



REVISTA GALEGO-PORTUGUESA DE
PSICOLOGÍA E EDUCACIÓN

Vol. 15, 2, Ano 11^o-2007 ISSN: 1138-1663

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE CALIDAD DE VIDA (ENCV) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)

Luis A. C. R. MAIA *¹

António Pedro COSTA**

*Universidade da Beira Interior

**Universidade de Salamanca

Data de recepción: 11/05/2007

Data de aceptación: 21/11/2007

RESUMEN:

En este artículo procuramos hacer una reflexión profundizada relativa a las temáticas de la Calidad de Vida (CV) en Pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).

La EVC se refiere a cualquier disfunción cerebral, producto de un proceso patológico que envuelva los vasos sanguíneos, e es presentada como una de las principales causas de muerte o incapacidad pos-accidente.

La necesidad de una adecuada evaluación de aspectos como la Calidad de Vida es fundamental para un plano de rehabilitación adaptado a cada enfermo.

En este artículo presentamos algunas de las propuestas más utilizadas en nuestros tiempos para la evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).

PALABRAS CLAVE: EVC, neuropsicología; actividades de vida diaria

SUMMARY:

In this article we tried to make a deepened reflection relative to the thematic of Life Quality Activities in Patients who suffered a stroke.

A stroke is related with any cerebral dysfunction, product of a pathological process that surrounds the blood vessels, and is presented / displayed like one of the main causes of death or post-accident incapacity.

The necessity of a suitable evaluation of Quality of Life is fundamental for an adapted rehabilitation plane to each patient.

In this article we presented some of the most used proposals in our times for the eva-

¹ La correspondencia relativa a este artículo debe ser enviada para Luis Maia, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, 6200- Covilhã – Portugal. lmaia@ubi.pt, lmaia.gabinete@gmail.com

luation of Quality of Life in Patients who suffered a stroke.

KEY WORDS: EVC, Neuropsychology; Daily-life activities

INTRODUCCIÓN

La EVC se refiere a cualquier disfunción cerebral, producto de un proceso patológico que envuelva los vasos sanguíneos (Brust, 2000; Victor, Ropper, & Adams, 2000). Los ictus podemos clasificarlos en hemorrágicos (hemorragia) o oclusivos (taponamiento de un vaso sanguíneo). La hemorragia puede ser intraparenquimatosa o subaracnoidea mientras que las oclusiones pueden ser trombóticas o embólicas (Bogousslavsky & Hommel, 1993; Kase, 1993).

El ictus hemorrágico puede producirse de una hemorragia extraparenquimatosa (por ej. debido a rotura de aneurismas en el polígono de Willis dando lugar a hemorragias subaracnoideas) o por una hemorragia intraparenquimatosa (por ej. secundaria a rotura de vasos afectados por una hipertensión prolongada) (Brust, 2000). La misma hemorragia, debido al efecto de masa producido por el hematoma intracerebral en la irrigación del tejido cerebral adyacente, puede causar isquemia o en casos más graves infarto (Bogousslavsky & Hommel, 1993).

Si la insuficiencia del riego sanguíneo (isquemia) es transitoria, la situación clínica puede resolverse sin que se produzcan signos anatomopatológicos de lesión (Brust, 2000). Cuando la situación de isquemia es grave y se desarrolla durante mucho tiempo, se produce muerte neuronal (infarto) (Brust, 2000; Victor et al., 2000).

Ambos tipos de ictus pueden desarrollarse a cualquier edad y por diversos motivos tales como traumatismos, infección, malformación vascular, cardiopatía, neoplasia, discrasia san-

guínea, toxinas exógenas y enfermedad inmunitaria (Brust, 2000).

Por diversos motivos la EVC puede ocasionar demencia (Bogousslavsky, 2002; Brust, 2000; Victor et al., 2000). Uno de ellos podría relacionarse con lesiones en la convexidad hemisférica (área irrigada por la arteria cerebral media), que pueden provocar trastornos cognitivos o del comportamiento. Un infarto en la área del tálamo o en la área temporal inferomedial puede producir amnesia y las lesiones en la área irrigada por la arteria cerebral anterior suelen originar trastornos de memoria y abulia (Brust, 2000; Victor et al., 2000). Por otro lado, cierto tipo de patologías en los vasos más pequeños que afectan la sustancia blanca, provocan alteraciones del comportamiento y de la marcha, incontinencia urinaria, parálisis pseudobulbar y signos piramidales. Se constata que los infartos múltiples pueden originar efectos aditivos que podrán desencadenar procesos demenciales (Brust, 2000; Lezak, 1995).

Las EVC constituyen la causa más importante de incapacidad funcional crónica ocupando el tercer lugar en causas de muerte de la población adulta de los Estados Unidos (MacKenzie & Chang, 2002). Se estima que aproximadamente dos millones de personas están incapacitadas debido a secuelas neurológicas producidas por EVC (Brust, 2000).

En Inglaterra, el ictus es la causa principal de incapacitación de personas adultas. En Hong Kong se estima que, al menos, 12000 personas por año sufren un ictus y que dentro del grupo de supervivientes, 55 a 70% necesitan de programas de rehabilitación (MacKenzie & Chang, 2002).

Este tipo de patología causa más muertes e incapacitaciones que cualquier otra enfermedad (con la excepción de las enfermedades cardiacas y del cáncer) (Lezak, 1995). A pesar de las estadísticas en relación al número de personas incapacitadas, hoy en día, está aumentando

el número de personas que sobrevive a un ictus y que consigue rehacer su vida a pesar de las secuelas (Tengs, Yu & Luistro, 2001).

En relación al grado de discapacidad provocado por un ictus, estudios de Clark & Opit (1994), muestran que con el aumento de la edad el nivel de dependencia del paciente aumenta considerablemente. Un tercio de la muestra de los pacientes entre 65 y 74 años y prácticamente la mitad de los mayores de 75 años se quedará dependiente, con un grado severo de incapacidad, necesitando ayuda frecuente de otra persona en actividades de vida diaria.

En España, el ictus tiene una prevalencia que se sitúa alrededor de 200/100.000 habitantes año, constituyendo la segunda causa de mortalidad (siendo la primera causa de muerte en la mujer) y es la patología neurológica invalidante más prevalente en la población adulta (Gállego, Martínez-Vila, Zubiri, Irigoyen, & Villanueva, 2000). Dentro de la incidencia de pacientes afectados por un ictus, 15% son de tipo hemorrágico, la proporción en sujetos jóvenes de este tipo de ictus alcanza 40-50% (Bevan, Sharma, & Bradley, 1990).

A pesar de una mejor prevención en la adquisición de los factores de riesgo vascular por parte de la población, existe en los últimos años, como consecuencia de un envejecimiento progresivo de la población, un incremento de la prevalencia y incidencia del ictus (Gállego et al., 2000). Este problema sanitario puede controlarse de una forma más efectiva, si por todos los medios sociales se informara que el ictus es una emergencia médica tratable (Gállego et al., 2000).

El perfil temporal es una de las características clínicas más importantes de las enfermedades cerebro vasculares. Gracias a su característica típica de evolución aguda (debido a la agudeza con la que inicia y su rápida evolución hasta llegar al punto máximo de daño), se derivó el nombre de “accidente” para hablar clínicamente de estos trastornos vascu-

lares (Patten, 1996). Una de las manifestaciones más frecuentes de este tipo de enfermedad es la hemiplejia. Sin embargo, esta manifestación clínica también puede tener su causa en otras patologías, como por ejemplo, abscesos, tumores o enfermedades desmielinizantes (Patten, 1996).

El interés actual por los aspectos psicosociales del concepto de salud ya apuntados en la definición de la OMS en 1948 como “*un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la mera ausencia de enfermedad*”, hace obligatorio hablar de la de vida como un incremento de la calidad con o sin enfermedad (Fernández López & Hernández Mejía, 1993). Siguiendo la idea desarrollada por Carod Artal (1999) podremos definir Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS) como: “*el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, el estado funcional, la percepción y las consecuencias sociales debidas a una enfermedad, un accidente o a una decisión política, social o sanitaria*”.

Actualmente, debido a la considerable variedad de enfermedades que afectan la circulación cerebral, la neuropsicología desempeña un papel fundamental en la formulación del diagnóstico y de toda una línea de intervención terapéutica específica para cada subtipo de estas manifestaciones clínicas.

ESPECIFICIDAD DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de las diversas aplicaciones de la neuropsicología en este ámbito, destacando el proceso de evaluación neuropsicológica (EN), se puede definir por ser un procedimiento objetivo donde a través de instrumentos estandarizados el neuropsicólogo intenta explorar características de las funciones cognitivas superiores (memoria, lenguaje, concentración, etc.) y características comporta-

mentales del paciente (Lezak, 1995; Tranel, 1993). Los datos de la EN son bastante útiles a la hora de valorar los puntos débiles y fuertes de las capacidades cognitivas y comportamentales de los pacientes, ya que es muy importante la exploración de la relación entre el daño cerebral y el comportamiento del individuo (Pliskin & Sworowski, 2003). Si se logra obtener datos relevantes de esta relación, estos serán facilitadores del diagnóstico y ayudarán a aclarar qué tipo de proceso terapéutico y rehabilitación se podrá desarrollar con cada paciente específico (Lezak, 1995; Tranel, 1993).

Hablando de los particulares de la Evaluación Neuropsicológica de la Calidad de Vida (ENCV) en patología vascular cerebral, cuando ocurre un ictus, como consecuencia de las alteraciones neurológicas generadas, el individuo se ve afectado (de forma temporal o permanente) en las capacidades para desarrollar sus actividades en el entorno social y familiar (Astroem & Asplund, 2002). Así, podremos considerar como 4 grandes ámbitos importantes a ser explorados dentro de la ENCV: **funcional** (la capacidad de atenderse por sí mismo, la capacidad para llevar a cabo las tareas diarias habituales, su grado de actividad física, etc.), **físico** (síntomas físicos resultantes de la enfermedad o por su tratamiento), **psicológico** (funcionamiento cognitivo, estado anímico, nivel de satisfacción vital, autoestima, etc.) y **social** (interacción con su entorno y grado de aislamiento social) (Carod Artal, 2003; Visser, Koudstaal, Erdman, Deckers, et al., 1995; Linda S. Williams, Weingerger, Harris, & Biller, 1999).

La inclusión de elementos psicosociales en la ENCV es importante para que el cuadro de déficits e incapacidades experimentadas pos-ictus sea más completo y realista. Estos pacientes expresan una serie de consecuencias sociales negativas, tales como incremento del aislamiento social y pérdida de autoestima (Tennant, Geddes, Fear, Hillman, & Chamberlain, 1997).

Una medida de CVRS para ser integral debe tener en cuenta la percepción del paciente de su estado de salud y de qué forma ese estado se relaciona con el desarrollo de las actividades de su vida diaria (Tennant et al., 1997).

En seguida se presenta un breve resumen de los diversos trabajos hechos relacionados con la calidad de vida e ictus (Cadro 1).

Un estudio longitudinal de 1 año, hecho por Li, Young, & Hu, (2001) tuvo como objetivo comparar la calidad de vida de un grupo de sujetos normativos (grupo control) con un grupo de supervivientes de ictus.

En la primera evaluación los resultados obtenidos actuaron como los valores de base para toda la investigación comparativa. Los pacientes expresaron menos problemas a nivel familiar o a nivel de matrimonio, teniendo la percepción de que recibían más apoyo social en comparación con el grupo control. Sin embargo, 1 año después, los pacientes que funcionalmente se presentaban más deteriorados expresaron déficits acentuados en las dimensiones de apoyo social y relacional con la familia y con su pareja (Li et al, 2001). Este cambio pasado 1 año podrá justificarse por el fenómeno de "burnout" de los cuidadores (casi siempre familiares) de estos pacientes. Este mismo fenómeno, muy desequilibrador desde el punto de vista psicológico, obtiene repercusiones en la cohesión familiar (Draper, Poulos, Poulos, & Ehrlich, 1996; Li et al., 2001; Tyerman, Hobbs, & Measures, 1994).

Por otro lado, la severidad del ictus provoca un deterioro en la autoestima del paciente que, por su parte, se repercute en una subestimada percepción del apoyo social y familiar realmente recibido (Li et al., 2001; Sisson, 1992). Los autores también concluyeron que los niveles de exigencia de las necesidades en la vida eran bastante inferiores en el grupo de pacientes en relación al grupo control. Tal resultado se debe a un proceso consciente de adaptación a los niveles de stress después de

un ictus por parte de los supervivientes (Li et al., 2001), produciéndose de este modo una

percepción de vida y del concepto de salud muy distinto del grupo control.

Cadro 1. Revisión bibliográfica del tema calidad de vida y ictus

AUTORES	PROPIEDADES DEL TRABAJO
Lawrence (1979)	Hizo un estudio con 45 supervivientes y sus cuidadores tres años después del ictus, describiendo las principales secuelas observadas en estos casos
Robinson y cols. (1985)	Desarrollo del Examen de la Función Social proporcionando una medida cuantitativa del funcionamiento social premórbido de los pacientes con ictus
Niemi y cols. (1988)	Estudio de la calidad de vida en 46 supervivientes de un ictus cuatro años después de la ocurrencia de este
Vitonen y cols. (1988)	Estudio comparativo entre 60 sujetos sanos con 62 supervivientes de un ictus durante un periodo de 4 a 6 años
Soelberg Sorensen y cols. (1989)	Estudio prospectivo durante 5 años de 201 pacientes menores de 75 años ingresados por accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus menor
Friedland (1987)	Utilizando el Cuestionario de Apoyo Social para supervivientes de ictus examinó la relación existente entre apoyo social utilizado y disfunción psicococial
Glass y cols. (1993)	Estudio prospectivo en 46 pacientes de un primer ictus observando que el nivel de apoyo social percibido por el paciente predecía el cambio en su estado funcional
Greveson y cols. (1991)	Mediante el Perfil de Salud de Nottingham, el Índice de Actividades de Frenchay y el Índice de Barthel (IB), evaluaron la calidad de vida en 82 supervivientes y 44 cuidadores
Nydevik y cols. (1991)	Aplicación del SIP en Suecia en 57 supervivientes con edad media avanzada para determinar el grado de disfunción subjetiva, seis a nueve meses después de un ictus
Visser y cols. (1995)	Comparación de varias medidas de calidad de vida en sujetos tras un ictus o infarto de miocardio con controles
Hochstetbach (1996)	Administración del SIP en 165 supervivientes y sus cuidadores a los 5 años de un ictus
Hayashi y cols. (1995)	Estudio prospectivo de la calidad de vida de 1015 pacientes en Japón tras un ictus
Astrom y cols. (1992)	Evaluación a los tres años de un ictus de 50 supervivientes (Suecia) y una muestra de 294 sujetos de la población general de igual edad
deHann y cols. (1995)	Aplicación del SIP en 441 supervivientes de ictus a los seis meses observando un deterioro más acentuado del dominio físico que del psicococial
King y cols. (1996)	Realización de un corte transversal en 86 supervivientes, entre un periodo de 1 a 3 años tras un ictus, estimando que las variables que predecían la calidad de vida post-ictus eran la depresión, el estado funcional y el apoyo social percibido
Duncan y cols. (1997)	Mediante el MOS-36, hicieron un estudio comparativo de la salud de 304 pacientes afectados por un ictus menor y 184 AITs con 654 personas sin historia pasada de ictus
Dorman y cols. (1997)	Aplicación del cuestionario EUROQol en 130 pacientes y sus cuidadores habiéndose observado un grado de concordancia entre ambos grupos mayor para las tareas del cuidado personal y movilidad y peor para la evaluación del estrés psicológico
Willer y cols. (1998)	Exploración del grado de bienestar subjetivo en 1417 pacientes con ictus y una muestra de 1439 sujetos sanos (estudio transversal Noruego)
Kwa y cols. (1996)	El estudio de la influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida tras un ictus isquémico (estudio realizado con 129 sujetos mediante una escala de análogos visuales)
Benit Ahsio y cols. (1984)	Exploración clínica durante un periodo de 2 años (Suecia) de 96 pacientes afectados por un ictus con edad media de 71 años
Carod Artal y cols. (2000)	Realización de un corte transversal en 116 supervivientes. Fue observado, al año del ictus, un deterioro en la calidad de vida relacionada principalmente con el grado de incapacidad y la presencia de depresión post-ictus
Hackett y cols. (1991-1992)	Evaluación de la calidad de vida en 639 supervivientes de un ictus (utilizando un grupo control de 310 personas) a los seis años de este a través del cuestionario de Salud SF-36
Estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento (2002)	Con la medida RyFF de bienestar psicológico se estudió 5395 ancianos mayores de 65 años, entre ellos, 330 supervivientes de ictus. Las personas con ictus demostraban un sentimiento de bienestar inferior al de la población anciana

Basado en: Carod Artal, 2003

Estudios como los de Mackenzie e Chang (2002), utilizando el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (SIP) como instrumento de medida, relatan que pasados tres meses de un ictus, la capacidad funcional

física es el predictor más fuerte de la calidad de vida de los pacientes. Quedó demostrado que los predictores sociales, a pesar de no haber sido trabajados de la misma forma exhaustiva, tienen importancia para que la rehabilitación

funcional de los pacientes se desarrolle de forma más rápida y eficiente. En este mismo estudio, pasado el periodo de un año, fueron diagnosticados algunos casos de depresión.

Como predictor de CVRS, la satisfacción con el apoyo social está relacionada con el estado funcional del sujeto, así como con sus necesidades personales, siendo este último punto una dimensión que es siempre subjetiva. Comprobándose de esta forma la gran importancia que tiene el evaluar la percepción que tiene el superviviente del ictus del apoyo social que está recibiendo más que el valorar el número de personas que forman ese grupo de soporte social (Change & Mackenzie, 1998; Jaracz & Kozubski, 2003; Kelly Hayes & Paige, 1995; King, 1996).

La mayoría de las investigaciones en este ámbito, han explorado los pacientes únicamente en una fase posterior al ictus, olvidando la relación de la situación previa (estilo de vida y acontecimientos vitales) con la situación consecutiva al ictus (Martín González, Ortiz de Salazar, Peris Martí, Valiente Ibiza, & Sala Corbí, 2000).

Trabajos como el de Martín González e colaboradores (2000), en que el objetivo planteado fue valorar la relación entre la percepción del apoyo social, la percepción de la calidad de vida y la presencia de acontecimientos vitales estresantes previos al ictus, con la percepción de la calidad de vida, percepción del

apoyo social y la situación funcional posteriores a dicho acontecimiento, son de hecho una excepción. Este estudio prospectivo incluyó pacientes de cualquier edad e sexo con el diagnóstico de EVC aguda (34 pacientes con edad media de 71,7, de los cuales 19 varones y 15 mujeres), entre los periodos de enero de 1995 hasta febrero de 1995 y enero de 1996 hasta octubre de 1996.

Como metodología utilizada se ejecutó dos valoraciones, la primera a través de una entrevista personal durante las primeras 36 horas tras el ictus y la segunda algunos meses después del alta hospitalaria por, entrevista telefónica. Los datos recogidos en la primera valoración relatan la situación del paciente en los meses previos al ictus: filiación, situación laboral, nivel de escolarización, valoración de la calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham - PSN), antecedentes personales, estilo de vida, apoyo social percibido, acontecimientos vitales (inventario de Holmes & Rake) y situación funcional (escala de Rankin) (Martín González et al., 2000). En la segunda entrevista, se intentó explorar los cambios en la situación personal, familiar y social, aplicando nuevamente el PSN, la escala de Rankin y la escala de apoyo social. En las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las dimensiones del PSN, se constata que la dimensión mejor puntuada en la primera evaluación ha sido el aislamiento social, observándose que el mismo se deteriora significativamente en un segundo momento tras el ictus (cadro 2).

Cadro 2. Puntuaciones obtenidas por los pacientes en las dimensiones del PSN

Domínio	1ª evaluación	2ª evaluación	P
Movilidad	37 ± 28,3	36,5 ± 34	NS
Sueño	31,18 ± 31	28,2 ± 34	NS
Dolor	26,18 ± 29	27,5 ± 34	NS
Energía	36,2 ± 39	41,1 ± 43	NS
Aislamiento social	9,4 ± 20	21,1 ± 30	0,037
Estado emocional	28,7 ± 21	24,4 ± 27	NS
NS: no significativa			

Fuente: Martín González et al, 2000

No se obtuvo relación entre la puntuación de esta dimensión en el segundo momento de evaluación y ninguna de las variables estudiadas en la evaluación inicial, los autores estaban en situación de concluir que el ictus es el responsable de la situación de aislamiento social y consecuente pérdida de apoyo social de los pacientes y no de las características de vida de su situación previa (Martín González et al., 2000). Otro hallazgo interesante de este estudio, fue que no se ha encontrado ninguna relación entre el estrés psicosocial derivado de acontecimientos vitales previos al ictus con la situación funcional, calidad de vida o el apoyo social posteriores al mismo. Únicamente se han encontrado datos que relacionan la presencia de trastornos de sueño previos al acontecimiento del ictus con una peor calidad de vida posterior.

No obstante, existen autores que defienden el llamado estado de sufrimiento psicológico como predictor de un posible ictus isquémico fatal para la vida de una persona (Carney & Freedland, 2002). El sufrimiento psicológico es un término muy subjetivo y de amplio abarcamiento clínico (frustración, tristeza, ansiedad, etc.), pudiendo referirse tanto a respuestas emocionales esperadas frente a situaciones desfavorables como a trastornos psiquiátricos. Estos mismos autores, Carney e Freedland (2002) comentan un estudio hecho por May e colaboradores (2002), donde a través del acompañamiento durante 14 años de 2201 sujetos varones, habiendo evaluado a los mismos en distintos momentos, con el instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-30) (para clasificarlos como poseedores o no poseedores de “sufrimiento psicológico”). Concluyeron que el “sufrimiento psicológico” sería un factor de riesgo independiente para un ictus isquémico fatal. Este factor estaría relacionado con la exposición a un momento de mayor sufrimiento comprendido temporalmente en el intervalo de seguimiento entre una evaluación y la siguiente o por un nivel de sufrimiento muy intenso justo antes de suceder el ictus fatal (Carney & Freedland, 2002).

Si la depresión en personas mayores podrá tener su origen o sus síntomas exacerbados debido a una EVC, eso nos explicaría la existencia de una relación entre depresión e ictus, ya que las dos enfermedades se desarrollarían debido a que comparten un origen vascular cerebral (Alexopoulos et al., 1997). A pesar de que la mayoría de los síndromes relacionados con el “sufrimiento psicológico” ya han sido estudiados como potenciales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o vasculares cerebrales, la depresión es, sin duda, el tema sobre el cual se han realizado más investigaciones (Carney & Freedland, 2002).

DEPRESIÓN POS ICTUS

La depresión pos ictus es aquella que de forma independiente más afecta la calidad de vida del paciente y suele desarrollarse más comúnmente en los casos de mayor severidad de ictus (Chemerinski, Robinson, Arndt, & Kosier, 2001; Grigsby, Kaye, Kowalsky, & Kramer, 2002; Morris & Robinson, 1993).

Este trastorno da lugar a una serie de adversidades en los supervivientes de ictus, que se demuestran en el deterioro de diversas dimensiones de calidad de vida. La área esencialmente más afectada es la social, donde se menoscaba el desenvolvimiento del paciente en actividades sociales (King, 1996; Parikh et al., 1990).

Consecutivamente al ictus, relatos producidos en entrevistas a los supervivientes expresan, en la mayoría de los casos, que los valores de autoestima funcionan como un fuerte predictor de los futuros déficits funcionales (Change & Mackenzie, 1998; Hosking, Marsh, & Friedman, 2000; Morris & Robinson, 1993).

METODOLOGÍA EN ENCV

A la hora de escoger los instrumentos para evaluar la calidad de vida después de un ictus

nos encontramos con algunos problemas metodológicos, como por ejemplo: la utilización de indicadores objetivos versus indicadores subjetivos; puntuaciones agregadas versus perfiles; indicadores de calidad de vida genéricos frente a instrumentos específicos de enfermedad, entre otros (Carod Artal, 1999, 2003).

Los instrumentos específicos tienen la ventaja de lograr una mayor sensibilidad clínica sobre los problemas y cambios en la calidad de vida de los sujetos con problemas específicos de salud, teniendo la desventaja de no permitir comparaciones entre los datos exploratorios de las distintas enfermedades (Haan, Aaronson, Limburg, Hower, & Crevel, 1993; Haan, Horn, Limburg, Meulen, & Bossuyt, 1993).

La elección de una medida de CVRS genérica o específica tiene que ver con lo que queremos explorar como clínicos (por ej., en el primer caso, la comparación de pacientes de ictus con pacientes de otro tipo de enfermedad Linda S. Williams et al., 1999).

La evaluación más subjetiva para valorar la calidad de vida puede ser desarrollada a partir de cuestionarios auto-administrados; estos mismos cuestionarios pueden ser aplicados por un profesional de la salud o por un familiar del paciente. Como forma de construir una metodología más objetiva se han desarrollado pruebas psicométricas que miden parámetros indicadores de calidad de vida (entrevista estructurada y diversos cuestionarios escritos) (Mahoney & Barthel, 1965). De forma más específica, la entrevista estructurada, al certificar todas las contestaciones, tiene la ventaja de evitar la pérdida de información. Sin embargo, tiene la desventaja de consumir mucho tiempo y ser poco reproducible.

La mayoría de los estudios tradicionales sobre calidad de vida en el ictus han utilizado una metodología de evaluación basada en ins-

trumentos genéricos, como el caso del Perfil de Salud SF-36 o el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (SIP) (Carod Artal, 1999).

En seguida presentaremos algunos ejemplos de instrumentos utilizados en metodologías de investigación para evaluar CVRS.

ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

Es un instrumento que valora la capacidad del paciente para realizar actividades de vida diaria después de sufrir un ictus (cadro 3). Las actividades comprenden dimensiones personales como el desplazamiento, alimentación, vestimenta, el baño, manejo del sanitario, subir escaleras y control anal y vesical (Mahoney & Barthel, 1965).

Es utilizado para evaluar las secuelas motoras de supervivientes de ictus. Aplicando el instrumento en dos momentos distintos (antes y después de la rehabilitación física) podemos valorar el nivel de recuperación de estos sujetos. Demuestra ser muy útil para la observación por parte del clínico del avance del paciente en cuanto al desarrollo de habilidades funcionales en las distintas tareas a que se compromete en su rutina diaria y, consecuentemente, para evaluar qué tipo de programa de rehabilitación es el más adecuado dependiendo del paciente (Rojas Huerto, 2000).

GENERAL QUALITY OF LIFE INVENTORY (GQOLI)

Escala de 64 ítems con cinco posibilidades de valoración cada uno. Es un instrumento de tipo genérico que evalúa aspectos de salud física, aspectos psicológicos, funciones sociales y dimensiones sobre las condiciones de vida del paciente. Las puntuaciones más elevadas describen una mejor calidad de vida (Li et al., 2001).

Cadro 3. Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado o por otra persona	
Lavado (baño):			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido:			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo:			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición:			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción:			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete:			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón):			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n:			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
Subir y bajar escaleras:			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:		* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	Puntuaci3n Total: * Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.

Basado en: Mahoney & Barthel (1965)

ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE FRENCHAY (FAI)

Los autores de esta escala de calidad de vida (Holbrook & Skilbeck, 1983) tenían

como objetivo principal de su trabajo medir el grado de incapacidad que afecta el estilo de vida de supervivientes de un ictus pertenecientes a la clase media de la cultura occidental. Este instrumento fue desarrollado para ser administrado en pacientes ancianos y consta

de quince ítems, valorados con puntuación de uno a cuatro en su forma original, midiendo dos conceptos (incapacidad instrumental dentro o fuera de casa y handicap social). Se pregunta la frecuencia de cada tarea con relación a los últimos tres o seis meses. Esta escala puede ser aplicada por el propio sujeto o por un profesional clínico; el tiempo estimado para la administración es de 5 minutos.

El orden de los ítems y puntuación original fueron modificados por Wade (*Carod Artal, 2003*); en la actualidad los quince ítems son valorados de cero a tres y, como consecuencia, su rango de valores oscila de cero a cuarenta y cinco. Más tarde fue modificado el punto de corte (Sharpe, Hawton, Seagroatt, Bamford, & et al., 1994), siendo indicadora de alteración grave en las actividades instrumentales la puntuación menor o igual a 25.

Haciendo un estudio más pormenorizado del contenido de los ítems, Bond e colaboradores (*in Carod Artal, 2003*) propusieron una estructura factorial 2x2 (tareas domésticas/trabajo fuera de casa; pasatiempos domésticos/ actividades placenteras fuera de casa) basada en dos aspectos principales: actividades dentro de la casa (como son por ejemplo, lavar ropa, cocinar, lavar platos y limpiar el polvo) y actividades fuera de casa (mantenimiento del coche, del jardín, paseos, salidas y compras).

PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

Este instrumento es un cuestionario constituido por 38 ítems que evalúa la calidad de vida con relación a la salud, midiendo seis dimensiones: sueño, movilidad física, energía, dolor, aislamiento social y reacciones emocionales (Hunt, McEwen, & McEwen, 1981). El intervalo de puntuaciones varía de 0 a 100; cuanto mayor es la puntuación peor es la salud y calidad de vida percibidas.

Cada ítem aporta una situación de malestar que podrá ser relevante o no para el paciente. La respuesta es dicotómica (sí / no), debiendo el sujeto contestar afirmativamente cuando el contenido del ítem refleja su estado de salud actual y contestar no en los casos inversos (Hunt et al., 1981).

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES JÓVENES CON ICTUS HEMORRÁGICO

Esta escala fue desarrollada con el objetivo de evaluar específicamente la calidad de vida de estos pacientes afectados por ictus hemorrágicos (Hamedani et al., 2001). La versión más reciente contiene 54 ítems agrupados en siete dominios: funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, aspecto general, actividades sociales y de placer, relacionamientos y, por último, bienestar emocional. Existe una pregunta al final de cada dominio (sin puntuación) en la que el paciente contesta de qué forma y en qué grado (ligeramente / enormemente), han influido en su calidad de vida, por ejemplo, los cambios en sus capacidades físicas o funcionamiento social. La escala termina con una pregunta abierta, también sin puntuación, donde el sujeto puede hablar de otros aspectos que considera afectados tras el ictus (*Carod Artal, 2003*; Hamedani et al., 2001). La escala consta de buena fiabilidad y buena consistencia interna (*Carod Artal, 1999*).

Esta escala fue desarrollada debido a la constatación de que los pacientes jóvenes afectados por una hemorragia cerebral presentan características que los hacen distintos de los pacientes afectados por un ictus isquémico. En la mayoría de los casos tienen un índice de mortalidad más acentuado en la fase aguda (30% a 60% de los casos), pero si sobreviven, el 70% demuestra resultados de adquisición de una mayor independencia en las actividades de vida diaria (Douglas & Haerer, 1982; Kase, 1993).

**EL PERFIL DE LAS CONSECUENCIAS
DE LA ENFERMEDAD DE 30 ÍTEMS
ADAPTADO PARA EL ICTUS (SA- SIP30)**

Este instrumento, del cual es autor Marilyn Bergner (Beer, Bobbitt, Pollard, Martin, & Gilson, 1976; Vázquez Barquero et al., 1991), fue desarrollado con el objetivo de analizar los cambios en el comportamiento de un individuo tras una enfermedad y el grado de disfunción como consecuencia de la misma. Siendo un instrumento de uso genérico, también ha sido utilizado en pacientes supervivientes de ictus. Se basa en la percepción y actitud desarrollada por el propio sujeto en relación a los efectos que la enfermedad ha producido sobre sus actividades de vida diaria (MacKenzie & Chang, 2002).

La contribución de las dimensiones psicológicas del SIP podrá ser importante para poder predecir la CVRS todavía en una fase precoz (identificación de los “handicaps” psicosociales que tendrán que ser trabajados en rehabilitación) (MacKenzie & Chang, 2002; Vázquez Barquero et al., 1991). Una de las limitaciones del SIP es su tiempo de aplicación (más de 30 minutos en un anciano con ictus). Debido a esto, se desarrolló la escala SA-SIP30, con treinta ítems divididos entre ocho subescalas, que se define como un instrumento adaptado a la población con ictus (Carod Artal, 2003; MacKenzie & Chang, 2002). Muchos autores consideran tanto al SA-SIP30, como a la versión original más larga (SIP) como una escala más para medir incapacidad que como un instrumento para medir calidad de vida. La justificación de estas opiniones podría ser el hecho de que el SA-SIP30 explora la conducta observable en lugar de la percepción subjetiva del concepto de salud. En el SA-SIP30, las respuestas son dicotómicas (sí / no), estando los 30 ítems introducidos en ocho subescalas: cuidado corporal y movimiento, movilidad, deambulación, interacción social, comportamiento emocional, alerta, comunicación, y cuidados del hogar. Las puntuaciones puedan oscilar

entre el 0 y 100 %, donde las más elevadas indican un estado de salud y calidad de vida peores (Carod Artal, 2003).

Estudios de exploración clínica con SA-SIP30 han presentado que un valor mayor de 40 en la dimensión física del SIP30 o una puntuación global del SIP30 mayor de 33 revelaba pacientes con una incapacidad severa, necesitados de ayuda para su movilidad y para los cuidados de higiene o alimentación (Carod Artal, 2003).

**LA ESCALA DE LAS CONSECUENCIAS
DEL ICTUS (ECI), VERSIÓN 2.0**

Este instrumento está constituido por 64 ítems, divididos en ocho dominios: fuerza, función manual, movilidad, actividades básicas de vida diaria, emoción, comunicación, memoria y participación social. Se puede añadir las puntuaciones de los cuatro dominios físicos, para crear una única puntuación (Carod Artal, 2003). Esta escala fue desarrollada para evaluar las consecuencias del ictus en pacientes que padecieron de un ictus leve o moderado, permitiendo evaluar los cambios en la recuperación de los mismos. Las puntuaciones obtenidas en cada dominio están comprendidas entre 0 y 100; un valor más elevado predice un estado de salud mejor. Al final del cuestionario, la ECI aporta una pregunta que evalúa la percepción global del paciente sobre su estado de recuperación. Posee una buena validez discriminativa para sus dominios y el efecto techo no es tan visible como en el Índice de Barthel (Carod Artal, 1999, 2003).

**ESCALA DE LAS CONSECUENCIAS
DEL ICTUS-16 (ECI-16)**

Como ya fue dicho anteriormente, los 28 ítems de los cuatro primeros dominios del ECI pueden añadirse para que constituyan un único dominio físico. Posteriormente, se

desarrolló una versión reducida de este mismo dominio físico llamada Escala de Las Consecuencias del Ictus-16 (ECI-16) constituida por 16 ítems (Carod Artal, 1999, 2003). Si analizamos las propiedades del ECI-16 (cadro 4) en comparación con el índice de Barthel, la ECI-16 es un instrumento que ve aumentada la medición del número de activi-

dades de vida diaria, conteniendo ítems de acciones físicas más complejas. Como la escala ECI-16 fue diseñada específicamente para evaluar los déficits físicos de pacientes con ictus, es mucho más sensible a las limitaciones de grado leve que el IB (desarrollado para evaluar pacientes crónicos severamente incapacitados) (Carod Artal, 1999, 2003).

Cadro 4. Escala ECI-16

	En las últimas dos semanas, cual fue el grado de dificultad para :
a	Vestirse la parte superior de su cuerpo
b	Ducharse solo
c	Ir al a baño a tiempo
d	Controlar su vejiga (sin tener un accidente)
e	Controlar su intestino (sin tener un accidente)
f	Permanecer de pie sin perder el equilibrio
g	Ir de compras
h	Hacer las faenas pesadas de la casa como barrer, lavar, etc.
i	Permanecer sentado sin perder el equilibrio
j	Caminar sin perder el equilibrio
k	Ir de la cama a la silla
l	Caminar rápido
m	Subir un par de escaleras
n	Caminar una manzana
o	Entrar o salir de un coche
p	Transportar objetos pesados, como la bolsa de la compra, con su mano afectada

1. no pude hacerlo; 2. fue muy difícil; 3. fue difícil; 4. tuve una pequeña dificultad; 5. ninguna dificultad

Fuente: Carod Artal, 2003

ESCALA ESPECIFICA DE CALIDAD DE VIDA PARA ICTUS (SS-QOL)

Debido a los problemas creados por los instrumentos genéricos de medida de CVRS

para evaluación de enfermedades específicas como es el caso de EVC, se desarrolló el SS-QOL (específica para el ictus) (Linda Williams et al., 1999). Este instrumento fue desarrollado a través de un estudio con

pacientes tras sufrir un ictus isquémico. El SS-QOL incluye 49 ítems divididos en doce dominios: movilidad, roles familiares, idioma, humor, energía, visión, pensamiento, cuidados personales de higiene, roles sociales, productividad en el trabajo, personalidad y funciones superiores. Además de los ítems específicos de cada dominio, los pacientes contestan también a una pregunta independiente correspondiente a cada uno, de modo que se evalúe su CVRS global actual en comparación su situación previa al ictus (encontrarse igual / un poco peor/ mucho peor) (Linda S Williams et al., 1999).

Una de las razones para un buen resultado de predicción de la CVRS global en supervivientes de un ictus, podría ser el hecho de que este instrumento incorpora un largo espectro de ítems, que miden no solo aptitudes físicas si no también diversos tipos de perjuicios o impedimentos (Linda S. Williams et al., 1999). Esta escala reporta un mayor dominio explicativo de la situación real del paciente en comparación con otras escalas genéricas como es el caso de la SF-36 (Linda S. Williams et al., 1999).

ALGUNAS LIMITACIONES DE LOS MÉTODOS UTILIZADOS EN ENCV

El estudio de Tengs e colaboradores (2001) representa una revisión crítica sobre el rigor de los diversos métodos utilizados para medir la CVRS de supervivientes de ictus.

Uno de los aspectos que esta investigación maneja es el hecho de que cuando los instrumentos de medida sobrevaloran los niveles de calidad de vida, ese proceso desarrolla repercusiones a nivel del ingreso financiero encaminado para la prevención y tratamiento de ictus. Este ingreso se torna entonces deficitario a favor de otros aplicados a otras enfermedades (Tengs et al., 2001). Ese tipo de metodología, que sobrestima los niveles de calidad de vida de los supervivientes de ictus, no solo

desarrollan repercusiones desde el punto de vista económico, si no también desde el punto de vista social, ya que los resultados hacen que la sociedad atribuya una importancia inferior a la que debería atribuir a los cuidados de salud y rehabilitación necesarios para una persona tras sufrir un ictus (Tengs et al., 2001).

Los autores proponen que el grado de severidad del ictus debería ser el factor más relevante que, de forma lógica, lograrse diferenciar los resultados de CVRS. Sin embargo, constataron que los resultados de CVRS en algunos estudios con supervivientes de ictus leve tendrían similitudes con los resultados de estudios realizados con supervivientes que poseían diversos grados de ictus. Lo mismo pasaba con varios estudios en que la muestra estaba constituida por supervivientes de ictus moderado en comparación con estudios de CVRS de supervivientes con grado severo de ictus (Tengs et al., 2001).

En un gran porcentaje de los trabajos que presentan resultados de calidad de vida, los mismos están basados en valores de otros autores, tal hecho (en la opinión de los autores de esta investigación), es una buena forma de perpetuar errores.

Otra de las limitaciones que se constata en la presentación de los resultados de los estudios originales, es el hecho de que raramente los autores caracterizan la muestra de sujetos (sexo, edad, etc.). Además, muchos de los autores que utilizan datos de investigaciones más antiguas sobre ictus, raramente identifican en su trabajo el tiempo de antigüedad de esas evaluaciones donde fueron retirados los datos. Como consecuencia, en muchos de los estudios “actuales” que analizan la CVRS, se están utilizando resultados de características de ictus que se desarrollaron hace muchos años, produciéndose, como resultado, análisis incoherentes de la CVRS de las personas (Tengs et al., 2001).

Una cuestión crítica que puede ser elevada acerca de la validez de las medidas de CVRS

genéricas para evaluar los pacientes tras un ictus, son los aspectos que estos instrumentos evalúan, que de hecho, sean pertinentes para los propios pacientes. Por ejemplo, si una escala genérica no evalúa la destreza de los movimientos o comunicación, entonces, ¿cómo va a poder predecir los perjuicios de esas dimensiones en la rutina diaria y salud de los supervivientes de ictus? (Linda S. Williams et al., 1999).

DETERIORO COGNITIVO Y REHABILITACIÓN NP

De forma general, cuando existen lesiones en el hemisferio cerebral izquierdo tras un ictus, es frecuente que se desarrollen síndromes depresivos en los pacientes (cerca del 50% de los supervivientes empiezan a desarrollar trastornos graves de humor entre los 6 meses a los 2 años después del ictus) (Robinson & Price, 1982). El tratamiento clínico de los casos de depresión ha demostrado lograr consecuencias positivas en la rehabilitación de funciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales de supervivientes de ictus (Carney & Freedland, 2002).

En relación con lesiones del hemisferio cerebral derecho, pueden surgir casos de anosognosia, principalmente si la afección está localizada en la corteza parietal inferior derecha. Casos de infarto en el giro cingulado o en el área motora secundaria causan un síndrome conocido como mutismo acinético, que se caracteriza por la inexpresividad facial, falta de comunicación verbal y gestual y falta de movimientos (Pliskin & Sworowski, 2003; Tranel, 1993).

A través de afecciones de una de las vías sensoriales (agnosias) o por una afección de múltiples vías (amnesia), dependiendo de la área neuroanatómica afectada como consecuencia de EVC, se evidencian otro tipo de déficits importantes que son los de memoria (Pliskin & Sworowski, 2003; Tranel, 1993).

Lesiones, principalmente a nivel del lóbulo frontal, se expresan en déficits de las funciones ejecutivas (capacidad para juzgar, planeamiento de acciones futuras, etc.). A título particular, las lesiones en la corteza de la región orbito-frontal acarrear consecuencias y características peculiares para el desarrollo de un plan de intervención o rehabilitación específicos (Pliskin & Sworowski, 2003).

En EVC suelen desarrollarse distintos trastornos del lenguaje. Las formas más frecuentes son afasias y apraxia. También son corrientes los déficits de percepción y atención como es el caso de las afecciones de las vías visuales con sus repercusiones NP (agnosia visual perceptiva, negligencia, etc.) (Tranel, 1993).

Es a través de la reorganización de las funciones cognitivas que se proporciona la recuperación neuropsicológica, la cual se desarrolla a través del incremento de nuevas estrategias para subsanar las alteraciones secundarias al daño cerebral (Castillo, 2002).

Un dato importante en la rehabilitación, para que esta sea efectiva, es que no se limite tan solo a recuperar la función perdida, por ejemplo, el lenguaje, si no que también trabaje las que están relacionadas con la misma (esquema corporal, capacidad para verificar errores, habilidades visuoespaciales, etc.) (Wade, 1993).

El campo de la rehabilitación neuropsicológica, que es una disciplina bastante reciente en el tratamiento de casos de accidentes vasculares cerebrales, se expande utilizando estrategias de la psicología clínica, de la capacidad de medición objetiva y de la evaluación neuropsicológica con el rigor científico de la neuropsicología experimental. Tiene como meta la obtención de técnicas de intervención eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Tranel, 1993; Wade, 1993).

Estudios como el de Tatemichi (*in* Castillo, 2002) demuestran que algunos trastornos neu-

rológicos pueden beneficiarse si se inserta al paciente en rehabilitación cognitiva neuropsicológica. Este autor observó las alteraciones cognitivas de 227 pacientes después de haber sido acogidos en el hospital como consecuencia de una isquemia. Dentro de esta muestra de pacientes encontró alteraciones en 35,2% de ellos, de 4 o más de las 7 funciones evaluadas: lenguaje, orientación, memoria, habilidades visuoespaciales, habilidades verbales, razonamiento abstracto y tareas de atención.

Las funciones en las que observó una mayor alteración fueron la orientación, memoria, atención y lenguaje. Estos déficits se asociaron a síndromes corticales y a infartos en los territorios anterior y posterior de la arteria cerebral media izquierda. Los pacientes con más deterioro exhibían un alto nivel de dependencia hacia sus familiares (Castillo, 2002).

En los infartos en la arteria cerebral posterior e infartos talámicos se expresan alteraciones de la memoria declarativa. En casi la mitad de sus casos estuvo presente la desorientación; y la abulia estuvo asociada a lesiones talámicas, caudadas y capsulares (Castillo, 2002).

Un proceso de rehabilitación debe tener como uno de sus objetivos principales proporcionar la integración del paciente a su ambiente cotidiano y familiar. A través de la forma de rehabilitación llamada “*natural*”, se intenta abarcar los mismos procesos cognitivos afectados que se trabajan en la tradicional (programa elaborado para la recuperación de las habilidades cognitivas en la clínica), basándose esta en tareas específicas cotidianas como ir al supermercado, construyendo de este modo programas de compensación y restauración en esa misma actividad (Castillo, 2002).

CONCLUSIÓN

Los estudios científicos hechos en el ámbito de la ENCV en pacientes después de

sufrir un ictus, demuestran ser útiles para la comprensión de las reacciones del paciente ante la enfermedad y también son importantes para valorar la pertinencia de las intervenciones terapéuticas (Carod Artal, 1999). Diversos estudios presentan el grado de severidad del ictus como un factor predictor importante de CVRS estando el mismo relacionado con los niveles de deterioro valorados en las dimensiones físicas y psicológicas de los pacientes (Astroem & Asplund, 2002; King, 1996; Sisson, 1992; Sveen, Bautz Holter, Sodring, Wyller, & Laake, 1999).

La comparación entre las diferentes investigaciones sobre calidad de vida resulta complicada de hacer debido a la variedad de instrumentos aplicados. Se insta así la necesidad de desarrollar instrumentos específicos que evalúen calidad de vida en supervivientes de un ictus, para poder, a continuación del tratamiento en fase aguda, comparar los resultados obtenidos (Tengs et al., 2001).

Numerosas investigaciones hechas con el IB han considerado los supervivientes de un ictus con un resultado de IB ≥ 95 como recuperados, aunque cuando son evaluados con escalas de calidad de vida específicas para el ictus, siguen presentando incapacidades físicas residuales y cambios negativos en la calidad de sus vidas (Carod Artal, 2003; Tengs et al., 2001).

Debido a la importancia de los factores psicosociales en la calidad de vida es de crucial importancia involucrar la familia del paciente en los programas de rehabilitación desde una etapa temprana (MacKenzie & Chang, 2002). El apoyo social y soporte familiar son dos aspectos muy importantes para la promoción del ajuste comportamental y psicológico de los supervivientes de ictus de forma que los mismos logren “vivir” con la enfermedad (King, 1996).

La intervención clínica centrada en minimizar los efectos negativos consecuentes de

los cambios producidos en las capacidades cognitivas y comportamentales del paciente debe ser hecha de forma multidisciplinar (tratamiento biomédico, rehabilitación neuropsicológica e intervención Psicosocial).

En relación a sus capacidades prêmorbidas, el sujeto en la actualidad (pos tratamiento de la fase aguda) necesita manejar de forma realista y consciente sus limitaciones, caminando de esa forma en busca del objetivo de una mayor independencia y una mejor calidad de vida en su rutina diaria.

Existiendo la posibilidad de que con el tratamiento de la depresión se reduzca el riesgo de ictus fatales, es altamente recomendable que siempre que la misma sea diagnosticada, se dirijan los “esfuerzos” clínicos y el apoyo social para el tratamiento efectivo de la misma (Carney & Freedland, 2002).

Como objetivo más importante de la rehabilitación neuropsicológica beneficiamos del desarrollo de terapias específicas para cada una de las funciones cognitivas superiores, adonde a través de un método profesional y multidisciplinar logramos que el paciente se reincorpore a la sociedad sintiendo mejorada su calidad de vida (Castillo, 2002).

REFERENCIAS

- Alexopoulos, G., Meyeres, B., Young, R., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. (1997). “Vascular depression” hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, *54*, 915-922.
- Astroem, M., & Asplund, K. (2002). Handicap and quality of life after stroke. In J. Bogousslavsky (Ed.), *Long term effects of stroke* (pp. 25-50). New York, NY: Marcel Dekker, Inc.
- Beer, M., Bobbitt, R., Pollard, W., Martin, D., & Gilson, B. (1976). The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. *Med Care*, *14*, 57-67.
- Bevan, H., Sharma, K., & Bradley, W. (1990). Stroke in young adults. *Stroke*, *21*, 3820-3826.
- Bogousslavsky, J. (Ed.). (2002). *Long-term effects of stroke*. New York, NY: Marcel Dekker, Inc.
- Bogousslavsky, J., & Hommel, M. (1993). Ischemic Stroke Syndromes: clinical features, anatomy, vascular territories. In J. Harold P Adams (Ed.), *Handbook of Cerebrovascular Diseases* (Vol. 17, pp. 51-94). NY, USA: Marcel Dekker, Inc.
- Brust, J. C. M. (2000). Circulación arterial del cerebro. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz & T. M. Jessel (Eds.), *Principios de Neurociencia* (4 ed., pp. 1303-1316). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2002). Psychological Distress as a Risk Factor for Stroke Related Mortality. *Stroke*, *33*, 5-6.
- Carod Artal, F. J. (1999). Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus. *Rev Neurol*, *29*(5), 447-456.
- Carod Artal, F. J. (2003). *Specific instruments of evaluation of quality of life in stroke: a review*. Paper presented at the II International Congress of Neuropsychology in the Internet, <http://www.serviciodc.com/congreso/congreso/pass/conferences/Carod-Instr.html>.
- Castillo, A. (2002). Rehabilitación Neuropsicológica en el siglo XXI. *Rev Mexicana Neurociencias*, *3*(4), 223-229.
- Change, A., & Mackenzie, A. (1998). State self-esteem following stroke. *Stroke*, *29*, 2325-2328.

- Chemerinski, E., Robinson, R. G., Arndt, S., & Kosier, J. T. (2001). The effect of remission of poststroke depression on activities of daily living in a double blind randomized treatment study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 421-425.
- Clark, I., & Opit, L. (1994). The prevalence of stroke in those at home and the need for care. *J Public Health Med*, 16, 93-96.
- Douglas, M., & Haerer, A. (1982). Long-term prognosis of hypertensive intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 13, 488-491.
- Draper, B. M., Poulos, R. G., Poulos, C. J., & Ehrlich, F. (1996). Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(3), 227-231.
- Fernández López, J., & Hernández Mejía, R. (1993). Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)*, 101, 576-578.
- Gállego, J., Martínez-Vila, E., Zubiri, F., Irigoyen, M., & Villanueva, J. (2000). La enfermedad vascular cerebral en el año 2000. Unidad de Ictus. *Anales Sis San Navarra 2000*, 23(3), 11-18.
- Grigsby, J., Kaye, K., Kowalsky, J., & Kramer, A. M. (2002). Association of behavioral self-regulation with concurrent functional capacity among stroke rehabilitation patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 25-33.
- Haan, R. d., Aaronson, N., Limburg, M., Hower, R. L., & Crevel, H. v. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327.
- Haan, R. d., Horn, J., Limburg, M., Meulen, J. v. d., & Bossuyt, P. (1993). A comparison of five stroke scales with measures of disability, handicap, and quality of life. *Stroke*, 24, 1178-1181.
- Hamedani, A., Wells, C., Brass, L., Kernan, W., Viscoli, C., & Maraire, J. (2001). A quality of life instrument for young hemorrhagic stroke patients. *Stroke*, 32, 687-695.
- Holbrook, M., & Skilbeck, C. (1983). An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing*, 12, 166-170.
- Hosking, S. G., Marsh, N. V., & Friedman, P. J. (2000). Depression at 3 months post-stroke in the elderly: Predictors and indicators of prevalence. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 7(4), 205-216.
- Hunt, S., McEwen, S., & McEwen, J. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, 3, 221-229.
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324-329.
- Kase, C. S. (1993). Differential Diagnosis of Intracerebral Hemorrhage. In J. Harold P Adams (Ed.), *Handbook of Cerebrovascular Diseases* (Vol. 17, pp. 287-314). NY, USA: Marcel Dekker, Inc.
- Kelly Hayes, M., & Paige, C. (1995). Assessment and psychologic factors in stroke rehabilitation. *Neurology*, 45(2, Suppl 1), S29-S32.
- King, R. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27, 1467-1472.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3 ed.). NY: Oxford University Press.
- Li, L., Young, D., & Hu, Z. (2001). Longitudinal study of quality of life following stroke. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 11(4), 17-21.

- MacKenzie, A. E., & Chang, A. M. (2002). Predictors of quality of life following stroke. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 24(5), 259-265.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med J*, 14, 61-65.
- Martín González, R., Ortiz de Salazar, A., Peris Martí, A., Valiente Ibiza, E., & Sala Corbí, A. (2000). Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad vascular cerebral aguda, como factores predictores de la calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus. *Rev Neurol*, 30(8), 707-711.
- May, M., McCarron, P., Stansfeld, S., Ben-Shlomo, Y., Gallacher, J., Yarnell, J., Smith, G. D., Elwood, P. & Ebrahim, S. (2002). Does Psychological Distress Predict the Risk of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack? *Stroke*, 33, 7-12.
- Morris, P. L. P., & Robinson, R. G. (1993). The Psychiatric Consequence of Strokes, Including Poststroke Depression. In J. Harold P Adams (Ed.), *Handbook of Cerebrovascular Diseases* (Vol. 17, pp. 637-654). NY, USA: Marcel Dekker, Inc.
- Parikh, R., Robinson, R., Lipsey, J., Starkstein, S., Fedoroff, J., & Price, T. (1990). The impact of post-stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year follow-up. *Arch Neurol.*, 47, 785-789.
- Patten, J. (1996). *Neurological Differential Diagnosis* (2 ed.): Springer Verlag.
- Pliskin, N. H., & Sworowski, L. A. (2003). Neuropsychological Assessment of Patients with Cerebrovascular Accidents. In G. P. Prigatso & N. H. Plistin (Eds.), *Clinical Neuropsychology and cost outcome Research: A Beginning* (pp. 111-129). UK: National Academic of Neuropsychology.
- Robinson, R., & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13, 635-641.
- Rojas Huerto, E. (2000). *Influencia de la depresion en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de enfermedad vascular cerebral*. UNMSM.
- Sharpe, M., Hawton, K., Seagroatt, V., Bamford, J., & et al. (1994). Depressive disorders in long-term survivors of stroke: Associations with demographic and social factors, functional status, and brain lesion volume. *British Journal of Psychiatry*, 164, 380-386.
- Sisson, R. A. (1992). Cognitive and emotional function of stroke patients. In S. G. Funk & E. M. Tornquist (Eds.), *Key aspects of elder care: Managing falls, incontinence, and cognitive impairment* (pp. 300-308). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Sveen, U., Bautz Holter, E., Sodrings, K. M., Wyller, T. B., & Laake, K. (1999). Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 21(8), 372-377.
- Tengs, T. O., Yu, M., & Luistro, E. (2001). Health Related Quality of Life After Stroke - A Comprehensive Review. *Stroke*, 32, 964-972.
- Tennant, A., Geddes, J., Fear, J., Hillman, M., & Chamberlain, M. A. (1997). Outcome following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 19, 278-284.
- Tranel, D. (1993). The Role of Neuropsychology in the Diagnosis and

- Management of Cerebrovascular Disease. In J. Harold P Adams (Ed.), *Handbook of Cerebrovascular Diseases* (Vol. 17, pp. 613-636). NY, USA: Marcel Dekker, Inc.
- Tyerman, A. D., Hobbs, L., & Measures, A. C. (1994). Quality of life in family members of persons with chronic neurological disability. In M. R. Trimble (Ed.), (1994). *Epilepsy and quality of life* (pp. 33-48). New York, NY: Raven Press.
- Vázquez Barquero, J., Arias Bal, M., Peña, C., Díez Manrique, J., Ayesterán Ruíz, A., & Miró, J. (1991). El cuestionario "Perfil de impacto de la enfermedad" (SIP): Versión española de una medida del estado de salud. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 19, 127-134.
- Victor, M., Ropper, A. H., & Adams, R. D. (2000). *Principles Of Neurology* (7 ed.): McGraw-Hill Professional.
- Visser, M. C., Koudstaal, P. J., Erdman, R. A. M., Deckers, J. W., & et al. (1995). Measuring quality of life in patients with myocardial infarction or stroke: A feasibility study of four questionnaires in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(5), 513-517.
- Wade, D. T. (1993). Rehabilitation After Stroke. In J. Harold P Adams (Ed.), *Handbook of Cerebrovascular Diseases* (Vol. 17, pp. 673-688). NY, USA: Marcel Dekker, Inc.
- Williams, L. S., Weingerger, M., Harris, L. E., & Biller, J. (1999). Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology*, 53(8), 1839-1943.
- Williams, L. S., Weingerger, M., Harris, L. E., Clark, D., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life (SS-QOL) scale. *Stroke*, 30, 1362-1369.