

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO CON ACCIDENTE
CEREBRO VASCULAR QUE ACUDE AL HOSPITAL
REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO CON ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL
DE MOQUEGUA, AÑO 2017**

TESIS

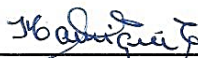
Presentada por:

LIC. SARA ELIZABETH PACHECO RIOS

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



**Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTA**



**Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
MIEMBRO**



**Lic. Esp. Elide E. Tipacti Sotomayor
MIEMBRO**



**Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
ASESORA**

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de investigación:

A la Dios por guiarme e iluminar
mi camino cada día.

A mis padres Jesusa y Francisco por
su apoyo incondicional por su apoyo
incondicional, y a mi querida hermana
Maximiliana por sus consejos.

Sara

AGRADECIMIENTO

A Dios, por regalar la vida y guiar mi camino, por su compañía durante la carrera, incentivar mi fe, paciencia y fortaleza para seguir adelante.

A mi querida familia, por su gran apoyo y confianza depositada en mí.

A mi asesora de tesis, Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, por su apoyo incondicional.

A la Universidad Jorge Basadre Grohmann, de la cual me siento orgullosa de pertenecer.

Sara

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. OBJETIVOS	10
1.3. JUSTIFICACIÓN	11
1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	14
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	23
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	60

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	61
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	66
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	67
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	69
4.1. RESULTADOS	69
4.2. DISCUSIÓN	82
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017	70
TABLA N° 02 CALIDAD DE VIDA ACTUAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017	74
TABLA N° 03 CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD FÍSICA EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017	76
TABLA N° 04 CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017	72
GRÁFICO N° 02 CALIDAD DE VIDA ACTUAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017	75
GRÁFICO N° 03 CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD FÍSICA EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017	78
GRÁFICO N° 04 CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017	81

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida actual en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017. **Metodología:** Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 45 pacientes a quienes se les realizó una encuesta con el cuestionario SF 36. **Conclusión:** Se concluye que, la investigación estuvo constituido por adulto mayores en un 82,2% y adultos 17,8%, en su mayoría es de sexo femenino (53,3%), conviviente (53,3%), de nivel de estudios secundarios (62,2%) y que realizan una labor independiente (40,0%). Sobre la calidad de vida, 42,2% refirió ser buena. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Física, el 35% es buena, el 45,5% regular y el 19,5% mala. Siendo los componentes con mejor pronóstico: Función Física (48,9%) y Dolor Corporal (40%); con mayor riesgo fueron: Rol Físico (57,8%) y Salud General (48,9%), cuyos porcentajes indica de regular a mala calidad de vida. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Mental, el 22,3% es buena, 47,7% regular y el 30% mala calidad. Siendo el componente más afectado: Rol Emocional (51,1%) y con menor compromiso fueron: Vitalidad (42,2%), Función Social (57,8%) y Salud Mental (57,8%) que indican regular calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, enfermedad cerebro vascular

ABSTRACT

Objective: To describe the current quality of life in the adult with vascular brain accident that goes to the Regional Hospital of Moquegua, during the year 2017. **Methodology:** Non-experimental, descriptive, prospective, cross-sectional study. Population consisted of 45 patients who underwent a survey with the SF 36 questionnaire. **Results:** The characteristics of the patients who suffered a Cardio Vascular Disease constituted by elder adults with 82,2% y adults 17,8%, event are mostly female (53,3%), cohabiting (53,3%), secondary school level (62,2%) and independent work (40,0%). About quality of life, 42,2% reported being good. According to the quality of life in the Physical Health Dimension, 35% is good, 45,5% regular and 19,5% poor. Being the components with better prognosis: Physical Function (48,9%) and Corporal Pain (40%); with greater risk were: Physical Role (57,8%) and General Health (48,9%), whose percentages indicate to regulate poor quality of life. According to the quality of life in the Mental Health Dimension, 22,3% is good, 47,7% regular and 30% poor quality. Being the most affected component: Emotional Role (51,1%) and with less commitment were: Vitality (42,2%), Social Function (57,8%) and Mental Health (57,8%) that indicate regular quality of lifetime.

Key words: Quality of life, cerebrovascular disease

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. (1)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como “el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.” (2)

Los accidentes cerebrovasculares son la tercera causa de muerte y la primera en invalidez, quedando secuelas para toda la vida. Existe un consenso general donde los efectos del tratamiento deben medirse en términos de calidad, tanto como de cantidad de supervivencia. Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa “nueva” vida. Sin la evaluación de la CVRS, un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un pobre funcionamiento psicosocial o de adaptación a la enfermedad. (3)

En el año 2016, la Gerencia de Salud Moquegua, muestra que la edad promedio de muerte es de 67 años, el accidente vascular encefálico agudo, se sitúa como la décima causa de hospitalización en el servicio de medicina, y es novena causa de ingreso a la Unidad de Cuidados intensivos.

Por esta situación se ha visto la necesidad de realizar la presente investigación titulada “Calidad de vida en el adulto con Accidente Cerebrovascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017”.

Esta investigación consta de cuatro capítulos, el primer capítulo Planteamiento del estudio hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo capítulo Marco Teórico contiene los antecedentes de investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos. El tercer capítulo Metodología de la Investigación contiene el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. En el cuarto capítulo se detalla los resultados y la discusión, culminando con las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades cerebrovasculares son un problema de salud mundial, constituyen la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. El envejecimiento de la población mundial está planteando nuevos retos a la medicina moderna, las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, siendo la principal causa de defunción en todo el mundo. El diagnóstico precoz de la enfermedad Accidente cerebrovascular y de los cuidados de enfermería serán determinantes para la recuperación de la salud. (1)

En el 2016, de los 56,4 millones de defunciones registradas a nivel mundial, 15,2 millones fueron consecuencia de las principales causas de mortalidad en el mundo: la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, las cuales han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. (4)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2005, 15 millones de personas sufrieron un ictus cada año; entre ellas, 5,5 millones murieron y otros 5 millones quedaron con alguna discapacidad permanente. Cada año, en todo el mundo, más de 83,000 personas de 20 años o incluso menores padecen un accidente cerebrovascular, además, se prevé que el importe global de la discapacidad y la enfermedad y la muerte prematura causada por un accidente cerebrovascular se duplique en todo el mundo para el 2030. (5)

El accidente cerebrovascular representa del 10 a 12% de la mortalidad en países industrializados, siendo la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez, el 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años. Esta patología afecta anualmente a más de 80 000 argentinos, aproximadamente un tercio de esas personas mueren a causa de este problema y otros miles quedan con secuelas durante toda su vida. (6)

Según la Division for Heart Disease and Stroke Prevention (EE. UU) durante los años 2014-2016, los accidentes cerebrovasculares fueron la causa principal de muerte en los Estados Unidos y causaron la muerte de casi 140,000 estadounidenses por año, lo que equivale

a 1 de cada 20 muertes. Cada 40 segundos, una persona en los Estados Unidos sufre un accidente cerebrovascular y cada cuatro minutos, una persona muere por un accidente cerebrovascular. Todos los años, alrededor de 795,000 personas en los Estados Unidos sufren un accidente cerebrovascular. De estos, alrededor de 610,000 son el primer accidente cerebrovascular de una persona y 185,000 son recurrentes. (7)

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en México en el año 2015, el inicio temprano de la diabetes fue más frecuente que en ningún otro país, el 23,8% personas de 40 a 59 años de edad y el 5,9% personas de 20 a 39 años de edad, este inicio temprano de la diabetes tiene importantes implicaciones en la salud de un paciente, así como para su condición social y económica. Los jóvenes sobrevivientes de eventos enfermedades cardiovasculares como accidentes cerebrovasculares pueden afrontar un serio deterioro en su calidad de vida, lo cual genera mayores necesidades de atención médica y social durante mayores periodos de tiempo, además de una menor capacidad laboral. (8)

En Colombia, según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014, la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes para ACV y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres. Las ACV fueron la causa de muerte de 60 000 personas, por lo que uno de cada tres fallecimientos en el país tuvo ese origen durante ese año. (9)

En un estudio sobre evaluación del riesgo cardiovascular se identificaron que, al aumentar la edad en el adulto y adulto mayor, se incrementa el riesgo cardiovascular en grupos de 55 a 60 años de edad el riesgo es del 10%, de 60 a 70 es 52% y de 70 en adelante es 38% y, el 51,8% de la población pertenece a la predicción del riesgo cardiovascular de presentar un episodio de accidente cerebrovascular o cardiovascular mortal en un periodo a 10 años. (10)

La prevalencia en Venezuela en el 2014 fue calculada a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (0,05%); respecto a la tasa de mortalidad, ésta se calculó a partir de los registros de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), disminuyó de 21,3 por 100 000 hab. (4 031 muertes) en 2010 a 18,8 por 100 000 hab., (3 921 muertes) en 2014 por ACV hemorrágico. La reducción absoluta del riesgo entre

2010 y 2014 se registró en 2,5 muertes por cada 100 000 hab. La tasa de mortalidad por ACV hemorrágico de 18,65 por 100 000 habitantes y de accidente cerebro vascular isquémico es de 18,10 por 100 000 habitantes (11). En el año 2012, cada media hora muere un venezolano a causa de una enfermedad cardiovascular, lo que equivale a 18 752 vidas pérdidas ese año, considerando las edades más riesgosas entre los 25 y los 64 años de edad. (12)

Estas intervenciones sanitarias no solo deben estar encaminadas a cuantificar el tiempo de supervivencia del individuo, sino que también en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual se define como la percepción del paciente de su calidad de vida, frente a la enfermedad y la aplicación de tratamientos, que se modifica por la incapacidad, estado funcional y que por último determina su bienestar físico, emocional y social. (13)

En el Perú en el año 2014, según el Ministerio de Salud, la enfermedad cerebrovascular constituye la séptima causa de muerte. (14). Entre los problemas relacionados con el manejo inicial del ACV tenemos la ausencia de un adecuado y oportuno diagnóstico.

Ferri et al., en el año 2014, reportaron que entre 17 a 25% de ACV en mayores de 65 años, procedentes de zonas urbanas y rurales respectivamente del Perú, no son diagnosticados. Esta información es alarmante considerando la severa afectación sobre la calidad de vida de los pacientes con ACV y el inmenso impacto económico que se genera en el sistema de salud y en las familias, no solo porque el paciente con discapacidad moderada a severa se convierte en económicamente inactivo, sino que, además alrededor del 40% necesitará de un cuidador perenne, los cuales, en muchas ocasiones, son familiares quienes deben dejar de trabajar para cumplir con esta labor. (15)

La Gerencia de Salud Moquegua en el año 2016, muestra que la edad promedio de la muerte es 67 años, quiere decir que las defunciones ocurren más en el Adulto Mayor, se aprecia una población que muestra una mortalidad de enfermedad cerebrovasculares de 0,1 por 1000 habitantes. (16) La mortalidad del grupo de 60 a 69 años es de 2,01 por 1000 habitantes. (17) En el hospital Regional de Moquegua, el accidente vascular encefálico agudo se sitúa como décima causa de hospitalización en el servicio de medicina y es la novena causa de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. (18)

El accidente cerebrovascular, ya sea en el ámbito mundial, internacional, nacional y regional tiene una problemática similar, se muestran altas cifras de morbi-mortalidad, altos porcentajes de pacientes que quedaron con secuelas producto de la enfermedad, lo cual pone en desmedro la calidad de vida de las personas, imposibilitando a tal grado de dejarlas incapaces de valerse por sí mismas después del evento del ACV, comprometiendo el ámbito familiar, social, económico.

Los pacientes que quedaron con secuelas representan para sus familias, ser personas parcial o totalmente dependientes, que tienen que comprometerse o que asuman el compromiso de que les presten cuidados y atención, demandando tiempo y costos para sus cuidados. Por ende, resulta vital que la calidad de vida de las personas sea buena, ya que permiten insertarse en el mundo laboral, familiar, social y ser totalmente independientes en el quehacer de sus vidas. (19)

Toda esta problemática evidenciada me ha permitido plantear el problema para la realización de la presente investigación, cuyo objetivo es investigar la calidad de vida de los pacientes que sufrieron accidente cerebrovascular en la región Moquegua.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir la calidad de vida actual en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas del adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.
- Identificar la calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua durante el año 2017.
- Evaluar la calidad de vida según la dimensión de salud física en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.

- Evaluar la calidad de vida según la dimensión de salud mental en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben, sobre todo, a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. Debido al envejecimiento de muchas poblaciones y al rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2020 sugieren que el ictus se mantendrá entre las tres primeras causas de muerte, y la incidencia del ictus se verá duplicada cada década a partir de los 55 años. (20)

De ahí deriva la importancia de la salud preventiva, las personas se ven influenciadas por múltiples factores, uno de ellos son los escasos conocimientos para reconocer los síntomas de la enfermedad, como son: la pérdida súbita de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara, confusión, dificultad para hablar o comprender, mareo, pérdida del equilibrio o de coordinación; ya que dependerá mucho y este es el punto de partida para la recuperación del evento.

Las dietas de alto contenido de carbohidratos, grasas tienen su aliado inseparable como es el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física son importantes factores de riesgo de enfermedades crónicas. La presente tesis hará que los pacientes y los miembros de su familia, se muestren sensibilizados por las consecuencias que puedan estar expuestos si sufrieran un accidente cerebrovascular, hay que tener en cuenta los factores de riesgo que pueden ser modificables, dependerá mucho de asumir una actitud positiva. (21)

Resulta que los hábitos dietéticos son un problema para la sociedad y peor aún para las personas, de ahí la relevancia que tienen a nivel de la sociedad el consumo de dietas equilibradas o dietas balanceadas en el contenido proteico calórico de tal manera que resulte saludable la ingesta de alimentos.

La relevancia social del trabajo de investigación, es porque va permitir al profesional de enfermería brindar cuidados de calidad, perfeccionar sus competencias respecto a la patología, evitando la existencia de discapacidad temporal o permanente, permitirá recuperarse y se podrá insertar a la sociedad y en su ámbito familiar, laboral favorablemente sin ninguna complicación posterior.

Es de relevancia metodológica, ya que el trabajo de investigación arribará a conclusiones, que permitirán conocer In situ, la situación de salud de los pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular, analizar la situación real de estos pacientes que padecen la enfermedad y tomar como base estos resultados de la investigación para formular planes o estrategias que conlleven a la recuperación de los mismos. Además, permitirá formular o realizar otros trabajos, tomando como punto de partida a la presente investigación.

Es de utilidad práctica, respecto al paciente, se velará porque su salud mejore, permitirá mejorar la calidad de vida, resultando de vital importancia los cuidados que se le brinden en el ámbito familiar, especialmente en el ámbito de la prevención, permitiendo al paciente también modificar sus hábitos, su alimentación, sus costumbres y otros que se involucren directamente con el accidente cerebrovascular.

La importancia de realizar este estudio en la Ciudad de Moquegua, en el Hospital Regional de Moquegua, es que nos dará a conocer la calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular, para que pueda enfrentar esta enfermedad, concientizarlo y ayudar a mejorar su calidad de vida

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El trabajo de investigación es descriptivo con una variable por lo que no se considera la hipótesis.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable:

Calidad de vida del adulto con accidente cerebro vascular.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA
Calidad de Vida	Son las particularidades del paciente con Accidente Cerebrovascular.	Características sociodemográficas	Edad	20 – 39 años 40 – 59 años	Intervalos
			Sexo	Masculino Femenino	Nominal
			Estado Civil	Soltero (a) Casado (a) Conviviente Viudo (a)	Nominal
			Grado de Instrucción	Iletrado Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Agricultor Trabajo Independiente Trabajo Dependiente	Nominal
	Valoración de la salud mental, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Salud Mental	Vitalidad	Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%	Nominal
			Función Social	Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%	
			Rol Emocional	Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%	
			Salud Mental	Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%	

	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Salud Física	Función Física	Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%	Nominal
Rol Físico			Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%		
Dolor Corporal			Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%		
Salud General			Buena: 61 – 100% Regular: 31 a 60% Mala: 0 -30%		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Villano S. (19), en su tesis “Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas”, Perú – 2016, Concluye que no se evidencia relación entre la Sobrecarga hallada y la Calidad de vida de vida que presentan en los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica. Demuestra que los cuidadores primarios suelen ser de sexo femenino, quienes tienen que realizar tareas de acompañamiento, alimentación, eliminación, higiene, vigilancia, movilidad, etc. a los pacientes con Accidente Cerebrovascular.

Díaz M. (22), en su investigación titulada “Niveles de Depresión y Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que posee implante de marcapasos en Ecuador”, Ecuador – 2015, Concluye que la calidad de vida disminuye por la presencia de niveles de depresión y se relaciona por factores como enfermedades físicas, relaciones sociales. Se comprobó la hipótesis de investigación que

menciona la existencia de niveles de depresión en los que disminuye la calidad de vida relacionada con la salud en áreas como la función física, el rol físico y el estado general de salud, demostrando la relación entre ambas variables.

Retamal H. et al (23), en su Estudio sobre la Calidad de Vida en Pacientes con Accidente Cerebrovascular Residentes en Centros de Larga Estancia, Chile – 2015, Nos muestra que las dimensiones más afectadas corresponden a la Función Física con una media de 38,42 puntos del componente de Salud Física y la dimensión de Rol Emocional con una media de 49,53 puntos del componente Salud Mental, ya que indican una calidad de vida “baja a muy baja” según los porcentajes obtenidos. Muy por el contrario, las dimensiones de Dolor Corporal, Salud Mental, Vitalidad, y Función Social resultaron tener una calidad de vida “alta a muy alta”. Concluyendo que los resultados obtenidos son relevantes porque contribuyen a mejorar el enfoque del tratamiento y, por consiguiente, mejorar la recuperación integral de la persona con Accidente Cerebrovascular.

Olano R. (24), en su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización - cirugía de un Hospital Estatal”, Perú – 2014, Nos dice que las diferencias significativas

encontradas por edades, se evidenció en la dimensión salud general, entre las edades 18-25 y 26-45, también en las dimensiones función física y dolor corporal entre las edades 26-45 y 46-65. Hay que destacar que la calidad de vida de los pacientes atendidos en consulta externa de medicina física y los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, se ha visto alterada y sus condiciones de vida también. Concluyendo que existe diferencia significativa en la dimensión rol físico por parte de los pacientes de hospitalización - cirugía con un puntaje de 58,95.

Sánchez A. et al (25), en su investigación Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico, Cuba – 2018, Dice que el sexo masculino entre las edades de 30 a 51 años predominó con un 84,6%. El 53,6% de ellos presentó afectación leve de la calidad de vida y solo el 4,9% clasificó como afectación grave. Concluyendo que hay mayor predominación de pacientes con afección leve de la calidad de vida y las esferas más afectadas fueron: las emociones y el funcionamiento socio familiar y la cognición. Los factores psicosociales representan un papel importante sobre la calidad de vida percibida por quienes padecieron un Accidente Cerebrovascular.

Gana J. et al (26), en su investigación titulada Estudio de Calidad de Vida en Pacientes con Accidente Cerebrovascular Isquémico, Chile – 2006, En sus resultados se obtuvo las dimensiones con mayor puntaje el Dolor Corporal con 83 puntos, Rol Físico y Salud General con 70 puntos en el componente de Salud Física; también en las dimensiones Rol Emocional con 79 puntos y Salud Mental con 74 puntos en el componente de Salud Mental. Por el contrario, con menor puntaje las dimensiones de Función Física con 68 puntos en el componente de Salud Física y la dimensión de Vitalidad con 66 puntos en el componente de Salud Mental. Concluyendo que las personas con Accidente Cerebrovascular después de los 3 años de alta presentaron disminución de su calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal, salud general y rol emocional.

Anicama A. et al (27), en su estudio titulado Calidad de Vida en pacientes con Accidente Cerebrovascular que acudieron a Consultorio Externo de Neurología del Hospital Regional de Ica, Perú – 2012, nos dice que el 52% eran de sexo masculino, con una media de edad de 72,66 años, se encontró un mayor compromiso del rol emocional (38,99 puntos) y el rol físico (32,26 puntos), mientras una mejor percepción en la dimensión del dolor corporal (53,49 puntos) y función social (55,37 puntos). Concluyendo que el rol físico fue la

dimensión más afectada en ambos sexos, contrariamente las dimensiones Dolor Corporal y Función Social mostraron mejores condiciones.

Soto C. (28), en su investigación titulada Percepción de la calidad de vida en pacientes que han sufrido Ictus, España – 2012, concluyó que los pacientes evaluados mostraron diferentes dimensiones afectadas, entre ellas tenemos movilidad, actividades de la vida diaria, habla y comunicación, memoria y concentración; y con una menor importancia según las personas con Accidente Cerebrovascular las dimensiones de sentimientos, relaciones interpersonales y dolor.

Silva A. et al (29), en su investigación titulada Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla, Colombia – 2009, concluyeron que las dimensiones de Función Física, Rol físico y Salud mental se encontraban muy afectadas con un puntaje de 24,2; las dimensiones referidas al Dolor Corporal y Función social no se encontraban afectadas con puntajes de 69,5; y las dimensiones que muestran balance son Salud General y Rol Emocional con puntajes de 53,6. Concluyendo que la mayoría de estas personas afectadas por un

Accidente Cerebrovascular que cuentan con el apoyo familiar muestran mejores condiciones de calidad de vida.

Díaz V. et al (30), en su Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico, Chile – 2008, Obteniendo resultados: la media de edad es de 62 años; el 51% son mujeres; el 49,1% presentaron algún grado de discapacidad; el 50,9% eran independientes o presentaban secuelas mínimas. El grupo etario más joven de 20-36 años obtuvo el mejor promedio de 84 puntos en el SF-36, no se encontró una diferencia significativa con los restantes grupos de edad, excepto el grupo de 75 años o más que fue el que obtuvo una puntuación media más baja de 63 puntos.

Mesa Y. et al (31), en su investigación Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento, Cuba – 2016, refieren que hay predominación de mujeres (52,3%) con Accidente Cerebrovascular; esta afectación neurológica estuvo ubicada entre moderada y grave con un 74%, las dimensiones más afectadas fueron: Actividad común de la vida diaria con 70,1%, Actividad básica de la vida diaria con 60,1%, seguido de Función socio-familiar con un 57,3% y finalmente la dimensión de estado físico con un 56,5%; teniendo como la dimensión menos afectada la

Comunicación con un 31,7%. Concluyendo que al año de seguimiento de haberse presentado el Ictus los factores predominantes fueron la afectación neurológica y los síntomas depresivos, lo cual conllevó a una baja calidad de vida en estas personas.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte y no tienen otra causa aparente, más que la vascular. (32)

Este evento ocurre cuando el flujo de sangre en un lugar del cerebro se paraliza. Si esto se prolonga por más de unos cuantos segundos, el cerebro no absorberá sangre y oxígeno, lo que ocasionaría la muerte de las células cerebrales.

El término Enfermedad Cerebrovascular (ACV) es usado en forma genérica para representar cualquiera de los grupos de trastornos cerebro-vasculares, incluyendo ictus isquémico, hemorragia intra cerebral y hemorragia sub aracnoidea. Así mismo, es utilizado para definir clínicamente una disfunción neurológica aguda de origen vascular caracterizada por la instalación brusca (en segundos) o menos rápida (en horas) de síntomas y signos correspondientes al daño de un área del cerebro secundaria a una oclusión o ruptura de un vaso sanguíneo llamado Accidente Cerebrovascular. (33)

CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

A. Accidente Cerebrovascular isquémico:

Puede sobrevenir cuando un coágulo de sangre en alguna parte de los vasos sanguíneos del cerebro o en alguna parte del cuerpo se desplaza hacia al cerebro ocasionando que este se bloquee.

B. Accidente cerebrovascular hemorrágico:

Ocurre cuando en el interior del cerebro se desgarran una arteria, al ocurrir esto se altera tanto la irrigación de la sangre, como el equilibrio químico necesario que demandan las neuronas para funcionar normalmente. El cerebro es vulnerable al sangrado, el deterioro se puede mostrar con mucha brusquedad, debido a que este líquido acrecienta la presión en el cerebro, lastimándolo al oprimirlo contra el cráneo. Los tejidos cerebrales son sulfurados por la hemorragia ocasionando inflamación, los tejidos circundantes del cerebro se oponen a la propagación del sangrado, el cual se comprime produciendo finalmente un hematoma. La inflamación y el hematoma apisonan y trasladan al tejido cerebral normal. (34)

FISIOPATOLOGÍA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

La oclusión repentina de un vaso intracraneal reduce la corriente sanguínea en la región encefálica que el vaso irriga. La consecuencia del riego reducido depende de la circulación colateral, que a su vez está sujeta a la anatomía vascular de cada persona y al sitio de la oclusión.

La ausencia completa de la circulación cerebral origina la muerte del tejido encefálico en un lapso de 4 a 10 min; cuando es <16 a 18 ml /100 g de tejido por minuto se produce un infarto en unos 60 min y si la corriente es menor a 20 ml/100 g de tejido por minuto aparece isquemia sin infarto, a menos que se prolongue durante varias horas o días. Si la corriente sanguínea se reanuda antes de que haya muerto un gran número de células, el individuo experimenta únicamente síntomas transitorios, como es el caso del Accidente Isquémico Transitorio (AIT). El tejido que rodea al centro del infarto sufre de isquemia, pero su disfunción es reversible y por ello se lo conoce como zona de penumbra isquémica. Esta zona se observa en las técnicas imagen lógicas de la Imagen de Resonancia Magnética. Si no se producen cambios en la irrigación, finalmente la penumbra isquémica culminara en un infarto y por ese motivo el objetivo de la terapia con trombo líticos y de los métodos terapéuticos que se están investigando es salvar la penumbra isquémica.

En síntesis, se producen básicamente dos fenómenos fisiopatológicos, uno de ellos es la Hipoxia Tisular debido a la obstrucción vascular, y por otro lado las alteraciones metabólicas de las neuronas debido a la abolición de los procesos enzimáticos,

estas alteraciones metabólicas dañan la membrana celular, permitiendo la brusca entrada de la Na^+ a la célula seguido del ingreso de Ca^+ y la salida en forma abrupta del potasio al medio extracelular, produciendo edema cerebral irreversible.

Las células mueren a través de dos rutas:

- Ruta necrótica, en la que la degradación del cito esqueleto celular es rápida, principalmente al faltar sustratos energéticos a la célula.
- La ruta de la apoptosis, en que la célula está programada para morir.

La isquemia produce necrosis al privar a las neuronas de glucosa, que a su vez impide la producción de tri-fosfato de adenosina en la mitocondria. (32)

ETIOPATOGENIA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

La enfermedad cerebrovascular es causada por uno de los siguientes mecanismos fisiopatológicos que afectan a los vasos cerebrales:

- a. Procesos vasculares intrínsecos (aterosclerosis, lipohialinosis, inflamación, depósito de amiloide, disección arterial, malformaciones congénitas, dilatación aneurismática o trombosis venosa).
- b. Procesos distantes al cerebro (embolismo desde el corazón o desde vasos extra craneales).
- c. Procesos que originan inadecuada perfusión cerebral (por disminución de la presión de perfusión tisular - estados de compromiso hemodinámico - o aumento de la viscosidad de la sangre - estados de hiper viscosidad).
- d. Ruptura de un vaso en el espacio subaracnoideo o en el tejido intra cerebral.

Los tres primeros mecanismos originan isquemia cerebral (ésta puede ser transitoria - accidente isquémico transitorio - o provocar un infarto cerebral permanente - ictus isquémico establecido), mientras que el cuarto mecanismo es el responsable de las hemorragias cerebrales primarias (hemorragia subaracnoidea y hemorragia intra cerebral). (35)

SÍNTOMAS DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

- Accidente Cerebrovascular Isquémico: Sin pérdida de conciencia, no cefalea, no vómitos.
- Accidente Cerebrovascular Hemorrágico: Con pérdida de conocimiento, con cefalea, con vómitos, estupor y/o coma.
- Dificultades para mover una mitad del cuerpo. (Hemiparesia).
- Disminución de la sensibilidad en una mitad del cuerpo. Se puede presentar como disminución del tacto o de la sensación al dolor, o como sensaciones anormales (parestesias) como hormigueo o adormecimiento.
- Problemas para hablar, ya sea dificultades para emitir la palabra, que no se entienda lo que dice o que hable normalmente pero su pronunciación no sea adecuada. En otros casos el paciente no comprende cuando se le habla o se le pide que cumpla órdenes simples.
- Trastornos visuales, que pueden manifestarse como disminución de la visión en un solo ojo, no ver hacia un lado u otro del campo visual, o ver doble (diplopía).
- Inestabilidad o falta de equilibrio al caminar o moverse sin que haya pérdida de fuerza de las piernas.

- Mareos, que es sensación de que las cosas oscilan, o vértigos, cuando la sensación es que las cosas o el paciente giran, lo que puede ocasionar caídas.
- Dolor de cabeza, que puede ser de intensidad leve a moderada.
- Mala coordinación para realizar algunas tareas (ataxia). (36)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; van a ser los síntomas del paciente los que nos orienten a la sospecha de que haya sufrido un accidente cerebrovascular. Es importante no confundir estos síntomas con otros procesos como una crisis epiléptica, una migraña, un síncope, una crisis de ansiedad, un vértigo. (37)

No puede diagnosticarse un Accidente Cerebrovascular isquémico hasta aproximadamente 24 horas después de haberlo sufrido, pero puede descartarse la existencia de un Accidente Cerebrovascular hemorrágico, que sería una contraindicación para el tratamiento anticoagulante o un proceso expansivo (tumor cerebral, absceso). (38)

a. Examen neurológico: Se verificará si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El médico y el personal de enfermería repetirán este examen con el tiempo para ver si el accidente cerebrovascular está empeorando o mejorando. (38)

b. Análisis sanguíneos: Al ingreso se pide: hemograma, VHS, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos (ELP), TTPK, INR, enzimas cardíacas y ECG. El seguimiento debe ser con hematocrito, ELP, pruebas de coagulación (en caso de usar anticoagulantes), glicemias y proteína C reactiva, además de exámenes específicos que requiera el paciente. La frecuencia de los exámenes debe ser titulado para cada paciente. (38)

c. Electrocardiograma (ECG): Es un monitoreo del ritmo cardíaco para mostrar si un latido cardíaco irregular (como fibrilación auricular) causó el accidente cerebrovascular. (38)

d. Tomografía Axial Computarizada: Se crean una serie de imágenes transversales de la cabeza y del cerebro y es la técnica preferida para el diagnóstico. Descarta rápidamente una hemorragia, puede mostrar un tumor e incluso puede presentar

evidencia de un infarto precoz. Si el Accidente Cerebrovascular Agudo es ocasionado por una hemorragia, puede mostrar pruebas casi inmediatamente después de que aparezcan los síntomas. (38)

e. Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Utiliza campos magnéticos para detectar cambios en el tejido cerebral. Con esta técnica se pueden detectar mejor los pequeños infartos inmediatamente después de la aparición del accidente cerebrovascular. El inconveniente es la escasez de aparatos (no está disponible en todos los hospitales) y su coste. Tampoco es fiable para determinar si el paciente está sufriendo una hemorragia; debido a que conlleva más tiempo para realizar la prueba que la tomografía, no debe utilizarse si retrasa el tratamiento. (38)

Otros medios de diagnóstico aún más específico que puede realizarse para llegar al diagnóstico del Accidente Cerebrovascular son: (39)

a. Ultrasonido DOPPLER: Se envían al cuello ondas sonoras, los ecos rebotan de la sangre en movimiento y del tejido en la arteria

y pueden convertirse en una imagen. Es un método rápido, indoloro, libre de riesgo y relativamente poco costoso, pero no es tan exacto como la arteriografía. (39)

b. Arteriografía: Es una radiografía de la arteria carótida tomada cuando se inyecta en la arteria un tinte especial. Este procedimiento lleva su propio pequeño riesgo de ocasionar un accidente cerebrovascular y es costoso de realizar. Es la mejor manera de medir la estenosis de las arterias carótidas. (39)

ESCALA DE VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Se utilizan diferentes escalas para valorar el daño neurológico, pidiéndole que responda a diferentes preguntas y realice diferentes pruebas físicas y mentales.

Las escalas nos permiten detectar el empeoramiento o mejorías del déficit en las funciones neurológicas básicas, se debe de aplicar en forma sistemática al ingreso y a intervalos establecidos. La más conocida y la más usada en la Escala de Glasgow. (40)

La escala de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una sub escala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las sub escalas evaluadas independientemente. El estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada sub escala. (41)

ESCALA DE GLASGOW

Respuesta ocular (apertura de ojos)	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación: Normal : 15 puntos.
Gravedad : < 9 puntos.
Coma profundo : 3 puntos.

La escala del National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) puntúa de forma numérica la gravedad del Accidente Cerebrovascular. Se debe aplicar al inicio y durante la evolución del Accidente Cerebrovascular. La puntuación mínima es 0 y puntuación máxima es de 42 y determina la gravedad del Accidente Cerebrovascular y tiene limitación que puntúa más alto en los territorios de la Arteria Cerebral Media Izquierda que en los de la derecha (mayor afectación de las funciones corticales) y no valora adecuadamente la afectación del territorio vertebro-basilar. (42)

La escala NIHSS

1. NIVEL DE CONCIENCIA	
1a. Alerta	
Alerta con respuestas normales	0
No alerta, pero responde a mínimos estímulos verbales	1
No alerta, pero responde a estímulos repetidos o dolorosos (no reflejos)	2
No responde a estímulos dolorosos o sólo con movimientos reflejos	3
1b. Preguntas orales	
Preguntar el mes actual y la edad. Puntuar sólo la primera respuesta.	
Ambas respuestas son correctas	0
Sólo una respuesta es correcta, IOT, muy disártrico o barrera idiomática	1
Ninguna es correcta	2
1c. Órdenes motoras	
Cerrar - abrir los ojos y cerrar – abrir la mano (lado no parético)	
Ambas respuestas son correctas	0
Sólo una respuesta es correcta	1
Ninguna es correcta	2
2. MIRADA CONJUGADA	
Significa que los 2 ojos hacen lo mismo y, en reposo, los ojos están en posición central Explorar sólo la mirada horizontal voluntaria o con reflejos óculo-cefálicos en comatosos	
Normal	0

Paresia parcial de la mirada o paresia periférica de un nervio óculo motor	1
Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada	2
3. CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACIÓN	
A un metro de distancia del paciente y tapar el ojo que no va a ser explorado Explorar los cuadrantes superiores e inferiores	
Visión no alterada	0
Hemianopsia parcial o extinción visual	1
Hemianopsia completa	2
Ceguera total	3
4. PARESIA FACIAL	
Enseñar los dientes, si no colabora se puede explorar con un estímulo doloroso	
Movimiento normal (simetría de las hemi caras)	0
Mínima asimetría	1
Parálisis de la zona inferior de una hemi cara	2
Parálisis de las zonas inferior y superior de una hemi cara	3
5. PARESIA DEL BRAZO	
Primero el brazo no parético Levantar y extender el brazo a 90° Paciente en decúbito, extender el brazo a 45°	
5a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 10 segundos, amputación o inmovilización	0
Claudica en menos de 10 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 10 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
5b. Lado izquierdo.	
Igual que el lado derecho	
6. PARESIA DE LA PIERNA	
6a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 5 segundos, amputación proximal o	0
Claudica en menos de 5 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 5 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
6b. Lado izquierdo.	
Igual que el lado derecho	
7. DISMETRÍA (Ataxia: descoordinación en el movimiento)	
Dedo-nariz y talón-rodilla, realizar con los ojos abiertos	
Ausente, amputación, déficit motor o fusión de la articulación	0
Ataxia en una extremidad	1
Ataxia en dos extremidades	2

8. SENSIBILIDAD	
Con aguja explorar la cara, los brazos, el tronco, el abdomen y las piernas (no manos ni pies) En paciente obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso	
Normal	0
Leve hipoestesia (lo nota)	1
Anestesia o paciente en coma	2
9. LENGUAJE	
Describir un dibujo o leer una lista de palabras y frases En paciente mudo o IOT explorar según su escritura	
Normal	0
Afasia leve o moderada (se puede entender)	1
Afasia grave (no se puede entender)	2
Comprensión nula o en coma	3
10. DISARTRIA	
Valorar sólo la articulación	
Normal o IOT	0
Leve o moderada (se puede entender)	1
Grave, ininteligible o mudo	2
11. Extinción e Inatención, Negligencia	
Extinción: en caso de estímulos bilaterales simultáneos, el paciente no es capaz de percibir en el lado contralateral a la lesión Negligencia: el paciente es incapaz de orientarse o responder ante un estímulo en el lado contralateral a la lesión Inatención: el paciente ignora los estímulos en el lado contralateral a la lesión	
Sin alteraciones	0
Inatención o extinción en una modalidad (visual, táctil, espacial o corporal)	1
Inatención o extinción en más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio	2

Puntuación:

Leve : < 4 puntos.

Moderado : < 16 puntos.

Grave : < 25 puntos.

Coma profundo : ≥ 25 puntos.

FACTORES DE RIESGO PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

a. Factores de riesgo inmodificables:

- **Edad:** El ataque cerebral se produce en todos los grupos de edades. Estudios muestran que el riesgo de tener un ataque cerebral se duplica por cada década entre los 35 y 85 años. (43)
- **Antecedentes familiares de Accidente Cerebrovascular:** Miembros de una familia pueden tener una tendencia genética del ataque cerebral. La influencia de un estilo de vida común entre familiares también contribuye al ataque cerebral familiar. (43)
- **Sexo:** Los hombres tienen mayor riesgo de tener un ataque cerebral, pero más mujeres mueren del mismo. Los hombres son más jóvenes cuando sufren Accidente Cerebrovascular y por ello tienen una tasa más alta de supervivencia. (43)

- **Raza:** Las personas de ciertos grupos étnicos tienen mayor riesgo de tener un ataque cerebral. Para los afroamericanos, el ataque cerebral es más común y más fatal que para cualquier otro grupo étnico o racial. Estudios muestran que la incidencia ajustada para la edad de ataque cerebral es cerca del doble en afroamericanos e hispanoamericanos comparada con caucásicos. (43)

b. Factores de riesgo modificables:

- **Presión arterial alta:** Es por lejos el factor de riesgo más poderoso del ataque cerebral. La hipertensión causa un aumento de dos a cuatro veces el riesgo de tener un ataque cerebral antes de los 80 años. (43)
- **Alteraciones de los lípidos:** La lipoproteína de baja densidad del colesterol (LDL) transporta al colesterol (una sustancia grasa) a través de la sangre y la lleva a las células. El LDL en exceso puede causar que se acumule el colesterol en los vasos sanguíneos, llevando al aterosclerosis. La aterosclerosis es la causa principal de estrechamiento de los

vasos sanguíneos, llevando al ataque cardíaco y al ataque cerebral. (43)

- **Diabetes:** En términos de enfermedad cardiovascular, tener diabetes es el equivalente a envejecer 15 años, causando cambios destructivos en los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, incluso el cerebro. Además, si los niveles de glucosa sanguínea son altos en el momento de un ataque cerebral, entonces el daño cerebral es generalmente más severo y extenso que cuando la glucosa sanguínea está bien controlada. (43)
- **Enfermedad cardíaca:** Los trastornos cardíacos comunes como la enfermedad coronaria, defectos valvulares, latido cardíaco irregular (fibrilación auricular) y aumento de tamaño de una de las cámaras cardíacas pueden dar como resultado coágulos sanguíneos que pueden desprenderse y bloquear vasos dentro del cerebro o que van hacia él. (43)

c. Factores de riesgo erradicables:

- **Tabaquismo:** Ha sido vinculado con la acumulación de sustancias grasas (aterosclerosis) en la carótida, la arteria principal del cuello que abastece de sangre al cerebro. El bloqueo de esta arteria es la causa principal de ataque cerebral. Además, la nicotina aumenta la presión arterial; el monóxido de carbono del cigarrillo reduce la cantidad de oxígeno que su sangre puede transportar al cerebro; y el humo del cigarrillo espesa su sangre y la hace más propensa a la coagulación. Fumar también promueve la formación de aneurismas. (43)
- **Obesidad y Sedentarismo:** Asociadas con la hipertensión, diabetes y enfermedad cardíaca, aumenta tres veces el riesgo de ataque cerebral isquémico. (43)

2.2.2. CALIDAD DE VIDA

La OMS, en el año 1952, definió la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad. El modelo

“biopsicosocial” en medicina enmarca aspectos referidos al bienestar de la persona, como sus relaciones su comportamiento, el entorno en el que se desenvuelve y sus relaciones sociales, en lo que se conoce con el nombre de Calidad de Vida. (44)

El concepto se puede centrar en aspectos de la vida y subjetividad de las personas por lo que impacta de manera más directa en el individuo y las comunidades en la interacción con el sistema y las acciones de salud. Esto hace que la calidad de vida sea una variable emergente de una considerable importancia en salud, mucho más específicamente cuando se consideran sus aspectos individuales

Para entender los resultados obtenidos en la percepción de la propia calidad de vida, se deben utilizar una constelación de componentes cognitivos y existenciales sobre el medio externo físico-social dentro de un modelo de mediación de los componentes cognitivos.

La OMS (1994) define la "calidad de vida" como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto

cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. (2)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud define el impacto de la enfermedad, sobre todos los aspectos de la vida del paciente, es un concepto subjetivo y sólo puede ser valorado por el propio paciente. Las primeras medidas de calidad de vida por su proximidad con las medidas de capacidad funcional enfatizaban los componentes relacionados con la funcionalidad física. Evolutivamente, sin embargo, se han ido incluyendo un mayor número de dimensiones pertenecientes a la vida psicológica y social, y a definir con una mayor especificación los dominios que conforman cada una de ellas. (45)

Las dimensiones de mayor interés podrían describirse como:

- a. Función Física:** Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad usual. Presentan una buena correlación con las estimaciones médicas sobre la función y

bienestar que tiene el paciente. La función física contempla fundamentalmente dos dominios (45):

La capacidad para las actividades de la vida diaria, Como las restricciones del movimiento corporal (andar, inclinarse, subir/bajar escaleras), limitaciones en la movilidad (permanencia en cama), o interferencia con las actividades de autocuidado (bañarse, vestirse, o comer).

La capacidad para el esfuerzo o energía o actividad positiva, Se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o a la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga, y está siendo cada vez más utilizado en la evaluación de la calidad de vida.

b. Función Psicológica o mental: Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, confusión o deterioro para pensar y concentrarse mientras que para los indicadores afectivos se utilizan los dominios del bienestar subjetivo tales como felicidad, satisfacción con la vida y afectividad positiva. La función cognitiva es también

considerada un importante componente del bienestar psicológico, ya que la memoria y la capacidad para llevar a cabo tareas intelectuales tienen una gran importancia para las personas, la pérdida o deterioro de esas funciones cognitivas puede producir un gran distrés psicológico. La función afectiva, referida al distrés psicológico, ha producido el desarrollo de numerosas escalas orientadas sobre todo a la evaluación de la depresión y ansiedad. (45)

c. Interacción y función social: Se refiere a la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social. Estas interacciones están tradicionalmente estructuradas en una forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia. La función social es entendida como componente y determinante de la calidad de vida de la persona. Incluye las limitaciones en roles sociales habituales, integración social, contacto social e intimidad. Las limitaciones en los roles habituales son

evaluadas en relación a la actividad más importante de la persona, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas. (45)

d. Sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones:

Reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o tratamiento. En general, se consideran los síntomas o molestias referenciadas por la persona, las sensaciones no placenteras que pueden resultar detractoras de la calidad de vida de un individuo, como el dolor, náuseas y disnea entre otros. También se incluyen los signos obtenidos de la exploración clínica, los resultados o medidas fisiológicas provenientes de pruebas diagnósticas y el diagnóstico y estado funcional de la enfermedad, resultan el dominio de carácter más objetivo y suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida diseñados para enfermedades específicas. (45)

e. Percepciones de salud: Basadas fundamentalmente en auto informes de percepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Por otra parte, la salud percibida puede también ser un indicador del valor que tienen

los cuidados médicos en el restablecimiento del paciente, y pueden utilizarse como predictor de la mortalidad. En esta dimensión se incluye también la satisfacción con la salud, derivada de las actividades, relaciones y estados de ánimo con los que los pacientes se comportan, toman decisiones, se comunican con los profesionales, siguen el tratamiento prescrito y aceptan lo inevitable. (45)

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

La versión española del SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones de pacientes. El contenido de las escalas del SF-36, evalúan puntuaciones que van de 0 hasta 100 puntos. Sin embargo, los autores proponen para los nuevos componentes del sumario del SF-36, las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, de la población. (46)

- **Función física:** Mide desde “muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud” hasta “lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud”. Evalúa 10 ítems. (46)

- **Rol físico:** Mide desde “problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física” hasta “ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física”. Evalúa 4 ítems. (46)

- **Dolor corporal:** Mide desde “dolor muy intenso y extremadamente limitante” hasta “ningún dolor ni limitaciones debidas a él”. Evalúa 2 ítems. (46)

- **Salud general:** Mide desde “evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore” hasta “evalúa la propia salud como excelente”. Evalúa 5 ítems. (46)

- **Vitalidad:** Mide desde “se siente cansado y exhausto todo el tiempo” hasta “se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo”. Evalúa 4 ítems. (46)

- **Función social:** Mide desde “interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales” hasta “lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales”. Evalúa 2 ítems. (46)

- **Rol emocional:** Mide desde “problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales” hasta “ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales”. Evalúa 3 ítems. (46)

- **Salud mental:** Mide desde “sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo” hasta “sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo”. Evalúa 5 ítems. (46)

- **Ítem de Transición de salud:** Mide desde “creer que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año” hasta “creer que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año”. Evalúa 1 ítem. (46)

Puntuación de las escalas o dimensiones

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma la mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos (46):

- a. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
- b. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
- c. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el

mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además, el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones, el componente salud física (PCS) y el componente de salud mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, demostrando que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente salud física (PCS) y la componente de salud mental (MCS). (46)

FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS (47)

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

ESCALA DE PUNTUACIÓN (47)

Escala	Suma final de los valores de los ítems	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10, 30	20
Rol Físico	$4a+4b+4c+4d$	4, 8	4
Dolor Corporal	7+8	2, 12	10
Salud General	$1+11a+11b+11c+11d$	5, 25	20
Vitalidad	$9a+9e+9g+9i$	4, 24	20
Función Social	6+10	2, 10	8
Rol Emocional	$5a+5b+5c$	3, 6	3
Salud Mental	$9b+9c+9d+9f+9h$	5, 30	25

2.2.3. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (48)

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo esta define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar

la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (48).

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma (48):

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud.

- **Requisitos de Autocuidado:** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.
- **Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.
- **Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su

demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- **Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.
- **Agencia de enfermería:** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

- **Sistema de enfermería:** La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:

El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la

enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (48)

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Definido como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte y no tienen otra causa aparente, más que la vascular.

CALIDAD DE VIDA: Se puede centrar en aspectos de la vida y subjetividad de las personas por lo que impacta de manera más directa en el individuo y las comunidades en la interacción con el sistema y las acciones de salud.

ADULTO: El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones.

AUTOCAUIDADO: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es no experimental, descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

- No experimental, ya que no existe manipulación de las variables, el estudio de los fenómenos, se hicieron tal como se presentaron en la naturaleza.
- Descriptivo porque describió las características de las variables de estudio.
- Prospectivo porque los hechos se registraron antes que se efectúe el trabajo de investigación.
- Transversal porque permite recolectar en un tiempo y espacio determinado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio son los pacientes adultos (adulto joven, adulto y adulto mayor) con diagnóstico médico de accidente

cerebrovascular que se atienden en el Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017; el universo es de 45 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Los pacientes adultos con diagnóstico médico de Accidente Cerebrovascular que se atendieron en el Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.
- Paciente adulto de accidente cerebrovascular con consentimiento informado firmado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Los pacientes adultos con diagnóstico médico de Accidente Cerebrovascular que fueron atendidos en otro hospital.
- Los pacientes adultos con diagnóstico médico Accidente Cerebrovascular con consentimiento informado no firmado.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. El instrumento es el cuestionario de salud SF-36 (ver anexo N° 2), el cual es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la

población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado por Ware en 1993; adaptado y validado en España por Alonso y col. En 1995, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento.

Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas y está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Valora los siguientes Componentes como son: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Además, dichas escalas pueden ser agrupadas en dos grandes Dimensiones: La Dimensión Salud Física (CSF) y la Dimensión Salud Mental (CSM).

El cuestionario SF-36 que mide el componente de Salud Física a través de las siguientes escalas: Función Física ítem 3, Rol Físico ítem 4, Dolor Corporal ítems 7 y 8, Salud General ítems 1 y 11 y el componente de Salud Mental a través de las siguientes escalas: Vitalidad ítem 9, Función Social ítems 6 y 10, Rol Emocional ítem 5, Salud Mental ítem 9.

Se evaluó considerando el siguiente baremo sustentado en la fuente de Ware et al. en 1994:

La calidad de vida actual

- Buena: 61 a 100,0%
- Regular: 31 a 60,0%
- Mala: 0 a 30,0%

Las 02 dimensiones del cuestionario SF 36 v2 de calidad de vida se evaluó considerando:

Dimensión Salud Física: 21 ítems.

- Buena: 61 a 100,0%
- Regular: 31 a 60,0%
- Mala: 0 a 30,0%

Dimensión Salud Mental: 14 ítems.

- Buena: 61 a 100,0%
- Regular: 31 a 60,0%
- Mala: 0 a 30,0%

Número de ítems por cada uno de los Componentes de las dimensiones:

Componentes de la dimensión Salud Física:

Función Física: 10 ítems.

Rol Físico: 4 ítems.

Dolor Corporal: 2 ítems.

Salud General: 5 ítems.

Componentes de la dimensión Salud Mental

Vitalidad: 4 ítems.

Función Social: 2 ítems.

Rol Emocional: 3 ítems.

Salud Mental: 5 ítems.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir para la recolección de datos fue de la siguiente manera:

- Primero se solicitó el permiso correspondiente para la realización de la investigación.
- Contó con 02 investigadoras que recolectaran los datos necesarios.
- Se le explicó los objetivos de la investigación, luego se procedió a firmar al consentimiento informado.
- Se entrevistó en el pasillo del hall del establecimiento de salud, el cual tuvo una duración de 20 minutos.
- Se verificó que todos los ítems sean respondidos.
- Posteriormente se agradeció al paciente por su participación.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogido los datos de la investigación, se procedió a extender una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23, se incluyeron las variables, sub escalas y se hizo un análisis de carácter descriptivo obteniéndose las medidas de resumen de los

datos contenidos en la muestra, describiendo a su vez las frecuencias relativas y porcentajes, los cuales se presentaron en tablas de una y dos entradas.

Se utilizó el algoritmo de cálculo del SF-36, como un archivo de sintaxis que permite la conversión de los puntajes entregados por cada pregunta del cuestionario en un puntaje final (de 0 a 100) para cada escala medida.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Respecto a ética en la investigación, se tomó en cuenta los principios de Autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Se utilizó el consentimiento informado para los pacientes que participaron en el estudio, se les explicó los objetivos que se formularon en la tesis, decidieron libremente y ser coaccionados para tomar la decisión de participar. Además, se les informó que tuvo carácter de anónimo, ya que se guardó en reserva la identidad.

Los pacientes gozaron de una total autonomía, ya que ellos decidieron de participar libremente en la investigación, y dieron su aceptación con la firma del consentimiento informado.

Es de justicia, ya que los datos recolectados fueron usados solamente con fines de investigación, respetando el propósito de la investigación.

El principio de beneficencia, la investigadora en todo momento consideró los derechos de las personas, y en todo momento y cada etapa de la investigación se reguardó la integridad de los mismos, considerando que de por sí ya están cursando por la recuperación de la enfermedad cerebro vascular.

El principio de no maleficencia, fue necesario poner en práctica, ya que el profesional de enfermería, hace gala de su experiencia, de sus conocimientos y de su destreza para no causar ningún daño al paciente.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO CON ACV
QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017**

ETAPA DE VIDA	N°	%
Adulto	8	17,8
Adulto Mayor	37	82,2
TOTAL	45	100,0
SEXO	N°	%
Masculino	21	46,7
Femenino	24	53,3
TOTAL	45	100,0
ESTADO CIVIL	N°	%
Casado	12	26,7
Conviviente	24	53,3
Viudo	9	20,0
TOTAL	45	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Iletrado	4	8,9
Primaria	9	20,0
Secundaria	28	62,2
Superior	4	8,9
TOTAL	45	100,0
OCUPACIÓN	N°	%
Ama de Casa	4	8,9
Agricultor	7	15,6
Trabajo Independiente	18	40,0
Trabajo Dependiente	10	22,2
Jubilado	6	13,3
TOTAL	45	100,0

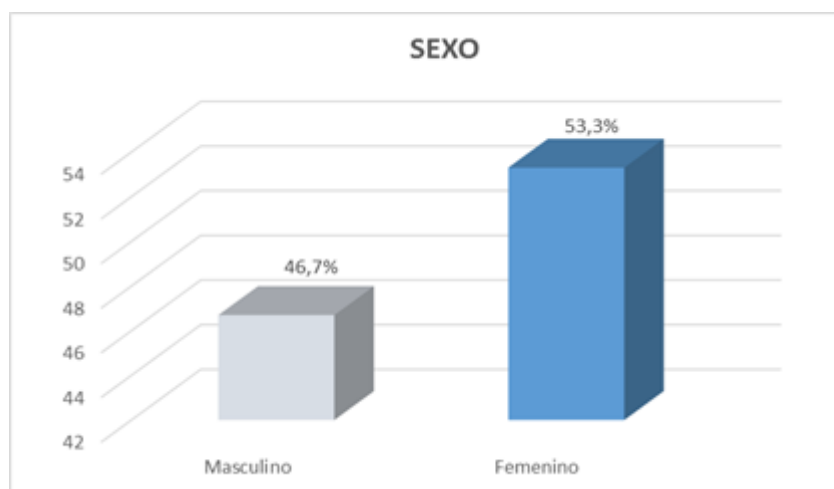
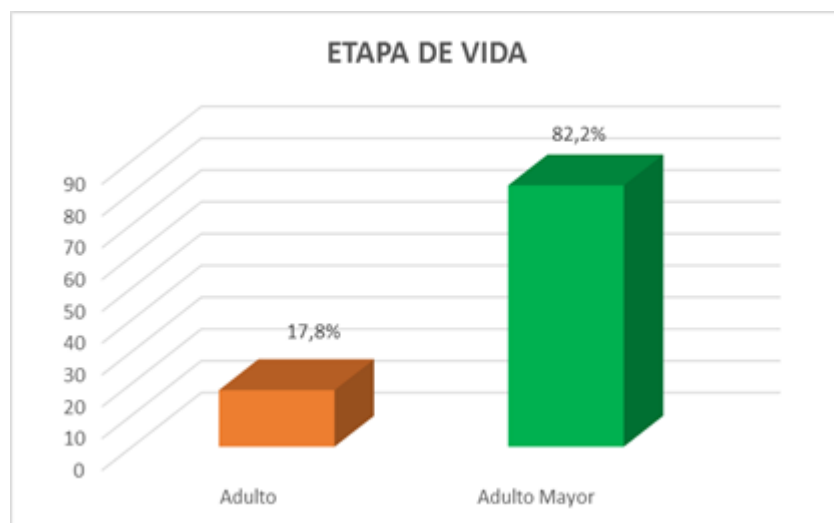
Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas aplicada al adulto con Accidente Cerebrovascular Hospital Regional de Moquegua, año 2017 elaborado por Pacheco S.

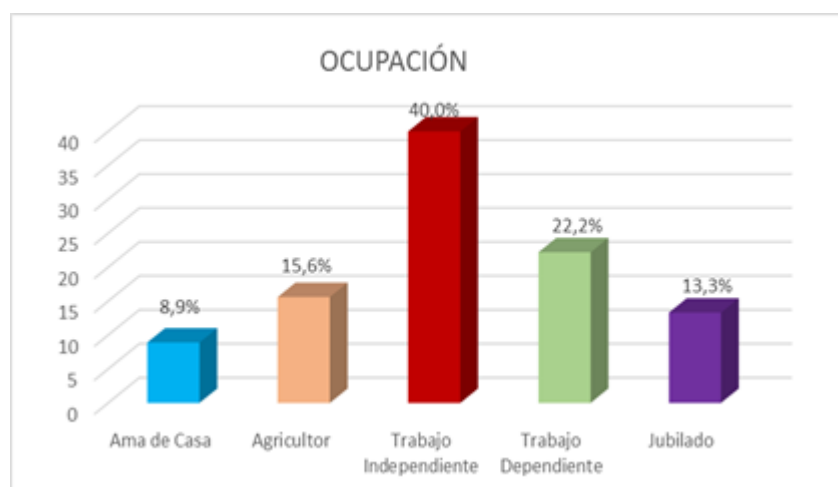
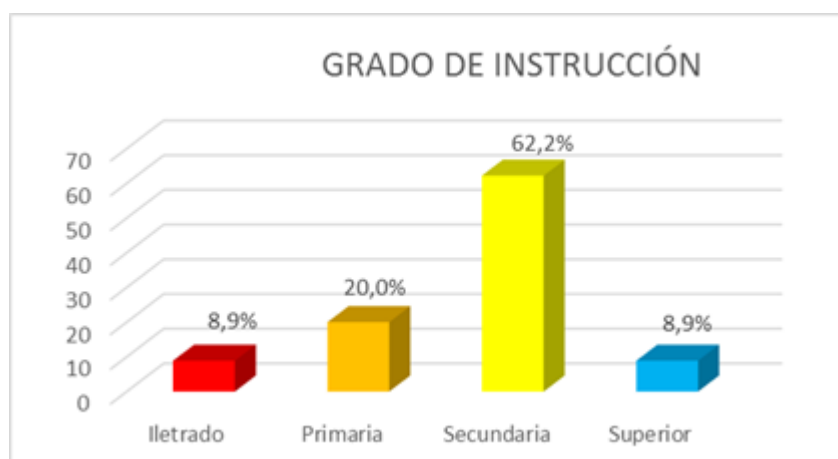
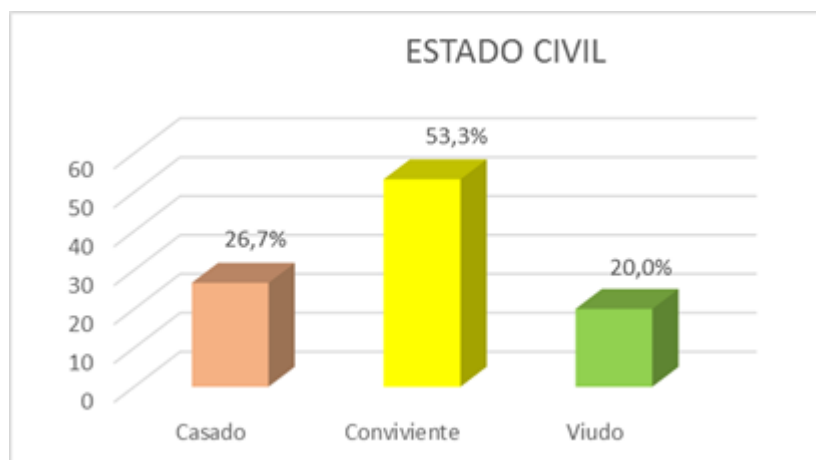
DESCRIPCIÓN:

En la **Tabla N° 01** se aprecia que el 82,2% pertenecen al adulto mayor, mientras el 17,8% son adultos. Así también, considerando el sexo de los pacientes el 53,3% son de género femenino, y el 46,7% masculino. Según el estado civil, el 53,3% son convivientes, el 26,7% casados y por último el 20,0% es viudo. Según el grado de instrucción de los pacientes, el 62,2% tienen un nivel de estudios secundarios, un 20,0% primaria, 8,9% tienen nivel superior y otros del mismo porcentaje son iletrados. Respecto a la ocupación del paciente, se observó que el 40,0% tiene trabajo independiente, 22,2% tienen trabajo dependiente, 15,6% son agricultores, 13,3% jubilados y el 8,9% desarrollan labores dentro de los hogares.

GRÁFICO N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017





Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

**CALIDAD DE VIDA ACTUAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE
AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017**

CALIDAD DE VIDA	N	%
Buena	19	42,2
Regular	14	31,1
Mala	12	26,7
Total	45	100,0

Fuente: Cuestionario SF 36, aplicado al adulto con accidente cerebro vascular en Hospital Regional de Moquegua, año 2017.
Elaborado por Ware y modificado por Pacheco S.

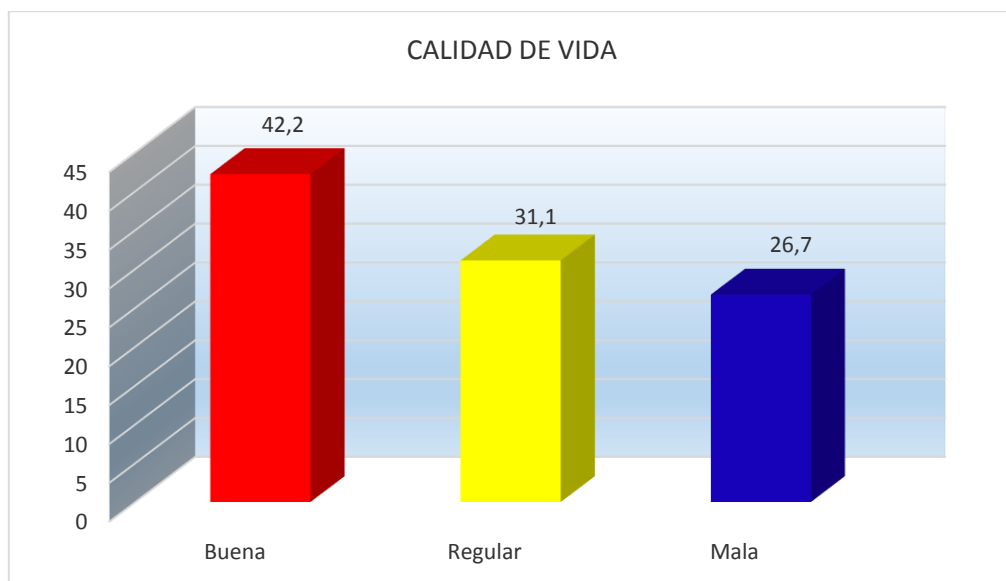
DESCRIPCIÓN:

En la **tabla N° 02**, se observa que el 42,2% de los adultos refieren que tiene buena calidad de vida, el 31,1% refiere que lleva una regular calidad de vida y un 26,7% tienen mala calidad de vida después de haber sufrido un accidente cerebrovascular.

Estos resultados se determinaron considerando las dimensiones sobre salud física y salud mental planteados por el cuestionario SF-36.

GRÁFICO N°02

CALIDAD DE VIDA ACTUAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD FÍSICA EN EL ADULTO
CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA, AÑO 2017**

COMPONENTES	SALUD FÍSICA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Función Física	22	48,9	15	33,3	8	17,8	45	100,0
Rol Físico	10	22,2	26	57,8	9	20,0	45	100,0
Dolor Corporal	18	40,0	19	42,2	8	17,8	45	100,0
Salud General	13	28,9	22	48,9	10	22,2	45	100,0
Total	35,0		45,5		19,5		45	100,0

Fuente: Cuestionario SF 36, aplicado al adulto con accidente cerebro vascular en Hospital Regional de Moquegua, año 2017.
Elaborado por Ware y modificado por Pacheco S.

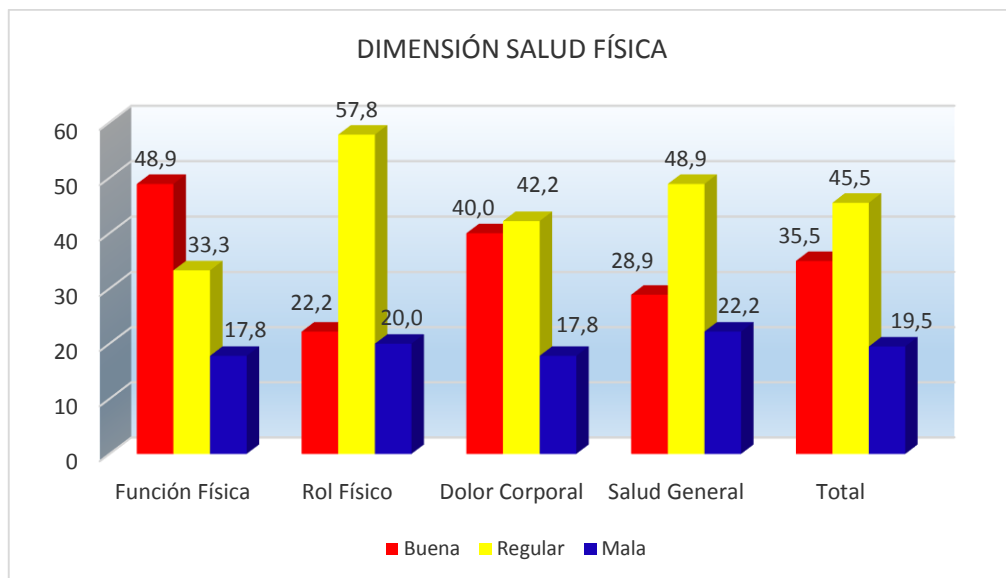
DESCRIPCIÓN:

En la **tabla N° 03**, según la dimensión de Salud Física, se observó que el 35% tiene buena calidad de vida, el 45,5% regular calidad de vida y el 19,5 % mala calidad de vida.

Según componentes, en la Función Física se evidenció que el mayor porcentaje (48,9%) resultó con buena calidad de salud; en cuanto a Rol Físico, el mayor porcentaje (57,8%) representado con regular calidad de vida; en dolor corporal, el mayor porcentaje (42,2%) se encuentra con regular calidad de vida; en Salud General, el mayor porcentaje (48,9%) está con regular calidad de vida.

GRÁFICO N° 03

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD FÍSICA EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017



Fuente: Tabla N°03.

TABLA N°04

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL EN EL
ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017**

COMPONENTES	SALUD MENTAL						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vitalidad	13	28,9	19	42,2	13	28,9	45	100,0
Función Social	9	20,0	26	57,8	10	22,2	45	100,0
Rol Emocional	7	15,6	15	33,3	23	51,1	45	100,0
Salud Mental	11	24,4	26	57,8	8	17,8	45	100,0
Total	22,3		47,7		30,0		45	100,0

Fuente: Cuestionario SF 36, aplicado al adulto con accidente cerebro vascular en Hospital Regional de Moquegua, año 2017.
Elaborado por Ware y modificado por Pacheco S.

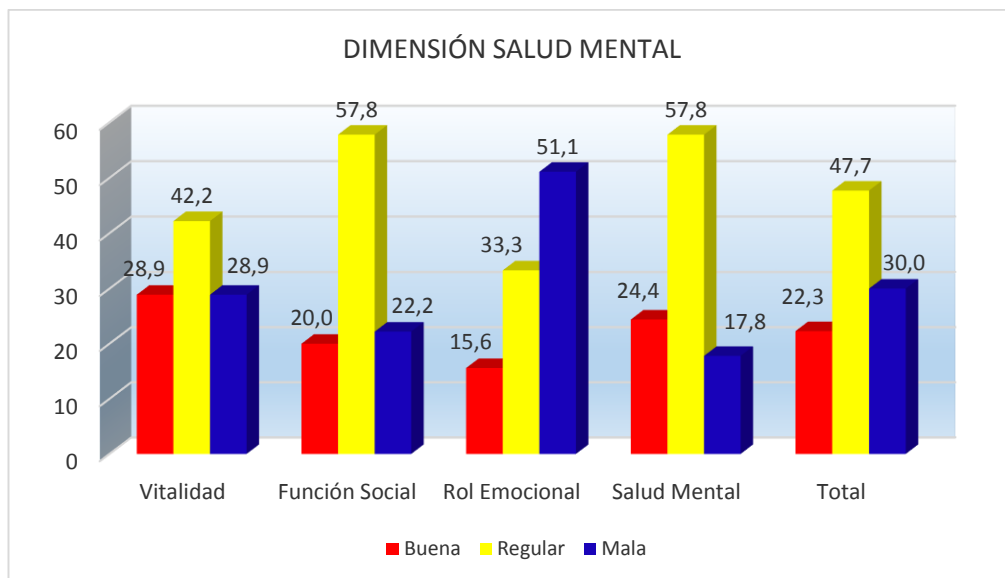
DESCRIPCIÓN:

En la **tabla N° 04**, según la dimensión de Salud Mental, se observó que el 22,3% tiene buena calidad de vida, el 47,7% regular calidad de vida y el 30% mala calidad de vida.

Según componentes, en la Vitalidad se evidenció que el mayor porcentaje (42,2%) resultó con regular calidad de salud; en cuanto a Función Social, el mayor porcentaje (57,8%) está representado con regular calidad de vida; en Rol Emocional, el mayor porcentaje (51,1%) indica mala calidad de vida; en Salud Mental, el mayor porcentaje (57,8%) indica regular calidad de vida.

GRÁFICO N°04

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL EN EL ADULTO CON ACV QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, AÑO 2017



Fuente: Tabla N°04.

4.2. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación busca describir la calidad de vida en el adulto con accidente cerebrovascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.

En la **Tabla N° 01**, se puede observar que de los adultos estudiados son de sexo femenino fue el más afectado con un 53,3%, son convivientes (53,3%), su nivel de estudio es secundario (62,2%) tienen un trabajo independiente (40,0%).

Estos resultados difieren con las investigaciones de Sánchez A. et al (26) y Anicama A et al (28) en cuyas investigaciones el sexo más afectado es el masculino con un 69,29% y 52% respectivamente. Esto indicaría que, en la región de Moquegua en el año 2017, fueron las mujeres quienes estuvieron más propensas a sufrir accidentes cerebro vasculares.

Por otro lado, se encuentra similitud con la investigación de Mesa Y. et al (32) existe coincidencia en la predominancia de mujeres que sufrieron un Accidente Cerebrovascular con un 52,3% lo que nos lleva

a decir que en Cuba en el año 2016 las mujeres fueron las más afectadas.

Entonces podemos decir que ambas poblaciones son vulnerables frente a un Accidente Cerebrovascular, siendo la etapa de Adulta mayor la más riesgosa. Considerando los resultados obtenidos se debe plantear estrategias que puedan dar inicio a la prevención y detección de signos y síntomas del Accidente Cerebrovascular.

En la **Tabla N° 02**, se observa que el 42,2% de los pacientes con enfermedad cerebro vascular tienen buena calidad de vida y el 31,1% tienen regular calidad de vida, en tanto que el 26,7% tienen mala calidad de vida. Respecto a calidad de vida se determinó considerando las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

Semejante a Villano S (21), donde se obtiene que el 60,0% de ellos tienen un alto nivel de calidad de vida, muy por el contrario, Retamal H et al (20), en su estudio obtiene que la gran mayoría de los pacientes poseía una calidad de vida de regular a mala.

Analizando los resultados, podemos decir que hay un grupo de personas que llevan una vida con estilos de vida saludables, esto implica el consumo de comida balanceada, desarrollo de actividad física moderada; sin embargo, hay otro grupo de adultos que no tienen buena calidad de vida por las secuelas del ACV y sus estilos de vida lo que resulta ser condicionantes o detonantes para desencadenar en otro evento de esta naturaleza.

En la **tabla N° 03**, en la dimensión salud física, el 35,0% en promedio tienen buena salud, se puede decir que de 3 de cada 10 pacientes han sufrido un accidente cerebro vascular, realizan alguna actividad física, ya sea caminar, actividades leves a moderado; así mismo, presentan dolor leve permitiéndoles realizar sus actividades independientemente de alguna manera. De acuerdo a la calidad de vida según los componentes, hay buena calidad de vida según la función física y está representada por un 48,9% y una mala calidad en un 17,8%; en cuanto al componente rol físico, de manera regular el 57,8% y mala calidad con un 20%, sobre el dolor corporal el 42,2% refiere tener regular calidad de vida mientras que el 17,8% refiere que su calidad de vida es mala; en cuanto a la salud general el 48,9% refiere tener REGULAR calidad de vida y el 22,2% mala calidad de vida como consecuencia de haber sufrido ACV.

El estudio muestra similitud con la investigación de Retamal H. et al (24), en donde la dimensión más afectada fue la de Función Física con una media de 38,42 puntos. Según Gana J et al. (27) se obtuvo mayor puntaje en la dimensión de Salud general con 70 puntos. Silva A. et al (30) también nos dice que la dimensión más afectada fue la Función Física con un puntaje de 24.4 puntos.

El estudio de Gana J. et al (27) indica que hay un compromiso moderado de las Dimensiones de Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General; y no se encuentra comprometido la Función Física. En el estudio de Anicama A., Vásquez K. y Pineda A. (28) la dimensión de Rol Físico se encuentra muy comprometido en la calidad de vida de la persona que sufrió un Accidente Cerebrovascular.

Estos estudios indican que a pesar de las consecuencias del accidente cerebro vascular, se puede trabajar mediante terapias físicas la recuperación del paciente, siendo necesaria una intervención inmediata para mejorar su pronóstico a nivel personal y familiar.

En la **tabla N°04**, respecto a la salud mental de los pacientes con enfermedad cerebro vascular, se aprecia que, el 47,7% refiere una

regular calidad de vida en cuanto a su salud mental seguido del 22,3% que gozan de buena salud. Con buena calidad, se observa que el componente vitalidad de los pacientes todavía está conservada en un 28,9%, de igual modo en el aspecto de la salud mental en un 24,2%; de calidad de vida regular se tiene con mayor porcentaje al componente función social y salud mental con un 57,8%; sin embargo, con una mala calidad se obtiene que el componente rol emocional es el más afectado con un 51,1% y la vitalidad con un 28,9%

Estos resultados muestran similitud con el estudio de Gana J et al (27) donde muestran altos puntajes en la dimensión de Rol Emocional y Salud mental con 79 y 74 puntos en promedio respectivamente; en contraposición con Silva A. et al (30) quien refiere que la dimensiones con mejor puntaje fueron función social y rol emocional (69,5 y 53,6ptos) mientras que la más afectada fue Salud Mental (32,2ptos).

Según Retamal H. et al (24) mostraron bajos indicadores las dimensiones de Rol emocional y Salud mental con 49,53 puntos y 58,94 puntos respectivamente; por otro lado, Anicama A et al (28) nos dice que la dimensión de Función Social muestra una mejor percepción por parte de la persona con 55,37 puntos y con menos puntuación el componente rol emocional con 38,99 puntos.

Estos resultados indican que, a pesar de ser una enfermedad limitante, todavía más de la mitad de los pacientes con enfermedad cerebro vascular, tienen conservadas su estado de ánimo que les permite hacer más llevadera esta enfermedad.

La Salud Mental es un eje importante para la afrontación de las secuelas de un evento como este, que es el ACV. A pesar de que la mayoría de adultos refieren tener regular calidad de vida, aún persiste un porcentaje de adultos con mala calidad de vida donde es necesario trabajar el componente de rol emocional.

Teniendo en cuenta los ítems de cada componente, en la presente investigación se observa que los adultos con ACV en la calidad de vida según la dimensión física, en la función física más de la mitad es muy limitada y un poco limitada al levantar o acarrear bolsas de compra, subir varios pisos por la escalera, caminar varias cuadras, bañarse o vestirse y mover una mesa.

También en el rol físico más de la mitad refieren que redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo, es limitado en su trabajo u otra actividad. En dolor corporal manifiesta más de la mitad tuvo dolor

en alguna parte del cuerpo y sobre su salud general más de la mitad siente que su salud no es buena y que va a empeorar.

Frente a lo que investiga, la familia cumple un rol importante en ayudarlos a que cumplan sus actividades físicas y la enfermera debe ser una educadora permanente con la familia para satisfacer las necesidades de adulto con ACV.

En cuanto a la calidad de vida del adulto con ACV según la dimensión de salud mental, se observa que, en vitalidad más de la mitad refiere que muy poco tiempo se sintió agotado, casi todo el tiempo sintió mucha energía, ánimos. En la función social, más de la mitad de adultos con ACV refieren que sus problemas emocionales han dificultado moderada o bastante sus actividades sociales. En el rol emocional, más de la mitad de los adultos refieren que la mayor parte del tiempo o a veces han tenido que disminuir su tiempo dedicado a su trabajo; sienten que hubieran logrado algo más de lo que querían, han realizado su trabajo con menos cuidado que antes. En la salud mental, más de la mitad refieren que muy poco tiempo se sintieron nerviosos, decaídos o tristes, por el contrario, casi todo el tiempo se sintieron tranquilos y calmados.

Por ello, es importante que el personal de enfermería trabaje de manera individual con el paciente con ACV para fortalecer esta dimensión, y educar a la familia sobre su importancia en el ámbito psicológico de su familiar con ACV, así mismo trabajar de manera interdisciplinaria con psicología.

CONCLUSIONES

- Respecto a las características del paciente que sufrió un evento de enfermedad cerebro vascular, se concluye que en su mayoría pertenece al sexo femenino, conviviente, de nivel de estudios secundarios y realizan una labor independiente.
- Se hizo el análisis estadístico, y se obtuvo como resultado que la mayoría de los pacientes con enfermedad cerebral vascular, se encuentran gozando de buena calidad de vida.
- Sobre la salud física de los adultos con ACV, el 35% goza de buena calidad de vida, el 45,5% refiere regular calidad de vida y el 19,5% refiere mala calidad de vida. Siendo los componentes con mejor pronóstico: Función Física (48,9%) y Dolor Corporal (40%); no obstante, los componentes con mayor riesgo fueron: Rol Físico (57,8%) y Salud General (48,9%), cuyos porcentajes van de regular a mala calidad de vida.
- Respecto a la salud mental de los adultos con ACV, el 22,3% refiere gozar de buena calidad de vida, 47,7% regular calidad de vida y el 30% mala calidad de vida. Siendo el componente más afectado: Rol

Emocional (51,1%), los componentes con menor compromiso de afectación fueron: Vitalidad (42,2%), Función Social (57,8%) y Salud Mental (57,8%) que indican regular calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- A la alta dirección del Hospital Regional de Moquegua, asignar un presupuesto para la programación, realización de campañas de promoción y prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación de pacientes que sufrieron un Accidente Cerebrovascular.
- Al profesional de Enfermería sentirse motivado, sensibilizado y brindar los cuidados de enfermería de manera personal e integral, teniendo calidad y calidez con la finalidad de que las personas que sufrieron un Accidente Cerebrovascular que fueron incapacitadas en alguna dimensión puedan rehabilitarse e insertarse a la sociedad con las menores secuelas o no presentar secuelas.
- Al médico jefe del área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Moquegua, de la prioridad a los pacientes pos Accidente Cerebrovascular, asignándoles un personal calificado para realizar la intervención en las áreas afectadas, y de ser los casos un personal que pueda realizar las intervenciones en el domicilio para acelerar el proceso de recuperación e inserción a la sociedad.

- A los familiares de los pacientes que sufrieron un Accidente Cerebrovascular brindar cuidados en el hogar, dando prioridad al Componente de Salud Física sin dejar de lado la Salud Mental de la persona.
- A las personas que sufrieron un Accidente Cerebrovascular, comprender la complejidad de su padecimiento, teniendo la paciencia, persistencia y constancia al momento de la rehabilitación, para lograr resultados satisfactorios y mejor reincorporación a la sociedad y ejercicio laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares [Internet]. [subido 2014; citado 2018 abr 23]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
2. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2007 Ago [citado 2018 jun 14]; 12: 11-24. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
3. Govantes Y, Bravo T. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico. Hospital Julio Díaz Gonzáles. Rev Cub Med Fis Rehab [Internet]. 2014 [citado 2018 may 12]; 6(2): 113-25. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/v6n2_14/mfr04214.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. [citado 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

5. Puentes IC. Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares de origen extracraneal. Rev. Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2014 [citado 2018 abr 3]; 15(2): 66-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v15n2/ang02214.pdf>

6. Coordinación de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Accidente Cerebrovascular. Boletín 12 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud, Gobierno de Entre Ríos, Unidad de Gestión de Programas; [subido 2017 feb 12, citado 2018 ago 14]. Disponible en: <http://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2013/05/Boletin-ECNT-N°-12-Febrero2017.pdf>

7. División for Heart Disease and Stroke Prevention. Hoja informativa sobre los accidentes cerebrovasculares [Internet]. EEUU: Centros para el Contro y la Prevencion de Enfermedades [setiembre 2017]. Disponible en https://www.cdc.gov/dhdsp/spanish/fs_stroke_spanish.htm

8. Alianza por la salud alimentaria. Obesidad y diabetes predisponen accidentes cerebrovasculares: informe OCDE [Internet]. México; [publicado 2015 jun 18; citado 2018 ago 12]. Disponible en:

<https://alianzasalud.org.mx/2015/06/obesidad-y-diabetes-predisponen-accidentes-cerebrovasculares-informe-ocde/>

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; [publicado 2014 mar 21; citado 2018 set 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

10. Martínez I, Ortiz J. Evaluación del riesgo cardiovascular en el adulto mayor [Tesis de pregrado en Internet]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2016 [citado 2018 may 2]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/86/1/Evaluación%20del%20riesgo%20cardiovascular%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf>

11. Observatorio Nacional de Salud. Informe Técnico: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Colombia: Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 2018 oct 5]. 212p. ISSN: 2346-3325. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>

12. LaVoce. Enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Venezuela [Internet]. Italia; 2017 [citado 2018 jul 2]. Disponible en: <https://voce.com.ve/2017/07/31/255995/enfermedadescardiovasculares-son-la-primera-causa-de-muerte-en-venezuela/>
13. Roa L. Calidad de vida y discapacidad en la enfermedad cerebrovascular: una entidad olvidada. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 ago 13]; 27(2): 77-78. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000200001
14. Moncada S. La enfermedad cerebrovascular es tratable [Internet]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2016 [citado 2018]. Disponible en: <http://web2016.cmp.org.pe/la-enfermedad-cerebrovascular-es-tratable/>
15. Dávalos L, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: Una enfermedad prevalente olvidada y desatendida [carta]. Rev Peru Med

Exp Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 2018 jul 15]; 31(2): 393-401.
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a40v31n2.pdf>

16. GERESA Moquegua. Análisis de situación de Salud. [Internet].
Moquegua: Oficina de Epidemiología. 2016 [citado 2018 mar 15].
Disponible en:
<http://www.saludmoquegua.gob.pe/web/images/ASIS/asis%20Moq%202016.pdf>

17. DIRESA Moquegua. Análisis de situación de Salud [Internet].
Moquegua: Oficina de Epidemiología. 2014 [citado 2018 marzo 15].
Disponible en:
<http://www.saludmoquegua.gob.pe/web/images/ASIS/asis%20Moq%202014.pdf>

18. Gobierno Regional Moquegua. Análisis de situación de salud Hospital Regional Moquegua 2014 [Internet]. Moquegua: Hospital Regional Moquegua, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Estadística e Informática. 2015 Jun [citado 2018 mar 15]. 119p.
Disponible en:
<http://www.hospitalmoquegua.gob.pe/portal/recursos/EPI/ASIS%202014.pdf>

19. Villano S. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [tesis de grado en internet]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 2018 abr 25]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/754/1/villano_ls.pdf
20. Chaves F, Medina M. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular en Latinoamérica. Rev. Ecuat Neurol [Internet]. 2004 [publicado 2016 oct 03; citado 2018 may 16]; 13(3):1-2. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/03/Epidemiología-de-la-Enfermedad-Cerebrovascular-en-Latinoamérica.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. 2014 [citado 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/es/>
22. Díaz M. Niveles de Depresión y Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que posee implante de marcapasos [tesis de grado en internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2015 [citado 2018 may 15]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7065>

23. Retamal H, Arredondo J, Domínguez E, Mac Donald H, Olguín K. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. Rev Psicogeriatría [Internet]. 2015 [citado 2018 may 15]; 5(2): 77-83. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0077_0083.pdf
24. Olano R. Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal Chiclayo, 2014 [tesis de grado en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2015 [citado 2018 may 17]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/354>
25. Sánchez A, Pando R, De la Maza J, González G, Bernal E, Lozano A. Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. Rev Finlay [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 may 17]; 8: 18-25. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf03108.pdf>
26. Gana J, Sobarzo M. estudio de calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico [tesis de grado en internet]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina. 2006 [citado 2018

jun 24]. Disponible en:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/gana_j/sources/gana_j.pdf

27. Anicama A, Vásquez 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. Rev Med Panacea [Internet]; 2012 [citado 2018 ago 7]; 2(2): 45-49. Disponible en:
<http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/download/81/58/>

28. Soto C. Percepción de la calidad de vida en pacientes que han sufrido Ictus [tesis de doctorado en Internet]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Departamento de Fisioterapia, Programa de Fisioterapia Manual. 2012 [citado 2018 jul 14]. Disponible en:
<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/18801/PERCEPCION%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20PACIENTE%20QUE%20HAN%20SUFRIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Silva A, Támara C, Álvarez A, Londoño M, Alonso M. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte [Internet]; 2009

[citado 2018 feb 15]; 25: 73-79. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a07.pdf>

30. Díaz V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo A, Illanes S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico. Rev Neurol [Internet]. 2008 [citado 2018 jun 26]; 46(11): 652-55. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/200915.pdf>

31. Meza Y, Fernandez O, Hernandez T, Parada Y. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. Medisur [Internet]. 2016 [citado 2018 set 23]; 46(11): 652-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500007

32. Leguizamón P. Prevalencia de factores de riesgo en accidente cerebro vascular isquémico [tesis de especialidad en internet]. Paraguay: Universidad Nacional de Itapua, Facultad de Medicina, Escuela de Post Grado. 2014 [citado 2018 jun 19]. Disponible en: <http://medicinauni.edu.py/wp-content/uploads/2015/03/Prevalencia-de-factores-de-riesgo-en-accidente-cerebro-vascular-isquuu00E9mico.pdf>

33. Olivares P, Rojas A. Incidencia Hospitalaria de la Hemorragia Intracerebral Espontánea en las distintas regiones de Chile entre los años 2003-2007 [tesis de pregrado en internet]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Kinesiología. 2010 [citado 2018 jul 17]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117072/Tesis%20HICE%202003%20-%202007.pdf?sequence=1>
34. Mayo Clinic. Accidente cerebrovascular [Internet]. [citado jun 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>
35. La Torre P. Incidencia de factores de riesgo y etiología de enfermedad cerebro vascular isquémica en pacientes de entre 15 y 45 años en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo 2011-2016 [Proyecto de Investigación de especialidad en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina, Unidad de Segunda Especialidad en Medicina. 2017 [citado 2018 jul 27]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2745>
36. Mina J, Moran H, Navarrete J, Nañez L, Orozco A, Ortiz D, et al. Rehabilitación en accidente cerebrovascular [Internet]. Colombia:

Universidad Tecnológica de Pereira. 2013 [citado 2018 set 4].
Disponibile en: <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/04/1.-Guía-Rehabilitacion-ACV.pdf>

37. Instituto Cardiovascular CLINICOR. Accidente cerebrovascular [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 abr 2]. Disponible en: <https://www.espaciologopedico.com/noticias/det/1543/accidente-cerebrovascular-acv.html>

38. Pomagualli F. Impacto de la intervención farmacéutica en el paciente adulto mayor con enfermedad cerebro vascular del servicio de Neurología del Hospital del IESS de Riobamba [tesis de grado en Internet]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Ciencias, Escuela de Bioquímica y Farmacia. 2013 [citado 2018 ago 17]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3085/1/56T00422.pdf>

39. Accidentes cardiovasculares [Internet]. 2013 Set [citado 2018 abr 2]. Disponible en: <http://acv2894.blogspot.com/2013/09/accidentes-cardiovasculares-los.html>

40. Sociedad Valenciana de Neurología. Escalas [internet]. [citado junio 2018]. Disponible en: <https://www.svneurologia.org/fc/ictusescalas.pdf>
41. Documentación de enfermería. Medición de signos neurológicos. Escala de Glasgow [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2011 [citado 2018]. Código: PD-GEN-71. Disponible en:
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+\(escala+de+Glasgow\).pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital+GregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+(escala+de+Glasgow).pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital+GregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true)
42. Grupo Neuro-Ictus. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Escala NIHSS National Institute of Health Stroke Score [Internet]. Disponible en: <http://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/nihss.pdf>
43. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Como prevenir un accidente cerebrovascular (Stroke) [Internet]. Maryland: Instituto

Nacional de Salud Bethesda, Departamento de Salud y Servicios Humanos. 2016 Dic [citado 2018 jun 13]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/previniendo_la_apoplejia.htm

44. World Health Organization. Handbook of Basic Documents. En: Arostegui I, Nuñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36) (*). Estadística española [Internet]. 2008 [citado 2018 set 13]; 50(167): 147-192. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D877%2F728%2F167_6.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=877%2F728%2F167_6.pdf&ssbinary=true

45. Peiró S. La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Documentación Social. Salud y Equidad [Internet]. 2002 [citado 2018 may 2]; 127: 67-95. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7637312/la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-en-la-investi...>

46. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 Abr [citado 2017 abr 15]; 19(2): 135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-91112005000200007
47. Alonso J et al. Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) [Internet]. España: Institut Municipal d'Investigació Mèdica. 2003 [citado jun 2018]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
48. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007

ANEXOS

ANEXO N° 01

RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8247-2018-FACS/UNJBG
Tacna, 06 de abril del 2018

VISTO:

El Informe N° 56-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 56-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017**, presentado por la Est. Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Victoria Nora Vela de Córdova;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.


De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;


SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017**, presentado por la Est. Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Sara Elizabeth Pacheco Rios, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. María Patricia Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Mgr. Yemile del Carmen Berrios Espejo
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

Somos estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, de la Facultad de Ciencias de la Salud, especialidad Cuidado de Enfermería de Emergencias y Desastres. Pido su participación en forma anónima para el desarrollo de mi tesis titulado: Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017. Lea cuidadosamente cada pregunta y por favor conteste con honestidad la respuesta que crea conveniente. Marque con una (X).

1. **Edad:** 20 – 39 años () 40 -59 años () 60 años a + ()

2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

4. **Estado civil:** Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()

5. **Grado de Instrucción:** Ilustrada () Primaria () Secundaria ()
Superior ()

6. **Ocupación:** Ama de casa () Agricultor () Trabajo Independiente ()
Trabajo Dependiente ()

ESTADO DE SALUD

CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, *escriba la mejor respuesta posible*. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que *su Salud es*:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está *su Salud ahora?*

Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿ Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el último mes ¿ Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de *su salud física*?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la <i>cantidad de tiempo</i> dedicada a su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo <i>menos</i> de lo que le hubiera gustado hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo <i>limitado</i> en su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tuvo dificultad</i> para realizar su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante el último mes ¿ Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de *problemas emocionales* (sentirse deprimido o con ansiedad) ?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el <i>tiempo</i> dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha <i>logrado hacer menos</i> de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo su trabajo u otra actividad con <i>menos cuidado</i> que el de siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante el último mes, ¿ En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales normales* con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

7.-¿ Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

8.- Durante **el último mes** ¿ Hasta que punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) ?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo muy decaído que nada lo anima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.- Durante **el último mes** ¿ **Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre la mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

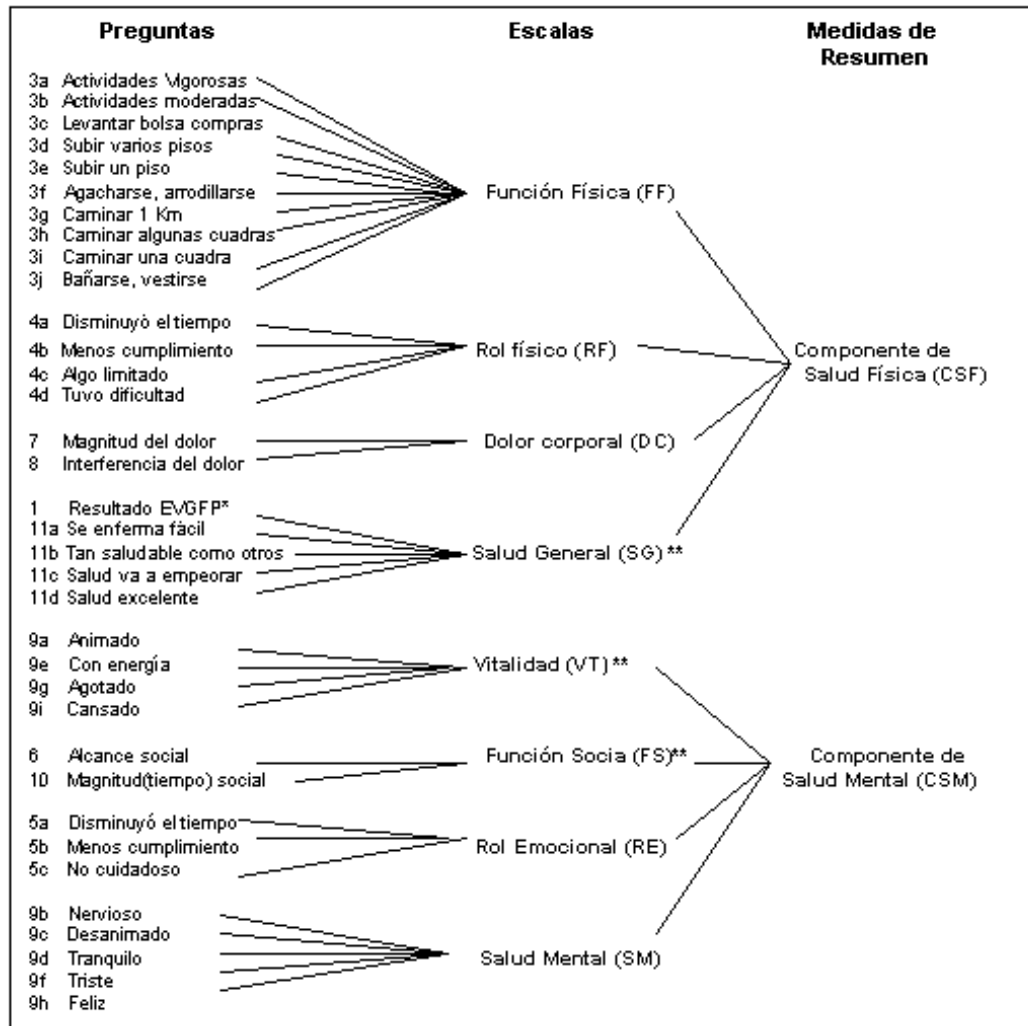
11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable como cualquiera persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N°03

MODELO DE MEDICIÓN DEL SF 36



Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD.1994

*EVPGF= Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor.

** Correlación significativa con otras Medidas de Resumen

ANEXO N°04

RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO SF 36 V 2 DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE ACUDE AL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, AÑO 2017.

1. DIMENSIÓN SALUD FÍSICA

Función Física: 10 ítems.

Leyenda:

NL: No, No Limitada.

UPL: Si, Un Poco Limitada.

ML: Si, Muy Limitada.

Nº	ITEMS	ML	UPL	NL	TOTAL
3.	Esfuerzos Intensos: Correr, levantar objetos pesados, etc.	9	17	19	45
4.	Esfuerzos Moderados: Mover una mesa, barrer, etc.	10	16	19	45
5.	Levantar o acarrear bolsa de compras	10	15	20	45
6.	Subir varios pisos por las escaleras	11	15	19	45
7.	Subir un solo piso por la escalera	9	15	21	45
8.	Agacharse, arrodillarse o inclinarse	10	16	19	45
9.	Caminar más de 10 cuadras	9	16	20	45
10.	Caminar varias cuadras	10	14	21	45
11.	Caminar una cuadra	9	15	21	45
12.	Bañarse o vestirse	9	15	21	45

Rol Físico: 04 ítems.

Leyenda:

N: Nunca.

PV: Pocas Veces.

AV: Algunas Veces.

MPT: La Mayor Parte del Tiempo.

S: Siempre.

Nº	ITEMS	S	MPT	AV	PV	N	TOTAL
13.	Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo	9	16	20	0	0	45
14.	Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer	9	16	19	1	0	45

15.	Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad	8	18	14	4	1	45
16.	Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad	8	15	18	3	1	45

Dolor Corporal: 02 ítems.

Leyenda:

MP: Muy Poco.

L: Leve.

M: Moderado.

S: Severo.

MS: Muy Severo.

Leyenda:

DNM: De Ninguna Manera.

UP: Un Poco.

M: Moderadamente.

B: Bastante.

M: Mucho

Nº	ITEMS	MS	S	M	L	MP	TOTAL
21.	Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes	3	5	18	12	7	45
Nº	ITEMS	M	B	M	UP	DNM	TOTAL
22.	Hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales	3	7	12	14	9	45

Salud General: 06 ítems.

Leyenda:

E: Excelente.

MB: Muy Buena.

B: Buena.

R: Regular.

M: Mala.

Leyenda:

MM: Mucho Mejor.

AM: Algo Mejor.

I: Igual.

AP: Algo Peor.

P: Peor.

Leyenda:

DF: Definitivamente Falso.

CSF: Casi Siempre Falso.

NS: No Sé.

CSC: Casi Siempre Cierto.

DC: Definitivamente cierto

Nº	ITEMS	M	R	B	MB	E	TOTAL
1.	Diría Ud. que su salud es	11	14	12	6	2	45
Nº	ITEMS	P	AP	I	AM	MM	TOTAL
2.	Comparando su salud un año atrás: Como esta su salud	5	12	18	8	2	45
Nº	ITEMS	DC	CSC	NS	CSF	DF	TOTAL
33.	Me enfermo con más facilidad que otras personas	3	15	10	11	6	45
34.	Estoy tan saludable como cualquier persona	1	9	11	18	6	45
35.	Creo que mi salud va a empeorar	2	14	10	15	4	45
36.	Mi salud es excelente	1	12	6	21	5	45

2. DIMENSIÓN SALUD MENTAL

Vitalidad: 04 ítems.

Leyenda:

S: Siempre.

CTT: Casi Todo el Tiempo.

UP: Un Poco.

MPT: Muy Poco Tiempo.

N: Nunca.

Nº	ITEMS	N	MPT	UP	CTT	S	TOTAL
23.	Se sintió muy animoso	4	10	11	13	7	45
27.	Se sintió con mucha energía	3	12	7	18	5	45
29.	Se sintió agotado	2	21	11	10	1	45
31.	Se sintió cansado	2	22	12	9	0	45

Función Social: 02 ítems.

Leyenda:

DNM: De Ninguna Manera.

UP: Un Poco.

M: Moderadamente.

B: Bastante.

M: Mucho.

Leyenda:

S: Siempre.

MPT: La Mayor Parte del Tiempo.

AV: Algunas Veces.

PV: Pocas Veces.

N: Nunca.

Nº	ITEMS	M	B	M	UP	DNM	TOTAL
20.	En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social	7	15	15	7	1	45
Nº	ITEMS	N	PV	AV	MPT	S	TOTAL
32.	Cuanto tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales	2	10	13	16	4	45

Rol Emocional: 03 ítems.

Leyenda:

N: Nunca.

PV: Pocas Veces.

AV: Algunas Veces.

MPT: La Mayor Parte del Tiempo.

S: Siempre.

Nº	ITEMS	S	MPT	AV	PV	N	TOTAL
17.	Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad	8	14	18	4	1	45
18.	Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido	8	14	18	5	0	45
19.	Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre	8	16	16	5	0	45

Salud Mental: 05 ítems.

Leyenda:

S: Siempre.

CTT: Casi Todo el Tiempo.

UP: Un Poco.

MPT: Muy Poco Tiempo.

N: Nunca.

Nº	ITEMS	N	MPT	UP	CTT	S	TOTAL
24.	Estuvo muy nervioso	3	20	11	8	3	45
25.	Estuvo muy decaído que nada lo anima	3	18	11	11	2	45
26.	Se sintió tranquilo y calmado	3	9	9	18	6	45
28.	Se sintió desanimado y triste	2	18	10	13	2	45
30.	Se ha sentido una persona feliz	1	14	9	16	5	45

ANEXO N°05

Consentimiento Informado

Yo.....

...expreso voluntariamente mi consentimiento para participar de este estudio: Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017.

Dado que he recibido toda la información necesaria acerca del trabajo de investigación y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo para mi persona ya sea en mi vida privada ni profesional. Dejo constancia con mi firma de la aceptación de mi participación.

.....

Firma

ANEXO N°06

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como Objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema: “Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del *ítem en* términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					

Firma del Experto

PROCEDIMIENTO:

1. Se construye una tabla donde los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° DE ÍTEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	4	5	4,8
2	5	4	5	5	4	4,6
3	4	5	5	5	5	4,8
4	5	5	5	5	4	4,8
5	4	4	5	4	5	4,4
6	5	5	5	5	5	5,0
7	5	5	5	5	5	5,0
8	4	4	5	5	4	4,4
9	5	5	5	5	5	5,0

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{En DPP} = (x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + (x-y_3)^2 + \dots + (x-y_9)^2$$

$$\text{Este estudio DPP} = 1$$

3. Determinar la distancia máxima (D_{máx.}) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.
4. La D_{máx.} se divide entre el valor máximo entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de:

Hallado con la fórmula:

$$D_{\text{máx.}} = (x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + (x_3-1)^2 + \dots + (x_9-1)^2$$

$$D_{\text{máx.}} = 11.29$$

Donde X = Valor máximo de la escala de ítems (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con este valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D_{máx.} Dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación Total

C : Adecuación Promedio.

D : Escasa adecuación.

E : Inadecuación.

A.

0,00 2,25

B.

2,26 4,51

C.

4,52 6,77

D.

6,78 9,03

E.

9,04 11,29

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso mío, el valor DPP fue 1 cayendo en la zona “**A**”, lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N°06-A

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5 ✓
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 ✓
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4 ✓	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5 ✓
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4 ✓	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5 ✓
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5 ✓
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4 ✓	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5 ✓
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					
.....					

Firma del Experto


 Dra. María C. Jiménez Gómez
 ENFERMERA
 CEP 4118 INE. 977

ANEXO N°06-B

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?				X	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?				X	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					



Firma del Experto

ANEXO N°06-C

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5 X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5 X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5 X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5 X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5 X
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5 X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5 X
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5 X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					

Firma del Experto


 Luz Marina Roque Velásquez
 ENFERMERA
 C.E.P. 57148

ANEXO N°06-D

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	X	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	X
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	X	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					

Firma del Experto


Yuliana R. Flores Medina
ING. EN INGENIERIA
COP. 57214

ANEXO N°06-E

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

(Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017)

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendré que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					

Firma del Experto


 Lic. Mario M. Nina Ramos
 ENFERMERO EMERGENCISTA
 CEP. 54971 REE. 6090

ANEXO N°07

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se hizo en el Hospital Ilo. Los instrumentos aplicados en la presente investigación, fueron aplicados a los pacientes con de enfermedad cerebro vascular identificados en el año 2017, se hizo firmar y la aceptación del paciente. Se tomó en cuenta la población teniendo en cuenta las mismas características a la población objeto de estudio.

El propósito de la prueba piloto es conocer la fiabilidad de los instrumentos, así como para proporcionar las bases necesarias para la prueba de validez y confiabilidad.

CONFIABILIDAD

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de varianza, aplicando la prueba piloto cuyos resultados son los siguientes:

VARIABLE 1: Calidad de Vida en paciente con enfermedad cerebro vascular.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,901	36

Considerando los resultados del alfa de Cronbach, se obtiene 0,901; el cual es bueno según el criterio de George y Mallery (2003, p 231). Entonces se dirá que el instrumento de medición tiene consistencia interna.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017.

AUTOR: Lic. Sara Elizabeth Pacheco Ríos.

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la calidad de vida actual mediante el Cuestionario SF 36, en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>OG: Describir la calidad de vida actual mediante el Cuestionario SF 36, en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Hi: La calidad de vida es mala, evaluada mediante el Cuestionario SF 36, en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.</p> <p>Ho: La calidad de vida no es mala, evaluada mediante el Cuestionario SF 36, en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Calidad de vida del adulto con accidente cerebro vascular</p>	<p>El presente trabajo de investigación no experimental, descriptivo, prospectivo de corte transversal.</p> <p>Instrumento:</p> <p>A. Características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Grado de instrucción. - Procedencia <p>B. Cuestionario SF-36</p> <ul style="list-style-type: none"> - Función Física - Rol Físico - Dolor corporal - Salud general - Vitalidad - Función Social - Rol Emocional - Salud Mental

