociodemográficas en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	54
<b>Tabla N° 5.</b> Media de la Calidad de Vida según tiempo de evolución y lado afectado en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución según tipo de accidente cerebro vascular en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	44
Gráfico N° 2. Distribución según sexo en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	45
Gráfico N° 3. Distribución según las edades en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.	46

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que reciben atención de rehabilitación en un hospital de Lima-2018.

**Método:** Tipo no experimental, nivel cuantitativo, diseño descriptivo, transversal y prospectivo en un periodo de octubre a diciembre de 2018. La población objeto estuvo conformada por 42 pacientes con accidente cerebro vascular; a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida Short Form-36 Health Survey (SF-36v2). **Resultados:** con respecto a las características sociodemográficas, el sexo masculino fue el más frecuente, las edades de 51-65 años tuvieron mayor porcentaje en los pacientes, el grado de instrucción secundaria predominó con el 32,6%, la ocupación artesanos tuvo un mayor porcentaje de 44,2%, el tipo de accidente cerebro vascular isquémico fue superior con el 83,33% sobre el hemorrágico, el lado más comprometido fue la hemiplejía izquierda con 62,8%, de acuerdo al tiempo de evolución la etapa aguda presentó un 51,2% y según su grado de funcionalidad fue moderado con 60,5%. Y la media de la calidad de vida en los componentes físico mental fue bajas, también en las dimensiones rol físico y rol emocional. **Conclusiones:** La calidad de vida en el componente físico y mental fue baja en los pacientes con ACV que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, siendo las dimensiones de menor puntaje el rol físico y el rol emocional

**Palabras claves:** accidente cerebro vascular, calidad de vida, rehabilitación.

## ABSTRACT

**Objectives:** This study was conducted to determinate the life quality of Stroke patients which have been treated in a rehabilitation hospital in Lima-2018. **Methods:** Prospective non-experimental, descriptive Essay, Quantitative study with a transverse, prospective design. It was made from October to December of 2018. The target population consisted of 42 stroke patients to whom the Short Shot Form-36 Health Survey (SF-36v2) was applied. **Results:** More frequently male patients were surveyed, the patients were mostly between 51-65 years old, 32.6% of the patients had secondary school instruction level, craftsman was the most common occupation with 44,2%, ischemia Stork predominated over hemorrhagic Stroke with 81,4%. Left hemiplegia was more compromised in around 62,8% of the patients. Regard to the evolution of the stock, acute stage was described in 51,2% of the patients, and according to the degree of the condition it was mostly moderate (60.5%). The average life quality referring to physical and mental status was low, also referring to physical roll and emotional roll. **Conclusion:** life quality referring to mental and physical status was low in Stroke patients who had been treated in a rehabilitation hospital in Lima, been physical roll and emotional roll the lowers scores.

**Key word:** Stroke, life quality, rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es evaluar la calidad de vida en los pacientes que han sufrido un Accidente Cerebro Vascular convirtiéndose en un problema de salud pública; representando el tercer puesto con un (13%) de mortalidad según la Organización Mundial de la Salud. Definiendo además con otros términos como Stroke, apoplejía, ataque cerebral o Ictus. El accidente cerebro vascular “es una enfermedad cerebral que resulta de un trastorno brusco de la circulación sanguínea. Esta alteración del corriente sanguíneo va a producir que una zona determinada del cerebro deje de funcionar rápidamente”; por ello las personas que sobreviven un ACV experimentan significativamente una discapacidad residual presentando como consecuencia diferentes alteraciones físicas, cognitivas y emocionales, sumadas a los problemas económicos y reinserción laboral, social y familiar, representando una baja calidad de vida.

La OMS define a la calidad de vida como “la percepción de la persona dentro del contexto de su vida, sistema cultural, de valores en que vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”.

Por tanto, la discapacidad que genera el accidente cerebro vascular, con lleva a una baja calidad de vida, teniendo como opción la rehabilitación teniendo un enfoque interdisciplinario orientado a las necesidades de cada paciente considerando su entorno funcional y en sus actividades psicosocial y familiares.

## CAPITULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

El accidente cerebro vascular (ACV), se define como las alteraciones del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo que pueden ser transitorias o definitivas, que resultan como consecuencia de un trastorno circulatorio cerebral”, afectando diferentes áreas sensorial y motor, por tanto, su calidad de vida (Castillo, Avarez, & Marti, Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales, 1995).

La Calidad de Vida (CV) del paciente con accidente cerebro vascular genera un impacto en la enfermedad, y su tratamiento va a estar dirigido en los aspectos físicos, psicoemocionales y sociales (Cano de la cuerda & R., 2012), muchos de estos pacientes se ven afectado económicamente y disminuyendo su calidad de vida por debajo de la media, tanto en el componente físico y mental ; no solo porque el paciente conlleva a tener una discapacidad moderada a severa sino porque se vuelve dependiente económicamente, necesitando en su mayoría de un cuidador permanente, que en ocasiones son los familiares que dejan de trabajar para asumir con esta labor (Davalos & Malaga, 2014)c

Por lo tanto, el tratamiento de rehabilitación estará orientado a alcanzar un nivel óptimo de las diferentes funciones (mental, físico y social) mejorando su calidad de vida (Moyano, 2010). Los datos estadísticos mundiales nos dicen que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que al año en el mundo se produce más de 57 millones de muerte, por lo cual el Accidente Cerebro

Vascular (ACV) representa el tercer puesto con un 13% (Castillo & Jimenez, Reeduación Funcional tras un ICTUS, 2015). En el mundo (2010), el 63% de los tipos de ACV son Isquémicos y el 80% hemorrágico, es frecuente en países de ingresos medianos y bajo. A nivel de Sudamérica y en el Perú el tipo de evento cerebro vascular la distribución total correspondió en 77,3% de tipo isquémico y en 22,7% de tipo hemorrágico (Malaga, De la cruz-Saldaña, Busta-Flores, & et.al., 2018;35(1)). La edad promedio de ocurrencias es de 72,3 y es más común en el varón, dejando grandes secuelas y modificando la calidad de vida (Castañeda, Beltran, Casma, & et.al., 2011).

Según el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), 58,9% de los pacientes atendidos tienen secuelas de discapacidad por accidente cerebro vascular; de los cuales el 43,5 son de tipo isquémico y 15,4 de tipo hemorrágico (Etadista Od.Indicadores Hospitalarios.INR, 2016).

La rehabilitación es el principal medio de tratamiento orientado a mejorar su calidad de vida, en el Perú se convierte en una principal opción para poder recuperarse y permitirles alcanzar niveles funcionales óptimos en los aspecto mental, físico y social; facilitándole las herramientas para una reintegración social, por tal razón nuestro estudio plantea describir la calidad de vida en un hospital referencial en rehabilitación en la ciudad de lima por lo que nos planteamos la siguiente pregunta.

## **1.2 Formulación del problema.**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cuál es la calidad de vida según tipo de Accidente Cerebro Vascular en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018?

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular según grado de funcionalidad que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018?

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular según características sociodemográficas que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018?

## **1.3 Justificación de la Investigación**

Justificación Teórica

Los datos del estudio, generará un nuevo conocimiento con respecto a la descripción de la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebro vascular que asistieron al hospital y servirá como referencia para plantear



estrategias de intervención para la rehabilitación ya sea para los componentes físicos y/o mentales de su calidad de vida; sirviendo también como base exploratoria para estudios de intervención a futuro.

#### Justificación practica

Los resultados del estudio en la práctica permitirán que el equipo de rehabilitación, apunte las deficiencias de los componentes y dimensiones de la calidad de vida y poder generar estrategias de intervención del profesional rehabilitador, generando el menor tiempo y costo durante la rehabilitación, lo cual el paciente se verá beneficiado en su recuperación.

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

Identificar la calidad de vida según tipo de Accidente Cerebro Vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018

Conocer la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular según grado de funcionabilidad que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

Identificar la calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular según características socios demográficos que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

Bolaños O, et al (2017), publicaron el artículo “Tratamiento neuro rehabilitador y calidad de vida de pacientes con ictus isquémico” (Cuba), Tuvo como objetivo evaluar el tratamiento neurorehabilitador en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico, cuya metodología que realizó fue un estudio explicativo cuasi experimental con una muestra de 30 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario SF-36. Comparando resultados al inicio y un mes después de un mes de tratamiento rehabilitador; de acuerdo a los resultados según las características demográficas con respecto al género predominio del sexo masculino con un 66,7% con edades mayores de 55 años, de acuerdo al tipo de ACV, el 56,7% tenían hemiplejía derecha, y el 93,3% con dominancia de mismo lado. En la función física, rol físico y el dolor corporal fueron las funciones de mayor afectación al inicio, arrojando una media de 40,7, 55,0, 59,4 respectivamente; terminando el tratamiento los que tuvieron menor significación fueron salud general, y vitalidad 77,2 66,3 respectivamente, concluyendo que la Neurorrehabilitacion mejora la calidad de vida de los pacientes con ictus (Bolaños, Bravo, Fernandez, Pedroso, Rodriguez, & et.al., 2017;9 (2)).

Bustos K, et al (2016), publicaron el estudio titulado “Factores relacionados con la Calidad de Vida en pacientes en Neurorrehabilitacion transdisciplinario” (Argentina), con el objetivo de evaluar los factores relacionados con la calidad de vida en pacientes que reciben

Neurorrehabilitación transdisciplinario, la metodología que uso fue de corte transversal cuya muestra fue de 38 pacientes, utilizando el instrumento para medir la calidad de vida relacionada a la salud (Short-Form 36), incluyendo la evaluación de factores independientes como: causas de la patología, severidad de la discapacidad, tiempo de tratamiento en Neurorrehabilitación transdisciplinario, edad, sexo, cuidador relacionado, estado laboral y nivel educativo. 38 pacientes fue el resultado el uso de un modelo de regresión lineal de asociación donde la causa de discapacidad representó el 27% de accidente cerebro vascular, la edad media de la muestra fue de 61,5, el 60,5% fueron hombres. Se evidenció una relación significativa entre mayor tiempo de Neurorrehabilitación transdisciplinario y mayor calidad de vida ( $p=0,004$ ,  $r=0,56$ ) y una mayor discapacidad menor calidad de vida ( $p>0,01$ ,  $r=>0,6$ ), concluyendo que a mayor tiempo de Neurorrehabilitación se asoció a una mayor calidad de vida. Este estudio desarrolló el mismo instrumento de nuestra investigación (Bustos, Perez, Finkelberg, Clark, & et.al, 2016;8(3)).

Retamal, M. et al (2015) presentó el estudio: "La Calidad de Vida en pacientes con accidentes cerebro vasculares que residen en centros de larga estancia." (Chile). Cuyo objetivo fue determinar CVRS en pacientes con secuelas de accidentes cerebro vascular, con una muestra poblacional de 19 pacientes, oscilando entre las edades de 62-96 años, el tipo de estudio es correlacional, no experimental y transversal evaluando la calidad de vida relacionada con la salud a través de la aplicación del instrumento SF-36 v.2. Concluyendo, las puntuaciones obtenidas del universo de la población fueron medias más altas de las cuales estuvieron en la escala de vitalidad,

fue  $64,46 \pm 24,74$  puntos y función social, con  $62,50 \pm 27,63$ , los resultados más bajos correspondieron a función física, con  $38,42 \pm 29,44$  puntos, y rol físico, con  $44,42 \pm 32,37$  puntos. Del total de participantes el 47,4% registro una calidad de vida como 'mala y regular'; el 42,1%, 'regular y buena', y el 10,5% restante 'buena y muy buena. Al analizar su rango cualitativo de calidad de vida, se calculó a partir de los resultados totales siendo sus puntuaciones mayores 78,13. Los resultados obtenidos en cada escala fue valorada con una calidad de vida alta o muy alta, dolor corporal y salud mental (47,4%), vitalidad (47,3%) y función social (42,1%), las escalas valoradas con una baja calidad de vida (baja o muy baja), alcanzaron menores puntajes la función física (52,7%), rol físico (52,6%) y rol emocional (42,1%) (Retamal, Arredondo, Dominguez, & Mac Donald, 2015;5(2)) .

Govantes, Y et al (2014), publicaron el artículo "la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico". Hospital "Julio Díaz Gonzales" (Cuba). Cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico y correlacionar su estado funcional con la calidad de vida, desarrollo un método de estudio explicativo, cuasi experimental y prospectivo de corte longitudinal en pacientes hospitalizados en el servicio de Lesiones cerebrales en un tiempo referido de enero-octubre de 2013 con diagnóstico clínico y/o radiológico de ictus isquémico. Con una muestra poblacional de 75 pacientes aplicando el Cuestionario de salud SF36, índice de Barthel y la escala de Rankin modificada realizándolo al inicio y al final del tratamiento rehabilitador se usó protocolo del propio centro durante el tiempo de tres meses, para ser comparados los resultados por cada dimensión y sus resultados totales. Los

resultados de la edad promedio fue de 63,52 años, predominando el sexo femenino (56,0%), las dimensiones de mayor afectación desde su inicio fueron la función física, el dolor corporal y el rol físico 54,1 y al final del tratamiento con una diferencia global significativa de 64,4. La mayoría de los pacientes reconocieron limitación de su salud al compararse con el año anterior luego del ictus, la mejoría global de la CVRS de los pacientes se evidenció al final del tratamiento; los pacientes mayores de 50 años tuvieron mayor significancia en su tratamiento. Llegando a la conclusión que el tratamiento de rehabilitación desde un inicio mejorará la calidad de vida relacionada con la salud y su estado funcional de los pacientes que padecen ictus isquémico (Govantes & Bravo, 2014;6(2)).

Souza, E et al (2013). Publico el artículo “Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular en rehabilitación” (Brasil). Cuyo objetivo fue evaluar y correlacionar la calidad de vida y depresión de pacientes después del accidente cerebrovascular en rehabilitación, con una metodología de estudio transversal realizado en dos servicios de rehabilitación. Los datos recogidos fueron sociodemográficos, aplicó la encuesta Short-Form36, índice de Barthel y el índice de Depresión de Beck. Siendo el resultado sobre una muestra constituida de 139 pacientes con una edad media de 59,4 años donde el 59% eran de sexo masculino, se relacionaron los puntajes generales y específicos de calidad de vida; según el índice de Barthel ,el 49,6% de los pacientes indicaron dependencia moderada a grave, el 49,7% presento síntomas depresivos según el índice de depresión de Beck; no habiendo una correlación positiva entre los datos y la calidad d vida general y específica, concluyendo que la calidad de vida general y específica de los

pacientes en rehabilitación, luego de un ACV presentó dominios comprometidos (Souza, Silva, & Diccini, 2013;26(2)).

Anicama, A. et al (2012) Realizó un estudio sobre “Calidad de vida en pacientes con accidente cerebro Vascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011”. Tuvo como objetivo determinar, la percepción de calidad de vida de los pacientes que padecieron accidente cerebro vascular y que acudieron a consulta externa del servicio de Neurología en el Hospital Regional de Ica, durante los años 2010 – 2011, en el cual aplicó la encuesta SF-36V.2. Cuyo método que utilizó fue una investigación aplicada, no experimental, transversal, cualitativa, de nivel descriptivo. La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebro vascular, los años 2010 – 2011. Siendo el resultado sobre una muestra de 56 pacientes, donde el sexo masculino representó el 52%, la edad media fue 72,66 años, dentro de los factores de riesgo la hipertensión arterial (69,64%) fue más frecuente; se mostró un mayor compromiso en rol emocional (38,99 puntos) y el rol físico (32,26 puntos), en la dimensión del dolor corporal (53,49 puntos) y función social (55,37 puntos) representó una mayor percepción. Llegando a la conclusión que en ambos sexos la dimensión más afectada fue el rol físico, cercanos al cero dentro del cuestionario SF-36 V.2, mostraron mejores condiciones las dimensiones de dolor corporal y función social en relación a las otras. Los mejores resultados fueron representados por los hombres, donde superó a las mujeres en casi la totalidad de los ítems representado por el test de calidad de vida (Anicama, Vasquez, & Pineda, 2012;2(2)).

Silva, H. et al (2009). Realizó el estudio de investigación acerca de la “Calidad de vida en pacientes post evento cerebro vascular isquémico en dos Hospitales de la ciudad de Barranquilla” (Colombia). Tuvo como objetivo la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud utilizando del instrumento SF-36 en personas que padecieron enfermedad cerebro vascular y relacionarlas con características socio demográficas, cuyo método fue descriptivo en donde participaron 41 pacientes egresado del Hospital Universidad del Norte y Cari de Alta Complejidad con diagnóstico de Enfermedad Cerebro vascular isquémico en el año 2007. Usaron 2 instrumentos, Short Form Health Survey (SF-36) y una encuesta sobre características socio demográficas. Cuyos datos se trabajaron en Epi- info V 2002 aplicando técnicas de análisis descriptivas. Los resultados del estudio demostraron mayor compromiso en la función física, obteniendo un promedio de 24,2, cuya mayoría referían limitaciones. El rol físico, la vitalidad y la salud mental presentaron rangos bajos cerca de (0), indicando malas condiciones de salud. Presentando una media dolor corporal 67, 5 y la función social 69,5 con mejores condiciones, encontrándose un balance entre la media de salud general 52.8 y rol emocional 53.6, respectivamente. Concluyendo que la función física es el ítem con más afectación en ambos sexos; presentó rangos cercanos al 0 dentro del cuestionario SF-36. Las dimensiones, dolor corporal 59,45 y función social 64,58 demostraron mejores condiciones con respecto a las otras; en su mayoría estos pacientes cuentan con familiares para facilitar su autocuidado, en la medida que las personas avanzan en su edad las dimensiones de Función física, Rol físico y Salud mental muestran una media baja; encontrándose las dos primeras



más comprometidas. Los hombres obtuvieron mejores resultados en comparación con las mujeres en la mayoría de sus ítems evaluados en el Test de Calidad de Vida (Silva, Pirela, Alvarez, Londoño, & et.al., 2009).

Coronado, G. et al (2009) publicaron en su artículo "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. (Perú), Tuvo como objetivo identificar las características epidemiológicas relacionándose con ello. El método fue un muestreo por conglomerados, donde participaron 400 personas a los cuales se empleó dos instrumentos, una ficha sociodemográfica y el cuestionario CVRS SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas fueron: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Como resultado tuvo mayor puntaje el sexo femenino 56,25%, la edad media fue de  $70,62 \pm 8,02$  y la media general de  $71,29 \pm 7,90$ . Las enfermedades agudas y crónicas arrojó el 52,75% mientras que el 18,3% refirió consumir algunas sustancias como el alcohol, tabaco, sedantes. Los resultados que se obtuvo del SF-36 indicaron que las puntuaciones más altas lo registraron las dimensiones función física (72,75%), salud mental (68,74%) y vitalidad (64,61%); las dimensiones más bajas salud general (50,22), rol físico (61,18) y dolor corporal (62,22). Concluyendo que los factores protectores fue el sexo masculino, el grado de instrucción y el ingreso económico mayor a s/. 1000; y como factores de riesgo tenemos la edad, no generar ingresos, no contar con un seguro asistencial y padecer de alguna patología crónica. La escala del componente físico comparada con una población anciana pre-frágil y no frágil hispano norteamericana fue de

48,68 ± 7,56 y 54,22±9,56; y la escala del componente mental fue de 50.94±12,23 y 57.43±11,43 respectivamente (Coronado, Diaz, Apolaya, Manrique, & et.al, 2009).

## **2.2 Base teórica**

### **2.2.1 Calidad de Vida**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta un grupo de estudio específico (WHOQOL Group) que define el concepto de calidad de vida como “la percepción que tiene el individuo sobre su propia vida dentro del contexto de su cultura, valores que se relacionen con sus objetivos, expectativas y preocupaciones de vida” (Bisbe, Santoyo, & Segarra, 2012).

La calidad de vida tiene una connotación muy amplia lo cual nos permite relacionarnos en diferentes áreas como el estado de salud físico, psicológico, relaciones sociales, religión, características ambientales y un grado de independencia funcional (Verdugo & Shalock, 2013).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), describe como la percepción, evaluación por parte del paciente del impacto que genera la enfermedad y su tratamiento, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales (Cano de la cuerda & R., 2012).

#### **Evaluación de Calidad de Vida**

La calidad de vida se evalúa en distintos niveles como, bienestar físico, material, social, emocional y seguridad.

Existen otros estudios que miden la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como las escalas de Burden of Stroke Scale (BOSS), la Newcastle

Stroke -specific Quality of Life (NEWSQOL) y la Hemorrhagic Stroke Quality of Life (HSQuale).

Para el estudio se utilizó el cuestionario de salud Short Form Health Survey (SF-36), el cual se desarrolló en los inicios de los años noventa en EEUU, se aplicó en el estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Esta escala genérica se aplica a personas con discapacidad y población en general, porque indica un perfil del estado de salud, aceptado en el mundo por su transculturalidad.

**2.2.2 Cuestionario de Salud SF-36** está compuesto por 36 preguntas, valorando aspectos positivos y negativos de la salud. Se divide en componente físico y mental a su vez subdivide en 8 dimensiones como, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El SF-36 presenta un ítem de transición con una pregunta sobre el estado de salud en relación al año anterior que no lo toma en cuenta para el cálculo de ninguna de las escalas.

Cada dimensión presenta ítems, transformándolo en una escala de 0 -100 donde las puntuaciones superiores e inferiores a 50 nos indican una mejor o peor estado de salud (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Revollo, Permanyer, & et.al., 2005;19(2)).

Descripción concisa de las dimensiones que incluye el SF-36 es:

**a) Componente físico**

**Función física:** Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como realizar esfuerzos, caminar, agacharse, subir escaleras, etc. Consta de 10 ítems.

**Rol físico:** Es el grado en que la salud física interviene en el trabajo y otras actividades diarias. Tiene cuatro ítems.

**Dolor corporal:** Es el grado de intensidad del dolor y su efecto. Consta de dos ítems.

**Salud general:** Es la valoración personal de su salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Consta de cinco ítems.

#### **b) Componente mental**

**Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, tiene cuatro ítems.

**Función social:** Grado en la que interfiere su vida so. Consta de dos ítems.

**Rol emocional:** Rango en que los conflictos emocionales obstaculicen el desenvolvimiento en el trabajo u otras actividades diarias. Tiene tres ítems.

**Salud mental:** Abarca depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar. Tiene cinco ítems.

El SF-36 presenta un ítem de transición que pregunta sobre el estado de salud respecto al año anterior que no refiere para el cálculo de ninguna de las escalas (Rodríguez, Merino, & Castro, 2009).

#### **2.2.3 Accidente Cerebro Vascular- ACV / ICTUS**

“El accidente cerebro vascular es una enfermedad cerebral que se produce por un trastorno súbito de la circulación sanguínea. Esta alteración produce que una zona del cerebro deje de funcionar”. El sistema nervioso central

(SNC) presentará diferentes manifestaciones clínicas de acuerdo a las zonas del cerebro que se vean afectadas, ya que cada área del cerebro cumple una función determinada manifestando pérdida de fuerza, de sensibilidad en un hemicuerpo, afectando el área del lenguaje (expresivo-comprensivo), pérdida de la visión o dificultad para la marcha (Castillo & Jimenez, *Reeducación Funcional tras un ICTUS*, 2015).

El accidente cerebro vascular se divide en dos grandes grupos:

ACV isquémico

ACV hemorrágico

### **2.2.3.1 Accidente Cerebro Vascular Isquémico:**

Es el más frecuente, representa el 80% de todos los ACV (3). Se define como la disminución del torrente sanguíneo cerebral por debajo de los niveles mínimos necesarios para el funcionamiento cerebral afectando a todo el cerebro en forma simultánea.

La isquemia cerebral afecta a una zona del encéfalo o a su totalidad, (isquemia cerebral focal o isquemia cerebral global) respectivamente.

La isquemia cerebral se divide en dos grandes grupos:

Ataque isquémico transitorio; son episodios breves que provocan disfunción cerebral focal de la circulación cerebral, de comienzo brusco determinando la aparición de alteraciones neurológicas subjetivas (síntomas) u objetivas (signos) los cuales pueden generalmente durar unos minutos con una recuperación completa de la función neurológica alterada en el transcurso de las 24 horas.

Infarto cerebral: Se caracteriza por el conjunto de manifestaciones clínicas radiológicas o patológicas, como consecuencia de la alteración del aporte

circulatorio al territorio encefálico, manifestando un déficit neurológico de más de 24 horas (Cano de la cuerda & R., 2012).

Se clasifican según su etiología:

ACV Aterotrombótico: Es debida a la presencia de aterosclerosis que es una enfermedad de las arterias donde la grasa se deposita en la pared del vaso, llamada placa de ateroma, provocando la disminución progresiva de su calibre.

ACV Lacunares: Son infartos que frecuentemente lo padecen las personas hipertensas con factores de riesgo vascular afectando a las paredes de la arteria de pequeño tamaño, lo cual produce va a producir un estrechamiento progresivo de la luz de la arteria hasta la oclusión completa del vaso.

ACV Cardioembólicos se caracteriza por ser una lesión directa el vaso sanguíneo en donde el corazón presenta ya una enfermedad que va a favorecer a la formación de trombos y esta puede impactar en la arteria cerebral provocando su oclusión.

Esta característica cardioembólica, produce con mayor frecuencia fibrilación auricular, arritmia cardíaca haciendo que el corazón no se contraiga correctamente quedando zonas de sangre estancada dentro del corazón.

ACV de origen indeterminado: Son aquellas donde las causas no están del todo aclaradas; se describe no tener una causa probable luego de realizar estudios de diagnóstico completo. (Castillo & Jimenez, Reeducación Funcional tras un ICTUS, 2015).

### **2.2.3.2 Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico:**

La “hemorragia cerebral” representa el 20% restante de todos los casos de enfermedades cerebrovasculares. La hemorragia cerebral se produce por la ruptura de un vaso sanguíneo dentro del cerebro, lo que conlleva a que se expulsen muchas sustancias que puedan resultar siendo tóxicas para el tejido cerebral; pudiendo ocasionar daños reversibles en la función de las células.

Existen diferentes causas que pueden originar una hemorragia cerebral; siendo las más frecuentes:

Hipertensión arterial:

Es una alteración de las paredes de los vasos que pueden provocar su rotura. Siendo la causa más frecuente de todas las hemorragias intracraneales. Cuando se convierte en crónica va a producir una afectación de las pequeñas arterias ocasionando perforación en las paredes debilitadas, favoreciendo la formación de pequeñas dilataciones llamadas “micro aneurismas” (Castillo & Jimenez, *Reeducación Funcional tras un ICTUS*, 2015).

Aneurismas

Las aneurismas intracraneales son dilataciones de las arterias cerebrales que se presentan de forma congénita y adquirida. Generalmente son asintomáticas a lo largo de la vida del paciente presentando un cuadro similar a la hemorragia subaracnoidea. Las aneurismas se presentan mayormente en el sector anterior del polígono de Willis (90%), comunicante anterior, sifón carotideo y salida de la Silvana (90%) y el resto del territorio vertebro basilar (10%) (Castillo, Avarez, & Marti, *Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales*, 1995).

Trastornos de coagulación:

Pueden ser:

Congénitos: Estos trastornos pueden estar presente desde el nacimiento como: la hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y la ausencia de fibrinógeno.

Adquiridos; Enfermedades púrpura trombótica idiopática, la coagulación intravascular, la trombocitopenia inducida por fármacos, la leucemia, los trastornos mielo proliferativos, la ingesta de fármacos que producen la alteración de la coagulación o de las plaquetas (anticoagulantes orales).

### **2.2.3.3 Factores de riesgo de la enfermedad cerebro vascular**

Los factores de riesgo de la enfermedad cerebro vascular, se pueden dividir en dos tipos: factor de riesgo no modificable y factores de riesgo modificables

Factores de riesgo no modificables

Son características que nos van a permitir identificar mejor a un individuo o población con mayor probabilidad de presentar una enfermedad cerebrovascular.

**a) Edad:** Es un determinante principal de la enfermedad cerebro vascular, las personas de edad avanzada incrementan el riesgo de su sistema cardiovascular asociados tanto de la enfermedad cerebro vascular isquémico y hemorrágico.

**b) Sexo:** Las enfermedades cerebro vasculares son por lo general más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Pudiendo existir excepciones



de grupos de población entre 35 y 45 años de edad y los mayores de 85 años, en las que la prevalencia es mayor entre las mujeres.

**c) Raza:** Epidemiológicamente las enfermedades cerebro vasculares, presenta mayor incidencia en la raza negra en sufrir un ACV en comparación de la raza blanca, las personas de raza negra de edad media tienen un mayor riesgo de hemorragia subaracnoidea y de hemorragia intracraneal comparándose con el grupo de población de raza blanca.

**d) Factores genéticos:** Las enfermedades de origen genético pueden ser simples y complejas, influenciando factores endógenos y exógenos ejemplo. La hiperhomocisteinemia, tabaquismo respectivamente por lo que la mayoría de las enfermedades vasculares cerebrales son resultado de la interacción de factores ambientales y genéticos asociadas a un aumento de la incidencia de enfermedades vasculares isquémico y hemorrágico.

Factores de riesgo modificables

Son aquellos que nos van a permitir plantear medidas de prevención de las enfermedades cerebro vascular.

**a) Hipertensión arterial:** La hipertensión arterial se define los valores de una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg o una presión diastólica superior a 90 mmHg; siendo un factor de riesgo más importante del ACV isquémico y hemorrágico. El ACV isquémico es 3,1 veces más frecuente en los hombres hipertensos y 2,9 veces en las mujeres.

**b) diabetes mellitus:** Se encuentran dentro de las enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia debida a un defecto en la secreción de insulina.

- c)** Dislipidemias: Es una anomalía de los lípidos sanguíneos, incluyendo el colesterol, los triglicéridos, la lipoproteína de alta densidad (HDL) y baja densidad (LDL).
- d)** Tabaquismo: es un predictor independiente de ACV de ambos sexos y de todas las edades. Es un factor que aumenta la viscosidad sanguínea y el aumento de las plaquetas, disminuye la cantidad de HDL.
- e)** Alcoholismo: El consumo crónico de alcohol aumenta el riesgo relativo de isquemia cerebral en 1,9% y el hemorrágico cerebral en 2,18%.
- f)** Obesidad: Se considera el aumento por encima del 25% del peso corporal que corresponde según edad y sexo.
- g)** Drogas: Pueden causar isquemia cerebral por varios mecanismos: vaso espasmo, miocardiopatía, arritmias, infarto agudo de miocardio y otros.  
Anticonceptivos Orales: Constituyen un factor de riesgo cerebral aterotrombótico, aumentando en los pacientes de mayor edad.
- g)** Dieta: Basado en los estudios epidemiológicos, una dieta baja de sodio, rica en frutas y vegetales y bajo de grasas reduce el riesgo de ACV.  
Inactividad Física: La actividad física reduce el riesgo de presentar acv, regulando la presión arterial, el peso, enfermedad cardiovascular y la diabetes mellitus; recomendando realizar 3 veces por semana el ejercicio físico.
- h)** Cardiopatías: Las enfermedades cardíacas constituyen la segunda causa de enfermedad cerebrovascular (Castillo & Jimenez, Reeducción Funcional tras un ICTUS, 2015).

## **2.3 Terminología básica**

### **Calidad de Vida**

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere al nivel de bienestar como consecuencia de la evaluación que la persona analiza de los diversos dominios de su vida, considerando un impacto que repercute en su estado de salud. (Urzúa 2010) (Urzua, 2012).

### **Accidente Cerebro Vascular**

La American Stroke Asociación (ASA), define el accidente cerebro vascular como “una patología cardiovascular que afecte a los vasos sanguíneos cerebrales. Se puede producir por dos mecanismos, obstrucción o ruptura de un vaso. Cuando este ocurre, el aporte de oxígeno hacia el cerebro disminuye, ocasionando muerte del territorio afectado. La obstrucción de un vaso cerebral, por un trombo o un embolo, ocasionará un ACV de tipo isquémico, siendo este de mayor incidencia (70-80%) y la ruptura vascular causará ACV hemorrágicos (Association, 2012).

### **Atención de Rehabilitación**

Es un servicio que brinda un hospital general con la finalidad de mejorar el funcionamiento y disminuir la discapacidad en los pacientes que han sido afectados sus condiciones de salud y capacidades que necesita para la vida diaria. ( ) .

### **Ocupación**

“Conjunto de empleos cuyas principales funciones y tareas y tareas se caracterizan por un alto grado de similitud entre las mismas (Informatica, 2016)”.

### **Tiempo de Evolución**

Es aquel tiempo que transcurre desde el inicio de la enfermedad ó instauración del accidente cerebro vascular, donde el objetivo fundamental es la supervivencia del individuo y minimizar el daño cerebral y sus secuelas (agudo) (Cano de la cuerda & R., 2012). Durante el tratamiento transcurrido se puede dar una recuperación rápida; o el tiempo transcurrido de recuperación puede hacerse lenta presentando un déficit sensitivo motor con secuelas funcionales (crónico) (Stokes & Stack, 2006).

### **Grado de Funcionalidad**

Es la capacidad que presenta el paciente durante las diversas etapas de recuperación y tratamiento; está en relación con la adquisición de habilidades y destrezas para el logro de actividades funcionales, pudiendo ser leve, moderado y severo. Leve, en este grado el paciente tiene poca dificultad para realizar y mantener sus actividades sin ayuda y por su propia cuenta. (5-24% de capacidad funcional) (Clasificador Internacional de Deficiencias , Discapacidades y Minusvalia de la OMS., 1990) (Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF- OMS, 2001). Moderado, el paciente puede realizar sus actividades con regular asistencia de una ayuda física o algún dispositivo biomecánico que le permitan realizar sus actividades funcionales. (25-49%) (Clasificador Internacional de Deficiencias , Discapacidades y Minusvalia de la OMS., 1990) (Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF- OMS, 2001). Severo, total dependencia de la presencia de otra persona para realizar sus actividades, es decir imposible de llevar acabo si no es con la ayuda de otra persona, la cual va a necesitar un dispositivo que

le permita prestar dicha ayuda (50-95%) (Clasificador Internacional de Deficiencias , Discapacidades y Minusvalia de la OMS., 1990) (Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF- OMS, 2001).

## 2.4 Variables e indicadores

VARIABLES		INDICADORES
Calidad de vida	10 ítems función física relacionado a la limitación de las actividades física	
	4 ítems relacionado al rol físico y como interviene en el trabajo y otras actividades	
	2 ítems relacionado al dolor corporal intensidad y efecto	
	5 ítems relacionado a la valoración de la salud general, actual y futura	
	4 ítems relacionado a la percepción de energía y vitalidad	
	2 ítems relacionado a la interferencia en su vida social	
	3 ítems relacionado a problemas emocionales que interfieren en su entorno	
	5 ítems relacionado a salud mental control de conducta, depresión y ansiedad	
Tipo de ACV	Isquémico	
	Hemorrágico	
Grado de Funcionalidad	Leve	
	Moderado	
	Severo	
Características sociodemográficas	edad	30-40 años 41-50 años 51-65 años Mayores de 65 años
	Sexo	Masculino Femenino
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior
	Ocupación	Artesano Técnico Profesional

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y nivel de investigación**

Tipo de investigación aplicada, nivel descriptivo, enfoque cuantitativo de diseño no experimental, transversal (F, 2017) (Sampieri & Fernandez, 2014).

### **3.2 Población y muestra**

La población estuvo conformada por 42 pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular que asistieron al servicio de terapia física de un hospital de Lima, Octubre – Diciembre en el año 2018.

Se consideró realizar una muestra censal relacionándose a todos los sujetos que conforman nuestro estudio (muestra no probabilística). (F, 2017) (Sampieri & Fernandez, 2014).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular tanto hemorrágicos e isquémicos.
- Pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular con grado de funcionalidad leve, moderado severo.
- Pacientes que tienen orden de tratamiento de terapia física.
- Pacientes mayores de 30 años a más.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que pertenecen al SIS.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con alteraciones cognitivas (memoria, atención y concentración)
- Pacientes con alteraciones del lenguaje (afasia comprensiva y afasia expresiva)
- Pacientes que no aceptaron el consentimiento informado.

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica para medir la calidad de vida que se utilizó fue una encuesta a través de una entrevista, empleando el instrumento SF-36 v2; que se obtuvo mediante un permiso a la empresa OPTUM con el software 5.1 QualityMetric Health Outcomes, cuya licencia otorgada es QM041907 (anexo 2); y para la recolección de datos se elaboró una ficha consignando características clínicas del accidente cerebro vascular y sociodemográficas haciendo uso del programa SPSS versión 25.

#### **3.3.1 Descripción de instrumentos**

El instrumento de calidad de vida Medical Outcomes Study Short Form 36 (sf-36v2).

Se desarrolló inicialmente en Estados Unidos, por Ware (1992) el cual presentó buenas propiedades psicométricas. En España el SF-36v2 mejoró sus propiedades psicométricas y de interpretación (Vilagut 2005). Su traducción al español fue adaptada en varios países de



habla hispana (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Revollo, Permanyer, & et.al., 2005;19(2))

### **3.3.2 Validación de instrumentos (ANEXO 5).**

El instrumento que se utilizará en el presente estudio, han sido aplicados y validados internacionalmente, representando su traducción en español una transculturización su uso. La confiabilidad del SF-36 y su validación de acuerdo al estudio establece en todos ítems un Alfa de Cronbach de 0,75%.

### **3.4 Procesamiento y Análisis Estadísticos**

Para el procedimiento de la recolección de datos se seguirán los siguientes pasos:

Se coordinó con la jefatura del departamento para solicitar la fecha y hora de los pacientes cuando iniciaron sus primeras sesiones de terapias.

Se informó del estudio a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les solicita que firmen el consentimiento informado, iniciándose el desarrollo del cuestionario calidad de vida SF-36v2.

Las personas con funcionalidad en la mano dominante resolvieron el cuestionario, en caso contrario el entrevistador realizó la encuesta y anotó sus respuestas.

Los datos obtenidos se transportaron a una base de datos de Excel y SPSS-V25 para procesarlos.

Simultáneamente se llenó la ficha de recolección de datos sociodemográficos como edad, genero, grado de instrucción, ocupación, tiempo de evolución y diagnóstico clínico; procesando sus valores en la base de datos Excel y utilizando el Software Estadístico IBM SPSS Statistics Versión 25.

Según el análisis estadístico, los datos registrados sobre calidad de vida se marcaron a través del Software que nos arrojó puntajes de los componentes físico y mental y de sus dimensiones. Se elaboraron tablas de las características clínicas y sociodemográficas, de distribución de frecuencias y gráficas para la presentación resumida de los datos. Se determinaron frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), e intervalo de confianza (F, 2017) (Sampieri & Fernandez, 2014).

### **3.5 Aspectos éticos**

Esta investigación respeta los valores éticos y no transgrede la información brindada de las personas que aceptan participar en la investigación. Los principios bioéticos que garantizaron este estudio fueron:

No maleficencia: No se realizó ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los pacientes participantes de este estudio y se salvaguarde su identidad.

Autonomía: Sólo se incluyó a los pacientes que acepten voluntariamente brindar sus datos personales.

Confidencialidad: Los datos y los resultados obtenidos serán estrictamente confidenciales. Los nombres de las personas del estudio no serán registrados en la investigación, solo a través de un código.

Todos los pacientes que participaron del estudio firmaron un consentimiento informado; aquellos que no podían firmar dieron conformidad a través de su huella digital.

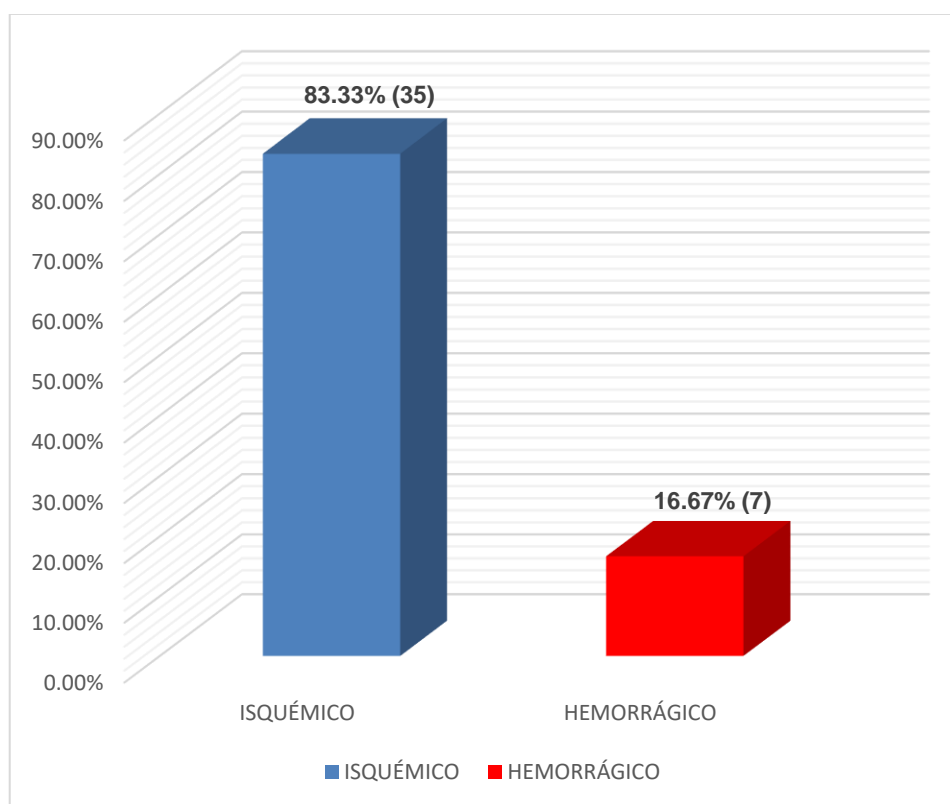
Asimismo, la Asociación Médica Mundial (2013) en la declaración de Helsinki, connota que la investigación servirá para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Aunque el objetivo principal de la investigación será generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca tendrá predominio sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación (Sampieri & Fernandez, 2014).

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Procesamiento de datos: Resultados.

La población estuvo conformada por 42 pacientes con ACV, de tipo isquémico son 35 (83,33%) pacientes (Grafico 1).

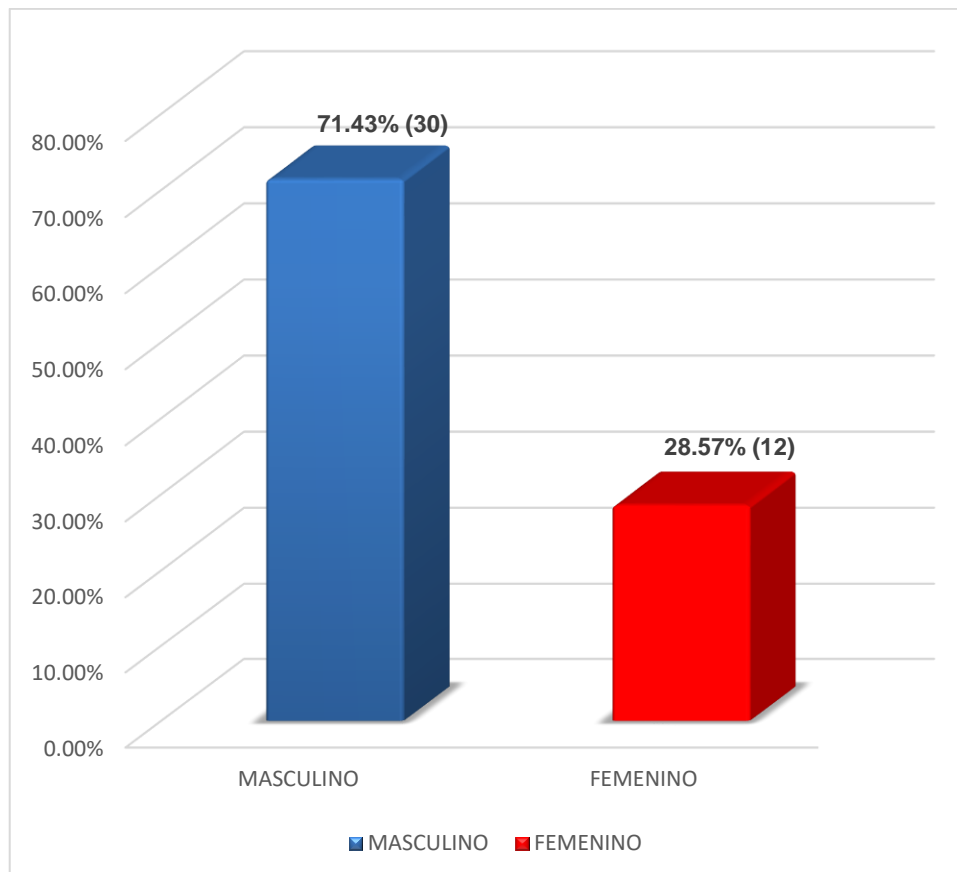
**Gráfico N° 1.** Distribución según tipo de accidente cerebro vascular en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaborada por las autoras.

Con respecto al sexo, predominó el masculino con 30 (71,43%) pacientes (Gráfico 2).

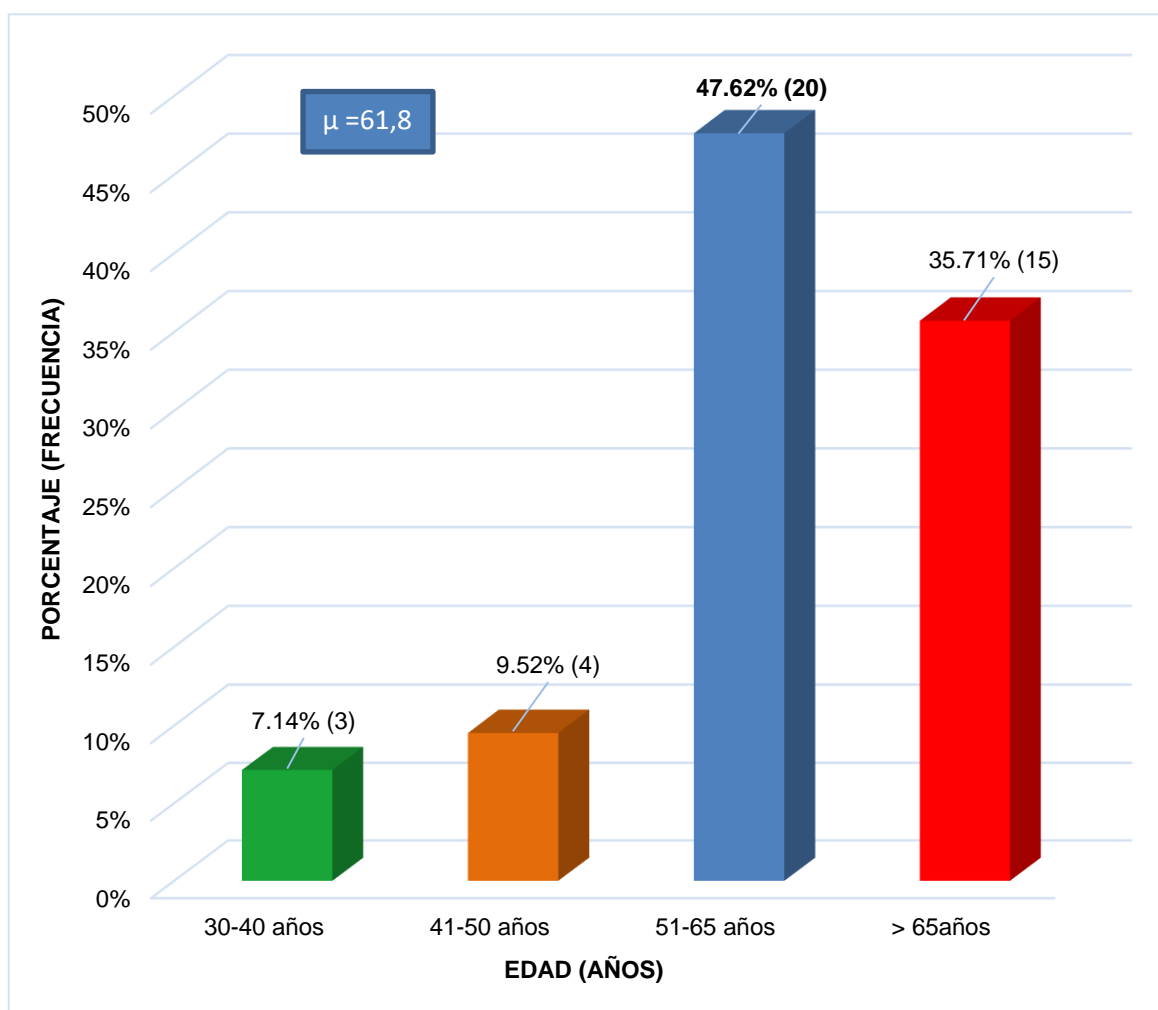
**Gráfico N° 2.** Distribución según sexo en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaborada por las autoras.

De acuerdo a las edades de los pacientes, la edad promedio fue de 61,88. Y el rango de edad donde tuvo mayor porcentaje de pacientes fue el rango entre 51-65 años (47,62%) años (grafico 3).

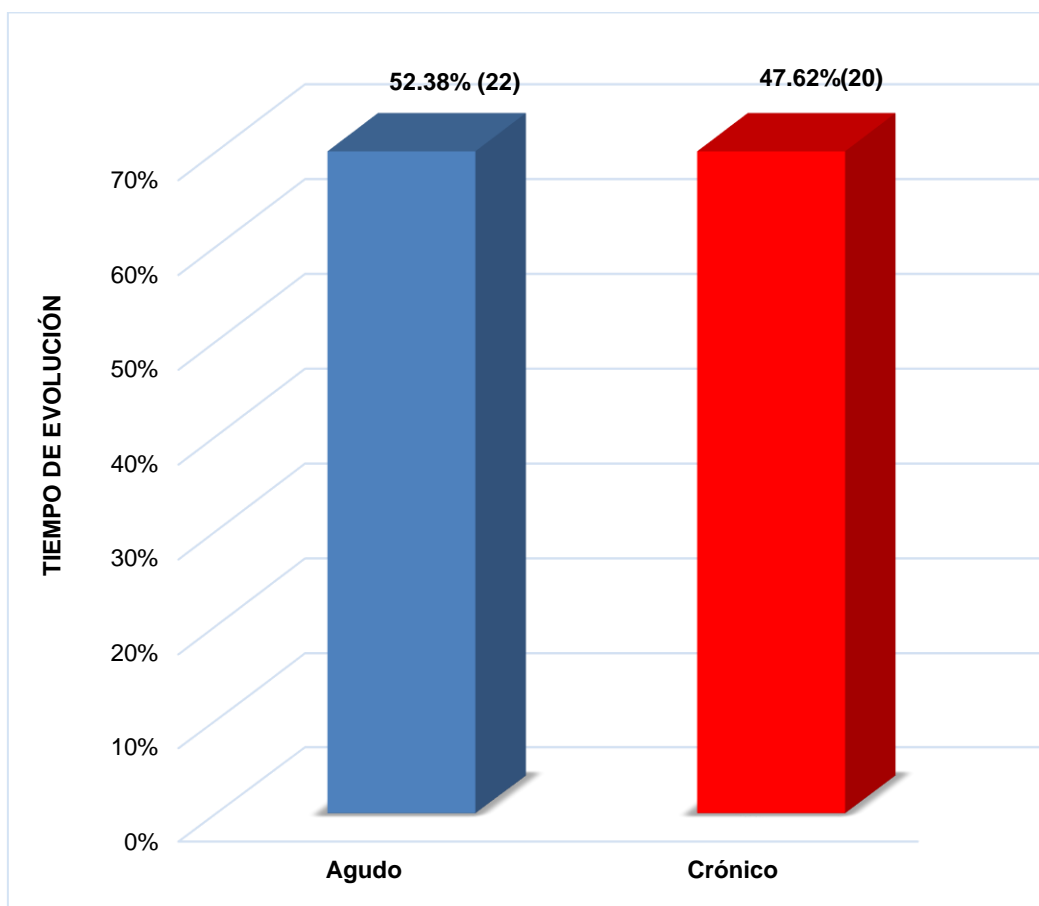
**Gráfico N° 3.** Distribución según las edades en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaborada por las autoras.

Con respecto a la fase de evolución, predominó la fase aguda con 22 (51,2%) pacientes (grafico 4).

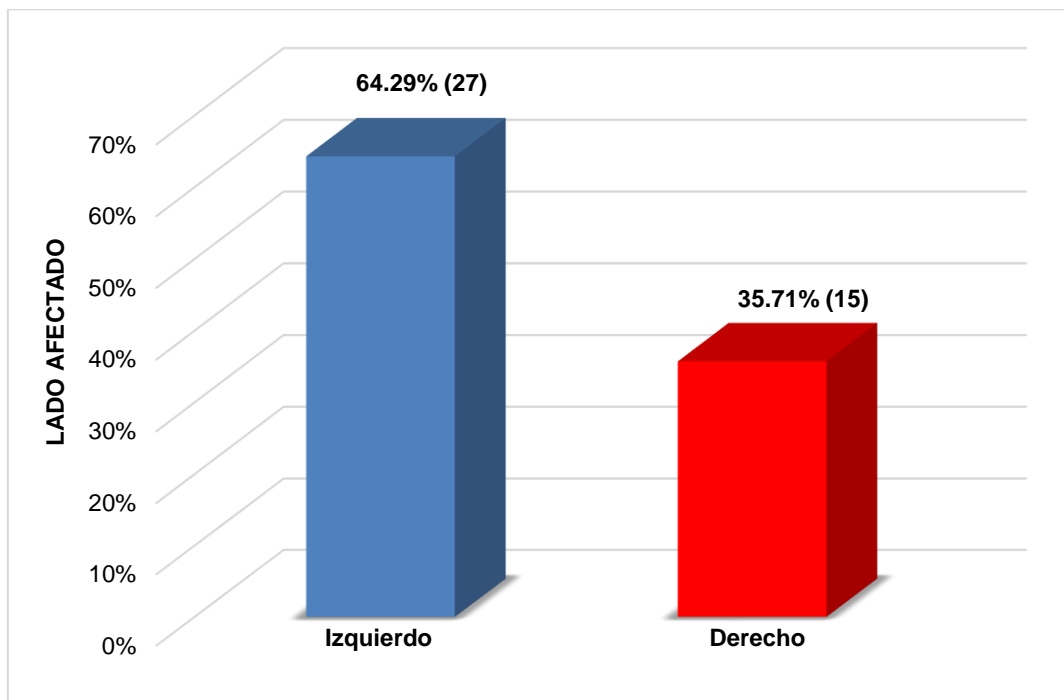
**Gráfico N° 4.** Distribución según fase de evolución en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaborada por las autoras.

De acuerdo al lado afectado, predominó el izquierdo con 27 (62,8%) pacientes (grafico 5).

**Gráfico N°5.** Distribución según lado afectado en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaborada por las autoras.



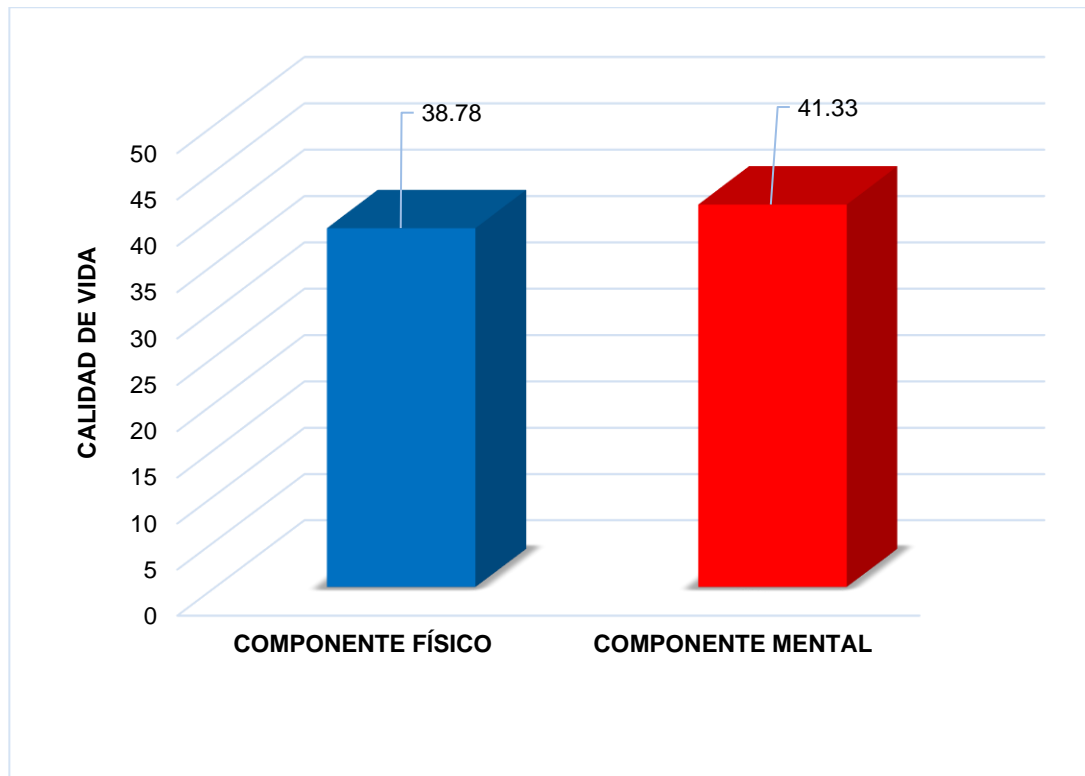
**Tabla N° 1** Distribución de las características sociodemográficas en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018

<b>Variable</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Grado de instrucción	Secundaria	12	27.9
	Técnico	14	32.6
	Superior	7	16.3
	Secundaria	9	20.9
Ocupación	Artesano	19	44.2
	Técnico	13	30.2
	Profesional	10	23.3
	Total	42	100

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a las características sociodemográficas de los pacientes según grado de instrucción predominó el nivel secundario con 14 (32.6%) y con respecto a la ocupación el porcentaje mayor obtuvieron los artesanos 19 (44,42%) (Tabla N°1).

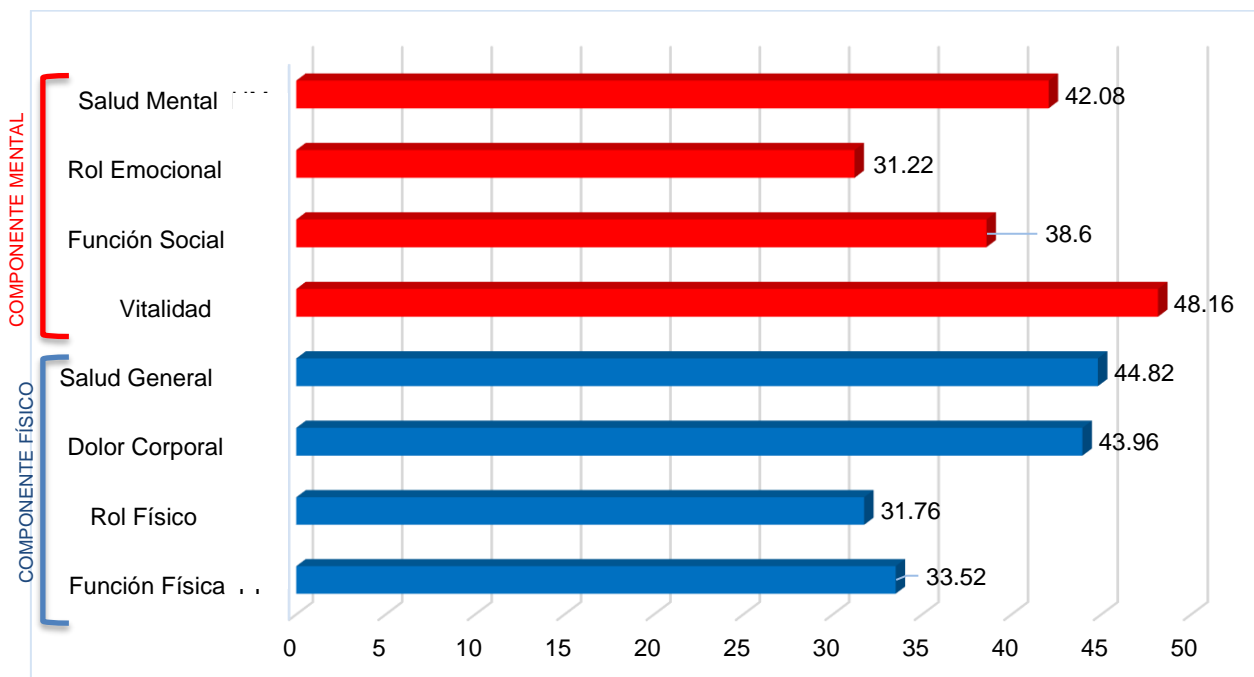
**Gráfico N° 6.** Media de la calidad de vida según componente físico y componente mental en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.



Fuente: elaboración propia.

El componente físico tuvo una media de 38.78 y en el componente mental 41.33.  
(Gráfico 6).

**Gráfico N°7.** Media según dimensiones de la calidad de vida de los componentes físico y mental en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, octubre -diciembre 2018.



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo al componente físico la mayor media de la calidad de vida de los pacientes se obtuvo en la dimensión de salud general equivalente 44,82 y la menor media el de rol físico con 31,76. Con respecto al componente mental la mayor media corresponde a la dimensión de vitalidad equivalente a 48.16.(Gráfico 7).

**Tabla N° 2.** Media de la calidad de vida según tipo de accidentes cerebro vascular en pacientes que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

<b>Tipo</b>		<b>N°</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Standard</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>
Isquémico	CF	35	38,83	7,56	36,23- 41,42
	CM	35	42,32	8,82	39,29- 45,35
Hemorrágico	CF	7	38,58	8,11	31,07- 46,08
	CM	7	36,38	4,44	32,27- 40,49

Fuente: elaboración propia.

\*CF=Componente Físico.      \*CM=Componente Mental.

Con respecto a la calidad de vida de los pacientes según el tipo de ACV, presentó una menor media el tipo hemorrágico sobre el isquémico, en el componente mental de 36,38 y en el componente físico de 38,58 (Tabla 2).

**Tabla N° 3** Media de la calidad de vida según grado de funcionalidad en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de Rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

<b>Grado</b>	<b>N°</b>	<b>CV</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Standard</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>
Severo	7	CF	34,71	8,58	26,77- 42,64
		CM	38,96	6,51	32,94 - 44,99
Moderado	26	CF	37,65	6,13	35,17- 40,13
		CM	41,41	9,53	37,56 - 45,26
Leve	9	CF	45,23	7,37	39,56 - 50,90
		CM	42,93	6,90	37,62- 48,24

Fuente: elaboración propia.

\*CF=Componente Físico.

\*CM=Componente Mental.

Según el grado de funcionalidad la menor media de la calidad de vida del componente físico 34,71 y componente mental 38,96 lo tuvo el grado severo (Tabla 3).

**Tabla N° 4.** Media de la calidad de vida según las características sociodemográficas en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

	CV	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza 95%
<b>Edad</b>				
30 -40	CF	42,70	10,96	15,45 -69,94
	CM	41,94	1,64	37,84 -46,03
41 -50	CF	37,16	6,81	26,31 -40,00
	CM	40,98	11,90	22,03 -59,93
51 -65	CF	40,39	8,20	36,55 -44,23
	CM	39,73	9,81	35,14 -44,32
>65	CF	36,55	4,41	34,10 -38,99
	CM	42,65	5,97	39,34 -45,96
<b>Sexo</b>				
Masculino	CF	38,72	7,12	36, -41,38
	CM	42,09	6,96	39,49 -44,69
Femenino	CF	38,95	8,88	33,30 44,59
	CM	39,42	11,69	31,99 -46,85
<b>Grado de instrucción</b>				
Primaria	CF	37,43	7,41	32,71 -42,14
	CM	41,37	7,03	36,90 -45,84
Secundaria	CF	41,10	6,15	37,55 -44,66
	CM	39,42	6,95	35,40 -43,43
Técnico	CF	35,93	5,60	30,74 -41,11
	CM	40,07	10,41	30,44 -49,70
Superior	CF	39,22	10,60	31,07-47,36
	CM	45,22	10,90	36,84 -53,60
<b>Ocupación</b>				
Artesano	CF	38,51	7,11	35,08 -41,94
	CM	39,60	5,78	36,81 -42,39
Técnico	CF	38,12	7,11	33,82 -42,42
	CM	40,86	9,63	35,04 -46,69
Profesional	CF	40,16	9,40	33,43 -46,89
	CM	45,22	10,78	37,50 -52,93

Fuente: elaborado por las autoras

\*CF=Componente Físico. \*CM=Componente Mental.

Las características socio demográficas reportaron, las edades mayores de 65 años tuvieron menor media de calidad de vida en el componente físico con 36,55 y las edades entre 51-65 el componente mental 39,73. El sexo masculino tuvo menor CV en el componente físico 38,72 y el sexo femenino en el componente mental con 39,42. La formación técnica en el componente físico tuvo 35,93 y la formación secundaria en el componente mental 39,42. Y la ocupación técnica tuvo menor CV en el componente físico con 38,12 y el artesano en el componente mental con 39,60 (Tabla 4).

**Tabla N° 5.** Media de la Calidad de Vida según tiempo de evolución y lado afectado en pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.

<b>Variable</b>	<b>CV</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Standar</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>
<b>Tiempo de evolución</b>				
Agudo	CF	40.01	7,59	24,39 - 52,81
	CM	42.36	10,82	21,55 – 66,42
Crónico	CF	37.45	7,47	27,22 – 55,11
	CM	40.20	4,93	32,40 – 49,97
<b>Lado afectado</b>				
Izquierda	CF	37.41	7,36	24,39 – 54,52
	CM	42.23	6,53	28,82 – 57,38
Derecha	CF	41.28	7,49	28,74 – 55,11
	CM	39.71	11,34	21,55 – 66,42

Fuente: elaboración propia

De acuerdo a la fase de evolución la media de la CV obtuvo puntajes menores en la fase crónica en el componente físico con 37,45 y en el componente mental con 40,20. De acuerdo al lado afectado, la izquierda, la menor media de la CV del componente físico fue 37,41 y en el componente mental la hemiplejía derecha fue 39,71 (Tabla 5).

## 4.2 Discusión de resultados:

Participaron en el estudio 42 pacientes con ACV todos pertenecientes al Sistema Integral de Salud (SIS) y de los cuales el 83,33% correspondieron a los del tipo isquémico y el 16,67% a los del tipo hemorrágico, y fueron evaluados en su calidad de vida con el instrumento SF-36 v2. Comparado con el estudio de Souza (2013), el porcentaje de isquémicos se mantuvo similar (83,5%). El sexo que predominó fue el masculino, este coincide con la mayoría de los estudios no experimentales y experimentales de calidad de vida en pacientes con ACV (Bustos, Perez, Finkelberg, Clark, & et.al, 2016;8(3)) (Retamal, Arredondo, Dominguez, & Mac Donald, 2015;5(2)) (Souza, Silva, & Diccini, 2013;26(2)). Sin embargo, Govantes (2014), presentó una población cubana la mayoría pertenece al género femenino. En el mundo las sociedades emergentes, los hombres están más expuestos al stress y a los malos hábitos de vida por lo tanto son susceptibles a presentar mayor riesgo de enfermedades vasculares cerebrales. La edad promedio de los participantes fue de 61.8 años y el rango de edad de mayor porcentaje estuvo entre las edades 51- 65 años, coincidiendo con la mayoría de los estudios reportados en todo el mundo, (Bustos, Perez, Finkelberg, Clark, & et.al, 2016;8(3)) (Retamal, Arredondo, Dominguez, & Mac Donald, 2015;5(2)) (Govantes & Bravo, 2014;6(2)). El grado de instrucción, la mayoría pertenece al nivel secundario, resultado que coincide con Coronado (2009) (16). La ocupación que tuvo mayor frecuencia fueron los artesanos, Coronado (2009) reportó diferente (Coronado, Diaz, Apolaya, Manrique, & et.al, 2009).



De acuerdo al lado afectado el izquierdo superó al de la derecha. Bolaños (2017) reportó un resultado diferente, donde el lado afectado derecho predominó. Esta frecuencia del lado izquierdo se puede deber a dos factores: predominancia de la arteria cerebral media, y por la implicancia y estructura somato sensorial en el hemisferio derecho (Bolaños, Bravo, Fernandez, Pedroso, Rodriguez, & et.al., 2017;9 (2)). Los pacientes evaluados de acuerdo a la evolución más del 50% lo representó el estado agudo, en contra parten con el estudio de Souza (2013) donde la mayoría era crónica (Souza, Silva, & Diccini, 2013;26(2)).

### **Calidad de vida**

La calidad de vida encontrada según el puntaje de la media obtenida fue por debajo de 50 puntos, donde el componente físico fue de 38.78 y el componente mental con 41.33; estos resultados coinciden con Anicama (2012) (14) con una media en el componente físico 33,08 y componente mental con 35.10. sin embargo, difiere de Retamas (2015) (14) quien encontró una mayor calidad de vida de los pacientes con respecto a su estadio general de salud actual en comparación al año anterior. Según los resultados de las dimensiones el rol físico y el rol emocional obtuvieron menor puntaje (31.76 – 31.22), con respecto a la salud general y vitalidad se obtuvo mayor puntaje (44.82 – 48.16) cercanos a la media, coincidiendo con Anicama en las dimensiones del rol físico con 32.26 y vitalidad con 45.33 y salud general con 46.70 ambos cercanos a la media; estos resultados podrían ser porque el paciente percibe un sentimiento de angustia y depresión post ictus, pero difiere de Balaños (2017) (9) que se encontraron puntajes mayores que la media; los cuales pueden estar en relación que los

pacientes tuvieron un inicio y final de un tratamiento rehabilitador en un periodo de 30 días con respecto a la percepción de su calidad de vida.

Según las dimensiones, el rol físico y el rol emocional obtuvieron menor puntaje y la salud general y vitalidad obtuvieron mayor puntaje cercano a la media. Resultados que coinciden con Anicama (Anicama, Vasquez, & Pineda, 2012;2(2)), pero no con Bolaños (Bolaños, Bravo, Fernandez, Pedroso, Rodriguez, & et.al., 2017;9 (2)), quienes encontraron puntajes mayores.

Calidad de vida según tipo de Accidente cerebro vascular

El tipo de ACV Isquémico la calidad de vida del componente físico fue menor con 38.83 y el tipo de ACV hemorrágico componente físico con 38.58 y Componente mental 36.38 ambos obtuvieron menor puntaje, resultado que difiere de Anicama (14) con una media mayor de 45.59 puntos para el ACV de tipo Isquémico y el de tipo hemorrágico el promedio fue de 46.89; sin embargo, fue menor de 50 puntos por debajo de la media. En referencia a nuestro estudio el puntaje de calidad de vida de ambos componentes fue menor debido a que el hospital de rehabilitación, lugar donde se realizó el estudio se ubica en Lima, y reciben pacientes derivados de todo el país, factor que aumenta la posibilidad de tener pacientes con mayor complejidad y severidad.

Calidad de vida según grado de funcionalidad. Los pacientes con grado de funcionalidad severo presentaron una menor calidad de vida en el componente físico con 34.71 y el componente mental con 38.96; no se encontraron estudios con respecto a esta variable para poder discutir debido

a que otros estudios no lo clasifican como leve, moderado, severo. Estos resultados pueden deberse a que las enfermedades cerebro vasculares pueden afectar el área cognitiva, de raciocinio conllevando a un deterioro funcional y social del paciente.

La calidad de vida según características sociodemográficas. La media de la calidad de vida en el componente físico fue menor en las edades mayores de 65 años con 36.55 y en el sexo masculino, resultado que coincide con Marco (2006) (Marco, Duarte, & Santos, 2006); y entre las edades de 51 a 65 años con una media en el componente físico de 37.6 y componente mental con 39.73 resultado que difiere con Marco (Marco, Duarte, & Santos, 2006) que fue de 45,4, coincidiendo con otros estudios respecto al predominio en el sexo masculino; estos resultados podrían debían deberse a estilos de vida inadecuados, sedentarismo, como también, a las características propias del envejecimiento, por otro lado, con respecto al grado instrucción técnica la CV fue menor en el componente físico con 35.93 y en el componente mental la obtuvo la instrucción secundaria con 39.42; no se encontraron estudios en la actualidad para discutir resultados. De acuerdo a la ocupación en el artesano la CV fue menor en el componente mental con 39,60 asimismo la CV en la labor técnica fue menor en el componente físico con 38.12, tampoco se encontraron estudios para discusión.

En el lado derecho podría deberse que a mayor tiempo de evolución de la discapacidad neurológica, mayor impacto en el cambio de la calidad del paciente.

Con respecto a la fase de evolución la CV en el componente físico fue 37.45 y mental 40.20, los cuales fueron menores en la etapa crónica esto podría

deberse que a mayor tiempo de evolución de la discapacidad neurológica mayor impacto en el cambio de la calidad de vida. Según el lado afectado, el izquierdo tuvo una menor CV en el componente físico con 37.41, y componente mental con 39.71

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones:

1.- La calidad de vida en el componente físico y mental fue baja en los pacientes con accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, siendo las dimensiones de menor puntaje el rol físico y emocional.

2.- Según el tipo de accidente cerebro vascular, el isquémico tuvo menor calidad de vida en el componente físico y el tipo hemorrágico tuvo menor calidad de vida en el componente físico y mental.

3.- Según el grado de funcionalidad, el severo presentó menor calidad de vida en los componentes físico y mental.

4.- De acuerdo a las características sociodemográficas referente a la edad, la calidad de vida en el componente físico, los pacientes mayores de 65 años obtuvieron un puntaje menor y en el componente mental las edades entre 51-65 años obtuvieron un puntaje menor. Con respecto al sexo, la calidad de vida en el componente físico fue menor en el masculino y el femenino en el componente mental. Según el grado de instrucción, la calidad de vida en el componente físico el grado de técnico tuvo menor puntaje y en el componente mental el grado de secundaria. Referente a la ocupación, la calidad de vida en el componente físico la labor técnica tuvo menor puntaje y en el componente mental la labor de artesano presentó menor puntaje.

## **5.2 Recomendaciones:**

1.- El servicio de rehabilitación debería dar mayor énfasis al aspecto mental, debido a ello podría mejorar la salud emocional y a partir del aspecto de la funcionalidad.

2.- Plantear las estrategias de intervención del programa de rehabilitación específicas para el hemorrágico en el aspecto físico y mental.

3.- Los pacientes con grado de funcionabilidad severo necesitarían un programa de intervención de rehabilitación basadas en pautas de continuidad para la casa durante el día, supervisado por el familiar para disminuir el compromiso de la funcionabilidad.

4.- Ampliar los programas de rehabilitación a través de la terapia socio recreativas en los pacientes con diferentes características sociodemográficas para integrar lo físico y mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo J, Avarez J, Marti JL. Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales. 3281195th ed. Prous EJR, editor. Barcelona -España; 1995
2. Cano de la cuerda R, R. C. Neurorehabilitacion Metodos especificos de valoracion y tratamiento. PRIMERA EDICION ed. ESPAÑA: Medica Panamericana S.A.; 2012.
3. Davalos L, Malaga G. El accidente cerebro vascular en el Peru:una enfermedad prevalente y olvidada y desatendida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2014.
4. Moyano A. El accidente cerebro vascular desde la mirada del rehabilitador. Servicio Medicina Fisica y Rehabilitacion,HCUCCh. 2010;; p. 348-55.
5. Castillo J, Jimenez I. Reeduación Funcional tras un ICTUS. PRIMERA ed. Barcelona-España: ELSEVIER; 2015.
6. Malaga G, De la cruz-Saldaña T, Busta-Flores P, et.al.. La enfermedad cerebro vascular en el Perú:estado actual y perspectivas de investigacion clinica. Acta Medica Peruana. 2018;35(1);: p. 51-4.
7. Castañeda A, Beltran J, Casma R, et.al.. Revista Peruana Experimental Y Salud Publica. 2011 Octubre/diciembre; 28(4).
8. Etadista Od.Indicadores Hospitalarios.INR. 2016.
9. Bolaños O, Bravo T, Fernandez D, Pedroso I, Rodriguez H, et.al.. Tratamiento neurorehabilitador y calidad de vida de pacientes con ictus isquémico. Revista Cubana de Medicina Fisica y Rehabilitacion. 2017;9 (2).
10. Bustos K, Perez M, Finkelberg A, Clark M, et.al. Factores relacionados con la calidad de vida en pacientes en neurorehabilitacion transdisciplinaria:estudio de corte transversal. Sociedad Neurologica Argentina. 2016;8(3);: p. 173-176.

11. Retamal H, Arredondo J, Dominguez E, Mac Donald H. Estudio de la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. *Psicogeriatría*. 2015;5(2);: p. 77-83.
12. Govantes Y, Bravo T. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico. Hospital "Julio Díaz González". *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2014;6(2);: p. 113-125.
13. Souza E, Silva A, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enfermeria*. 2013;26(2);: p. 202-12.
14. Anicama A, Vasquez K, Pineda A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. *Revista Médica Panasea*. 2012;2(2).
15. Silva A, Pirela C, Alvarez A, Londoño M, et.al.. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos Hospitales de la ciudad de Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2009; 25(Nº 1).
16. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, et.al. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*. 2009.
17. Bisbe M, Santoyo C, Segarra V. *Fisioterapia en Neurología procedimientos para restablecer la capacidad funcional*. Madrid-España: Editorial médica Panamericana S.A; 2012.
18. Verdugo M, Shalock R. *Discapacidad e inclusión España*; 2013.
19. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Revollo P, Permanyer G, et.al.. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Red de investigación corporativa para la investigación en resultados de Salud y Servicios Sanitarios*. 2005;19(2);: p. 135-50.



20. Rodriguez M, Merino M, Castro M. Valoracion Psicometrica de Is Componentes Fisico (CSF) y Mentales(CSM) del SF-36 en pacientes Insuficientes Renales Cronicos en tratamiento con Hemodialisis. Ciencia y Enfermeria XV. 2009 Abril;: p. 75-88.
21. Urzua M. Calidad de Vida: Una revision teorica del concepto. Sociedad Chilena de Psicologia Clinica. 2012.
22. Association AS. Let's Talk about Risk Factors for Stroke. 2012.
23. Salud OPdISOMdl. [Online]. Washington: Editorial Medica Panamericana; 2017 [cited 2019 Junio 26. Available from: [https://paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article](https://paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article).
24. Informatica INdEe. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. [Online].; 2016 [cited 2019 Junio 26. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador\\_Nacional\\_de\\_Ocupaciones\\_9\\_de\\_febrero.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador_Nacional_de_Ocupaciones_9_de_febrero.pdf).
25. Stokes M, Stack E. Fisioterapia en la Rehabilitacion Madrid: ELSEVIER; 2006.
26. Clasificador Internacional de Deficiencias , Discapacidades y Minusvalia de la OMS. Primera Edicion-Perú ed.: Ministerio de Salud OPS/OMS CONAII; 1990.
27. Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF-OMS Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,Secretaria General de Asuntos Sociales,Instituto de Migraciones(IMERSO).; 2001.
28. F C. Metodologia de lam investigación Manual para el desarrollo de personal de salud. 6th ed. Editores GN, editor. Mexico: Limusa S.A; 2017.
29. Sampieri R, Fernandez C. Metodologia de la investigación Mexico: Mc Graw Hill Educadores; 2014.

30. Marco E, Duarte E, Santos JFe. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes Hemiplejicos a los 2 años postictus. Neurología. 2006.

# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Indicadores	Diseño metodológico
<p><b>Problema General</b></p> <p>Cuál es la calidad de Vida en pacientes con Accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la calidad de vida en pacientes con Accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>	No cumple	Calidad de vida	<p>Función física</p> <p>Rol físico</p> <p>Dolor corporal</p> <p>Salud general</p> <p>Vitalidad</p> <p>Función social</p> <p>Rol emocional</p> <p>Salud mental</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>No experimental</p> <p>Método de investigación cuantitativo</p> <p>Diseño Descriptivo, transversal</p>
<p><b>Problema Especifico</b></p> <p>Cuál es la calidad de vida según tipo de accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>	<p><b>Objetivo Especifico</b></p> <p>Identificar la calidad de vida según tipo de accidente cerebro vascular que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>			Tipo de ACV	
<p>Cuál es la calidad de vida en pacientes con Accidente cerebro vascular según grado de funcionabilidad que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>	<p>Conocer la calidad de vida en pacientes con Accidente cerebro vascular según grado de funcionabilidad que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>		Características sociodemográficas	<p>Edad</p> <p>31 – 40</p> <p>41 – 50</p> <p>51 – 65</p> <p>Mayores 65 años</p> <p>Sexo</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Técnico</p> <p>Superior</p> <p>Ocupación</p> <p>Artesano</p> <p>Técnico profesional</p>	
<p>Cuál es la calidad de vida en pacientes con Accidente cerebro vascular según características sociodemográficas que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, de octubre a diciembre 2018.</p>	<p>Identificar la calidad de vida en pacientes con Accidente cerebro vascular según características sociodemográficas que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima de octubre a diciembre 2018.</p>				

ANEXO 2:

NON – COMMERCIAL LICENSE A AGREEMENT



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT  
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM041907

Licensee Name: Elva Correa, c/o University of Norbert Wiener

Licensee Address: PE

Approved Purpose: Perceived quality of life in patients with Vascular Brain Accident receiving Physical Therapy at a Rehabilitation Institute in a period from September 2017 - March 2018

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded  
Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 1301 Atwood Ave, Suite 311N, Johnston, RI 02919 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Elva Correa

Signature: \_\_\_\_\_

Signature:

Name: \_\_\_\_\_

Name: Elva Violeta Correa Ganteros

Title: \_\_\_\_\_

Title: Lic. Terapia Fisica y Rehabilitación

Date: \_\_\_\_\_

Date: 21 de Agosto 2017.

## ANEXO 3 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA SF36v2

### SU SALUD Y BIENESTAR

#### SALUD GENERAL

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

- 1.- Excelente ()
- 2.- Muy buena ()
- 3.- Buena ()
- 4.-Regular ()
- 5.- Mala ()

**2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?**

- 1.- Mucho mejor ahora que hace un año ()
- 2.- Algo mejor ahora que hace un año ()
- 3.- Más o menos igual ahora que hace un año ()
- 4.-Algo peor ahora que hace un año ()
- 5.- Mucho peor ahora que hace un año ()

#### FUNCION FISICA

**3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podrá hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así ¿Cuánto?**

	Si Me limita mucho	Si Me limita Un poco	No me Limita para nada
1.- Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	()	()	()
2.-Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta	()	()	()
3.-Levantar o llevar las bolsas de las compras	()	()	()
4.-Subir varios pisos por la escalera	()	()	()
5.- Subir un piso por escalera	()	()	()
6.-Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	()	()	()
7.-Caminar más de un kilometro	()	()	()

- |                                     |     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|
| 8.-Caminar varios cientos de metros | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9.-Caminar cien metros              | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10.-Bañarse o vestirse              | ( ) | ( ) | ( ) |

### ROL FÍSICO

4. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo ha tenido ustedes alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1.- ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	( )	( )	( )	( )	( )
2.- ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	( )	( )	( )	( )	( )
3.- ¿se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?	( )	( )	( )	( )	( )
4.- ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades ¿por ejemplo ¿Le ha costado más esfuerzo?	( )	( )	( )	( )	( )

### ROL EMOCIONAL

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedica al trabajo u otras actividades	( )	( )	( )	( )	( )
2. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	( )	( )	( )	( )	( )
3.- ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	( )	( )	( )	( )	( )

### FUNCION SOCIAL:

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

- |                      |     |
|----------------------|-----|
| 1.- Nada en absoluto | ( ) |
| 2.- Ligeramente      | ( ) |
| 3.- Moderada mente   | ( ) |

- 4.-Bastante
- 5.-Extremada mente

**DOLOR CORPORAL (1)**

**7. ¿Cuánto dolor físico he tenido usted durante las últimas 4 semanas?**

- 1.- Ninguna
- 2.- Muy poco
- 3.- Poco
- 4.- Moderado
- 5.-Mucho
- 6.- Muchísimo

**DOLOR CORPORAL (2)**

**8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?**

- 1.- Nada en absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Moderada mente
- 4.- Bastante
- 5.- Extremada mente

**9. Las siguientes preguntas se refieren a como se siente usted y a como le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxima a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas?**

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca
<b>VITALIDAD</b>					
1.- ¿Se ha sentido lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SALUD MENTAL</b>					
2.- ¿Ha estado muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SALUD MENTAL</b>					



3.- ¿Se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**SALUD MENTAL**

4.- ¿Ha sentido tranquilo y sereno? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**VITALIDAD**

5.- ¿Se ha tenido mucha energía? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**SALUD MENTAL**

6.- ¿Se ha sentido desanimado y deprimido? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**VITALIDAD**

7.- ¿Se ha sentido agotado? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**SALUD MENTAL**

8.- ¿Se ha sentido feliz? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**VITALIDAD**

9.- ¿Se ha sentido cansado? ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**FUNCION SOCIAL**

**10. Durante las últimas 4 semanas; ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

- 1.- Siempre ( )
- 2.- Casi siempre ( )
- 3.- Algunas veces ( )
- 4.- Casi nunca ( )
- 5.- Nunca ( )

**11. ¿Cuán CIERTO o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?**

	<b>Totalmente cierto</b>	<b>Bastant e cierto</b>	<b>No se</b>	<b>Bastant e falsa</b>	<b>Totalme nte falsa</b>
1.- Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	( )	( )	( )	( )	( )
2.-Estoy tan sano como cualquiera	( )	( )	( )	( )	( )
3.-Creo que mi salud va a empeorar	( )	( )	( )	( )	( )
4.- Mi salud es excelente	( )	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 4 Ficha de recolección de datos

**CÓDIGO DEL PACIENTE ( )**

**TÉCNICA:** Encuesta

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer su calidad de vida después de haber tenido un evento de accidente cerebro vascular.

Por favor se sugiere contestar las siguientes preguntas, tomándose el tiempo necesario de 15 minutos a 20 minutos para responder y marcar con un aspa (x) la respuesta que más se asemeje a usted.

### 1. Características Socio demográficas:

GENERO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION
Masculino ( )	30 -40 ( )	Primaria ( )	Artesano ( )
Femenino ( )	41 – 50 ( )	Secundaria ( )	Tecnico ( )
	51 – 65 ( )	Tecnico ( )	Professional ( )
	Mayor de 65 ( )	Superior ( )	

TIPO ACV	TIEMPO DE EVOLUCION	GRADO DE FUNCIONALIDAD	LADO DE LESIÓN
Isquemico ( )	1 a 12 meses ( )	Leve ( )	Izquierda ( )
Hemorragico ( )	Mas 12 meses ( )	Moderado ( )	Derecho ( )
		Severo ( )	

**ANEXO 5 Validación de instrumentos**

<b>Autor</b>	<b>Lugar y Año</b>	<b>Publicación</b>	<b>Nombre del instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Validez del instrumento</b>	<b>Metodología de la confiabilidad</b>	<b>Metodología de la validez</b>
<b>Elizabeth Romero Massa</b>	2010	Confiabilidad del cuestionario de salud SF36 en pacientes post infarto agudo de miocardio, procedente de Cartagena de las indias, Colombia	SF 36	Mayor 0,74 Igual a 0,93	Si es válido por constructo	Consistencia interna, reproducibilidad, comparada en grupos.	Estudio metodológico Consistencia interna
<b>Luz Elena Luyo, Hector Ivan Garcia, Carlos Gomez R.</b>	2006	Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF36 Medellín Colombia	SF36	Mayor de 0,70 Inter observado r 0,80, tes-retes: 0,70	Si es valido Por constructo	Tes-retest Correlación, Inter clase.	Consistencia interna
<b>Magaly Rodriguez Vidal, Manuel Merino Escobar, Manuel Castro Salas</b>	2009	Valoración psicométrica de los componentes Físicos mentales del SF36 en pacientes insuficientes Renales Crónicos en tratamiento con hemodiálisis	SF 36	Confiabilidad 0,86	Si es valido Por constructo	Consistencia interna	Consistencia interna
<b>M, AGarcia Ordóñez, j, Manacilla Francisco, E, Nieto Aragon, M, R, Cereto, f, Salas Samper, M Vallejos Diaz, JMartinez Gonzales</b>	2001	Calidad de vida pacientes infectados por VIH, medida por Cuestionario de salud SF36	SF36	0,75-0,91	Si es valido Por constructo	Criterios clínicos Consistencia interna	Consistencia interna
<b>M, j Espinoza de los Monteros, JAIonso, J Anchorena</b>	2002	Calidad de vida es asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria	SF36	Por encima de 0,77 y 0,88	Satisfactoria Por constructo	Análisis de consistencia interna	Estudio de Asociación con determinantes de variables

Haciendo una comparación de los resultados de los autores de los estudios realizados en relación la confiabilidad del SF 36 y su Validación concluimos que los márgenes del Alfa de Cronbach en todos los ítems tienen un margen similar en los resultados que es más del 0.75 %

## ANEXO 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sra. /Sr.

Invitamos a Ud. participar de este estudio titulado “calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que reciben atención de rehabilitación en un hospital de lima-2018” con la finalidad de conocer cómo percibe su calidad de vida después haber tenido un evento de accidente cerebro vascular. El estudio a realizar no le perjudicará a usted ni a su familia.

Para poder participar del estudio, Ud. tendrá que responder una encuesta a través de una entrevista que durará un promedio de 15 a 20 minutos, y será de carácter anónimo, los datos que usted nos ofrezca solo serán usados por las investigadoras y en lugar de su nombre se usará un código para procesar la información. Si tuviera alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse con nosotras a los siguientes teléfonos: Lic. Elva Violeta Correa Quinteros 993369671 - Lic. Galia Esther Valverde Vivar 984169849.

Por lo tanto, yo..... En forma consciente, libre y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones del profesional de salud responsable de realizar dicha encuesta, sin haber sido objeto de coacción, ni manipulación por parte de las licenciadas.

Manifiesto que SI..... NO..... OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice las diferentes preguntas sobre Calidad de Vida.

FIRMA..... Huella digital

Lima.....de.....2018

Investigadoras

Lic. Elva V. Correa Quinteros  
CTMP 2443

Lic. Galia E. Valverde Vivar  
CTMP 3778

## ANEXO 7: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo	Escala de medición	Indicador	Escala de valor
Calidad de vida	Percepción de los estados positivos y negativos de la salud en el momento actual	Componente físico	Cuantitativo	Razón	10 ítems relacionado a la limitación de las actividades física	Cada indicador tiene un valor entre 0–100  a. De 0-50 = mala calidad de vida b. De 50–100 =buena calidad de vida
					4 ítems relacionado al rol físico y como interviene en el trabajo y otras actividades	
					2 ítems relacionado al dolor corporal intensidad y efecto	
					5 ítems relacionado a la valoración de la salud general, actual y futura	
		Componente mental	Cuantitativo	Razón	4 ítems relacionado a la percepción de energía y vitalidad	
					2 ítems relacionado a la interferencia en su vida social	
					3 ítems relacionado a problemas emocionales que interfieren en su entorno	
					5 ítems relacionado a salud mental control de conducta, depresión y ansiedad	
Tipo de ACV	Factores que origina el ACV		Cualitativo	Nominal	Isquémico Hemorrágico	1 2
Grado de Funcionalidad	Capacidad para realizar Actividades de la vida diaria de forma independiente		Cualitativo	Ordinal	Leve Moderado Severo	1 2 3
Características sociodemográficas	Rasgos que caracterizan a la persona según factores sociales	Edad	Cualitativo	Nominal	30-40 años 41-50 años 51-65 años Mayores de 65 años	1 2 3 4
		Sexo	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino	1 2
		Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Superior	1 2 3 4
		Ocupación	Cualitativo	Nominal	Artesano Técnico Profesional	1 2 3