

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA



**CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN
DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

PRESENTA:

LIC. PALOMA JAZMIN ANZURES MERCADO

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA GUADALUPE DELGADILLO RAMOS

TIJUANA, B.C., MÉXICO

JUNIO 2023

Votos aprobatorios

Tijuana, Baja California, a 23 de mayo de 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Directora de la tesis titulada **“Calidad de vida de personas con EVC isquémica: Valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente”** elaborada por **Paloma Jazmín Anzures Mercado**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerado por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DRA. MARÍA GUADALUPE DELGADILLO RAMOS
Directora

Tijuana, Baja California, a 02 de mayo del 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Calidad de Vida de personas con EVC Isquémica: Valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente", elaborada por Lic. Paloma Jazmin Anzures Mercado, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DRA. DEYSY MARGARITA TOVAR HERNANDEZ
Sinodal

Tijuana, Baja California, a 05 de mayo del 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Calidad de Vida de personas con EVC Isquémica: Valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente”**, elaborada por **Lic. Paloma Jazmin Anzures Mercado**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DR. DIEGO OSWALDO CAMACHO VEGA
Sinodal

C.c.p. Archivo

Dedicatorias

Esta tesis está dedicada a mi familia y a los pacientes entrevistados.

"Es frecuente que nuestras percepciones más vívidas acerca de un país extranjero provengan de una persona que lo ha visitado y vuelto para ofrecer su relato".

A. R. Luria

A mis padres: Gracias por el apoyo brindado a lo largo de mi vida, siempre han sido mi inspiración.

A mis hermanas de sangre y de vida: Diana A., Pamela A. y Hannah E., son luz en mi camino, es una alegría y un honor poder compartir con Uds.

A Fernando: Gracias por hacer equipo en el cuidado de mi pequeña mientras cursaba esta maestría.

Por último, a la pequeña más hermosa y valiente que he conocido, XSA: Eres mi motorcito, mis ganas de salir adelante; me quedo con todo nuestro amor (que es mucho y eterno), con tu alegría, tu tenacidad, y tu enseñanza de “vivir en el presente” poniendo mi plenitud y mi confianza en Dios. Te amo Miss Bubu...

Agradecimientos

Reconozco a los docentes y los administrativos de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), por la loable labor educativa que dirigen con entusiasmo y profesionalismo cada día, la congruencia y la excelencia con que se dirigen me motivaron todo este tiempo. Es importante mencionar que no siempre “querer es poder”, yo logré resultados gracias al apoyo incondicional que se me brindó durante todo este tiempo. Así mismo, quiero agradecer de manera especial, al Dr. Diego Oswaldo Camacho Vega, a la Dra. Deysy Margarita Tovar Hernández y a la Dra. Gisela Pineda García por darme la oportunidad entre muchos aspirantes de la primera generación de la maestría y seleccionarme “alumna”.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por brindarme una beca con la cual pude mantener durante este tiempo mis estudios y además financiar la investigación aquí presente, este logro también es de Ustedes.

Agradezco particularmente, a mi directora de tesis, la Dra. María Guadalupe Delgadillo Ramos por creer en mí y apoyarme cuando nadie más lo hizo; su paciencia, su tiempo y su valiosa experiencia se ven reflejados en esta investigación. De igual manera, agradezco al Dr. Francisco Gutiérrez Manjarrez, por abrirme las puertas del HGT y por el apoyo prestado en la realización de esta investigación.

Agradezco expresivamente a los pacientes participantes de esta investigación, por su tiempo y por su confianza al compartirme de primera mano los desafíos físicos y emocionales que enfrentan en su diario vivir y poder conocer el proceso de la enfermedad desde su perspectiva. Así mismo, agradezco a los familiares de estos participantes por tener la disposición y el tiempo para la realización de las entrevistas. Gracias por dejarme conocer el mundo que juntos ahora, tratan de conquistar.

Agradezco a mis compañeros de maestría, especialmente a Jaz, Nelly y Lety, este viaje no hubiera sido el mismo sin Uds. Gracias por hacer de este aprendizaje un proceso divertido y motivante.

GRACIAS A TODOS LOS INVOLUCRADOS.

Tabla de Contenidos

Votos aprobatorios.....	i
Dedicatorias	iv
Agradecimientos.....	v
Tabla de Contenidos	vi
Índice de Tablas y de Figuras	ix
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Planteamiento del problema	4
Marco teórico.....	8
Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).....	8
Factores de Riesgo y Condicionantes para la EVC	8
Clasificación General de la EVC.....	12
Clasificación de la EVC en función de la edad del paciente	14
Fases de la EVC en función del tiempo.....	14
Síntomas generales de la EVC.....	15
Secuelas en la EVC.....	16
Calidad de Vida (CV).....	18
Calidad de Vida y Enfermedad Vascul ar Cerebral (CV y EVC)	20
Escala s para la medición de la Calidad de Vida en pacientes con EVC	21
Estado del Arte	22
Preguntas de investigación	26
Objetivos de investigación	26
Justificación	27
Método.....	30
Diseño de investigación.....	30
Muestra	30
Criterios de inclusión.....	30
Criterios de exclusión	31
FLUJOGRAMA: Abordaje del paciente adulto con EVC isquémica en el HGT	31
Variables del estudio	34
Instrumentos	45
Cuestionario de Variables Sociodemográficas	45
Cuestionario de Variables de Salud.....	45

Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38)	46
Escala de Rankin Modificada (mRS)	48
Guión de Entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico	49
Equipo y Materiales	52
Recursos materiales	52
Recursos humanos	52
Financiamiento	53
Conflicto de intereses	53
Procedimiento	54
Consideraciones bioéticas	54
Reclutamiento - Trabajo de campo	54
Primer contacto - Consentimiento	56
Plan de análisis	58
Resultados	60
a) Descripción de variables	62
Variables sociodemográficas de los pacientes adultos con EVC isquémica	62
Variables de salud de los pacientes adultos con EVC isquémica	63
b) Análisis de las categorías y los códigos	64
1. Anécdota	67
2. Estado Físico	69
3. Emociones	72
3.1 Emoción-Ansiedad	72
3.2 Emoción-Desconcierto	73
3.3 Emoción-Frustración	74
3.4 Emoción-Grosería	75
3.5 Emoción-Tristeza	76
3.6 Emociones-Cambios	77
4. Social y Red de Apoyo	79
4.1 Relación-Amistades	79
4.2 Relación-Familia	80
4.3 Relación-Trabajo	83
4.4 Relaciones-Cambios	83
5. CV, concepto del participante	86
6. Enfermedad	88

6.1 Percepción-Enfermedad.....	88
6.2 Percepción antes-ahora EVC	89
7. Creencias	91
7.1 Creencias-Enfermedad.....	91
7.2 Creencias que ayudan a sobrellevar la EVC.....	92
8. Información, que poseen los participantes sobre la enfermedad.....	95
8.1 Información recibida de EVC.....	95
8.2 Educación de EVC a familiares.....	97
8.3 Mitos EVC.....	100
9. EVC, concepto del participante.....	102
Discusión	104
Conclusión.....	109
Limitaciones	110
Recomendaciones	112
Abordaje de los pacientes con EVC y sus familiares: Una Propuesta Integral en Contexto Hospitalario	112
Referencias	117
Anexos	130
Anexo 1. Aprobación Comité de Bioética UABC.....	130
Anexo 2. Aprobación Comité de Ética en Investigación HGT	132
Anexo 3. Identificación personal como Investigadora Externa del HGT.....	133
Anexo 4. Original Consentimiento Informado	134
Anexo 5. Cuestionarios de Variables Sociodemográficas y Variables de Salud	137
Anexo 6. Escala de Calidad De Vida Para El Ictus (ECVI-38).....	142
Anexo 7. Escala De Rankin Modificada (mRS).....	145
Anexo 8. Guión de Entrevista: Percepción de la CV para EVCi	146

Índice de Tablas y de Figuras

Tablas

Tabla 1	Variables Independientes: a) Sociodemográficas	34
Tabla 2	Variables Independientes: b) De Salud	36
Tabla 3	Variable Dependiente: Calidad de Vida	42
Tabla 4	Guión de entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico	49
Tabla 5	Pacientes con EVC Isquémica, detectados en el HGT, período: Julio 2019 - Abril 2020	56
Tabla 6	Descripción de pacientes participantes en esta investigación (Tipificación)	60
Tabla 7	Variables Sociodemográficas de los pacientes	62
Tabla 8	Variables de Salud de los pacientes	63
Tabla 9	Reporte de evaluación de Escala de Rankin Modificada (rango 0-6)	64
Tabla 10	Red de Categorías y Códigos resultantes del análisis de entrevista	65
Tabla 11	Anécdota EVC	67
Tabla 12	Síntomas previos y síntomas durante la EVC	70
Tabla 13	Emoción-Ansiedad	72
Tabla 14	Emoción-Desconcierto	73
Tabla 15	Emoción-Frustración	74
Tabla 16	Emoción-Grosería	75
Tabla 17	Emoción-Tristeza	76
Tabla 18	Relación-Amistades	79
Tabla 19	Relación-Familia	81
Tabla 20	Relación-Trabajo	83
Tabla 21	Relaciones-Cambios	84
Tabla 22	Calidad de Vida, concepto del participante	86
Tabla 23	Percepción - Enfermedad	88
Tabla 24	Percepción antes-ahora EVC	90
Tabla 25	Creencias Enfermedad	91
Tabla 26	Creencias que le ayudan a contrarrestar la EVC	93
Tabla 27	Información Recibida EVC	96
Tabla 28	Educación a Familia EVC	98
Tabla 29	Mitos EVC	101
Tabla 30	EVC, concepto del participante	102

Figuras

Figura 1	Diseño de estudio. Calidad de Vida de personas con EVC Isquémica: Valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente	29
Figura 2	Flujograma: Abordaje del paciente adulto con EVC Isquémica	33
Figura 3	Red de categorías y códigos: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico	66
Figura 4	Anécdota	68
Figura 5	Síntomas previos y síntomas durante la EVC	71
Figura 6	Emociones ante diagnóstico de EVC	78
Figura 7	Relación-Amistades	80
Figura 8	Relación-Familia	82
Figura 9	Relaciones-Cambios	85
Figura 10	Calidad de Vida, concepto del participante	87
Figura 11	Creencias que ayudan a sobrellevar la EVC	94
Figura 12	Educación de EVC a familiares	99
Figura 13	EVC, concepto del participante	103

Resumen

Título: CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Investigadores: Paloma Jazmin Anzures Mercado, María Guadalupe Delgadillo Ramos.

Introducción: A nivel mundial, la Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) continúa siendo la segunda causa de mortalidad. En México, se ha convertido un problema de salud pública debido a las altas prevalencias de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad existentes en la población. Las secuelas por EVC suelen ser de magnitud severa para el paciente en varias áreas de su vida, por ello, se sugiere que las intervenciones de salud no se enfoquen únicamente en la sobrevivencia del paciente, sino tomen en cuenta su Calidad de Vida (CV) **Objetivos:** Describir las dimensiones de la Calidad de Vida de los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C. (Fase cuantitativa). Explorar la percepción de la CV de pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C. (Fase Cualitativa). **Método:** Proceso de investigación conformada por dos fases: la primera (cuantitativo) fue un estudio descriptivo transversal y la segunda (cualitativo) se empleó el análisis fenomenológico interpretativo. La recolección de datos se realizó a partir de un guión de entrevista fundamentado en el marco teórico. Los cuatro pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, fueron referidos por parte de un Hospital de la Ciudad de Tijuana en el período de tiempo de noviembre 2019 a abril 2020. Para el análisis de la información se empleó el programa Atlas-Ti 9.0. **Resultados:** Pacientes de género masculino y femenino, de edades entre 66-72 años, 75% de los cuales tienen nivel educativo básico, 75% están desempleados, son sedentarios, diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes. Se identificaron 9 categorías de análisis (Anécdota, Estado Físico, Emociones, Social y Red de Apoyo, CV (concepto del participante), Enfermedad, Creencias, Información y EVC (concepto del participante)), destacando que contar con el apoyo de la familia, las creencias, la espiritualidad y la información en tiempo y forma por parte del personal sanitario, tienen un impacto positivo en la recuperación de los pacientes. **Conclusiones:** La mortalidad no es la única consecuencia de la EVC, la mayoría de los sobrevivientes quedan con algún tipo de discapacidad y/o cambios en las diferentes esferas de su vida: psicológico, emocional, social y laboral, afectando directamente su calidad de vida. Es imprescindible desarrollar estrategias de prevención eficaces para mejorar la CV de personas con EVCi.

Palabras clave: Enfermedad Vascul ar Cerebral isquémica, Calidad de Vida, Análisis Fenomenológico Interpretativo.

Abstract

Title: QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH ISCHEMIC STROKE: ASSESSMENT OF THE HEALTH PROFESSIONAL AND THE PATIENT'S PERSPECTIVE

Researchers: Paloma Jazmin Anzures Mercado, María Guadalupe Delgadillo Ramos.

Background: Worldwide, Stroke continues to be the second cause of mortality. In Mexico, it has become a public health problem due to the high prevalence of arterial hypertension, diabetes mellitus and obesity existing in the population. The sequelae of stroke are usually of a severe magnitude for the patient in several areas of his life, therefore, it is suggested that health interventions not focus solely on the patient's survival, but take into account their Quality of Life.

Purposes: Describe the dimensions of the Quality of Life of adult patients with ischemic stroke at the General Hospital of Tijuana, B.C. (quantitative phase). To explore the perception of Quality of Life of adult patients with ischemic stroke at the General Hospital of Tijuana, B.C. (Qualitative Phase). **Methodology:** Research process made up of two phases: the first (quantitative) was a descriptive cross-sectional study and the second (qualitative) interpretative phenomenological analysis was used. The data collection was carried out from an interview script based on the theoretical framework. The four patients met the inclusion criteria, they were referred by a Tijuana City Hospital in the period from November 2019 to April 2020. For the analysis of the information, the Atlas-Ti 9.0 program was used. **Results:** Male and female patients, aged 66-72 years, 75% of whom have a basic educational level, 75% are unemployed, sedentary, diagnosed with high blood pressure and diabetes. Nine analysis categories were identified (Anecdote, Physical State, Emotions, Social and Support Network, CV (participant's concept), Illness, Beliefs, Information and CVD (participant's concept)), highlighting that having the support of the family, beliefs, spirituality and information in a timely manner by health personnel, have a positive impact on the recovery of patients. **Conclusions:** Mortality is not the only consequence of the Stroke, most of the survivors are left with some type of disability and/or changes in the different spheres of their lives: psychological, emotional, social and work, directly affecting their quality of life. It is essential to develop effective prevention strategies to improve the Quality of life of people with Stroke.

Key words: Ischemic Stroke, Quality of Life, Interpretative Phenomenological Analysis.

Introducción

El trabajo presentado aborda el estudio de la Calidad De Vida (CV) de pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral tipo Isquémico (EVCi) a partir de la evaluación del profesional y la perspectiva del mismo participante.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es identificada como una de las diez principales causas de discapacidad y de mortalidad con índices elevados a nivel mundial. En la clasificación patológica, se conocen dos tipos de EVC: isquémica (EVCi) y hemorrágica (EVCh), representando el primer tipo el 80% de los casos. La información acerca de la incidencia y la prevalencia es escasa por ello, el interés de este trabajo, parte de la necesidad de concentrar información actualizada al respecto y de desarrollar información acerca de la CV de los pacientes con este diagnóstico.

Los resultados de esta investigación, por tanto, permitirán ampliar el conocimiento de la CV en pacientes con EVCi, sumando la perspectiva del propio paciente y la evaluación del profesional sanitario, esto con la intención de comprender el proceso global que la persona enfrenta durante la enfermedad y sus secuelas, por lo que se habla de una visión integral; además, es importante resaltar que, comprender la percepción de la CV desde la mirada del propio paciente, hace de este trabajo una investigación inclusivo y sensible a las necesidades de los propios pacientes.

Cabe mencionar que esta investigación constituye la suma de alianzas entre dos instituciones, la UABC y un Hospital de la Ciudad de Tijuana, dicha unidad hospitalaria es quien refirió a los pacientes con el diagnóstico médico requerido para la realización del estudio.

Planteamiento del problema

La EVC también conocida como Evento Vascular Cerebral o Ictus, es un síndrome clínico que se caracteriza por el súbito desarrollo de signos neurológicos que persisten sin otra causa aparente más que de origen vascular (Dueñas-Alonzo, 2020; Arauz y Ruíz-Franco, 2012).

Recientemente, el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Global Burden of Disease) reportó que, en el año 2019, hubo a nivel mundial 3.33 millones de muertes relacionadas a la EVC en hombres y 3.22 millones en mujeres, colocándola en la segunda causa de muerte después de las cardiopatías isquémicas. Aproximadamente, el 71% de las defunciones reportadas para el 2016, correspondieron a cuatro enfermedades no transmisibles (ENT): enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Y es precisamente a las ENT o crónicas que, en México, la EVC se ha convertido en un problema de salud pública debido a las altas prevalencias de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, etc. (Del Moral Bastida et al., 2021; GBD 2016 Stroke Collaborators, 2019).

A nivel mundial, se incrementó el número total de muertes por enfermedades cardiovasculares en un 21.1% entre 2007 y 2017, siendo la EVC la primera causa de discapacidad (Del Moral Bastida et al., 2021; HGT, 2018; Ramírez-Alvarado y Téllez-Alanís, 2016; OMS, 2015; Fernández-Travieso, 2014; OMS, 2013; Arauz y Ruíz-Franco, 2012).

En Estados Unidos, se registran anualmente 795,000 casos de EVC, de los cuales aproximadamente el 87% son consecuencia de un infarto cerebral; así mismo, se estima que cada 40 segundos una persona sufre de un episodio mientras que cada 4 minutos alguien muere a causa de uno (Biller, 2013).

Si bien es cierto que, a nivel mundial, cada vez se conoce más acerca de la etiología de esta patología y sus repercusiones en el ámbito de la salud; también es cierto que en México aún se desconocen diversos factores como su epidemiología y atención médica, por lo cual representa un grave problema de salud pública. Las investigaciones científicas más recientes de la EVC han estado encaminadas al estudio de las prevalencias en sus diferentes tipos, y en sus posibles etiologías (factores de riesgo); sin embargo, dicho conocimiento es insuficiente. El estudio profundo y amplio del EVC son pieza clave para dar solución a esta problemática que va en aumento debido a que no es un trastorno que se comporte de la misma forma en la población. (Dueñas-Alonzo, 2020)

A nivel nacional, en el primer estudio sobre incidencia de EVC, se estima que ocurren alrededor de 230 casos por cada 100,000 habitantes mayores de 35 años y una prevalencia de ocho casos por cada 1,000 habitantes. En términos de mortalidad general, ha pasado de ser la cuarta causa en el año 2000, con 25,000 muertes aproximadamente a ser en el 2008, la tercera causa, con cifras reportadas de 30,000 defunciones. El Sistema Mexicano de Mortalidad identificó 770,838 muertes por EVC tan solo en el periodo de 1980 a 2012 de los cuales, el 53% ocurrieron en mujeres. (Del Moral Bastida et al., 2021; Cantú-Brito et al., 2011; Chiquete et al., 2011).

La Secretaría de Salud de México mencionó que la tasa por la EVC se incrementó a partir del año 2000 en adultos menores de 65 años, cuando la incidencia habitual encontrada era ubicada en pacientes mayores de 65 años. Asimismo, reportó también, que existen 118 casos por cada cien mil habitantes, lo que equivale a 170 mil nuevos pacientes cada año y siete de cada diez quedan con algún tipo de discapacidad. (Secretaría de Salud, 2022; Arauz y Ruíz-Franco, 2012).

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Organización Panamericana de la Salud (CONAMED-OPS) reportó los siguientes datos: aproximadamente, el 87% de las muertes relacionadas a la EVC ocurren en países de bajos y medianos ingresos; a nivel mundial al año, alrededor de 15 millones de personas experimentó la EVC, de las cuales, seis millones de ellas no sobrevivió, esto es, una de cada seis personas tuvo un episodio en su vida mientras que cada minuto seis personas murieron; cerca de 30 millones de personas que sufrieron un evento permaneció con discapacidad residual (Rodríguez-Salgado, 2016).

Los registros hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) estimaron tasas de mortalidad intrahospitalaria por EVC, colocando al estado de Baja California en el noveno lugar (CONAMED-OPS, 2016).

La tasa de recurrencia por EVC ha sido documentada por diferentes estudios nacionales e internacionales, reportando los siguientes porcentajes de reincidencias: el primer año es del 10%, el segundo año es del 10-22%, a los cinco años es del 25% y a los diez años la tasa de reincidencia es del 40% aproximadamente (Hankey, 2016; Arauz y Ruíz-Franco, 2012; Chiquete et. al., 2011)

Por su parte, estadísticas recientes indican que el Hospital General de Tijuana (HGT) reporta de 3 a 5 casos de ingreso diario al servicio de Urgencias Adultos por EVC (HGT, 2018).

Una razón más para demostrar cómo dicho padecimiento médico requiere atención pública, son los elevados costos médicos que implica el tratamiento. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS, por sus siglas en inglés) estima que el costo total por tratamiento de EVC en los Estados Unidos, es de US \$43 mil millones por año; incluyendo los costos directos de atención médica y de terapia en general sumarían estimados US \$28 mil millones por año. Mientras que, en México, la Asociación Mexicana de Enfermedad

Vascular Cerebral, A.C. (AMEVASC), estima que por gastos totales de EVC (incluyendo la hospitalización, los estudios diagnósticos, los tratamientos necesarios, el pago a enfermeras, los honorarios médicos, los laboratorios, los medicamentos, la incapacidad, la jubilación temprana, la rehabilitación y las re-hospitalizaciones), cada paciente representa un gasto aproximado de 36,000 mil dólares por año. (Senado de México, 2019; NINDS, 2018; AMEVASC, 2014).

Las secuelas por EVC suelen ser de magnitud severa para el paciente y para la familia, en términos de incapacidad funcional y reducción en la CV por la dependencia que genera; por tanto, la investigación en CV, funcionalidad y supervivencia en la EVC es útil para comprender las reacciones del paciente ante la enfermedad (Dueñas-Alonzo, 2020; López-Lira et al., 2011).

Por ello, las intervenciones de salud ante la EVC no deben valorarse únicamente en función del tiempo de supervivencia, sino tomando en cuenta también la CV del paciente posterior al ictus (Fernández-Concepción et al., 2004).

Por lo anterior, es importante recalcar que el éxito de la reintegración del paciente a la vida diaria depende del funcionamiento óptimo de las instituciones de salud especializadas para brindar dicho servicio médico (es decir, de la atención médica específica), de los cuidados generales del paciente, de la asistencia a terapias de rehabilitación y de la capacidad de la familia y/o del paciente de contener la demanda económica para el tratamiento.

Los resultados de este estudio, indirectamente, contribuirán a incrementar información fidedigna desde una mirada integral (profesional y paciente) acerca de la epidemiología de la EVC y con ello beneficiar a ambas partes.

Marco teórico

Enfermedad Vascular Cerebral (EVC)

El término médico EVC se define como todas aquellas alteraciones encefálicas que son consecuencia de un trastorno vascular, dicho concepto, tiene variedad de sinónimos, tales como: Evento Vascular Cerebral, Ictus, Accidente Cerebro Vascular, Ataque cerebral, Apoplejía; y, en inglés: Stroke, sin embargo, en el uso correcto de la terminología médica se sugiere emplear Enfermedad Vascular Cerebral. La etimología latina de la palabra ictus hace referencia a un golpe o a un ataque, describiendo la característica súbita, repentina e incluso violenta del proceso cerebral. Para fines de este estudio se emplearán los términos: Enfermedad Vascular Cerebral, Evento Vascular Cerebral y en algunas ocasiones Ictus. (Del Moral Bastida et al., 2021; Cambridge University Press, 2019; Cortés–Gabaudan, 2019; Rodríguez-Salgado, 2016).

La EVC es un síndrome clínico que se caracteriza por el repentino desarrollo de signos neurológicos que persisten en un promedio de 24 horas, sin otra causa aparente más que de origen vascular. Las manifestaciones clínicas de este padecimiento dependen del sitio de la afección cerebral en que se localiza, sin embargo, generalmente se observa son unilaterales e incluyen alteraciones en el lenguaje y en el campo visual, hay presencia de debilidad hemicorporal y pérdida de la sensibilidad (Dueñas-Alonzo, 2020; OMS, 2018; Ropper et al., 2017; OMS, 2015; Jauch et al., 2013; Arauz y Ruíz-Franco 2012; Samuels y Ropper 2011; Toro-Gómez et al., 2010).

Factores de Riesgo y Condicionantes para la EVC

Se ha identificado a la edad como factor de riesgo debido a que con los años la probabilidad de presentar la EVC es mayor; es decir, la incidencia de EVC isquémica aumenta exponencialmente al relacionarla con la edad (>65 años), dicha incidencia es 30% mayor en

varones. La mortalidad por EVC isquémico en pacientes afroamericanos es el doble que en pacientes caucásicos y latinos (Del Moral Bastida et al., 2021; Toro-Gómez et al., 2010).

Por otra parte, el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Global Burden of Disease) confirmó que las mayores incidencias de EVC por edad fueron observadas en el este de Asia, especialmente China, seguido de Europa Oriental; mientras que las incidencias más bajas fueron observadas en el centro de América Latina, especialmente en El Salvador. Tales reportes, fueron similares en hombres y en mujeres menores de 55 años, pero significativamente mayores para hombres que para mujeres en el rango de edad de 55-72 años (GBD 2016 Stroke Collaborators, 2019).

En los resultados finales del Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral (Estudio RENAMEVASC), con una muestra total de 2,000 pacientes, se identificaron mayores porcentajes de población femenina tanto en grupos de edades con una media de 63 años como en mujeres en edades jóvenes, menores de 45 años (Del Moral Bastida et al., 2021; Cantú-Brito et al., 2011).

De acuerdo con investigaciones realizadas por GBD 2016 Stroke Collaborators (2019) y Mesa-Barrera et al., (2016) las mujeres tienen mayor probabilidad de sobrevivencia ante la EVC; reportando en el segundo estudio porcentajes de sobrevivencia del 52.3% y 47.7% para mujeres y hombres respectivamente y un promedio de edad por encima de los 60 años.

La evolución clínica de esta enfermedad, está en estrecha relación con la edad, aumentando la discapacidad y la tasa de casos letales, particularmente en los eventos hemorrágicos. Un estudio en pacientes jóvenes, identificó que existe una mayor supervivencia en los pacientes jóvenes que en los de mayor edad; sin embargo, en estos sobrevivientes se observan mayores repercusiones en las áreas: emocional, física y social que deterioran su calidad de vida.

Ropper et al., (2017) describieron una lista de causas principales de EVC de acuerdo a cada período de vida y Cantú-Brito et al., (2011) encontraron diferentes tipos de EVC de acuerdo a la edad. (Del Moral Bastida et al., 2021; Cantú-Brito et al., 2011; Hernández-Pérez, 2011).

En otro estudio realizado en España, hallaron que al menos el 51% de la población coincidió en que desconocía totalmente de la EVC, por lo que se cree que el nivel educativo o de escolaridad de la persona es una condicionante de la enfermedad. Para ese mismo año, en México, en un estudio nacional, se identificó que la mayoría de los pacientes registrados, eran personas analfabetas o que solo sabían leer y escribir; y aquellas con escolaridad secundaria o mayor correspondían al 25% de dicha muestra. (Dueñas-Alonzo, 2020; Cantú-Brito et al., 2011; Díez-Ascaso et al., 2011).

Los factores de riesgo comúnmente identificados para la EVC se dividen en modificables y no modificables (Dueñas-Alonzo, 2020; Hospital General de Tijuana, 2018; Ruiz-Sandoval et al., 2017; Ropper et al., 2017; Hankey, 2016; Rodríguez-Salgado, 2016; OMS, 2015; Fernández-Travieso, 2014; Biller, 2013; Toro-Gómez et al., 2010; Fernández-Concepción et al., 2002).

Los Factores de Riesgo No Modificables tal cual su nombre lo indica, no se pueden modificar, y son: la edad, el sexo, las condiciones hereditarias y el origen étnico de la persona. Los Factores de Riesgo Modificables se llaman así porque se modifican a través del estilo de la vida diaria, los hábitos de dieta saludable y el ejercicio frecuente.

Los principales ocho Factores de Riesgo Modificables son:

- a) La Presión Arterial Alta también conocida como Hipertensión Arterial (HTA) por sus siglas. De acuerdo al Estudio del Corazón o Framingham tan solo controlando la HTA, la incidencia de la EVC reduciría en 56.4% varones y 66.1% mujeres.

- b) Las Hiperlipidemias. Definidas como la concentración alta del colesterol y los triglicéridos en sangre.
- c) La Diabetes. Definida como la glucosa en sangre en niveles elevados. Se considera que el riesgo relativo es de 1.8-3.0 en pacientes con diabetes y 2.0 con intolerancia a la glucosa.
- d) El Tabaquismo. El riesgo relativo para adquirir la EVCi aumenta 2.53 en fumadores, en exfumadores disminuye el riesgo a 2 años después de dejar de fumar y al cabo de 5 años es igual al de los no fumadores; estos datos incluyen a los fumadores pasivos.
- e) La Obesidad. Dicha enfermedad crónica a menudo se relaciona con la HTA, la diabetes y la hipercolesterolemia. Algunos estudios han demostrado que un aumento de peso superior a 30% por encima del promedio es un factor de riesgo.
- f) En el caso de las mujeres específicamente, los Anticonceptivos Orales. El riesgo para contraer la EVC es 5 veces mayor en consumidoras con alto contenido de estrógenos y ésta relación es particularmente alta en pacientes fumadoras.
- g) El Alcoholismo. Consumo de alcohol de manera excesiva.
- h) Por último, pero no menos importante, El Sedentarismo. Definido como la falta de actividad física.

Diversos estudios añaden a la lista de Factores de Riesgo Modificables, el consumo de drogas y el padecer estrés psicosocial, debido a que incrementan la susceptibilidad de adquirir EVC (Hospital General de Tijuana, 2018; Hernández-Pérez, 2011; Ruíz-Sandoval et al., 2010).

Al respecto, otro estudio identificó los Factores de Riesgo Vasculares más importantes tanto para la EVCi como para la EVCh, y son: la HTA con porcentajes de 60-65% de

probabilidades de adquirir un Infarto Cerebral, seguido de la Diabetes tipo Mellitus con porcentajes de 34 y 45% de probabilidades de adquirir Isquemia Cerebral Transitoria (Dueñas-Alonzo, 2020; Cantú-Brito et al., 2011).

Rosas-Peralta, Arizmendi-Urbe y Borrayo-Sánchez, (2017) realizaron una investigación respecto a las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) como una de las etiologías de la EVC. Las ECV se definen como desórdenes en el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos principalmente en las arterias coronarias y aorta, las más frecuentes son enfermedad isquémica del corazón, enfermedades vasculares cerebrales e hipertensivas.

El Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (2018) evaluó que el 31% de todas las muertes registradas en el mundo durante el año 2015 se debieron a las ECV. Mientras que, en otra investigación Cantú-Brito et al., (2011) reconocen la relación entre la fibrilación auricular y el antecedente de cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica con los casos de EVC isquémico.

Para que se pueda controlar la reincidencia a un EVC, debe considerarse crucial la prevención primaria o secundaria en toda la población, la cual se basa en el control de los factores de riesgo modificables mediante adecuados estilos de vida y medicamentos (Del Moral Bastida et al., 2021; Dueñas-Alonzo, 2020; Fernández-Travieso, 2014).

Clasificación General de la EVC

La principal clasificación de la EVC se realiza en función del estado del flujo sanguíneo cerebral, es decir, que presente alguna alteración o interrupción. Se cataloga en dos tipos: El primer tipo es la Isquemia o Isquémica, y se da como consecuencia de la obstrucción de un vaso arterial provocada por una placa que se adhiere a las paredes de las arterias (denominada placa arteriosclerótica), esta placa está compuesta de grasa, colesterol y calcio y se localiza en el

torrente sanguíneo. El segundo tipo es la Hemorrágica, y la razón se debe a la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro, provocando así una hemorragia (Ropper, Samuels, y Klein, 2017; Arauz y Ruíz-Franco, 2012; Toro-Gómez et al. 2010; Ardila y Ostrosky-Solís, 2005). Cuando la pérdida de flujo sanguíneo se sitúa a nivel del corazón la consecuencia será un ataque cardíaco, así mismo sucede en el cerebro ante esta falta de irrigación sanguínea, el resultado es un “Ataque Cerebral” o la Enfermedad Vasculare Cerebral (OMS, 2015).

Retomando, la EVC puede ser de dos tipos: la Isquémica (EVCi) y la Hemorrágica (EVCh), las cuales, a nivel nacional, para el año 2010 se presentaron en un 70% y 30% respectivamente; mientras que para el año 2012 los porcentajes se modificaron quedando así: Isquémica 80-85%, Hemorrágica 15-20%. A su vez la EVCi se subclasifica en transitoria (EVCit) y permanente. Se considera de tipo permanente cuando implica un daño cerebral irreversible. Cada año, cerca de 50,000 personas son diagnosticadas por primera vez con EVC de tipo transitorio, de las cuales el 33% desarrollará EVC permanente (Del Moral Bastida et al., 2021; Arauz y Ruíz-Franco, 2012; Toro-Gómez et al., 2010).

Etimológicamente, la EVCi es causada por una embolia del corazón, una embolia de arteria a arteria y una enfermedad in situ de pequeños vasos; mientras que la EVCh en un 85-95% de las veces, se localiza en sitios supratentoriales (Hankey, 2016).

La EVCi es causada por oclusión u obstrucción de un vaso cerebral y origina infarto del encéfalo. El síndrome neurológico corresponde a un territorio del encéfalo que recibe sangre de uno o más vasos cerebrales (Ropper, Samuels y Klein 2017).

Se observa en la evidencia presentada, que es mayor la probabilidad de presentar un EVC tipo isquémico que uno tipo hemorrágico. Respecto a las secuelas del EVC, se enfatiza que están en función de la ubicación en el cerebro, de la magnitud y del tiempo en que el paciente sea

intervenido eficazmente. No obstante, se ha observado que los pacientes con EVCi presentan menor severidad que los pacientes con EVCh y, por tanto, mayor probabilidad de sobrevivir; razón por la cual elegí trabajar con pacientes con el primer diagnóstico médico mencionado.

Clasificación de la EVC en función de la edad del paciente

Se define a la Enfermedad Vascolar de pacientes Jóvenes (EVCJ) cuando esta se presenta en personas menores de 45 años, es un evento poco habitual con una frecuencia de 4 a 5% en Occidente, pero que en regiones de Asia pueden llegar hasta el 10%. Su etiología es variable, es decir, se estima que el 20% de la población identificada con este diagnóstico no encuentra causa alguna y un 4% corresponde a una causa hematológica; mientras que en ancianos se ha identificado que la etiología comúnmente está relacionada con el daño vascular intrínseco o de origen cardíaco, a su vez relacionado con la edad. Se observó que en México los porcentajes de mortalidad son mayores en hombres que en mujeres, mientras que en otros países pasa lo contrario (Hernández-Pérez, 2011).

Recientemente, se han detectado en registros hospitalarios consecutivos que aproximadamente el 40% de las personas con EVCi fueron mayores de 75 años de edad, señalando como principales factores de riesgo la Hipertensión Arterial y la Fibrilación Auricular (Torres-Viloria et al., 2022; Ruíz-Sandoval et al., 2017).

Fases de la EVC en función del tiempo

El Estudio de la Carga de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Global Burden of Disease), reconoce dos *fases durante el proceso de la EVC*: agudo y crónico. Se denomina fase aguda a partir de la incidencia de un primer evento hasta el día 28 después de dicho evento, mientras que la fase crónica o prevalente se considera a partir de los 29 días posteriores a la

aparición de un evento vascular cerebral. El período de 28 días como límite entre la fase aguda y la fase crónica se debe al período de letalidad temprana (GBD 2016 Stroke Collaborators, 2019).

De acuerdo a la *intervención terapéutica* de rehabilitación de la EVC, se reconocen dos tipologías: La primera fase es la aguda, en la cual dichas intervenciones son capaces de modificar el curso evolutivo del infarto cerebral, se ubica a las 3-6 horas; la segunda fase es la llamada subaguda, en esta se identifican mejorías a mediano y largo plazo y el papel del rehabilitador es imprescindible, debido a que de él depende de cierta manera que se dé el fenómeno de la plasticidad neuronal. El seguimiento de rehabilitación debe continuar hasta que el paciente se encuentra estabilizado (Arias-Cuadrado, 2009).

Síntomas generales de la EVC

La Enfermedad Vascular Cerebral generalmente aparece de manera súbita y los síntomas que se presentaron en un primer momento, arbitrariamente desaparecen en su mayoría a las 24 horas. Cabe recalcar que dicha sintomatología dependerá de la localización cerebral, de la magnitud y la duración de la isquemia, sin embargo, debido a que puede ocurrir lesión cerebral en un periodo menor de tiempo, existen métodos de imagen objetivos que ayudan a la correcta evaluación, tales son el TAC (Tomografía Axial Computarizada) e IRM (Imagen por Resonancia Magnética) (Dueñas-Alonzo, 2020; Del Moral Bastida et al., 2021; Samuels y Ropper, 2011).

Los síntomas generales detectados en pacientes con EVC son los siguientes: debilidad en extremidades, entumecimiento en la mitad de la cara, visión borrosa en uno o ambos ojos, incapacidad repentina para hablar, dolor de cabeza repentino e intenso y que aumenta al acostarse, falta de equilibrio y concentración, así como cambios en: lucidez mental, audición, sentido del gusto, torpeza; dificultad para leer, escribir, y deglutir; en su expresión más grave:

hemiplejia o coma (Dueñas-Alonzo, 2020; Hospital General de Tijuana, 2018; Ropper, Samuels, y Klein, 2017; OMS, 2015).

Por lo anterior, el concepto de EVC comprende varias alteraciones que se presentan y que son resultado de una isquemia o hemorragia cerebral. El inicio de los síntomas es brusco, es decir, súbito, repentino, los pacientes requieren hospitalización, aquellos que sobreviven tienen mayor riesgo de sufrir episodios recurrentes y su esperanza de vida es menor, además de que el evento, deja una discapacidad física o cognitiva permanente en el paciente. (Dueñas-Alonzo, 2020; Biller, 2013, p. 385)

Secuelas en la EVC

Las secuelas que presenta un sobreviviente de la EVC van desde el deterioro emocional y el daño cognitivo hasta la discapacidad física, son irreversibles y permanentes, y pueden llegar a producir la muerte, todo dependerá de la localización cerebral, de la magnitud y la duración de la isquemia. Las secuelas comúnmente identificadas son: la pérdida del habla, la parálisis facial, la disfunción total o parcial de las extremidades como resultado del daño neurológico y motriz que genera; todo esto explica que actualmente, el EVC es la segunda causa a nivel mundial de años de vida perdidos ajustados en función por discapacidad (AVAD) (Torres-Viloria, et al., 2022; Hospital General de Tijuana, 2018; Sánchez-Lozano et al., 2018; Ropper, Samuels y Klein, 2017; Samuels y Ropper, 2011).

Aproximadamente el 40% de los sobrevivientes de una EVC están discapacitados; los elementos que influyen para que esto suceda es la edad, la capacidad de caminar y la dependencia previa al evento; así mismo, la gravedad del EVC, el estado laboral, el estado civil y si se manifiesta de manera recurrente o no (Dueñas-Alonzo, 2020; Hankey, 2016).

La EVC se asocia a un mayor índice de discapacidad y modificaciones de las condiciones de vida tales como el impacto económico significativo para la familia y el sistema de salud, esto por la atención requerida y por el proceso de rehabilitación que el paciente debe seguir; también se relaciona con problemas de tipo laboral debido a que algunos pacientes no logran regresar a sus trabajos, pese a encontrarse en edades reproductivas; asimismo, problemas de reinserción social y cambios en la dinámica familiar como las modificaciones por los cambios de rol ante un paciente adulto con actividades y responsabilidades de tipo económico, familiar y social (Del Moral Bastida et al., 2021; Rodríguez-Salgado, 2016; Ramírez-Alvarado y Téllez-Alanís, 2016).

Las Enfermedades Vasculares Cerebrales (EVC) son más invalidantes que mortales; de los sobrevivientes detectados en la fase aguda, del 40 al 53% aproximadamente serán total o parcialmente dependientes a los seis meses, porcentaje que se reduce al 33% transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios los siguientes cinco años (Del Moral Bastida et al., 2021; Fernández-Concepción et al., 2001).

Calidad de Vida (CV)

El término de la CV surgió por primera vez en la sede de Ginebra durante el Foro Mundial de la Salud en el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de CV como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses" (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De acuerdo a la OMS, la CV de un individuo se define en función del resultado de la relación de las siguientes variables: lugar que ocupa en la sociedad, sistema de valores, espacio cultural que habita, salud física, estado psicológico, grado de independencia, factores ambientales y sus creencias personales. Por tanto, cualquier alteración en alguna de las esferas antes mencionadas modifica la percepción de la calidad de vida de la persona (OMS, 2020).

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), de acuerdo a Moreno & Ximénez, es la percepción del sujeto conceptualizada en base al giro que la salud da volviéndola una variable que afecta y/o aglutina otras esferas de la vida diaria como lo es el trabajo, el ocio, la autonomía, las relaciones sociales, etc. (Badia Llach, 2004; Moreno y Ximénez, 1996)

La CVRS es un concepto de origen multidimensional que incluye elementos emocionales, físicos y sociales del individuo en relación a la enfermedad; es decir, examina la percepción del paciente relacionando el impacto de la enfermedad sobre el sentimiento del bienestar y su capacidad de actuar (Semergen 2020; Fernández-López, Hernández-Mejía, Siegrist, 2001).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el resultado del análisis que la misma persona realiza, en la cual evalúa el grado de bienestar con los diferentes ámbitos de su vida. Esto quiere decir que, el sujeto da un valor asignado a la duración de la vida que ha sido

modificada por una deficiencia, desde la perspectiva de salud y oportunidad social, como consecuencia de una enfermedad (mental o física), de un accidente, tratamiento médico o bien desde una política determinada (Badia Llach, 2004; Morrison, Moreno-López, y Bennett, 2008; Fernández-Concepción et al., 2004).

Se han identificado al menos cuatro factores que influyen en la CVRS. Los factores sociodemográficos, como la edad y la cultura; el tipo de enfermedad, incluidos si se presentan o no: síntomas, dolor, discapacidad funcional, daño neurológico, emocional o cognitivo; tipo de tratamiento, implicado la disponibilidad, el tipo, el grado, la toxicidad y los efectos secundarios; por último, los factores psicosociales, que son las emociones del sujeto ante la enfermedad, el afrontamiento, el contexto social, las metas y el apoyo (Morrison, Moreno-López y Bennett, 2008).

Calidad de Vida y Enfermedad Vascular Cerebral (CV y EVC)

El tratamiento para la EVC puede ser diferente en casos de isquemia y de hemorragia, el riesgo de muerte e incluso la probabilidad de reincidencia, sin embargo, las consecuencias en ambos tipos con relación en la afectación de la calidad de vida, son similares (Fernández-Concepción et al., 2005).

Es evidente la influencia negativa de la EVC sobre la CV según la percepción de los mismos pacientes, pero se ha encontrado que es diferente en cada fase de dicha enfermedad. La CV en la EVC se determina por el grado de afectación neurológica, el estado cognitivo, la edad y la presencia de síntomas depresivos (Mesa-Barrera et al., 2016).

Es imprescindible mencionar que, un apartado con importancia es, el desequilibrio económico en la vida del paciente con EVC y de su familia, debido a que muchos de ellos no logran siquiera reincorporarse al trabajo por las discapacidades residuales (GBD 2016 Stroke Colaboradores, 2019; Fernández-Concepción et al., 2004).

El estudio de este tema es de importancia debido a que la mitad de quienes mueren a causa de enfermedades crónicas no transmisibles como la EVC, están en la plenitud de sus años productivos; y quienes sobreviven debido a los avances médicos y a la intervención terapéutica oportuna, se ven obligados a convivir con sus secuelas y a adaptarse a los cambios psicológicos y sociales que la enfermedad trajo consigo. Así mismo, el estudio de la CV permite conocer las áreas mayormente afectadas del paciente con EVC (Rosas-Peralta, Arizmendi-Uribe y Borrayo-Sánchez, 2017; Díaz-S., M.A. y Gómez-G., 2016; Fernández-Concepción et al., 2005)

Por todo lo anterior es importante valorar la CV en pacientes con EVC, tanto como explorar y comprender la percepción del individuo ante la enfermedad, para conocer la naturaleza de esa nueva vida.

Escalas para la medición de la Calidad de Vida en pacientes con EVC

La escala de Rankin (mRS) detecta deficiencias físicas, pero no psicológicas mientras que el índice de Barthel (IB) solo detecta nivel de ligero a moderado, es decir no lo hace para los niveles más altos de la función física. Ambos instrumentos evalúan grados de dependencia física del paciente tras un EVC, sin embargo, dejan de lado aspectos como la comunicación, emociones y función social del paciente (Carod-Artal, 2004; Fernández-Concepción et al., 2004).

Díaz-S., M.A. y Gómez-G., (2016) elaboran una lista de las escalas utilizadas para la medición de la calidad de vida en pacientes con la EVC, destacando entre generales y específicas y detallando cada una. Por mencionar las más populares: SF-36; Perfil de salud de Nottingham (NHP); Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38); Escala de las consecuencias del ictus o Stroke Impact Scale SIS 2.0 y Medida de calidad de vida específica del ictus de Newcastle NEWSQOL.

Fernández-Concepción et al., (2005) desarrollaron la Escala de la Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38) que es la primera escala hispana específica para EVC y que además contempla dimensiones de la vida de la persona, dicho instrumento se desarrolló contemplando la opinión de los pacientes y distingue entre grupos de severidad; razón suficiente para elegirla como instrumento en este estudio.

Estado del Arte

La enfermedad vascular cerebral isquémica y la calidad de vida ha sido estudiado anteriormente:

Enfermedad Vascular Cerebral

Kalon et al., (1993), encabezaron la investigación llamada estudio del corazón o Framingham; el objetivo era identificar los factores o las características comunes que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares al seguir su desarrollo durante un largo período de tiempo en pacientes que aún no habían desarrollado síntomas evidentes de esta enfermedad, los principales identificados fueron presión arterial alta, colesterol alto, tabaquismo, obesidad, diabetes e inactividad física. El Estudio del corazón Framingham continúa haciendo investigación.

Feigin et al., (2009) realizaron una revisión sobre la incidencia y la letalidad temprana de la Enfermedad Vascular Cerebral basada en estudios publicados entre 1970 y 2008. Dicha revisión muestra la disminución del 42% en la incidencia de EVC en países de altos ingresos y un aumento del mas 100% en la incidencia en países de ingresos bajos a medios.

Cantú-Brito et al., (2010) encabezaron la investigación llamada Estudio PREMIER, la cual tuvo una muestra conformada por 1.376 pacientes con Enfermedad Vascular Isquémica de 59 hospitales mexicanos de enero de 2005 a junio de 2006, con el objetivo de informar acerca del seguimiento médico brindado en un año. Los principales resultados fueron hipertensión (64%), obesidad (51%), y diabetes (35%). Los resultados también brindan información específica al tipo de EVC presentado por estos pacientes y la importancia al tiempo de atención médica. Mencionan, por último, que existe un bajo recurso de diagnóstico para especificar etiologías.

Cantú-Brito et al., (2011) a través de la Asociación Mexicana de Enfermedad Vascolar (AMEVASC), diseñaron El Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascolar Cerebral también conocido como RENAMEVASC por sus siglas, en el cual participaron 25 hospitales distribuidos en 14 estados de la República Mexicana. Los resultados en general fueron los principales mecanismos y causas de EVC, destacando la clasificación en los pacientes detectados. Mencionan, por último, que más de la mitad de los pacientes murieron o tuvieron algún grado de discapacidad.

GBD 2016 Stroke Colaboradores. (2019), realizan un análisis global, regional y nacional sistemático para el estudio global de la carga de morbilidad por Enfermedad Vascolar Cerebral durante el 2016. Los resultados generales fueron que la carga global provocada por la EVC es alta, con más de 80 millones de sobrevivientes en el 2016. Las tasas de mortalidad por EVC estandarizadas por edad han disminuido en todas las regiones del mundo. La alta carga de la EVC en todo el mundo da la idea de que las estrategias de prevención primaria no se implementan ampliamente o no son efectivas en su totalidad.

Calidad de Vida

El estudio de la Calidad de Vida comenzó en la sede de Ginebra durante el foro Mundial de la Salud en la cual, la OMA (1996) definió el concepto de Calidad de Vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores actual” (OMS, 1996).

Posteriormente, el termino se trasladó específicamente al área de la salud, definiéndola como Calidad de Vida relacionada a la Salud, definiéndola como el grado de bienestar que evalúa la persona sobre los diferentes dominios de su vida, considerando el impacto provocado

por una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias en la vida de la persona (Morrison, Moreno-López y Bennett, 2008).

Fernández-Concepción et al., (2005), desarrollaron una escala de calidad de vida para el ictus llamado ECVI-38, esto ante la falta de un instrumento de habla hispana, y que además contemplara la mayoría de las áreas afectadas de la vida de las personas con dicho diagnóstico. El estudio realizado tuvo la finalidad de medir la evaluación de aceptabilidad, fiabilidad y validez del instrumento, mismo que contemplo a 63 pacientes con EVC entre 2 meses y 2 años después del evento. Sus resultados fueron óptimos.

García-Moriche et al., (2009) realizaron un estudio en la cual exploraron la CV en pacientes con EVC mediante métodos cualitativos fenomenológicos, y con técnica de entrevista semiestructurada a pacientes que acudieron a consulta de Neurología de un hospital y que cumplieran con los criterios de inclusión. Los resultados fueron que los pacientes evaluaron a la EVC como una situación adversa puntual en su salud y no como una enfermedad; por ello se cree que la percepción de Calidad de Vida es un concepto subjetivo y particular del paciente que se ajusta a cada etapa del proceso de recuperación y re-adaptación a su contexto social y personal.

Soriano-Guillen et al., (2013) describieron la calidad de vida en pacientes con EVC de acuerdo la escala ECVI-38 y su relación con variables sociodemográficas y clínicas. La muestra estuvo conformada por 95 personas, 60 hombres y 35 mujeres. Los resultados hallados fueron que las actividades comunes de la vida diaria, las actividades básicas de la vida diaria, las funciones sociofamiliares y el estado físico son las dimensiones más afectadas en los estos pacientes posteriormente a la EVC.

Mesa-Barrera et al., (2016), identificaron los factores que influyen en la afectación de la calidad de vida en supervivientes a un ictus en su fase aguda. El estudio empleó la escala ECVI-38 y los resultados sobresalientes son el predominio de las mujeres con un promedio de edad encima de los 65 años. El grado de afectación neurológica hallado fue entre moderado y grave y más del 80% de la muestra presenta síntomas depresivos.

Sánchez-Lozano et al., (2018), evaluaron la CV de pacientes a los 6 meses de un EVC mediante el empleo de la escala ECVI-38. Fue un estudio descriptivo, transversal en 123 pacientes con diagnóstico de EVCi. Las variables analizadas fueron: demográficas (edad, sexo, procedencia y vínculo laboral), relacionadas con el evento (tipo de infarto cerebral y tratamiento rehabilitador). Los resultados sobresalientes son el predominio del sexo masculino con edad promedio de 69.29 años. Predominaron los pacientes con afectación leve de la CV. Las dimensiones más afectadas para esta muestra fueron las emociones, el funcionamiento socio familiar y la cognición.

Preguntas de investigación

1. ¿Qué dimensiones de la Calidad de Vida de los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C. están mayormente afectadas?
2. ¿Cómo perciben su Calidad de Vida los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.?

Objetivos de investigación**Objetivos Generales**

1. Describir las dimensiones de la Calidad de Vida de los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.
2. Explorar la percepción de la Calidad de Vida de pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.

Objetivos específicos:

1. Describir las variables sociodemográficas de los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.
2. Describir las variables de salud de los pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.
3. Describir las dimensiones de la Calidad de Vida de pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C., en los procesos intra e interpersonales.
4. Comprender la percepción de la Calidad de Vida de pacientes adultos con EVC isquémica del Hospital General de Tijuana, B.C.

Justificación

La EVC es considerada un problema de salud debido a altos índices de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Pese a que existen reportes sobre prevalencias, incidencias y secuelas es necesario puntualizar que esta enfermedad tiene tendencia creciente, lo cual nos obliga a mantener actualizadas estas cifras en la medida que sea posible para lograr mejores pautas de prevención y tratamiento. (Torres-Viloria et al., 2022; Del Moral Bastida et al., 2021; Mesa-Barrera et al., 2016).

Las consecuencias que la EVC trae consigo son tanto para el paciente como para la familia, consecuencias generales que dependerán del tipo, de la magnitud del daño, de la ubicación del evento y del tratamiento, si es que se tiene acceso a él. Las secuelas en general son algún tipo de discapacidad, AVAD, dificultades en la re-integración laboral, probabilidades de recurrencia a sufrir nuevamente EVC, demanda económica para el paciente y también para las instituciones de salud que brindan el servicio médico correspondiente; por lo cual incrementar el conocimiento en esta área implica mejorar la CV del paciente, una ganancia que beneficiará a todos.

Los avances médicos y la intervención terapéutica a tiempo dan acceso a tasas de supervivencia, obligando a los pacientes a convivir más con la enfermedad, sus secuelas y a adaptarse a los cambios psicológicos, sociales y físicos que le rodean. Por tanto, el estudio de la CV de vida en pacientes con EVC isquémico en la ciudad de Tijuana, B.C. es importante.

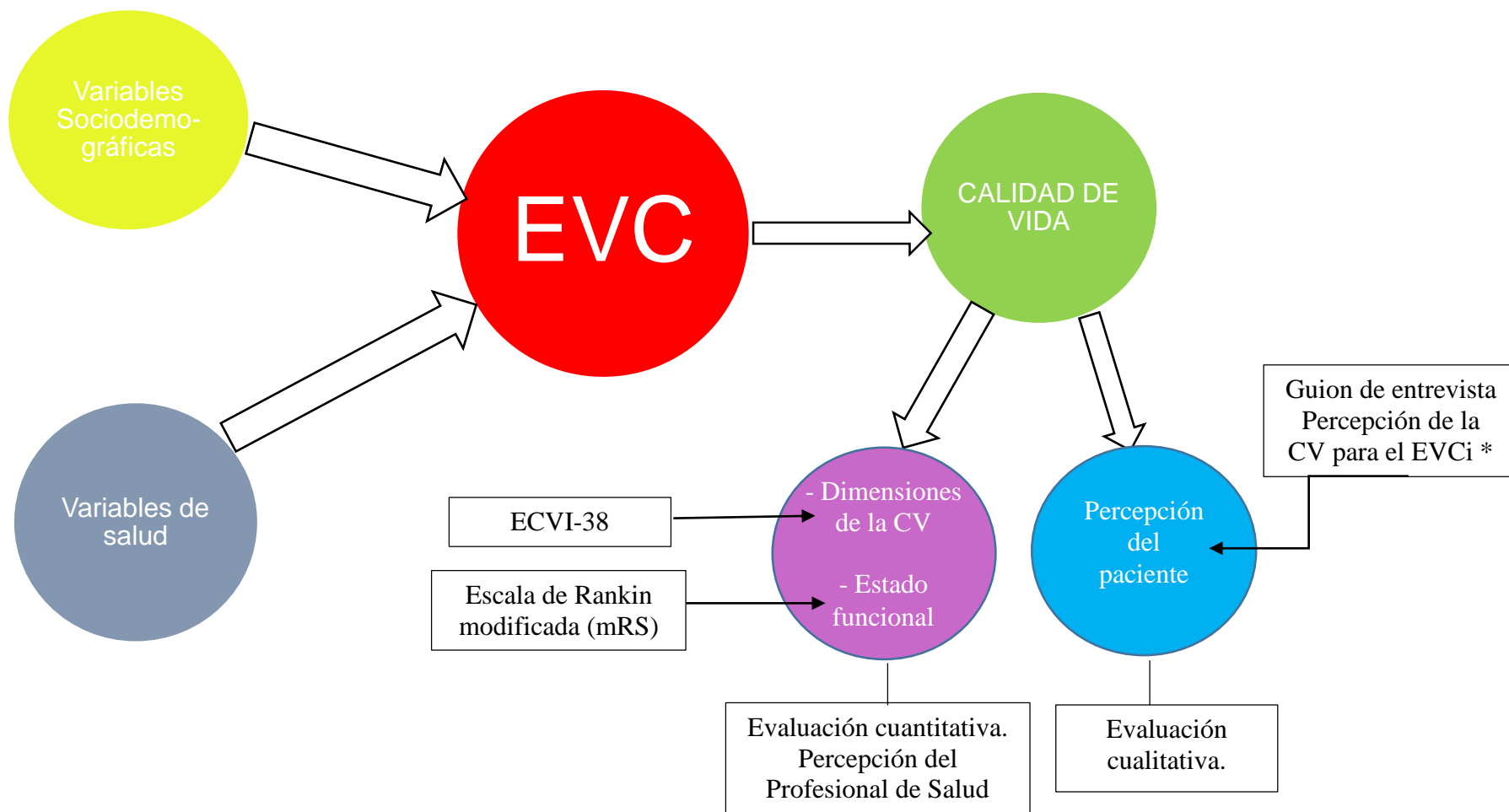
Los resultados de este estudio, indirectamente, contribuirán a incrementar información confiable desde una mirada integral que incluye la valoración del profesional de salud sin descartar la subjetividad del paciente en dicho proceso, lo cual es útil para comprender las reacciones del paciente ante la enfermedad (García–Moriche et al., 2009).

Hipótesis:**Supuesto teórico – Fase Cualitativa**

Las secuelas que el EVC trae consigo suelen ser múltiples y severas e impactan de manera negativa la Calidad de Vida del paciente. Las esferas con afectaciones mayores son: dificultad en la realización de sus actividades rutinarias, desórdenes emocionales, inconvenientes en la re-integración familiar, social y laboral.

Figura 1

Diseño de estudio. Calidad de Vida de personas con EVC Isquémica: Valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente.



Método

Diseño de investigación

Proceso de investigación conformada por dos fases: la primera (cuantitativo) fue un estudio descriptivo transversal y la segunda (cualitativo) se empleó el análisis fenomenológico fenomenológico interpretativo (AFI), elegida como método de enfoque cualitativo por su esencia, la comprensión de un acontecimiento desde la perspectiva de quien lo vive, debido a que, son las personas quienes otorgan un significado especial o valor único a cada experiencia (Duque y Aristizábal Díaz-Granados, 2019). Se pretende que la Calidad de Vida sea evaluada en un conjunto, desde la mirada del profesional mediante el empleo de una escala previamente diseñada y desde la perspectiva del mismo paciente quien es el actor principal del proceso de la enfermedad (Álvarez-Gayou, 2003).

Muestra

El tipo de muestreo tanto para la fase cuantitativa como para la fase cualitativa fue por conveniencia, es decir, intencionado, esto con la finalidad de elegir a personas con experiencia e información relevantes al tema de investigación (Monje, 2011). Participaron en el estudio pacientes adultos con diagnóstico de EVC isquémica que cumplieran con los criterios de inclusión y que fueron referidos por el Hospital General de Tijuana en el período de tiempo de noviembre 2019 a abril 2020.

Criterios de inclusión

En este estudio participaron pacientes referidos por los servicios de Medicina Interna, de Urgencias Adultas y de Neurocirugía del Hospital General de Tijuana, con diagnóstico médico de EVC isquémico confirmado mediante imágenes cerebrales, estudios de laboratorio y de gabinete normales. Tales personas aceptaron participar voluntariamente a través de un

consentimiento informado y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años de edad; sexo indistinto; que sepa leer, escribir y sea capaz de responder a los cuestionarios presentados (comprensión cognitiva); con tratamiento de EVC superior a 1 mes, atendidos en el HGT y de preferencia con residencia en la Ciudad de Tijuana, B.C.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes con daño cerebral severo tipo afasia y/o demencia reportado por paciente, familia, expediente clínico y/o personal de salud.

FLUJOGRAMA: Abordaje del paciente adulto con EVC isquémica en el HGT

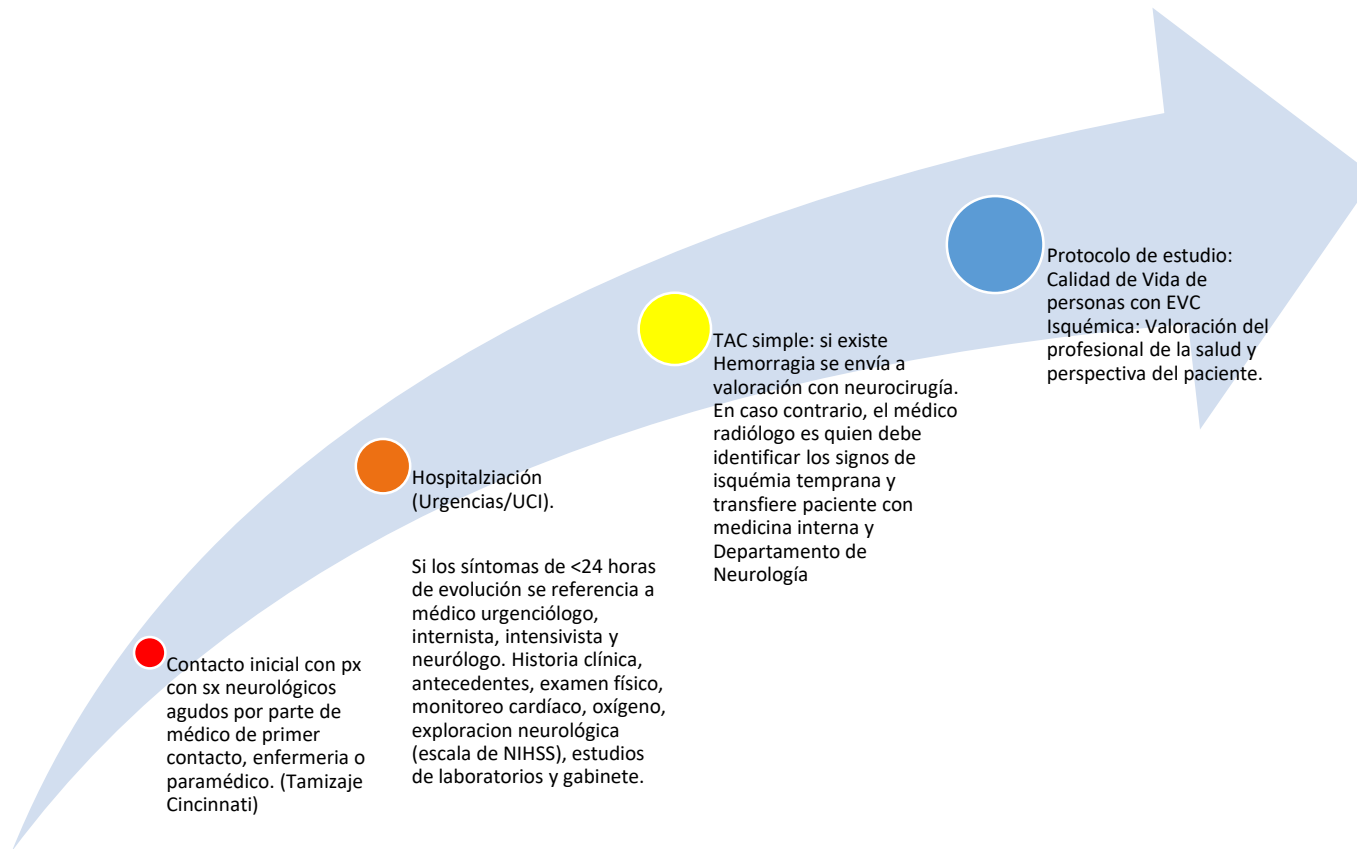
1. El contacto inicial con el paciente con síntomas neurológicos agudos es por parte del **médico de primer contacto, enfermería o paramédico.**
2. Lo primero que se realiza es la escala de tamizaje Cincinnati, incluso de manera pre-hospitalaria, filtro de urgencias o intra-hospitalaria para evaluar si existe “Sospecha clínica o escalas positivas”; en el que caso no encontrar, significa que se trata de un diagnóstico diferencial (intra o extra hospitalario).
3. Si la sospecha es confirmada, se prosigue a la Hospitalización (**Urgencias / UCI**) del paciente para evaluar la persistencia de síntomas de < 24 horas de evolución (Historia clínica dirigida, imagen carotídea (USG, ATC o ARM), evaluación del ritmo cardiaco, ecocardiograma (si se sospecha cardioembolismo), imagen cerebral (IRM o TAC)).
4. Posteriormente es referenciado al **médico urgenciólogo, internista, intensivista y/o neurólogo.** Quien evalúa el tiempo de inicio de los síntomas, antecedentes, enfermedad cardiovascular, cirugía reciente, migraña, convulsiones, trauma, infección, abuso de drogas, etc. y realiza un examen físico el cual consiste: signos vitales, pulsos y soplos

carotídeos, ingurgitación yugular, área cardíaca, tegumentos y mucosas (alteración de la hemostasia). La recomendación en general es: monitoreo cardíaco, vía área, acceso intravenoso periférico, oxígeno (si su saturación es < 92% evaluar hipoglucemia, ayuno). Además de la exploración neurológica con escala NIHSS, estudios de laboratorio y gabinete (BH, QS, ES, tiempos de coagulación).

5. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple o IRM (difusión y eco gradiente) se realiza por departamento de neurocirugía para confirmar **Hemorragia**, por tanto, EVC tipo hemorrágico.
6. El **médico radiólogo** identifica los signos de isquemia temprana, los cuales son: Signos del vaso hiperdenso: Signo de la ACM hiperdensa, signo de la A. basilar hiperdensa. Pérdida de relación sustancia gris y blanca. Signo de la ínsula. Signo de la cintilla o cordón cortical. Signo de opacidad lenticular. Todo esto para confirmar los signos neurológicos focales aun presentes. Si existe evolución < 4.5 horas el diagnóstico es Trombosis intravenosa.
7. En el caso contrario de que no exista evolución y además se conserva una TAC de cerebro aparentemente normal puede decirse que se trata de paciente adulto con EVC isquémica, quien será atendido por **medicina interna y neurología**.
8. Finalmente, los pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión, fueron referidos por dichos departamentos de salud para participar en este proyecto de investigación.

Figura 2

Flujograma: Abordaje del paciente adulto con EVC isquémica



Nota. Esta figura es una adaptación de la ruta original empleada por el Departamento de Neurología del HGT, 2019.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables independientes son: a) las variables sociodemográficas y b) las variables de salud.

Tabla 1

Variables Independientes: a) Sociodemográficas

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN	TIPO DE MEDICIÓN
1. Edad	Años cumplidos del paciente adulto con EVC.	Abierta	De razón
2. Género	Sexo del paciente adulto con EVC.	1= Hombre 2= Mujer	Nominal
3. Lateralidad	Preferencia que muestra el paciente de un lado de su propio cuerpo, para realizar actividades de la vida diaria.	1= Derecha o diestra 2= Izquierda o zurda	Nominal
4. Ingreso Económico	Se define fuente de ingreso económico al sueldo, salario, dividendo, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás en un periodo mensual	1= 0 a 2,999 2= 3mil a 9,299 3= 9,300 a 14,299 4= 14,300 a 19,299 5= 19,300 a 25,499 6= Igual o mayor a 25,500	Ordinal
5. Escolaridad	Nivel de estudios del paciente adulto con EVC	1= Sin estudios 2= Básica (Primaria y Secundaria) 3= Preparatoria 4= Universidad 5= Otro (indique)	Ordinal

6. Estado Civil	Condición de vida marital o de pareja del paciente adulto con EVC.	1= Casado (a) 2= Unión Libre 3= Separado (a) 4= Divorciado (a) 5= Viudo (a) 6= Soltero (a)	Nominal
7. Empleo	Ocupación laboral con remuneración económica.	1= Sin trabajo 2= Asalariado 3= Técnico 4= Profesional 5= Negocio propio 6= Trabaja en el extranjero	Nominal
	a) Empleo antes de la EVC		
	b) Empleo actual	1= Sin trabajo 2= Asalariado 3= Técnico 4= Profesional 5= Negocio propio 6= Trabaja en el extranjero	Nominal
8. Residente de Tijuana, B.C.	a) Que vive en la Ciudad de Tijuana	1= Si 2= No	Nominal
	b) Tiempo de residencia en Tijuana (en caso que aplique)	Abierta	De razón

Tabla 2*Variables Independientes: b) De Salud*

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN	TIPO DE MEDICIÓN
9. Tabaquismo	Ingesta nociva de tabaco.	0= Nunca ha fumado	
a) Consumidor	Reportado por paciente, familia, expediente	1= Ya no fuma actualmente	Ordinal
b) Nivel de consumo	clínico y/o por personal de salud.	2= Algunos días	
c) Frecuencia	a) ¿Actualmente fuma tabaco todos los días, algunos días o no fuma actualmente?	3= Todos los días	
d) Tiempo de consumo	“Actualmente” significa haber fumado 1 o más cigarrillos en el último mes	4= No responde	
e) Ex usuario	b) Nivel de consumo: ¿Cuántos cigarrillos suele fumar en un día de consumo normal?	0= Ninguno 1= Uno o 2 cigarrillos 2= Tres o 4 3= Cinco o 6 4= De 7 a 9 5= Diez o más	Ordinal
Incluye cigarrillos, puros y pipas.	c) Frecuencia: ¿Con qué frecuencia Usted fuma?	0= Nunca 1= Uno o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana	
	d) Tiempo de consumo: <u>Seleccione:</u> ¿Cuánto tiempo tiene Usted fumando? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted fumando?	Abierta	De razón
	e) Ex usuario: ¿Cuándo fue la última vez que Usted se fumó un cigarrillo?	0= Nunca 1= En los últimos 30 días 2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año	Ordinal

		4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años	
10. Alcoholismo	Ingesta de nociva de alcohol.		
a) Consumidor	Reportado por paciente, familia, expediente	0= Nunca ha consumido	Ordinal
b) Nivel de consumo	clínico y/o por personal de salud.	1= Ya no bebe actualmente	
c) Frecuencia	a) ¿Actualmente toma alcohol todos los días, algunos días o no toma alcohol	2= Algunos días	
d) Tiempo de consumo	actualmente?	3= Todos los días	
e) Ex usuario	“Actualmente” significa haber tomado 1 o más vasos de alcohol en el último mes	4= No responde	
Incluye cerveza, vino, jerez, destilados y carajillos.	b) Nivel de consumo: ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0= Ninguno 1= Uno o 2 vasos 2= Tres o 4 3= Cinco o 6 4= De 7 a 9 5= Diez o más	Ordinal
	c) Frecuencia: ¿Con que frecuencia Usted consume alguna bebida alcohólica?	0= Nunca 1= 1 o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana	Ordinal
	d) Tiempo de consumo: <u>Seleccione</u> : ¿Cuánto tiempo tiene Usted consumiendo alcohol? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted tomando?	Abierta	De razón
	e) Ex usuario ¿Cuándo fue la última vez que Usted se tomó un vaso de alcohol?	0= Nunca 1= En los últimos 30 días 2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año	Ordinal

			4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años	
11. Uso de Drogas		Ingesta nociva de drogas. Reportado por paciente, familia.		
a) Consumidor			0= Nunca ha consumido	Ordinal
b) Frecuencia		a) ¿Actualmente consume algún tipo de drogas?; ¿todos los días, algunos días o no consume actualmente?	1= Ya no bebe actualmente	
c) Tiempo de consumo			2= Algunos días	
d) Ex usuario		“Actualmente” significa haber consumido en el último mes.	3= Todos los días	
			4= No responde	
Incluye Cristal, Cocaína.	Marihuana, Heroína,	b) Frecuencia: ¿Con que frecuencia Usted consume algún tipo de droga?	0= Nunca 1= 1 o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana	Ordinal
		c) Tiempo de consumo: <u>Seleccione:</u> ¿Cuánto tiempo tiene Usted consumiendo drogas? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted consumiendo drogas?	Abierta	De razón
		d) Ex usuario ¿Cuándo fue la última vez que Usted consumió algún tipo de droga?	0= Nunca 1= En los últimos 30 días 2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año 4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años	Ordinal
12. Actividad Física		Ejercicio corporal recreativo, que se realiza en momentos fuera de actividades laborales. Con la intención de producir gasto de energía y así lograr bienestar físico, mental y social.		
a) Habito				
b) Frecuencia				
c) Tiempo				
d) Intensidad		a) ¿Realiza algún tipo de ejercicio o deporte?	0= No 1= Si	Nominal

	b) ¿Cuál es la frecuencia en que realiza la actividad física?	1= Diario 2= Semanal 3= Mensual	Nominal
	c) ¿Cuánto tiempo realiza la actividad física?	1= Menos de 30 minutos 2= 30 minutos 3= Mayor a 1 hora	Nominal
	d) ¿Cuál es la intensidad de la actividad física?	1= Leve 2= Moderada 3= Intensa	Nominal
13. Hipertensión Arterial	De acuerdo a la OMS, la hipertensión es el término que describe la presión arterial alta. La presión arterial normal es cuando la presión arterial es menor a 120/80 mm Hg. Se considera hipertensión arterial cuando son mayores de 130/80 mm Hg.		
e) Diagnóstico			
f) Tiempo			
g) Edad			
h) Tratamiento			
	Reportado por paciente, familia, expediente clínico y/o por personal de salud.	1= Si 2= No 3= No sé	Nominal
	a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene hipertensión o la presión arterial alta?		
	b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía hipertensión arterial o la presión arterial alta?	1= Menos de 1 año 2= 1-2 años 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años	Ordinal
	c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años	De razón
	d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé	Nominal
14. Diabetes	La OMS la define como: Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa en la sangre y en la orina;		
a) Diagnóstico			

b) Tiempo	debido a una disminución de la secreción de insulina o a una deficiencia de su acción. Reportado por paciente, familia, expediente clínico y/o por personal de salud.	1= Si	Nominal
c) Edad		2= No	
d) Tratamiento		3= No sé	
a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (glucosa/ azúcar) en la sangre?			
b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alta en la sangre?		1= Menos de 1 año 2= 1-2 años 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años	Ordinal
c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?		_ _ Años	De razón
d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?		1= Si 2= No 3= No sé	Nominal
15. Cardiopatías	De acuerdo a la OMS, las enfermedades cardiovasculares o las cardiopatías son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Reportado por paciente, familia, expediente clínico y/o por personal de salud.	1= Si	Nominal
a) Diagnóstico		2= No	
b) Tiempo		3= No sé	
c) Edad			
d) Tratamiento			
a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene algún tipo de cardiopatía o problema en el corazón?			
b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía algún tipo de cardiopatía o problema en el corazón?		1= Menos de 1 año 2= 1 año 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años	Ordinal
c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?		_ _ Años	De razón

	d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé	Nominal
16. EVC	Arauz, A., y Ruíz-Franco, A., (2012), lo definen como: “Síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global; que persiste más de 24 horas o conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular”. Reportado por paciente, familia, expediente clínico y/o por personal de salud.	1= Si 2= No 3= No sé	Nominal
a) Diagnóstico			
b) Lateralidad			
c) Tiempo			
d) Edad			
e) Tratamiento			
	a) ¿Algún médico le ha dicho que tuvo enfermedad vascular cerebral?		
	b) ¿Sabe Usted la lateralidad del cerebro que estuvo afectada?	1= Derecha 2= Izquierda 3= No sé	Nominal
	c) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tuvo EVC?	1= 3 - 6 meses 2= 7 - 11 meses 3= Un año o más	Ordinal
	d) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años	De razón
	e) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No	Nominal

Tabla 3*Variable Dependiente: Calidad de Vida*

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PROCESOS	DIMENSIONES	ITEMS
Se mide con la escala de calidad de vida-38 (ECVI-38) La cual posee formato de respuesta tipo Likert. Nivel de Medición: ORDINAL.	La OMS (1996), define la calidad de vida de un individuo en función del resultado de la relación de las siguientes variables: lugar que ocupa en la sociedad, sistema de valores, espacio cultural que habita, salud física, estado psicológico, grado de independencia, factores ambientales y sus creencias personales. Por tanto, cualquier alteración en alguna de las esferas antes mencionadas modifica la percepción de la calidad de vida de la persona.	Intrapersonales	<p>I. Estado físico. ¿Cuánta dificultad tiene para?</p> <hr/> <p>III. Cognición. ¿Cuánta dificultad tiene para?</p> <hr/> <p>IV. Emociones. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a?</p> <hr/> <p>V. Sentimientos. ¿Con qué frecuencia tiene Usted?</p>	<p>I.a Mover las extremidades I.b Utilizar las manos I.c Caminar I.d Mantener el equilibrio I.e Dolor o molestias físicas</p> <hr/> <p>III.a Su concentración III.b Su memoria III.c Su capacidad mental</p> <hr/> <p>IV.a Estado de ánimo IV.b Vitalidad IV.c Autoestima IV.d Capacidad de mantener la calma IV.e Control sobre sus emociones</p> <hr/> <p>V.a Ganas de vivir V.b Confianza en el futuro V.c Sensación de ser útil V.d Sensación de tranquilidad V.e Confianza en sí mismo</p>

	VI. Actividades Básicas de la vida diaria. ¿Cuánta dificultad tiene para?	VI.a Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse) VI.b Bañarse VI.c Realizar sus actividades domésticas acostumbradas VI.d Moverse libremente dentro de la casa
Interpersonales	II. Comunicación. ¿Cuánta dificultad tiene para?	II.a Hablar II.b Comunicarse con otras personas II.c Leer II.d Escribir
	VII. Actividades Comunes de la Vida Diaria. ¿Cuánta dificultad tiene para?	VII.a Moverse a lugares lejos/fuera de la casa VII.b Realizar sus actividades de entretenimiento o recreación VII.c Participar en actividades fuera del marco familiar VII.d Participar en actividades de la comunidad
	VIII. Funciones Socio-Familiares. ¿Cuánta dificultad tiene para?	VIII.a Tener independencia económica VIII.b Aportar económicamente a la familia como antes VIII.c Cumplir sus funciones en el hogar VIII.d Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos VIII.e Participar en las decisiones familiares

VIII.f Cumplir su papel como
esposo(a)
VIII.g Mantener su actividad
sexual
VIII.h Mantener su actividad
laboral

Instrumentos

Cuestionario de Variables Sociodemográficas

Comprende 8 ítems: edad, género, lateralidad, estatus socioeconómico, escolaridad, estado civil, empleo y residencia actual del paciente adulto (Tabla 1).

El diseño de la sección estatus socioeconómico, fue el resultado de analizar y confrontar modelos de niveles socioeconómicos en México y del análisis general de sueldos brutos semanales en la Ciudad de Tijuana. La propuesta aquí presente es un modelo a escala inferior de los ingresos percibidos en la Ciudad de Tijuana. En la encuesta dicha propuesta se redacta en pregunta como el ingreso económico.

Cuestionario de Variables de Salud

Comprende 8 ítems, las cuáles evalúan los hábitos y factores principales de riesgo del paciente adulto: Tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, actividad física, hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías y EVC (Tabla 2).

La encuesta se diseñó tomando en cuenta: El cuestionario individual de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; El cuestionario de historia sobre enfermedades crónicas - adultos de 20 años o más de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud Medio Camino 2016; el estudio de un caso clínico de Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo y contemplando los factores de riesgo previamente identificados en estos pacientes.

Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38)

La escala cubana de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) representa la primera medida hispana de resultado específico para ictus, con una concepción centrada en el paciente y con el modelo conceptual de los niveles de salud de la OMS.

Comprende 38 preguntas o incisos, los cuáles se combinan formando 8 subescalas que recogen el intervalo de afectaciones derivadas de un ictus: estado físico, comunicación, cognición, emociones, sentimientos, actividades básicas de la vida diaria, actividades comunes de la vida diaria, y funciones socio familiares; además, de dos preguntas adicionales sobre la función sexual y la actividad laboral. El formato de respuesta de estos 38 ítems es una escala tipo Likert de cinco posibilidades de respuesta: 5 representa la peor situación en el aspecto evaluado y 1, la ausencia de afectación en el aspecto evaluado (Sánchez-Lozano et al., 2018) (Tabla 3).

Creada a partir de entrevistas individuales y grupos focales con enfermos, cuidadores expertos, enfocándose en los problemas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, lo grave de la etiología con la necesidad de detectar el amplio intervalo de deficiencias, discapacidades y minusvalías de acuerdo a la OMS (Díaz-S., M.A. y Gómez-G., 2016).

Constituye una herramienta de valoración de la salud integral y la calidad de vida en estos pacientes desarrollado en nuestro idioma y en nuestra cultura. Aplicable por un entrevistador.

Fernández-Concepción, et al., (2005) emplearon métodos de referencia (patrón oro) para evaluar las propiedades psicométricas de la ECVI-38, con la utilización de una estrategia desarrollada en trabajos previos. La aceptabilidad, es decir, la calidad de los datos se logró con un porcentaje de datos perdidos por debajo del 10%, y un efecto piso y efecto techo por debajo del 80%. La consistencia interna posee un α de Cronbach por encima de 0,70 y una correlación

interelementos por encima de 0,30. La fiabilidad test-retest empleo el coeficiente de correlación intraclase (CCI) con criterio de factibilidad por encima de 0,75.

De acuerdo a la teoría planteada alrededor de dicho instrumento, los dominios o dimensiones de la calidad de vida son ocho y se definen así (Fernández-Concepción et al., 2005):

- a) Estado físico (EF). Mover las extremidades, utilizar manos, caminar, mantener el equilibrio, dolor o molestias físicas.
- b) Comunicación (CO). Hablar, comunicarse con otras personas, leer, escribir.
- c) Cognición (CG). Su concentración, su memoria, su capacidad mental.
- d) Emociones (EM). Estado de ánimo, vitalidad, autoestima, capacidad de mantener la calma, control sobre sus emociones.
- e) Sentimientos (SE). Ganas de vivir, confianza en el futuro, sensación de ser útil, sensación de tranquilidad, confianza en sí mismo.
- f) Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse), bañarse, realizar sus actividades domésticas acostumbradas, moverse libremente dentro de la casa.
- g) Actividades comunes de la vida diaria (ACVD). Moverse a lugares distantes de la casa, realizar sus actividades de entretenimiento o recreación, participar en actividades fuera del marco familiar.
- h) Funciones sociofamiliares (FSF). Tener independencia económica, aportar económicamente a la familia como antes, cumplir con sus funciones dentro hogar, elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos, participar en las decisiones familiares, cumplir su papel como esposo (a), mantener su actividad sexual, mantener su actividad laboral.

Escala de Rankin Modificada (mRS)

Govantes-Bacallao, Y., y Bravo-Acosta, T. (2014) explican que dicha escala fue introducida originalmente en 1957 por el Dr. John Rankin de Stobhill Hospital de Glasgow, Escocia. Es una escala muy común para medir grado de dependencia o de discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria del paciente que ha sufrido enfermedad vascular cerebral, y se compara con el tiempo para verificar la recuperación y el grado de discapacidad continua. Comprende 7 ítems, con puntajes que van del 0 al 6, las cuales son: “0”: sin discapacidad/ sin síntomas; “1”: Sin Incapacidad Significativa: A pesar de síntomas realiza actividades cotidianas; “2”: Incapacidad Leve: Incapaz de realizar las actividades previas pero capaz de hacer algunas actividades sin asistencia; “3”: Incapacidad Moderada. Requiere alguna ayuda, pero es capaz de caminar por sí mismo; “4”: Incapacidad Moderadamente Severa. Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda; “5”: Incapacidad Severa. Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería. Discapacidad que requiere atención constante para todas las necesidades” y “6” es la muerte/ defunción.

Múltiples estudios han demostrado que la mRS se correlaciona con indicadores fisiológicos como el tipo de enfermedad vascular, tamaño de la lesión, y el deterioro neurológico. Dicho instrumento debe ser ejecutado por un profesional de la salud. Se recomienda que los resultados sean comparados al inicio y al final del tratamiento en cada paciente.

Guión de Entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico

Instrumento de *elaboración propia*, diseñado con la finalidad de conocer el fenómeno a profundidad desde la perspectiva del paciente adulto con EVC isquémico, a través del AFI como método para la comprensión de las experiencias personales, comprende 8 preguntas abiertas y está fundamentado en el marco teórico (Tabla 4).

Tabla 4

Guión de entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico

Marco Teórico	Constructo / Concepto	Definición	Reactivo / Pregunta
	EVC	Concepto de la EVC por parte del paciente	¿Con que nombre conoce Ud. a la enfermedad? (a partir de aquí, usar ese término)
Inducción	Anécdota	Narración del acontecimiento	1. Cuénteme, ¿Cómo fue que le dio “el derrame”?
El EVC se caracteriza por el rápido desarrollo de signos neurológicos que persisten por más de 24 horas (manifestaciones unilaterales, alteración lenguaje, campo visual, debilidad hemicorporal, pérdida de la sensibilidad). (OMS, 2018; Ropper, A.H., Samuels, M.A. y Klein, J.P., 2017; OMS, 2015; Jauch, E.C., et al., 2013; Arauz, A., y Ruíz-Franco, A., 2012; Samuels, M.A. y Ropper, A.H., 2011; Toro-Gómez, et al., 2010)	Estado físico (Signos y síntomas del EVC)	Descripción del paciente sobre su vivencia física en el momento justo del EVC (estado físico)	2. ¿Recuerda Ud. los síntomas en su cuerpo cuando le comenzó “el derrame”? ----- 2.1 ¿Qué fue lo que sintió antes de enfermarse?

Marco Teórico	Constructo / Concepto	Definición	Reactivo / Pregunta
<p>“Depresión, desórdenes emocionales”.</p> <p>Sánchez-Lozano, A., et. al., 2018; Mesa-Barrera, et. al., 2016; Soriano-Guillen, A.P., et. al., 2013; Díez-Ascaso, O., et. al., 2011; García-Moriche, N., et. al., 2009</p>	Emociones	<p>Emociones ante la noticia de EVC (momento del diagnóstico)</p> <p>Cambios en estado de ánimo al vivir con la EVC</p>	<p>3. ¿Recuerda Ud. cuál fue su estado de ánimo o emoción cuando se enteró de su enfermedad?</p> <p>3.1 A partir de la enfermedad, ¿Ha habido algún cambio en su estado de ánimo?</p>
<p>“Existe restricción de participación, red social insuficiente o aislamiento de parte del paciente. Incluso el rechazo familiar”.</p> <p>Sánchez-Lozano, A., et. al., 2018; Soriano-Guillen, A.P., et. al., 2013; García-Moriche, N., et. al., 2009.</p>	Social y Red de Apoyo	<p>Percepción del participante sobre rol social</p> <p>Percepción del participante sobre su red de apoyo / Cambios en social y red de apoyo</p>	<p>4. A partir de la enfermedad, ¿Cómo es la relación con su familia?, ¿Cómo es la relación con sus amistades? y ¿Cómo es la relación en su trabajo?</p> <p>4.1. A partir “del derrame”, ¿Con quién se relaciona?, ¿Cómo es esa relación? ¿Hubo algún cambio después de la enfermedad?</p>
	CV, concepto del participante	Percepción del participante sobre el concepto de CV	5. ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha “Calidad de Vida”?
<p>“El proceso de enfermar afecta de manera dinámica a la persona, ello incluye la propia subjetividad”.</p> <p>García-Moriche, N., et. al., 2009</p>	Percepción del paciente sobre el EVC	Opinión que tienen los participantes sobre la enfermedad	6. ¿Qué piensa sobre la enfermedad?

Marco Teórico	Definición	Reactivo / Pregunta
<p>“Grado de dependencia, parte física, cambios en el estado funcional” Sánchez-Lozano, A., et. al., 2018; Soriano-Guillen, A.P., et. al., 2013; García-Moriche, N., et. al., 2009.</p>	<p>Percepción del paciente sobre el EVC, antes y después.</p>	<p>6.1. ¿Cómo era su vida <u>antes</u> de enfermarse? ----- 6.2 ¿Cómo es su vida ahora con la enfermedad?</p>
<p>“Las creencias contribuyen a la actitud ante la enfermedad” García-Moriche, N., et. al., 2009.</p>	<p>Creencias</p>	<p>Creencias del paciente Creencias espirituales del paciente</p> <p>7. ¿Por qué cree que se enfermó? 7.1 ¿Tiene Ud. alguna creencia que le ayude a sobrellevar/enfrentar su enfermedad?</p>
<p>“Importante mantener un modelo de información y educación sanitaria a pacientes y familiares para mejorar CV”. García-Moriche, N., et. al., 2009; Díez-Ascaso, O., et. al., 2011.</p>	<p>Información recibida</p>	<p>Nivel de conocimiento que tienen los participantes su enfermedad</p> <p>8. Cuando le dieron de alta del hospital, ¿Qué información le dieron sobre la enfermedad?, ¿Cuál fue?, ¿Estaba presente algún familiar?</p> <p>Información falsa o incompleta de la enfermedad.</p>

Equipo y Materiales

Recursos materiales

Se contempló por cada participante un paquete de cuestionarios que incluye: Consentimiento Informado, Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Variables de Salud, Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38), Escala de Rankin Modificada (mRS), Guión de entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico, además de hojas blancas, plumas, lápices, borradores, una tabla de apoyo, una agenda para citas y control de entrevistas.

Se emplearon los siguientes recursos tecnológicos: un celular (iPhone) para realizar llamadas telefónicas, una computadora con programa de audio, el programa ATLAS. Ti 9 (el cuál se tuvo que adquirir), aplicación de zoom y el acceso a internet.

Las entrevistas fueron realizadas, algunas en las instalaciones del hospital (servicios de medicina interna, de urgencias adultas, de neurocirugía y gabinetes de consulta externa); otras, con motivo de la pandemia y de la seguridad de los involucrados, de manera virtual (el paciente en su casa y la investigadora responsable en la suya).

Así mismo, se empleó un vehículo para los traslados al Hospital General de Tijuana, gasolina, pago de estacionamiento, y viáticos.

Recursos humanos

En primera instancia, la participación de la responsable del proyecto de investigación, así como la colaboración del personal del HGT: médicos de primer contacto, enfermeras, paramédicos, médicos urgenciólogos, médicos internistas, radiólogos, médicos intensivistas, médicos neurólogos, médicos pasantes, médicos residentes, médicos de consulta externa, personal del departamento de archivos y trabajadoras sociales.

Financiamiento

Estudio autofinanciado en su totalidad por la investigadora a cargo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

Procedimiento

Consideraciones bioéticas

Se sometió ante el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC, obteniendo la aprobación y dictamen favorable para su aplicación en un periodo no mayor a dos años a partir de la fecha del dictamen (16 de enero 2020). Se sometió ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Tijuana, obteniendo la aprobación con dictamen favorable Número CONBIOETICA-02-CEI-001-20170526, con fecha: 27 de marzo 2020 (ver anexos).

Reclutamiento - Trabajo de campo

El proceso para la selección de los participantes (pacientes) consistió en dos fases que se describen a continuación:

La primera fase es producto de una base de datos proporcionada por el departamento de Medicina Interna (período estimado julio 2019 a octubre 2019), la cual contenía inicialmente 62 pacientes; dicha base se entregó incompleta, por lo cual, se procedió a rellenar la información faltante, como nombre completo, edad, fecha de nacimiento, número de expediente, próxima cita agendada en el hospital, todo ello con la finalidad de poder contactar a cada uno de los participantes de esa lista; para lograr ello se hizo uso de archivos físicos y se actualizó la base de datos electrónica del hospital.

De los 62 pacientes de esa primera base de datos, se logró el contacto con 4; los pacientes perdidos se debieron a que: no se encontró el expediente, el número de celular no existe, el número de celular es incorrecto, no responde el celular, no se encontró número de contacto y no hubo forma de localizarlo, el paciente no llegó la cita, no saben del paciente en ese número, el paciente cambió de residencia y/o de ciudad, el paciente no puede hablar por el nivel de

afectación física, emocional, pérdida auditiva o pérdida de la memoria; el paciente no está interesado en participar en la investigación, y en algunos casos, fallecimiento del paciente.

Acerca de la segunda fase, fueron pacientes capturados por la investigadora principal de este proyecto en las instalaciones de Hospital General de Tijuana (servicios de medicina interna, urgencias adultos, neurocirugía y consulta externa), se identificaron 17 pacientes de los cuáles finalmente fueron contactados únicamente 6, los motivos fueron: el paciente está muy deteriorado físicamente y ello le impide la comunicación, no responden el teléfono, no está interesado en participar en la investigación y en algunos casos, el paciente ha fallecido.

Este proyecto de investigación coincidió con el tiempo en que la pandemia iniciaba, ello modificó todo el proceso previamente planeado para la selección de los participantes y el contacto posterior con ellos para la realización de las entrevistas debido a que las instalaciones del nosocomio en el cual se estaba realizando el presente estudio, fueron designadas y utilizadas para recibir exclusivamente a pacientes con diagnósticos de COVID.

La instrucción por parte del sistema de salud fue que el resto de los pacientes con diferentes emergencias sanitarias, acudieran a nosocomios que no estuvieran destinados al tratamiento del SARS-COV-2. Mientras que se sugirió como protocolo de seguridad de salud que el resto de la población se quedara en casa.

Por tanto, debido a la pandemia y a las instalaciones del nosocomio cerradas para este fin, las entrevistas exitosas fueron con 4 participantes (tabla 5), imposibilitando alcanzar la muestra apropiada representativa de la población para cubrir la parte cuantitativa de este estudio (Hernández-Sampieri, 2018); sin embargo, se procedió a continuar con el resto de la investigación de tipo cualitativo.

Tabla 5*Pacientes con EVC Isquémica, detectados en el HGT, período: Julio 2019 - Abril 2020*

	Total pacientes identificados con el diagnóstico buscado	Total pacientes localizados y contactados	Entrevistados
1er base de datos (Proporcionada por Medicina Interna)	62	4	0
2da base de datos (Capturada por investigadora principal)	17	6	4
Totales	79	10	4

Primer contacto - Consentimiento

El primer acercamiento que se estableció fue justo antes de iniciar con la pandemia y fue mediante los diferentes servicios del hospital quienes colaboraran en referir a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión a este estudio (Medicina Interna, de Urgencias Adultas, de Neurocirugía del Hospital General de Tijuana y/o de Consulta Externa), de primera instancia se les brindó información general acerca del estudio y a los que aceptaron participar se les solicitó firmar el consentimiento informado.

En una cita previamente agendada en instalaciones del hospital, cada participante seleccionado completó un Cuestionario de Variables Sociodemográficas; Cuestionario de Variables de Salud y Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38). Respecto a la Escala de Rankin Modificado la evaluación estuvo a cargo de la responsable de la investigación. La examinadora brindó apoyo cuando el paciente adulto lo requirió; el tiempo promedio de aplicación fue de 45 minutos.

Para la aplicación del Guión de Entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico, la pandemia ya estaba iniciando, por ello se realizó vía remota con intensión de

proteger a todos los involucrados. Las video llamadas se consiguieron mediante el uso de la aplicación zoom, tuvieron una duración aproximada de 40 minutos y estuvieron a cargo de la investigadora responsable.

Al inicio de cada entrevista, se explicó nuevamente de manera breve el objetivo de la investigación, se solicitó el consentimiento virtual de cada paciente participante para grabar dicha sesión, resaltando que la información recabada sería tratada únicamente para fines de este estudio. Así mismo, se les recordó que tenían la libertad para retirarse en el momento que ellos lo desearan, su participación es voluntaria.

Las transcripciones de dichas entrevistas fueron textuales basadas en cada sesión audio-grabada, se redactaron respetando el vocabulario que cada paciente participante emitió y sin alterar su discurso, fueron capturadas por la investigadora a cargo. También se contempló asignar un seudónimo de manera aleatoria para proteger la identidad de cada paciente.

Ya reunidos los resultados se prosiguió al análisis de los datos, la discusión y la redacción de las conclusiones.

Plan de análisis

- a) Los Cuestionarios de las Variables Sociodemográficas y las Variables de Salud se estudiaron mediante estadística descriptiva básica. (tablas 1 y 2)
- b) Para hacer el análisis cualitativo de los datos y la generación de resultados del Guión de Entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico, se utilizaron el análisis fenomenológico interpretativo (AFI) y el programa ATLAS. Ti 9.0.

La elección del AFI sobre otros métodos con enfoque cualitativo, se debe al interés por la descripción minuciosa y en profundidad de las experiencias tal cual las vive y entiende la propia persona. Así mismo, a diferencia de la investigación cuantitativa que busca el estudio de poblaciones numerosas y representativas, el AFI indaga experiencias personales, únicas e individuales a profundidad; razón por la cual los estudios cualitativos manejan un número reducido de casos (Duque y Aristizábal Díaz-Granados, 2019). Particularmente para esta investigación se pone de manifiesto la importancia de que los profesionales de la salud comprendan la perspectiva que cada paciente tiene sobre su enfermedad, desde el sentido que tiene para ellos mismos y el significado que otorgan a lo vivido (Álvarez-Gayou, 2003).

Se hizo el análisis cualitativo de los datos de forma deductiva y se utilizó el programa ATLAS-Ti versión 9.0. Se considera que el uso de programas computacionales de análisis de material cualitativo supone ahorro de tiempo, manejo y tratamiento exhaustivo de los datos, y las posibilidades de explorar fácilmente los datos adicionales; lo que conduce a un incremento de la confiabilidad (Izcara, 2014).

Una vez teniendo la transcripción de las entrevistas se procedió al análisis de los datos cualitativos propuesto por Izcara (2014): se comenzó con la simplificación de la información, es decir con la codificación del documento. La guía de codificación se precisó por categorías y

estuvo respaldado tanto en el marco teórico, como con la pregunta y objetivos de esta investigación. Se codificó la información con los referentes teóricos encontrados previamente en la literatura (de manera deductiva) y se prosiguió a localizar las categorías que emergieron en los resultados. Finalmente se realizó el informe de los resultados.

De acuerdo a Izcara (2014) y a Álvarez-Gayou (2003), el análisis de contenido de los datos cualitativos debe ser flexible y debe permitir rescatar su riqueza focalizando la atención no en la frecuencia de la repetición de un palabra o idea, sino en su presencia. El significado de las palabras depende del contexto en que se sitúan (tiempo, espacio, corporalidad y relacionalidad).

Las estrategias empleadas para incrementar el grado de confiabilidad de esta investigación fueron: 1) La grabación y transcripción literal de todo el material cualitativo. 2) La utilización de una matriz de codificación basada en el marco teórico, el cual incluye los requerimientos mínimos de la información. Las estrategias empleadas para obtener el grado de validez interna de esta investigación fueron: La selección de los participantes ricos en información y la saturación teórica de la misma.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, tanto de la parte cuantitativa como de la cualitativa. La primera sección se compone de las descripciones sobre las variables sociodemográficas y de salud, y la segunda sección del análisis de las categorías y los códigos.

Tabla 6

Descripción de pacientes participantes en esta investigación (Tipificación)

Nombre	Descripción General
1 Maris	Femenina de 66 años de edad, con escolaridad primaria trunca, separada, sin trabajo. Vive con su hija y sus dos nietas, su hija le asiste en sus cuidados. Nunca fumó, nunca consumió alcohol ni drogas, no realiza actividad física. Es hipertensa, es diabética, no tiene cardiopatías identificadas, y está diagnosticada con EVC desde hace 13 años. Se encuentra en tratamiento médico. Su valoración en la escala de mRS es de 4: Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda. Usa silla de ruedas.
2 Jorge “George”	Masculino de 68 años, escolaridad universidad trunca, casado, sin trabajo. Vive con su esposa e hijo, su esposa le asiste en sus cuidados. No fuma ni ingiere alcohol actualmente (dejó ambos en el momento del evento), nunca consumió drogas, no realiza actividad física. Es hipertenso, no es diabético, no tiene cardiopatías detectadas, está diagnosticado con EVC desde hace 10 meses. Se encuentra en tratamiento médico. Su valoración en la escala de mRS es de 4: Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda. Usa silla de ruedas.
3 Miguel	Masculino de 66 años de edad, con escolaridad primaria trunca, es soltero y tiene negocio propio. Recientemente se mudó al patio de su sobrina debido a que fue desalojado del terreno donde vivía, ahí planea construir su casita de cartón. Fuma y consume alcohol ocasionalmente, nunca consumió drogas, no realiza actividad física, sin embargo, resalta que por motivo de su trabajo camina de dos a tres horas dos veces por semana. No es hipertenso, es diabético, no tiene cardiopatías identificadas al momento, está diagnosticado con EVC desde hace nueve meses. Se encuentra en tratamiento médico. Su valoración en la escala de mRS es 0: Sin síntomas.

Nombre	Descripción General
4 Vicky	Femenina de 72 años de edad, con escolaridad primaria, es viuda, y no trabaja actualmente. Nunca fumó, nunca consumió alcohol ni drogas, no realiza actividad física. Vive con uno de sus cuatro hijos, su hijo y nieta le asisten en sus cuidados. Es hipertensa, es diabética, sin cardiopatías detectadas, está diagnosticada con EVC desde hace 10 meses. En tratamiento médico. Su valoración en la escala de mRS es 4: Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda. Usa silla de ruedas

Nota. Los nombres utilizados en esta investigación son seudónimos.

a) Descripción de variables

Variables sociodemográficas de los pacientes adultos con EVC isquémica

Las características sociodemográficas de los cuatro participantes entrevistados son: dos mujeres y dos hombres con edades entre 66 y 72 y con una media de 68; todos de lateralidad diestra, 75% de ellos estudiaron primaria y el 25% restante quedó con estudios trunca en Derecho, se identifica diversidad en el estatus del estado civil, respecto al trabajo únicamente el 25% puede trabajar; todos residentes de la ciudad de Tijuana (Tabla 7).

Tabla 7
Variables Sociodemográficas de los pacientes

	n=4	%
Rango de edad		
66-72	4	100
Género		
Mujer	2	50
Hombre	2	50
Lateralidad		
Diestra	4	100
Zurda	0	0
Escolaridad		
Primaria	3	75
Universidad	1	25
Estado Civil		
Casado	1	25
Separado	1	25
Viudo	1	25
Soltero	1	25
Empleo		
Sin trabajo	3	75
Negocio Propio	1	25
Residencia		
Tijuana	4	100

Variables de salud de los pacientes adultos con EVC isquémica

Las características de salud de los pacientes son las siguientes: 50% de la población nunca ha fumado, 25% no fuma actualmente y el resto fuma algunos días (ocasionalmente). 50% de la muestra nunca ha consumido alcohol, 25% no ingiere alcohol actualmente y el resto ingiere alcohol algunos días (ocasionalmente). El 100% de la población niega haber consumido drogas, ese mismo porcentaje de la población, niegan realizar algún tipo de ejercicio o deporte. El 75% está diagnosticado con hipertensión arterial y se encuentran en tratamiento, el resto no sabe si lo tiene y, por lo tanto, no está en tratamiento médico. El 75% está diagnosticado con diabetes y se encuentra en tratamiento, el resto no sabe si lo tiene y, por lo tanto, no está en tratamiento médico. El total de la muestra niega tener cardiopatías; así mismo, afirman estar diagnosticados con enfermedad vascular cerebral, 75% está en tratamiento farmacológico (Tabla 8).

Tabla 8

Variables de Salud de los pacientes

		N=4	%
Tabaquismo	Nunca ha fumado	2	50
	Ya no fuma actualmente	1	25
	Algunos días	1	25
Alcoholismo	Nunca ha consumido	2	50
	Ya no bebe actualmente	1	25
	Algunos días	1	25
Uso de drogas	Nunca ha consumido	4	100
Actividad Física	No realiza algún tipo de ejercicio o deporte	4	100
Hipertensión Arterial	Si	3	75
	No sabe	1	25
	Está en tratamiento	3	75
	No está en tratamiento	1	25

		N=4	%
Diabetes	Si	3	75
	No	1	25
	Está en tratamiento	3	75
	No está en tratamiento	1	25
Cardiopatías			
	No	4	100
EVC			
	Si	4	100
	Está en tratamiento	3	75
	No está en tratamiento	1	25

Respecto al reporte de la evaluación de la escala de Rankin, el 25% de la muestra no tiene síntomas, el 50% de la muestra es incapaz de caminar y de realizar sus necesidades corporales sin ayuda y el 25% restante está confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería (Tabla 9).

Tabla 9

Reporte de evaluación de Escala de Rankin Modificada (rango 0-6)

		N=4	%
(nivel 0)	Sin síntomas	1	25
Incapacidad Moderadamente Severa (nivel 4)	Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda.	2	50
Incapacidad Severa (nivel 5)	Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería.	1	25

b) Análisis de las categorías y los códigos

El guión de entrevista (“Percepción de la CV de pacientes adultos con EVCi”) se desarrolló a partir del marco teórico, del cual, a la vez, procedieron la mayoría de los códigos, el resto fueron identificados con base en la información proporcionada por los y las participantes en las encuestas. El análisis cualitativo de este guión respondió a la pregunta y objetivos de la

investigación. Los resultados fueron agrupados en una red de nueve Categorías: (1) *Anécdota*, (2) *Estado Físico*, (3) *Emociones*, (4) *Social y Red de Apoyo*, (5) *Calidad de Vida* (6) *Enfermedad*, (7) *Creencias*, (8) *Información* y (9) *EVC* (Tabla 10 y Figura 3).

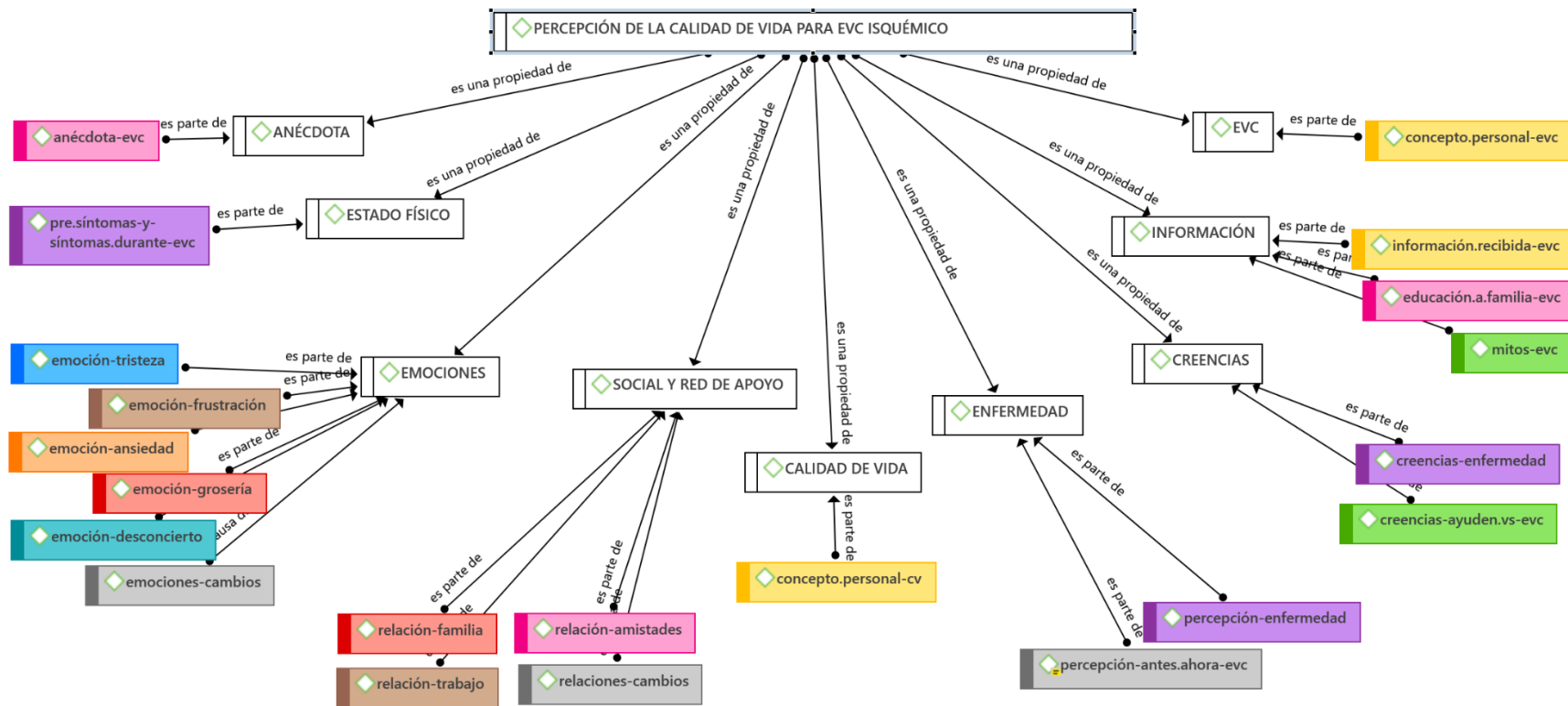
Tabla 10
Red de Categorías y Códigos resultantes del análisis de entrevista

Categoría	Código
Anécdota	anécdota-evc
Estado Físico	pre.síntomas-y-síntomas.durante evc
Emociones	emoción-tristeza emoción-frustración emoción-ansiedad emoción-grosería * emoción-desconcierto emociones-cambios **
Social y Red de Apoyo	relación-familia relación-trabajo relación-amistades relaciones-cambios ***
Calidad de Vida (CV)	concepto.personal-cv
Enfermedad	percepción-enfermedad percepción-antes.ahora-evc
Creencias	creencias-enfermedad creencias-ayuden.vs-evc
Información	informacion.recibida-evc educación.a.familia-evc mitos-evc
EVC	concepto.personal-evc

Nota. *emoción–grosería: “grosería” no es una emoción, sin embargo, el término se empleó para expresar a la emoción “ira”. **emociones-cambios: código empleado para enfatizar los “cambios en el estado de ánimo” de la persona después de la enfermedad. ***relaciones-cambios: código empleado para indicar los “cambios en la área social y red de apoyo” después de la enfermedad.

Figura 3

Red de categorías y códigos: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico



Nota: *emoción–grosería: “grosería” no es una emoción, sin embargo, el término se empleó para expresar a la emoción “ira”.

**emociones-cambios: código empleado para enfatizar los “cambios en el estado de ánimo” de la persona después de la enfermedad.

***relaciones-cambios: código empleado para indicar los “cambios en la área social y red de apoyo” después de la enfermedad.

Citas sobresalientes correspondientes a cada categoría: 1. *Anécdota*, 2. *Estado Físico*, 3. *Emociones*, 4. *Social y Red de Apoyo*, 5. *Calidad de Vida*, 6. *Enfermedad*, 7. *Creencias*, 8. *Información* y 9. *EVC*.

1. Anécdota

Se consideró importante conocer la narración del acontecimiento que cada participante vivió, para lo cual se elaboró la pregunta que dió origen a la categoría *Anécdota*.

Las y los pacientes participantes describieron estar en sus actividades cotidianas -dormir, cocinar, estar en casa e ir de compras- cuando el evento aconteció. Una paciente refirió que cuando sus familiares le hablaron, no se dió cuenta; otro, percibió sentirse mal mientras estaba haciendo compras y a su vez, no darse cuenta de que los jitomates se le resbalaron de las manos; el siguiente, expresó que se levantó a calentar agua para su café y se desmayó; la última persona, comentó que se fue a dormir sin ningún síntoma y al despertar simplemente sentir que no podía moverse (tabla 11 y figura 4).

Tabla 11

Anécdota EVC

Participante	Contenido de cita
Maris	Estaba, estaba yo en la cocina y le dije a mi nieto, le dije yo: “vamos a acostarnos hijo”, y nos fuimos, fuimos a acostarnos y él me empezaba a hablar, dice: “abuelita, abuelita” y yo, dice que yo no le contestaba. Y fue y le aviso a mi cuñada, le dice: “tía”, dice, “mi abuelita le estoy habla y habla y no me contesta”. Entonces, este ya, le dije yo, pues ella me empezó a hablar y dice que no les contestaba. Entonces, ya le hablaron a mi hija y a mi yerno, a Inesita. Entonces, pues ya me llevaron al hospital, así fue.
Miguel	Fui y compré, pero cuando venía me sentí muy mal y entonces, en un puesto de pizza le dije que, si me daba permiso de sentarme y “Nantes” de me dijeran sí, yo me senté, porque sentí que “me iba a derrumbar, como a desmayar”. Entonces me senté y ¡ay! un ratito y descansé. Y me paré como pude y ahí voy otra vuelta, así como que me quería caer. Y luego llegué a la esquina y crucé, y la bolsa donde llevaba los jitomates se me resbaló de la mano y no, ni sentí. Seguí caminando y me dijo un Señor: “Oiga, ¿no son de Ud. estos jitomates?, a Usted se le resbaló la bolsa”, ¡Uh! ni me di cuenta.

2. Estado Físico

Con la categoría *Estado Físico* se buscó que, en caso de recordar, cada participante describiera qué fue lo que sintió en su cuerpo antes y durante la EVC, cabe mencionar que emergió una pequeña lista de síntomas identificados durante las primeras horas inmediatas al evento (tabla 12 y figura 5).

Síntomas *PREVIOS* al EVC: Mareos o vértigos: “Como borracha” (Maris); “Sentí que me iba a derrumbar: como que me quería caer” (Miguel). Malestar físico: “Me sentí muy mal” (Miguel). Debilidad muscular: “¡No sentía que se me caían las cosas de las manos!” (Miguel); “Tenía ya tiempo que se me dormían los dedos de la mano” (Vicky). Malestar: Dolor en el oído días antes (George).

Síntomas *DURANTE* el EVC: Dolor de cabeza (Maris). Pérdida de la consciencia: “Nos fuimos, fuimos a acostarnos y él me empezaba a hablar, dice: “abuelita, abuelita” y yo, dice que yo no le contestaba... Entonces, pues ya me llevaron al hospital” (Maris). Convulsiones: “Me torcía todo... Sentía que la boca se me abría y que me mordía la lengua” (Miguel). Asintomático (Sin síntomas): “No tuve ningún síntoma, nada más me desmayé” (George).

Síntomas *INMEDIATAMENTE DESPUÉS* (primeras horas): Debilidad muscular: “Me traté de parar, pero ya no puede” (George). Pérdida de la sensación de extremidades: “En la mañana que me levanté, pues simplemente no me respondió el pie, y se me dobló, y entonces, quise hacer fuerza con la mano, y ya tampoco tenía fuerza, y ya fue que me dí cuenta, que no me funcionaba” (Vicky); “Nada más dormido la media mitad del cuerpo, del brazo hasta abajo, pero nada más, no había dolencia ni nada”; “No, no te asustes” le digo, “no sé qué me pasó, no puedo moverme” (Vicky).

Tabla 12*Síntomas previos y síntomas durante la EVC*

Participante	Contenido de cita
Maris	Si, viera que sí, con dolor de cabeza Una, si, una borrachera. Como borracha. Nos fuimos, fuimos a acostarnos y él me empezaba a hablar, dice: “abuelita, abuelita” y yo, dice que yo no le contestaba. Y fue y le aviso a mi cuñada, le dice: “tía”, dice, “mi abuelita le estoy habla y habla y no me contesta” ... Entonces, ya le hablaron a mi hija y a mi yerno, a Inesita. Entonces, pues ya me llevaron al hospital
Miguel	Cuando venía me sentí muy mal y entonces, en un puesto de pizza le dije que, si me daba permiso de sentarme y “Nantes” de me dijeran sí, yo me senté, porque sentí que “me iba a derrumbar, como a desmayar, así como que me quería caer”. ¡No sentía yo, no sentía que se me caían las cosas de las manos! Me torcía todo, yo me torcía de mis, así como si fuera, como decir... que me estiraba de los pies, de las manos. Sentía que la boca se me abría y que me mordía la lengua.
Jorge “George”	Días antes me dolía mi oído. No, no, no tuve ningún otro síntoma, nada más me desmayé. Después me traté de parar, pero ya no puede.
Vicky	Pues lo único que, tenía ya tiempo que se me dormían los dedos de la mano, pero pues no hice caso. En la mañana que me levanté, pues simplemente no me respondió el pie, y se me dobló, y entonces, quise hacer fuerza con la mano, y ya tampoco tenía fuerza, y ya fue que me dí cuenta, que no me funcionaba. Nada más dormido la media mitad del cuerpo, del brazo hasta abajo, pero nada más, no había dolencia ni nada. “No, no te asustes” le digo, “no sé qué me pasó, no puedo moverme”

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3. Emociones

En el apartado de *Emociones*, se exploraron las experimentadas por el paciente en el momento que recibió el diagnóstico de EVC, así como también se indagó sobre la existencia de cambios en su estado de ánimo a partir de dicha enfermedad. Se analizó la información recibida con el programa Atlas-ti y el análisis fenomenológico interpretativo (AFI), cabe destacar que *el uso de este método, fue imprescindible al momento de analizar los discursos, debido a que examinó más allá del discurso de los y las participantes*, profundizó también la expresión corporal, la voz y sus diferentes entonaciones, la mirada, las verborreas, los silencios... toda la persona en sí.

Las emociones detectadas fueron las siguientes: ansiedad, desconcierto, frustración, tristeza y grosería (ver nota Tabla 10: “grosería” como expresión de la emoción “ira”).

3.1 Emoción-Ansiedad

Tres de los cuatro participantes refirieron experimentar ansiedad como consecuencia a la EVC, de los cuales dos (Maris y Miguel) delimitan que la ansiedad manifestada se debe al miedo recurrente de que la EVC vuelva a suceder; en tanto que el tercer paciente (George) expresó que su ansiedad se debía al darse cuenta de la realidad que estaba viviendo (Tabla 13).

Tabla 13

Emoción-Ansiedad

Participante	Contenido de cita
Maris	Pues no, viera que sí, es difícil sobrellevarla. Es difícil porque si a veces estoy sentada y como que me quiere dar, me pongo a temblar... Me desespero.
Miguel	(...) yo le he dicho a mi sobrina o a la amiga aquella, le he dicho que yo siento, así como siento los síntomas de eso que me da el dolorcillo y eso, y a veces en la cabeza me dan piquetes, en los dedos de los pies, en las manos, así; a veces, como duermo solo, vivo solo en un cuartito, yo me pongo, me encierro en mis pensamientos y llego a la conclusión de pensar eso, de que me puedo morir ahí un día y me puedan encontrar muerto, por decir, del corazón, ¿verdad?

Jorge “George”	Quería que me sacaran del hospital porque pues no estaba, no me sentía cómodo...
----------------	--

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3.2 Emoción-Desconcierto

En este subtema, dos de los cuatro participantes mencionaron no recordar la emoción vivida ante el diagnóstico de EVC; un tercer participante refirió no sentir nada, ni siquiera susto; en tanto que la última participante al darse cuenta lo que le estaba sucediendo a su cuerpo intento calmarse y calmar a su familiar creyendo que “después se le iba a pasar”.

Sin embargo, pese a sus discursos, sus expresiones corporales, sus tonos de voz, sus miradas y el uso de silencios denotaban en ellos cierto desconcierto, desorientación y hasta perplejidad, probablemente a lo desconocido o a no saber que esperar (Tabla 14).

Tabla 14

Emoción-Desconcierto

Participante	Contenido de cita
Maris	No recuerdo. Pues no fíjese, viera que no.
Miguel	¡Ah! no, por ejemplo, que diga yo: ¿Me asuste o algo de eso?, ¿No entiendo? No. Bien, yo me sentía bien, cuando me dijeron te dio una embolia o que no sé qué, gua gua. No, yo no, ni me asusté ni me dio miedo, ¡Ni nada!, no sentí nada.
Jorge	No. No.
Vicky	Pues no, no tuve ninguna reacción, únicamente pensé, dije: “Pues qué raro, ¿Qué será...?” “No, no te asustes le digo, no sé qué me paso, no puedo moverme” “No, a lo mejor se me va a pasar”

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3.3 Emoción-Frustración

Tres de los cuatro participantes expresaron frustración al momento de que se les preguntó acerca de sus emociones manifestadas ante la noticia de la EVC.

La frustración de George se manifestó con las preguntas exploratorias de los médicos en sus rondas (“¿Por qué estás aquí?, ¿Qué te pasó?, ¿Cuántos años tienes?”) debido a que se sintió invadido en un proceso que aún no asimilaba. Asimismo, comunicó con voz entrecortada, silencios largos y sin más explicación que: “Estoy frustrado”, “Es frustrante” y pidió que continuáramos con la entrevista.

Tanto Maris como Vicky, coinciden al compartir la frustración de darse cuenta de que no podrán volver a caminar, lo cual implica el paso de ser una mujer independiente dentro y fuera del hogar a simplemente estar “nomás aquí sentada”. Vicky a su vez, mencionó en varias ocasiones que la EVC le dió “por terca”, por no haberse tomado sus medicamentos ya que pensaba que: “no pasaba nada” y pues pasó (Tabla 15).

Tabla 15

Emoción-Frustración

Participante	Contenido de cita
Maris	“A veces quiero caminar para allá, aquí mismo en el patio, pero no, no, no, no, no puedo” Me desespero...
Jorge	Como chingaos voy a saber yo, jajaja. ¡ Eh!, frustado, frustante
Vicky	(...) y luego luego se me vino a la mente, me advirtieron que no dejara de tomar las pastillas, pero no hice caso, a lo mejor son consecuencias y pues sí, eso fue.

Pienso qué, pues lo que me pasó por terca, le digo, pero, pues este, pues si es difícil, porque pues ya viene por una terquedad, a lo que llega uno, a inmovilizarse y, pues ¡está carajo!

Participante	Contenido de cita
Vicky	Eso sí, pero fíjese que no, no me asuste ni, pues nomas lo que único que pensé, digo: “Pues no voy a poder caminar” y es lo que me podía, jajaja. Pero no crea que me asuste ni nada dije, bueno, Diosito sabe porque pasan las cosas, una por terca.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3.4 Emoción-Grosería

La “grosería” no es una emoción, sin embargo, el término se empleó para expresar a la “ira”. Dicha emoción fue manifestada únicamente por la participante Maris quien explícitamente compartió que maltrata a todos sus familiares cercanos, sin embargo, también compartió que desconoce la razón del porque lo hace.

“Pues viera que grosera soy, Doctora, muy grosera soy”, “Pues no sé, le dije, no sé... porque tengo boca, le digo”. En este caso se observa a la ira como medio de desahogo o de intentar con esa rabia, liberar tensiones ante la nueva situación de vida (Tabla 16).

Tabla 16

Emoción-Grosería

Participante	Contenido de cita
Maris	Pues viera que grosera soy, Doctora, muy grosera soy. Si, mucho muy grosera Tengo una nietecita que tiene 3 años o 4 años y luego me dice: - ¿Abuelita, por qué eres tan grosera? Me dice la niña. -Pues no sé, le dije, no sé... porque tengo boca, le digo. Pues es que los maltrato. Maltrato a todos.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por la participante, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3.5 Emoción-Tristeza

La mayoría de las y los participantes (tres de cuatro) refirieron haber experimentado tristeza a partir de la enfermedad. En el caso de Maris esta tristeza proviene del enojo y al ser consciente de que está lastimando a sus familiares se siente mal transformando esa emoción en tristeza. Maris refirió al respecto: “Tristeza, me siento mal habérselas dicho, más a ella (a la niña)”.

En el caso de Jorge, él relata su tristeza cuando se da cuenta de que su vida dio un giro y se desmoronó: “Este, como te diré, haber. Todo fue para mal”, a lo cual la investigadora trató de indagar más “¿Quieres platicarme un poquito de eso?” y su respuesta fue evasiva: “Después...”

El caso de Vicky es particular, ya que aparte de estar en asimilación, adaptación a sus limitaciones físicas y duelo por la EVC, pocos meses después, mataron a uno de sus hijos (“Aquí vinieron a balacearlo a la casa”), lo cual viene a sumar al dolor de no poder hacer nada y la renuncia a su libertad física: “yo estaba acostumbrada andar pa’ arriba y pa’ abajo haciendo los pagos, haciendo las compras del mandado”, incrementando la tristeza (Tabla 17).

Tabla 17

Emoción-Tristeza

Participante	Contenido de cita
Maris	Tristeza, me siento mal habérselas dicho, más a ella, a Inés.
Jorge “George”	Este, como te diré, haber, todo fue para mal. Yo pienso que he estado viendo mi vida desbaratarse, desmoronarse. No sé, como no poder hacer nada, pues de lo que está pasando.
Vicky	A lo mejor sí, un poco de tristeza, y pos’ el hecho de no poder hacer nada, pues no crea, si deprime. La tristeza, pues aparte de lo de mi hijo, pues me da tristeza estar aquí no más, no puedo hacer nada, porque pues, este, pues yo estaba acostumbrada andar pa’ arriba y pa’ abajo haciendo los pagos, haciendo las compras del mandado

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

3.6 Emociones-Cambios

“Cambios” no es una emoción, sin embargo, la expresión surgió de la intención de enfatizar los “cambios en el estado de ánimo” de las personas después de la enfermedad, tanto como en este apartado presentar la suma de las diferentes emociones experimentadas por los mismos.

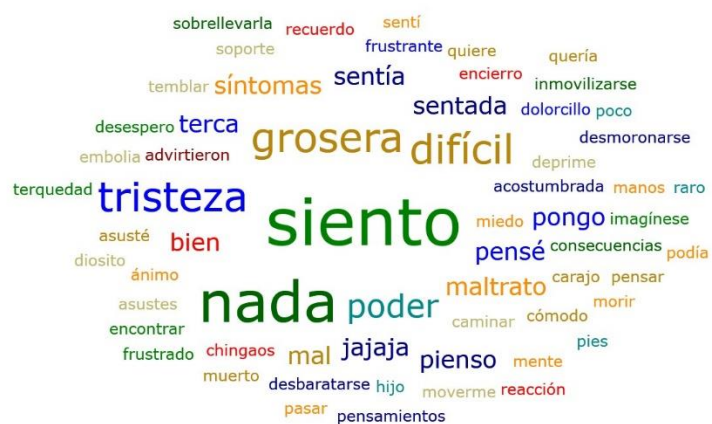
La mayoría de las y los participantes refirieron haber experimentado cambios en su estado de ánimo a partir de la enfermedad, observando únicamente la presencia de emociones negativas y no la aparición de emociones positivas.

Las emociones negativas detectadas fueron, ansiedad: tres de cuatro participantes; desconcierto: cuatro de cuatro participantes; frustración: tres de cuatro participantes; tristeza: tres de cuatro participantes y grosería (ira): uno de cuatro participantes.

En el caso del paciente Miguel quien no compartió las emociones: frustración y tristeza, la investigadora a cargo se queda reflexionando si existe relación alguna en que es el único de los cuatro participantes que en la evaluación de la Escala de Rankin se calificó con el nivel “0” (sin síntomas) y por consecuencia todo lo que esto conlleva; a diferencia de él, dos participantes obtuvieron la calificación nivel “4” (Incapacidad Moderadamente Severa. Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda) y el paciente restante con nivel “5” (Incapacidad Severa. Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería).

Figura 6

Emociones ante diagnóstico de EVC



4. Social y Red de Apoyo

En la categoría *Social y Red de Apoyo* se examinó la *percepción del participante* a partir del diagnóstico de la enfermedad respecto a sus redes sociales: amistades, familiares, laborales y exploró la existencia de cambios en esta área.

4.1 Relación-Amistades

Los y las participantes manifiestan diferentes matices de la enfermedad en su red de apoyo: Maris refirió tener amistades que continúan visitándola frecuente y constantemente, incluso estando ella en silla de ruedas y no salir de casa. Miguel no notó ningún cambio en la relación con sus amistades; sin embargo, es importante resaltar que él posterior a la enfermedad no quedó con síntomas neurológicos ni físicos presentes, no depende de nadie para trasladarse, su nivel en la escala de Rankin fue 0. El caso de Jorge muestra que ésta es un área muy afectada en su nuevo estilo de vida, su nivel en la escala de Rankin fue 5 (incapacidad severa), evadió el tema y lloró. Vicky, comentó no tener amistades, elección tomada antes del episodio de EVC, cuando recién se casó y su esposo se lo prohibió y ella estuvo de acuerdo (Tabla 18 y figura 7).

Tabla 18

Relación-Amistades

Participante	Contenido de cita
Maris	Sí, tengo bastantes amistades. Pos´ que, vienen aquí pasan por aquí por mi casa, pasan y vienen aquí a verme. Sí, sí, pasan a saludarme.
Miguel	Mmm, igual... Sí, con las personas que me conocían, sí.
Jorge	Este, como te diré, haber. Todo fue para mal. Después ... (llanto)
Vicky	Mira, pues yo no tengo amistades. Y aquí todos los vecinos, tampoco ya no, nunca hemos tenido, nomás saludo y hasta ahí

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

Figura 7

Relación-Amistades



4.2 Relación-Familia

Respecto a este subtema, los comentarios de los y las participantes sugieren que la relación con sus familiares se mantuvo intacta, incluso con mejorías y con varias muestras de atención y de cariño para con ellos, esto reportado durante las diferentes fases de la enfermedad: al inicio de los síntomas, la estancia en el hospital, y en la readaptación al nuevo estilo de vida en sus casas y en su vida diaria.

Las y los participantes coinciden en sus discursos al mencionar que las cuidadoras a su cargo son personas del sexo femenino, ellas han sido las únicas y exclusivas a cargo de brindarles *soporte emocional*: “mis hermanas”, “mi sobrina”, “mi amiga”, “mi hija”; y *cuidados físicos diarios* –aseo, administración de medicamentos–: “la hija”, “la esposa”, “la sobrina” y “la nieta” (Tabla 19 y figura 8).

Tabla 19*Relación-Familia*

Participante	Contenido de cita
Maris	Sí, sí es buena. Viera que bien
Miguel	<p>Estaba acostado así, al ver pa' arriba así abrí los ojos, a la cara de mi sobrina le dije: "¡Ay! ¿qué estás haciendo aquí?" le dije yo. Dijo: "Ay tío, pues tenía que estar con Usted, o venir a mirar como estaba, como seguía", "Ay, pues gracias" y ya, este le dije: "Pero tu deberías de estar a estas horas en tu casa durmiendo", "Dice no, tenía que venir..."</p> <p>Un poquito más acercamiento, poquito. Ella me tiende la mano, es muy buena gente y todo, es más, hasta me voy a venir aquí a vivir con ella</p>
Jorge	<p>Ah, con mi familia aquí inmediata, me llevo muy bien. Sí, no me han dejado solo ni mi esposa ni mi hijo. Siento mucho soporte... Ayuda. Siento, me siento que no estoy solo pues. Fantástica.</p> <p>Mi hermana me manda este, cada cosa en la mañana.</p>
Vicky	<p>Sí, tengo dos hermanas que seguido me hablan: La que está en Durango, pues me habla cada quince días; y la que esta acá para Texas, me habla cada tercer día. Ellas si no me han dejado.</p> <p>Los hijos de Vicente, éstos no me han abandonado, aquí están conmigo, aquí los tengo cerquita, tiene tres; incluso una de ellas, la más grande, la que está, la que me asea y ve aquí por mí mucho, pues es la que se refugió conmigo desde los dos años, y pues me ve como mamá y yo la veo como una hija. Pero aquí está, ahí con su mamá, ahora que ya tiene su bebe, pues, de todos modos, se viene pa' acá, y se trae la niña, y pues ya no me dejan sola.</p>

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

4.3 Relación-Trabajo

Se encontró que la mayoría (tres de cuatro) de los participantes debido al EVC, no pudieron regresar a trabajar; algunos factores presentes fueron: la edad y las secuelas físicas: discapacidad, uso de sillas de ruedas, debilidad muscular, supervisión y asistencia física, confinado a cama e imposibilitado a valerse por sí mismo. El cuarto paciente restante, Miguel, quien no presentó ninguna secuela posterior al EVC, pudo continuar con su negocio propio (Tabla 20).

Tabla 20

Relación-Trabajo

Participante	Contenido de cita
Maris	No, ya no.
Miguel	¡Sí, ningún problema! No, todo sigue igual, lo más que lo único que deje de yo, ya tengo como tres meses que no vendía, no iba a vender, porque no se vende, desde que empezó la enfermedad esa de la pandemia, la taparse la boca y eso; este, dejé de ir porque no se vendía y “ora” dije, voy a ir un rato haber que, a ver que vendo o algo... ¡No vendí nada!
Jorge	No pues ahorita no estoy trabajando.
Vicky	Ya no me dejaron trabajar.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

4.4 Relaciones-Cambios

“Relaciones-Cambios” fue el código empleado para indicar los posibles “cambios en la categoría *Social y Red de Apoyo*” después de la enfermedad *percibidos* por el paciente.

La mayoría (tres de cuatro) de las y los participantes refirieron haber experimentado cambios en sus relaciones sociales y su red de apoyo a partir de la enfermedad; estos cambios se

agruparon dependiendo del impacto que tuvieron en la vida de cada uno de ellos, *impacto negativo* (aislamiento, rechazo) e *impacto positivo* (atención, unión familiar).

En particular, en los casos de Maris y de Jorge, se nota la presencia del cambio acompañado de la emoción (ira y tristeza, respectivamente). En el caso de Miguel, que es el cuarto participante, no se observa ningún cambio en esta área, a lo cual, nuevamente se reflexiona si tiene que ver el nivel que obtuvo en la escala de Rankin 0 o su equivalente sin síntomas (Tabla 21 y figura 9).

Tabla 21

Relaciones-Cambios

Participante	Contenido de cita
Maris	Sí, con el papá de mis hijas, me molesta verlo a él. Sabe lo que pasa es que él viene para acá, y cuando oigo que abre la puerta, me molesta, viera como me molesta él. No me dice nada, pero me cae gordo él, me empecé a llevar mal. No, no, nomás con él y con mi hija la grande. Cualquier cosa que me hace y me enciendo luego, luego. Pues es que los maltrato, maltrato a todos.
Miguel	Las mismas. Es igual, como antes, igual, ni una diferencia noto yo, igual.
Jorge	Ah, más o menos. No este, con mi familia, no, ya no, por qué mira, pasó este qué, le presté un carro a mi sobrino... éste, como te diré, haber... todo fue para mal. Después.
Vicky	Pues digamos que sí, porque pues antes no los tenía aquí tanto conmigo, sobre todo los más chicos, y pues desde ese día nunca me han dejado sola. El que se me murió pues, ése me navegó mucho al principio también. Y pues, francamente pues por parte de los hombres porque lo que es mi hija, pues ésa si, como que ya no quiso saber nada de mí, desde en enero ya no, no me visita ni me habla. Los hijos del Vicente ya no me dejan sola, en especial la grandecita.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

Figura 9*Relaciones Cambios*

5. CV, concepto del participante

El objetivo de esta categoría, *Calidad de Vida*, fue para conocer el concepto personal de cada participante.

La investigadora a cargo notó que dos de los cuatro participantes, Maris y Vicky, no comprenden el concepto del todo, por lo tanto, sus respuestas fueron vagas; por el contrario, Miguel y Jorge, demostraron tener cierto conocimiento al respecto del tema (Tabla 22 y figura 10).

Tabla 22

Calidad de Vida, concepto del participante

Participante	Contenido de cita
Maris	Es bueno (No responde) Pues, llevarme mal yo creo.
Miguel	Parece que si en la tele, pues no, no, no, no. De que esa palabra, yo así la capto, de que, de que puede ser, me da a entender, que, asegún como uno pueda vivir, que medio de vida tiene, ¿o no? Qué es lo que come, cómo vive, por ahí va... ah más o menos, no soy tan tarado Eso de como vivo, esto, aquello, que como. Eso. Los que tiene “buena Calidad de Vida” tienen buena alimentación y todo eso, tienen carro, tienen todo, dinero y todo. Yo no tengo nada de eso, así es que debo tener una “Calidad de Vida muy baja” ¿o no? ¿Como “Calidad de Vida” ?, ¿En dónde se oye eso?, ¿En la tele? ¡“Calidad de Vida”! ¿“Calidad de Vida”? Exactamente, ¡Le di al clavo!, ¡Bravo!, ahh, es decir, qué como, cómo vivo, en que duermo, que sé yo, esa es la “Calidad de Vida”. Pues yo, ¿quiere que le diga mi “Calidad de Vida”?
Jorge	Ah, ¿Qué se me viene la mente “Calidad de Vida”? Un buen carro, vacaciones, una buena casa. Ya se mi cuerpo... este... salud.
Vicky	Pues, no sé, no sé, ni qué pensar. Pues, cómo le digo. Pues más bien no sé explicarme, si me dijera qué, qué, en que se, a que se relaciona o qué... No, al parecer no la había escuchado.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

6. Enfermedad

La intención del apartado *Enfermedad*, se dividió en dos partes, la primera, explorar la percepción que el paciente tiene sobre la EVC; la segunda, indagar si esa percepción se modificó en el proceso de la enfermedad.

6.1 Percepción-Enfermedad

En los discursos de los y las participantes se leen diferentes posturas: Maris mencionó su desesperación a la vez que comentó lo difícil de la situación. En su disertación, Miguel comentó cómo las personas pueden prevenir la enfermedad y los cuidados que él toma para evitarla nuevamente. Jorge señaló que es una enfermedad que nadie debería tener y Vicky insistió que la enfermedad le dio a raíz de que no siguió recomendaciones médicas. Por supuesto, cada uno habla desde su experiencia (Tabla 23).

Tabla 23

Percepción-Enfermedad

Participante	Contenido de cita
Maris	Desesperación... pues no, viera que sí, es difícil sobrellevarla
Miguel	<p>Pues lo que pienso se puede decir, que, por ejemplo, las personas que no lo tienen, se cuiden, por ejemplo, yo les digo como empecé o algo así y para que no lo hagan, por ejemplo, que no se enojen, cosas así ¿verdad?, que no coman muchos dulces, o algo así, para que no, que no se enojen con las personas, porque por ahí vienen el embolio, da de corajes, da de un susto, creo también y bueno cosas así. Entonces yo, a mí el Dr. me lo ha dicho, que no debo yo de agitarme, por el corazón que tengo molesto, malo un poco; que no me agite, no me enoje, no cargue cosas pesadas porque también tengo una molestia en un testículo que me operaron hace tiempo en el otro lado y no quede bien; entonces tengo tres cosas que debo de cuidar, en primer lugar, no enojarme, que seguido me enojan “los de las burras ” aquí, me hacen enojar de todos modos, ellos tuvieron la culpa que me diera el embolio, el diabetes...</p> <p>Sí, entonces yo, como ya sé más o menos cómo pega o por qué pega, yo trato lo menos posible de no enojarme, no agitarme y no levantar cosas pesadas; porque no quiero que me vuelva a dar, porque si me vuelve a dar, quien sabe y ya no vuelvamos a vernos las caras, jajaja, ¿verdad?</p>

Participante	Contenido de cita
Jorge	Yo pienso que es muy malo, que nadie lo debería de tener.
Vicky	Pues, pienso qué, pues lo que me paso por terca, le digo, pero, pues este, pues si es difícil, porque pues ya viene por una terquedad, a lo que llega uno, a inmovilizarse y, pues ¡está carajo! Y todo es nomas por una terquedad porque pues, digo yo, si sabe uno que ocupa el medicamento y no se lo toma pues, piensa uno que nunca va a pasar nada, bueno al menos así pensaba yo... Pero ya ve que no.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

6.2 Percepción antes-ahora EVC

Esta categoría surgió con la finalidad de indagar si la percepción inicial de la EVC se modificó en el proceso de la enfermedad. Los y las participantes refirieron con cierta nostalgia los cambios que ellos mismos contemplan que han acontecido en su vida, la mayoría de estas permutas tienen que ver con la realización de *actividades básicas de la vida rutinaria*: ser independientes, su cuidado personal (vestirse, bañarse), emancipación en casa para realizar actividades domésticas comunes, libertad de movimiento), y *actividades comunes de la vida diaria*: independencia para realizar actividades fuera del hogar (Tabla 24).

Tabla 24*Percepción antes-ahora EVC*

Participante	Contenido de cita
Maris	<p>No puedo caminar... No puedo leer. No miro bien. No puedo hacer cosas sola, cuando antes hacía de todo. Era independiente...</p> <p>Es que sí, puedo caminar tramitos chicos, a lo mejor unos, que serán, unos veinte metros caminar, con ayuda de alguien más, pero me canso por mis condiciones.</p>
Miguel	<p>Si hubo un cambio, porque, yo me siento de mi cuerpo como cuando camino, como ahorita tengo rato y cuando voy a pararme ahí, me tiemblan las piernas, así, poquito y cuando camino así, poquito y hasta cuando ya, como que me incorporo agarro la onda de que camino o que camine o algo, ya se me quita un poco, pero, tengo eso y antes no tenía eso yo</p> <p>Yo le he dicho a mi sobrina o a la amiga aquella, le he dicho que yo siento, así como siento los síntomas de eso que me da el dolorcillo y eso, y a veces en la cabeza me dan piquetes, en los dedos de los pies, en las manos, así</p>
Jorge	<p>Sí, ha sido muy difícil para mí. Ah pues yo pienso que he estado viendo mi vida desbaratarse, desmoronarse. No sé, como no poder hacer nada pues, de lo que está pasando.</p> <p>Ya llévame a acostarme, ya me está matando. Ya se me está durmiendo mi pierna.</p>
Vicky	<p>Pues me da tristeza estar aquí no más, no puedo hacer nada, porque pues, este, pues yo estaba acostumbrada andar pa´ arriba y pa´ abajo haciendo los pagos, haciendo las compras del mandado, ¡Imagínese ahora estar no más aquí sentada!</p> <p>Le digo, desde un principio pues he estado ahí con la mano, al principio no podía, me ayudaban a subirla, pero ahorita ya gracias a Dios, yo sola agarro, subo y bajo el brazo, jalándomela con la mano izquierda. Pero aquí tengo mi columpio...</p>

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

7. Creencias

El análisis de esta categoría permitió categorizar los resultados en: 1) *Creencias-Enfermedad* y 2) *Creencias-ayuden.vs-enc*. Los resultados fueron los siguientes:

7.1 Creencias-Enfermedad

Son las creencias de la persona en relación con el por qué cree que le dió la EVC. Al respecto, Maris y Vicky coincidieron en procesos de duelos previos al episodio de EVC (divorcio, muerte de la mamá, muerte de la abuelita, muerte de un hijo). Miguel en cambio insistió en que la causa fue debida a un par corajes que tuvo días antes. Jorge mencionó con tristeza no tener idea. Vicky agregó, además, que la razón en su caso fue no seguir las indicaciones médicas como se le indicaron (medicamentos).

Cabe destacar, que ninguno de las y los participantes mencionó como probable causa, los factores de salud (diabetes, hipertensión...) o sus hábitos diarios (comer saludable, hacer ejercicio...) (Tabla 25).

Tabla 25

Creencias Enfermedad

Participante	Contenido de cita
Maris	Mire fue, fue a raíz de mi divorcio... entonces yo, yo pues me ponía histérica no sé... Murió mi mamá y luego murió mi abuelita. Primeramente, murió mi papá y luego mi abuelita y luego mi mamá. ¡Puro muerto!
Miguel	Ah pues, por lo que creo que me enferme de eso, fue por los corajes. Tuve dos corajes seguidos en esos días. Sí, un día o dos antes de eso, tuve dos corajes con dos personas, muy fuertes, lo sentí muy así, y yo le echo la culpa a eso, por eso me pego.
Participante	Contenido de cita
Jorge	No. No tengo idea

Vicky No pues, mi única razón que yo traigo en mi pensamiento, pues la terquedad mía de no tomarme medicamento, es eso; ni modos que diga: “Dios me castigo” no, “Dios no castiga”, es la terquedad de uno, porque pues muchas personas suelen decir que, “Dios me mando el castigo y que estoy así, qué, no me cura” Pues no, yo sé que es la terquedad de uno, que no hace uno las cosas como se las mandan, se le hace a uno fácil, dejar de tomar el medicamento y pues, pienso que es la única razón.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

7.2 Creencias que ayudan a sobrellevar la EVC

Son las creencias espirituales del paciente, que le ayudan a sobrellevar y/o a enfrentar su enfermedad. Las respuestas a esta categoría en su mayoría tienen que ver con la presencia y relación que los y las participantes tienen con Dios, dicho vínculo lo refuerzan mediante las oraciones y las pláticas que tienen con él o escuchando reflexiones de algunos sacerdotes. Miguel comentó además que también está consciente de que cuando la muerte llega nadie la puede detener. Jorge acepta la idea de Dios mediante la relación que tienen con su hermana.

Como puede observarse detenidamente en las respuestas, la relación con Dios les brinda a los y las participantes los recursos necesarios para sobrellevar no solo la enfermedad sino como el caso de Vicky, procesos de duelo a los que se vieron involucrados (as) con anterioridad (Tabla 26 y figura 11).

Tabla 26*Creencias que le ayudan a contrarrestar la EVC*

Participante	Contenido de cita
Maris	No más en Dios, creo en Dios, le pido a Dios, le pido a Dios, A Jehová mi señor le pido. Le pido. Y eso, eso es. Si me, me, me ayuda mucho. Sí, sí, viera que sí.
Miguel	No, no, simplemente vivo, vivo normal, así, o sea no, vuelvo a la palabra de hace ratito “no siento miedo hacia la muerte, no” porque yo, digamos, puedo decir, rece quedito de que digamos, estoy dispuesto a la hora que Dios me recoja o quiere que me muera, le agradezco y que sea lo que su voluntad. Yo estoy “decedido” a lo que sea, a la voluntad de Dios. Si me, si está próximo, por ejemplo, un mes, una semana, dos días, o que se yo; si me voy a ir, me voy y ya, ni modo que voy a, a detener yo la muerte, llega y llega, ¡Y vámonos!
Jorge	Alguna creencia... ¿Cómo religiosa? Pues realmente no, no tanto. Es mi hermana. Mi hermana me manda este, cada cosa en la mañana. Mensajes. Y son de este, oraciones, en Jesucristo.
Vicky	Pues Dios, Dios está conmigo todo el día. Todo el día me la paso rezándole, orando. En las noches incluso que no puedo dormir, me la paso escuchando todo lo que, las oraciones, ahí todo, las pláticas de los sacerdotes, y pues es lo que me ayuda. Es bonito. Cuando estoy triste, me pongo a platicar con Dios y pues ya se me pasa el rato. Incluso, cuando se murió mi hijo pues a él lo encomendé y creo que si me dio la fuerza para seguir adelante.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

Figura 11

Código 7. Creencias que ayudan a sobrellevar la EVC



8. Información, que poseen los participantes sobre la enfermedad

La categoría *Información* exploró si el paciente, al momento de ser dado de alta hospitalaria, recibió información relacionada con la EVC de parte de alguna fuente fidedigna, es decir, de alguna autoridad médica; esto con la intención de conocer el nivel de conocimiento que tienen los y las participantes acerca de su enfermedad.

Al analizar este tema se categorizaron los resultados en: 1) Información recibida de EVC, 2) Educación a familia de EVC y 3) Mitos sobre la enfermedad. Los resultados fueron los siguientes:

8.1 Información recibida de EVC

Fue importante explorar cuál es el conocimiento que los y las participantes tienen respecto de la enfermedad y si esa información les fue dada por alguna fuente fidedigna (personal de salud) al momento de ser dados de alta del hospital.

De acuerdo con el análisis de las respuestas dadas por los y las participantes se deja leer que ninguno de ellos recuerda con claridad la información al momento de ser dados de alta. El uso de las siguientes expresiones lo confirma: “No me explicó más”, “No me acuerdo”, “Si me dieron más información, yo no me acuerdo”, “No, no me dijeron nada”.

El caso de Vicky denota que el mal uso de la información o desinformación puede alterar el estado emocional de los pacientes, ya que en sus respuestas ella refirió que malentendió las indicaciones médicas pues pensó que la darían de alta y sus familiares no estaban al tanto, lo que provocó que comenzara a mostrarse agresiva para con el personal de salud. Relató además que, aunque preguntó, se le tiró de loca: “... Nunca me dijeron que tenía, ni nada, y yo les pregunté,

pero, me tiraban a loco.” Sus discursos se pueden ubicar en espacio de tiempos: ingreso y egreso hospitalario (Tabla 27).

Tabla 27

Información Recibida EVC

Participante	Contenido de cita
Maris	Pues me dijo el Doctor, que iba, que tenía que tener mucho cuidado... Mucho cuidado porque me podía dar de vuelta esa enfermedad. No me explicó más.
Miguel	No me acuerdo si me dieron algún diagnóstico o no. El diagnóstico es ¿cómo un papel donde, la enfermedad que tengo o algo?, ¿O qué es? Pues no me acuerdo.
Jorge	Me dijeron que iba a estar fuera de acción por un año. Si me dieron más información, yo no me acuerdo.
Vicky	<p>No, nada, nada me dijeron. Ahí en el hospital nada más cuando, antes de meterme ahí donde me dejaron, está un consultorio, ahí la Dra. que me consultó fue la que me dijo, por eso supe; pero allá dentro pues no, le digo que ni siquiera, ahí me tuvieron toda la tarde, hasta media noche ahí me hicieron un estudio y en la mañana otro, pero nunca me dijeron que tenía ni nada, y yo les pregunté, pero, me tiraban a loco (<i>ingreso</i>).</p> <p>No, no me dijeron nada. Nomás me acuerdo que me dieron unas pastillas y al rato ya, como andan ahí muchos internistas, y ya llegaron a, a hacer preguntas de la, de las preguntas que hacen de rutina cuando van de visita, porque todos esos días, estuvieron yendo. Y ese día, pues nada más empezaron ahí y a estar apuntando. Y al rato, ya oí los comentarios ahí, como estaba cerca de “onde” estaba la que nos cuidaba, que estaban comentando a quienes iban a, allá a echar pa’ fuera, pues entre otras iba yo. (<i>egreso</i>)</p> <p>“Espero que venga mi hija al rato”, le digo, porque, porque ya me dió coraje pues que no me avisaron con tiempo; y pues ya estuve muy agresiva desde ese momento, fíjese. (<i>egreso</i>)</p>

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

8.2 Educación de EVC a familiares

Se consideró de importancia cuestionar si en la alta médica, los familiares recibieron algún modelo de información de la enfermedad, sabiendo y apoyando de antemano al paciente quien pudiera estar indispuesto en ese momento.

Dos de los participantes (Maris y Miguel) aludieron que, si hubo un familiar presente al momento del alta médica, sin dar más información al respecto; Vicky mencionó que, pese a que su hijo pidió información, ésta le fue negada.

La esposa del participante Jorge mencionó que la información que le proporcionaron en el nosocomio fue escasa y poco clara. Sin embargo, ella pudo tomar acciones favorables al respecto debido a que una conocida, médica veterinaria, la capacitó y orientó ya que recientemente había vivido una situación similar de salud con su familiar.

Nuevamente las respuestas de la mayoría (tres de cuatro) de los y las participantes nos dejan ver que encuentran en el sexo femenino mayor apoyo durante el proceso de la EVC: “mi hija”, “mi sobrina”, “mi esposa” (Tabla 28 y figura 12).

Tabla 28*Educación a Familia EVC*

Participante	Contenido de cita
Maris	Mi hija
Miguel	Ella, ella fue por mí. Ella fue por mí (Sobrina).
Jorge	<p>Sí, mi esposa.</p> <p>En realidad, no, no hubo mucha información. O sea, ya, se supone que, al salir, teníamos que regresar para lo del internista, pero de que ellos nos hayan dado información concreta, no más no.</p> <p>Le buscamos por fuera pues, porque, o sea, tanto le busque un neurólogo, como el de la para la terapia, porque sabíamos que él iba a necesitar ese tipo de apoyo, pero te digo, en ese tiempo estaba empezando lo de la pandemia y yo me tuve que mover por fuera para encontrarle a él los médicos que lo atendieran por fuera.</p> <p>Como te digo, yo, este, pues, en cuestión de los animales, o sea, tengo el apoyo de la Doctora con la que trabajo, entonces, ella también tuvo problema similar con su papá, este, entonces entre, o sea, yo platicaba con ella, ella es médico veterinario, pero pos igual, le sabe a lo que es cuestión de medicina, entonces, ella fue la que me orientó, este vas a necesitar esto, vas a necesitar... pero por parte de Hospital General, la verdad no.</p>
Vicky	Mi hijo preguntó y también le dijeron que esa información se reservaba para el hospital. En el DIF cuando fuimos, le dijeron que pidiera los resultados y no se los quisieron dar, que porque eran cosas de ahí del hospital. Y no, allá ya no nos dieron razón de nada

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

8.3 Mitos EVC

Este subtema, *Mitos*, emergió de la categoría *Información*, al analizar las respuestas y detectar que dos de los cuatro participantes poseían información falsa o incompleta de la enfermedad.

Ante la falta de información verídica (fuentes fidedignas), las y los pacientes pudieran creer aseveraciones falsas de personas sin formación médica, desconociendo que la enfermedad tiene diversas formas de manifestarse y que las mejorías dependen de la severidad del EVC, la localización, el tipo de tratamiento y la rapidez en que se le atiende al paciente de manera inmediata tanto como en su rehabilitación.

Miguel y Vicky mencionaron al respecto: “Si te da EVC una segunda vez, te vas a morir”, “Una amiga me dijo que no tuve EVC, porque si hubiera tenido hubiera quedado así...”, “No tuviste EVC, tuviste compulsiones”, “Porque por ahí vienen el embolio, da de...”, “Allá pues la curaron, y antes del año pues ya andaba bien” (Tabla 29).

Tabla 29*Mitos EVC*

Participante	Contenido de cita
Miguel	<p>Les vuelve a pegar y posiblemente se puedan morir en esa segunda vez o si no en la tercera, segurito se va</p> <p>Me dijo una amiga en la casa que me dió eso, eh que no, que no es embolio, porque si me hubiera dado embolio, me hubiera quedado chueco, tembloroso de un pie, de una mano, algo.</p> <p>Me dijo pues la amiga, que no fue la embolio lo que me dio, que como se llama lo que me dió, “compulsiones”, que fueron compulsiones eso, que, porque me torcía y todo eso, y así, pero pues yo no sé.</p> <p>La Señora esa cómo te digo, es una amiga y yo ahí me dió en su casa y la frecuente muy seguido, pero, ahí me dió y ella dice que no se dice embolia que es: “Compulsiones”. Que, porque si me hubiera dado el embolio, me hubiera quedado torcido de o con la cara o una mano toda así tererengue, una pata, qué sé yo.</p> <p>Pues lo que pienso se puede decir, que por ejemplo, las personas que no lo tienen, se cuiden, por ejemplo, yo les digo como empecé o algo así y para que no lo hagan, por ejemplo, que no se enojen, cosas así ¿verdad?, que no coman muchos dulces, o algo así, para que no que no se enojen con las personas, porque por ahí vienen el embolio, da de corajes, da de un susto creo también y bueno cosas así.</p>
Vicky	<p>Había oído hablar, pero no me había tocado ver personas, veía personas que estaban, así como estoy ahorita o peor, que no pueden ni dar paso. Pero, pos, no, no tenía idea que se sentía ni nada, porque incluso tuve una cuñada que le pasó lo mismo, pero esa muchacha pues la llevaron a terapias y, no quiso hacerlas que porque le dolían mucho sus partes, y pues, ahí duro años en la cama; esa niña sí que no se levantaba, para nada; la sentaban en la silla pa’ sacarla al solecito; pero no, no se quiso ella ayudar ella en nada, y pues hasta que murió.</p> <p>Mi hermana la que está en Texas, quiere que me lleven para Durango porque allá una sobrina creo que le pasó lo mismo, y allá pues la curaron, y antes del año pues ya andaba ella bien, caminando, y quiere ella que yo me vaya para estar ellas pendientes allá</p>

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

9. EVC, concepto del participante

Se asignó una pregunta orientada a sondear el nombre del *EVC* con la cual, los y las participantes, conocen a dicho diagnóstico médico, ellos refirieron al respecto: embolia, embolio, compulsiones, derrame cerebral (Tabla 30).

Tabla 30

EVC, concepto del participante

Participante	Contenido de cita
Maris	¿Cómo se llama lo que tengo? ¿De lo que murió mamá? ¡Ah!, una embolia.
Miguel	Pues ¡ah!, ¡eso!, embolio No se dice embolio es: “Compulsiones”. Que, porque si me hubiera dado el embolio, me hubiera quedado torcido de o con la cara o una mano toda así tererengue, una pata, qué sé yo.
Jorge	Ah, pues no estoy muy claro en eso todavía... Pues yo diría que Derrame Cerebral.
Vicky	Derrame cerebral.

Nota. En la transcripción se respetó la información recibida por los y las participantes, es decir, la repetición de palabras, la omisión o modificación de palabras, etc.

Figura 13

EVC, concepto del participante



Discusión

En el presente estudio de investigación se planteó comprender la percepción de la CV de pacientes adultos con EVCi del Hospital General de Tijuana, B.C. para ello se analizaron las variables sociodemográficas y de salud de cada paciente, junto a una breve evaluación de su estado funcional y los resultados del guión de entrevista; de este análisis surgieron 9 categorías: Anécdota, Estado Físico, Emociones, Social y Red de Apoyo, Calidad de Vida (concepto del participante), Enfermedad, Creencias, Información y EVC (concepto del participante).

Los hallazgos de las **Variables Sociodemográficas** coinciden con investigaciones anteriores, es decir, respecto al rango de edad de los pacientes, el nivel educativo básico, diversidad en el estatus del estado civil, y que actualmente labora solo el 25%. Y en relación con las **Variables de Salud**, los reportes también fueron equivalentes a estudios previos respecto a que los pacientes son sedentarios, con Hipertensión Arterial y con Diabetes (Del Moral Bastida et al., 2021; Dueñas-Alonzo, 2020; GBD 2016 Stroke Collaborators, 2019; Toro-Gómez et al., 2010; Cantú-Brito et al., 2011; Díez-Ascaso et al., 2011).

Lo reportado en la categoría **Estado Físico**, coincide con lo encontrado por la OMS, 2018; Ropper, Samuels, y Klein, 2017; OMS, 2015; Jauch et al., 2013; Arauz y Ruíz-Franco, 2012; Samuels y Ropper, 2011; Toro-Gómez et al., 2010 respecto al desarrollo de los signos neurológicos focales que se mantienen por más de 24 horas, sin otra razón aparente que de origen vascular; la manifestación clínica depende del sitio cerebral en que se localiza y el tiempo en que el paciente es atendido, las comúnmente obtenidas son: manifestaciones unilaterales, alteración en el lenguaje y en el campo visual, hay presencia de debilidad hemicorporal, vértigos, dolor de cabeza, inconciencia, pérdida de la sensibilidad y convulsiones.

Respecto al tema de *Emociones*, el hallazgo de la investigación coincide con los autores (Sánchez-Lozano et. al., 2018; Mesa-Barrera et. al., 2016; Soriano-Guillen et. al., 2013; Díez-Ascaso et. al., 2011; García–Moriche et. al., 2009), en relación a que posterior a un EVC se observan afectaciones negativas en las emociones, tales como depresión, ansiedad y desórdenes emocionales; en este estudio se detectaron las siguientes: ansiedad, desconcierto, frustración, tristeza y grosería (ver nota tabla 10: “grosería” como expresión de la emoción “ira”). Cabe resaltar que, se localizó la presencia de emociones negativas y no la aparición de emociones positivas.

Los resultados que arrojan la categoría llamada *Social y Red de Apoyo* coincide con los autores Sánchez-Lozano et. al., 2018; Mesa-Barrera et. al., 2016; Soriano-Guillen et. al., 2013; García–Moriche et. al., 2009 al referir que existe cierta restricción de participación, red de apoyo insuficiente o a veces incluso el aislamiento de parte del paciente. En ciertas ocasiones mencionan que existe el rechazo familiar, situación que se presentó en esta investigación con Vicky, pues su única hija ya no quiso saber de ella. Ella nos refiere al respecto: “... Francamente pues por parte de los hombres porque lo que es mi hija, pues esa si, como que ya no quiso saber nada de mí, desde en enero ya no, no me visita ni me habla”.

Esta categoría es de singular importancia debido a que el paciente por EVC es una persona que siente “que su mundo se está derrumbando” y se sienten impotentes ante la situación. El ser humano es un ser que se construye a través de la mirada del otro, somos seres sociales; al verse afectada esta área, la persona pierde un poco de libertad para reconstruirse e incluso para mejorar el proceso de su recuperación.

La aportación de este estudio es la clasificación de red de apoyo, en los ámbitos familiar, de amistades y laboral; tres áreas que son siempre alteradas por el proceso de la enfermedad. Los

cambios hallados en el plano familiar se agruparon dependiendo del impacto que tuvieron en la vida de cada uno de los y las participantes: *impacto negativo* (aislamiento, rechazo) e *impacto positivo* (atención, unión familiar). En el terreno de las amistades, se observó diversidad de respuestas, reflexionando acerca del papel que juega el puntaje del nivel obtenido por el paciente en la escala de Rankin. Para el ámbito laboral, se encontró que la mayoría de los participantes no pudieron reinsertarse a su trabajo debido a la discapacidad residual con que quedaron.

Otro punto importante de mencionar en esta apartado, fue que las cuidadoras únicas y exclusivamente a cargo de los pacientes son personas del sexo femenino, ellas fueron las responsables de brindarles soporte emocional y cuidados físicos diarios como el aseo personal y la administración de medicamentos.

Lo hallado en la categoría de ***Enfermedad***, coincide con los autores (Sánchez-Lozano et. al., 2018; Soriano-Guillen et. al., 2013; García-Moriche et. al., 2009), al mencionar que el proceso de enfermar afecta de manera dinámica a la persona, lo cual incluye la propia subjetividad y a la vez describen que existen grados de dependencia física y cambios en el estado funcional de la persona posterior al EVC

Esta investigación, clasificó los resultados en dos partes: 1) Exploró la percepción que el paciente tiene sobre de la enfermedad, en general, sus respuestas dejaron ver perspectivas negativas; y 2) Indagó si la percepción inicial respecto a la EVC se modificó en el proceso de la enfermedad, a lo cual, los resultados indican que la percepción se mantuvo intacta, es decir, los y las participantes mostraron su disconformidad a los cambios acontecidos en varios aspectos de sus vidas (realización de *actividades básicas de la vida rutinaria*: ser independientes, su cuidado personal (vestirse, bañarse), emancipación en casa para realizar actividades domésticas comunes,

libertad de movimiento), y *actividades comunes de la vida diaria*: independencia para realizar actividades fuera del hogar).

Los resultados encontrados en esta investigación respecto a las **Creencias** coinciden con lo reportado por García–Moriche et. al., (2009) al mencionar que las creencias contribuyen a la actitud que el paciente adopta al enfrentar y/o sobrellevar la enfermedad: en su forma de sentir y de entender.

Este estudio categorizó las respuestas en: 1) Creencias de la persona en relación con el porqué le dio la EVC y se encontró diversidad de respuestas: mal información (por un enojo), desconocimiento (no sabe) y no acatarse a indicaciones médicas (tomar medicamentos). Se observó que en estas respuestas ninguno mencionó la relación con sus factores de riesgo de salud (diabetes, hipertensión, grasas, obesidad, etc.) y estilo de vida (consumo de tabaco, alimentación, ejercicio, etc.) y 2) Creencias espirituales del paciente. Se encontró que la mayoría de los participantes acepta la idea de un ser superior, Dios, mencionaron que tienen una estrecha relación con él y refuerzan su vínculo mediante oraciones, alabanzas y confianza en él; acciones que les brinda tranquilidad y fuerzas para continuar tanto como con el proceso de la enfermedad como con procesos de duelo que mencionaron estar viviendo a la par. Una paciente mencionó estar consciente de que, la EVC, no es una forma de castigo de parte de Dios, lo reportado por los y las participantes denota la confianza de ellos en un Dios de amor. Estas creencias espirituales brindan básicamente, herramientas emocionales.

Poseer **Información** de la enfermedad, le permite al paciente volverse un agente activo y, por tanto, ser partícipe de su mismo proceso de recuperación, el conocimiento por sí solo gestiona mejorías en la CV. Lo encontrado en este estudio coincide con los autores (García–Moriche et. al., 2009; Díez-Ascaso et. al., 2011) quienes confirman, también, que es importante

mantener un modelo de información y educación sanitaria a pacientes y familiares para mejorar la CV.

De acuerdo con esta investigación, la categoría información se clasificó en: 1) Información que los pacientes recibieron en el egreso hospitalario, para explorar el conocimiento que las y los participantes poseen acerca de la EVC; 2) Información que los familiares recibieron acerca de la enfermedad a modo de educación y con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y dar mejor acompañamiento; y 3) Mitos, tema que describe información falsa o incompleta de la enfermedad, es un “lo que la gente cuenta”.

Se cree que, la forma en cómo se brinda la información, quién la otorga, en un lenguaje adecuado a la persona, permitirá una mejor asimilación de la información al paciente, lo cual influirá en su recuperación, debido a que uno de los hallazgos fue que, los pacientes solo retienen el nombre de la enfermedad, como una etiqueta, pero sin comprender exactamente de que se está hablando. La presencia de algún familiar es vital, pues al final de cuentas son ellos los cuidadores y forman parte de este proceso. En el caso presentado con Jorge, se compartió que su esposa optó, ante la falta de esta, buscar por cuenta propia con alguien de su confianza.

La mayoría de los discursos de los y las pacientes entrevistados encuadran un perfil pasivo, como de ya no poder hacer nada sobre lo que están pasando. Creo que es importante el papel que juega el psicólogo de la salud para que través de estrategias adecuadas y de educación, no solo él y la paciente, sino la familia y personal involucrado desempeñen roles que permitan vivir la EVC con CV.

Los hallazgos de esta investigación respecto al nombre con que los y las participantes conocen a la *EVC* (concepto personal) fueron: embolia, embolio, compulsiones, derrame cerebral.

Conclusión

La EVC tiene consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales que afectan el estado funcional de la persona. Su grado de afectación y sus manifestaciones clínicas dependerán del lugar en que se localice el ictus y la rápida o lenta atención médica que el paciente reciba. De igual manera se ha observado que otros elementos que influyen en el proceso de la enfermedad, son la presencia de factores de salud principales de riesgo: tabaquismo, uso de drogas, estatus de actividad física, hipertensión arterial, diabetes y cardiopatías.

Es imperativo desarrollar estrategias de prevención eficaces en la población, para modificar los factores de riesgo y así, evitar tanto ingresos nuevos como recurrentes por EVC, con la finalidad de disminuir la brecha de mortalidad y/o de mejorar la CV de los pacientes.

La percepción de la CV que hace la persona de sus propias condiciones de existencia, es un proceso que se considera cambiante, depende muchos factores y de que estas necesidades sean cubiertas o bien manejadas: El grado de afectación neurológica y las *manifestaciones físicas/clínicas* presentes; *información*: por parte de fuentes fidedigna, otorgada al paciente en un lenguaje adecuado y en pautas que le permitan la asimilación, manejo adecuado de sus *emociones* (por ejemplo: presencia de síntomas depresivos o de ansiedad); apoyo de su red familiar y social, y finalmente creencias que le fortalezcan y permitan enfrentar este proceso.

Los supervivientes a un EVC son afectados diariamente de infinidad de maneras que no siempre son detectadas por instrumentos, el permitir este tipo de estudios de investigación crea espacios en los cuales se rompen ciclos de desesperación que el paciente vive, desesperación porque el mundo al que el perteneció sigue su marcha sin él.

Limitaciones

En el inicio de este estudio se planteó desarrollar una investigación compuesta por dos fases: cuantitativa y cualitativa. No obstante, a lo largo del proceso se encontraron varias limitaciones que estuvieron fuera del alcance de la investigadora:

- 1) El nosocomio (Hospital General de Tijuana) no lleva una base de datos actualizada y completa, lo cual complicó la localización eficaz de los pacientes.
- 2) Tijuana es una ciudad caracterizada por la migración. Muchos de los pacientes emigran o solo están de paso.
- 3) Otra limitación presente en este estudio y por obvias razones, fue la imposibilidad del contacto y/o entrevista con pacientes con mayor grado de dependencia, debido a su mal estado general.
- 4) Coincidió en tiempo y espacio con la pandemia 2020 (SARS-COV2) y el Hospital General de Tijuana se destinó por el sistema de salud general, única y exclusivamente para atención médica de pacientes con COVID, lo cual imposibilitó continuar asistiendo a los diferentes servicios del hospital y capturar a más pacientes.

Al darse cuenta de ello, la investigadora principal se planteó la idea de asistir a otros nosocomios (IMSS), para que la captura de los pacientes fuera simultánea y se alcanzara la muestra apropiada representativa de la población, sin embargo, en esta institución a la cual se acudió (IMSS), se solicitó que el estudio fuera aprobado no solo por los comités de bioética de las instalaciones de la Cd. de Tijuana, sino también de la CDMX, opción que por cuestiones de tiempo no se consideró viable.

Recordando que en este estudio el rango de edad de los participantes osciló entre los 66-72 años, sería interesante explorar cómo se comporta el fenómeno de esta enfermedad en

pacientes menores de esta edad, incluso menores de 45 años, dado que son afectados en menor número pero que comienzan a estar presentes (Hernández-Pérez, 2011); o incluso poder contrastar respecto a la edad de los participantes, género y estatus laboral.

Para futuras investigaciones sería interesante retomar la parte del estudio cuantitativo que faltó, contemplando una muestra de mayor representatividad y haciendo la sugerencia de incorporar a otros sistemas de salud (IMSS) y no únicamente a SSA (Hospital General de Tijuana) con la finalidad de tener un mayor alcance de análisis respecto a las dimensiones de la Calidad de Vida de estos pacientes empleando el instrumento aquí sugerido para lograr una valoración de la salud integral desde la perspectiva de los profesionales.

Recomendaciones

Abordaje de los pacientes con EVC y sus familiares: Una Propuesta Integral en Contexto Hospitalario

Contexto: Debido a la situación de pandemia que se vive a nivel mundial desde principios del año 2020 y al cambio de servicio exclusivamente de pacientes con diagnóstico COVID del Hospital General de Tijuana, no fue posible aumentar el tamaño de la muestra como se pensó en el plan original, por lo cual, surge la iniciativa de complementar el trabajo presentado, realizando una propuesta integral de abordaje de los pacientes con EVC y sus familiares. Dicha propuesta está fundamentada en las observaciones detectadas (áreas de oportunidad) y en los resultados obtenidos durante y al final de la investigación. Para ello se plantea fortalecer los acuerdos de colaboración entre la UABC y el HGT.

Diagnóstico situacional: Se acudió durante el período: nov 2019-abril 2020 a las instalaciones del Hospital General de Tijuana, tiempo durante el cual se conoció a médicos (as), residentes, trabajadores sociales y enfermeros (as), de los departamentos de medicina interna, área de urgencias adultas, consulta externa y departamento de archivos.

En el área de archivos, se obtuvo familiaridad con los procedimientos correspondientes de la base de datos del hospital, se ubicaron fallas en la captura de algunos expedientes y se procedió a corregirlos, se tuvo que buscar algunos archivos que estaban perdidos en el área del sótano y se procedió a la tarea de hacer llamadas telefónicas para verificar la información de los pacientes identificados con el diagnóstico solicitado, para sorpresa, se encontró que algunos pacientes murieron y otros migraron.

En el departamento de urgencias y de medicina interna, se procedió a la tarea de entrevistar a cada paciente presente en la sala, con la finalidad de reconocer a aquellos que ya

estaban diagnosticados o con sospecha de EVC. Se logró establecer contacto con los pacientes identificados y/o con sus familiares como resultados de haber dado seguimiento a cada paciente desde que fue identificado hasta que fue dado de alta.

En el área de consulta externa, se fungió como observadora en las consultas de los pacientes hasta reconocer a alguno con el diagnóstico de interés. Una vez que se identificó a los pacientes, dicha información se consolidó en una base de datos que posteriormente permitió establecer contacto con cada uno de ellos y dar inicio a las entrevistas.

Como se dijo anteriormente, a petición del departamento de enseñanza del nosocomio, se sometió a revisión el presente protocolo de investigación con la finalidad de ser aprobado para fungir como investigadora externa. En marzo del año 2020 se recibió la carta de aprobación por parte del comité de ética en investigación del Hospital General de Tijuana.

Resultado de la estadía en el hospital, se detectaron por lo menos estas dos áreas de oportunidad:

1. Se observó que los **profesionales** a cargo (departamento de Medicina Interna y Urgencias) están saturados de trabajo, complicando esta situación el darle seguimiento médico a los pacientes y familiares.
2. Se detectó que tanto **pacientes**, como **familiares**, están desinformados acerca de la enfermedad y del cambio de hábitos que deben implementar para evitar un segundo episodio de EVC (recurrencia).

Propuesta de solución: Dado que existe una sobrecarga de trabajo en el personal de salud del hospital y dado que la universidad cuenta con el recurso humano y los alumnos necesitan hacer prácticas /servicio social profesional... se propone realizar un convenio específico entre la Facultad de Medicina y Psicología y el Hospital General de Tijuana, en la cual, la universidad

ofrezca prestadores de servicio social de las carreras de Medicina, Nutrición y Psicología; para lograr esto, es necesario que el nosocomio se registre como unidad receptora. Es importante resaltar, además que, dicho convenio beneficiara a ambas instituciones.

El criterio de la atención es amplio, esto es, puede ser presencial o incluso, por seguridad de pacientes, de familiares y de alumnos, de manera virtual empleando plataformas de fácil acceso como Google Meet, Zoom o WhatsApp por mencionar algunas.

Propuesta de acciones generales respecto a cada carrera:

1. Pasantes de **Medicina**:

- a) Brindar apoyo médico al servicio de medicina interna, neurología y urgencias.
- b) Informar a pacientes y familiares acerca de la EVC, rompiendo mitos e informando adecuadamente.

2. Pasantes de **Nutrición**:

- a) Brindar apoyo nutricional a los pacientes con EVC, mediante el diseño de planes nutricionales a la medida, ajustándose a las condiciones socioeconómicas de cada paciente y de cada familia.
- b) Orientación y educación a pacientes y familiares respecto a la comida saludable.

3. Pasantes de **Psicología**. Por corresponder a la propia formación disciplinaria, se hará una propuesta más detallada de las acciones estratégicas específicas.

- a) Promoción y educación de la salud en pacientes y familiares. Educar respecto a factores de riesgo y factores protectores de la EVC. ¿Qué es la enfermedad EVC?, ¿Qué son los factores protectores y factores de riesgo?, identificar éstos en la enfermedad.
- b) Seguimiento psicológico al paciente.

Brindando apoyo terapéutico y acompañamiento en la aceptación y el proceso de la enfermedad. Trabajar con el cambio de vida y las emociones que conlleva, evitar que los pacientes sean población aislada.

Propuesta: 6-10 sesiones de terapia breve.

- c) Seguimiento psicológico al principal cuidador.

Cuidando al cuidador. Propuesta: 6-10 sesiones de terapia breve

- d) Capacitación en servicio: sensibilización y capacitación al profesional de la salud del nosocomio, con la finalidad de que ellos sean capaces de otorgar calidad en la atención o trato digno al paciente y familia.

Además de lo anterior, es importante que se tomen en cuenta los tres niveles de prevención de la historia natural de la enfermedad, esto es, desde el inicio hasta su resolución.

1. Prevención Primaria: Promoción de la Salud y protección específica. Educación sanitaria y condiciones adecuadas. Prevención contra factores de riesgo.
2. Prevención Secundaria: Una vez detectada la enfermedad en forma temprana, brindar soporte psicológico al paciente en su cambio de vida mediante terapia breve y así encaminarlo a una calidad de vida.
3. Prevención Terciaria: Rehabilitación. Orientación a familiares acerca de las terapias (fisioterapia, terapia del habla y de la alimentación, terapia ocupacional...) que el paciente necesitará, según el caso de cada uno, y los lugares en los cuales puede encontrarlas. Así mismo y de ser posible, dependiendo cada caso, ayudar al paciente en el proceso de la reinserción al trabajo.

Métodos: Difundir en los medios de comunicación la problemática, organizar foros educativos, terapias grupales, etc.

Conclusiones: La Enfermedad Vascul ar Cerebral es un problema de salud pública y por tanto implica una carga económica; si bien es sabido que el hospital hace uso de los recursos que están en sus posibilidades, éstas no son suficientes, por ello es importante la optimización de estos recursos.

Es importante instruir al personal que brinda atención tanto a los pacientes como a sus familiares, sensibilizándolos y capacitándolos para que brinden una mejor calidad de servicio. Así mismo, todos los pacientes tienen derecho a un trato digno, merecen estar informados y es necesario que se les dé seguimiento y acompañamiento en el proceso de la enfermedad. Educar a los familiares en dicho proceso permitirá que sepan brindar el apoyo requerido a su familiar (el paciente), sea relacionado con las actividades de la vida diaria, la dieta alimenticia, el seguimiento médico, etc.

Se sugiere la idea de que este abordaje pudiera implementarse o instrumentarse como un programa piloto, en donde se lleven a cabo las acciones aquí planteadas. Todos los integrantes involucrados, tienen la posibilidad de obtener una ganancia, es decir, de forma directa, mayor bienestar para los pacientes y sus familiares, disminución de las tasas de reincidencia o de recaídas por EVC y, disminución de los costos para el hospital.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Capítulo: 3 Marcos referenciales interpretativos: Fenomenología (pp. 85). México: Paidós educador.
- Arauz, A., Marquez-Romero JM., Barboza MA., Serrano F., Artigas C., Murillo-Bonilla LM., et al. Mexican-National Institute of Neurology and Neurosurgery-Stroke Registry: Results of a 25-year hospital-based study. *Front Neurol*. 2018 Apr 4;9(APR)
- Arauz, A., y Ruíz-Franco, A. (2012). Enfermedad vascular cerebral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(3). Mayo-Junio: pp. 11-21.
- Ardila, A., y Ostrosky-Solís, F. (2005). *Diagnóstico del daño cerebral: Enfoque neuropsicológico*. México. Editorial Trillas.
- Arias-Cuadrado, A. (2009). Rehabilitación del ACV: Evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicía Clínica*. Sociedad Galega de Medicina Interna 2009; 70 (3): 25-40
<https://galiciaclinica.info/pdf/5/81.pdf>
- Asociación Mexicana de Enfermedad Vascular Cerebral, A.C. (2014). Costos de la Enfermedad Vascular Cerebral en México. Publicado 14, febrero, 2014. From <http://amevasc.mx/costo-de-la-enfermedad-vascular-cerebral-en-mexico/>
- Badia Llach, X. (2004). ¿Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud? *Health Outcomes Research Europe*. Barcelona. España. *Gastroenterol Hepatol* 2004;27(Supl 3):2-6 tomado el 18 de mayo de 2023 en [Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud | Gastroenterología y Hepatología \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es/estudio?id=S6027327)
- Barinagarrementería, F. y Cantú-Brito, C. (2003). *Enfermedad Vascular Cerebral*. México, D.F.: Manual Moderno, S.A. de C.V. ISBN: 970-729-014-5

- Billier, J. (2013). *Neurología Práctica. Cuarta edición*. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health, S.A., Lippincott Williams & Wilkins. ISBN edición española: 978-84-15684-03-9
- Cambridge University Press (2019). Cambridge Dictionary [Página de internet]. Recogida de información noviembre 15, 2019. From:
https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles-estudiantes/stroke_1
- Cantú-Brito, C., Majersik, J.J., Sánchez B.N., Ruano, A., Quiñones, G., Arzola, J., Morgenstern, L.B. (2010). Hospitalized Stroke Surveillance in the Community of Durango, Mexico. *American Heart Association*, 2010 May, 41(5):878-84,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20360543>
- DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.577726
- Cantú-Brito, C., Ruiz-Sandoval, J.L., Murillo-Bonilla, L.M., Chiquete, E., León-Jiménez, C., Arauz, A., Villarreal-Careaga, J., Rangel-Guerra, R., Ramos-Moreno, A., Barinagarrementería, F., and the PREMIER Investigators (2010). Acute care and one-year outcome of Mexican patients with first ever acute ischaemic Stroke: the PREMIER study. *Revista de Neurología* 2010; 51(11): 641-649, from: www.neurologia.com
- Cantú-Brito, C., Ruiz-Sandoval, J.L., Chiquete, E., Arauz, A., León-Jiménez, C., Murillo-Bonilla, L.M., Villarreal-Careaga, J., Barinagarrementería, F., Fernández, J.A., Torres, B., Rodríguez-Leyva, I., Rangel-Guerra, R. (2011). Factores de riesgo, causas y pronóstico de los tipos de enfermedad vascular cerebral en México: Estudio RENAMEVASC (Grupo colaborativo de estudio de la enfermedad vascular cerebral en México). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Revista Mexicana de Neurociencia* Septiembre-octubre, 2011; 12(5): 224-234.

- Carasso, R., Ben-Uriah, Y. y Yehuda, S. (1981). Personality type, life events and sudden cerebrovascular attack. *International Journal of Neuroscience*. 14: 3-4, 223-225, DOI: 10.3109/00207458108985837
- Carod-Artal, F.J. (2004) Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología* 39(11): 1052-1062.
- Chiquete, E., Ruiz-Sandoval, J.L., Murillo-Bonilla, L.M., Arauz, A., Villareal-Careaga, J., Barinagarrementería, F., y Cantú-Brito, C. (2011). Mortalidad por enfermedad vascular cerebral en México, 2000-2008: Una exhortación a la acción. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 12(5): 235-241.
- Cortés–Gabaudan, F. (2019). Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Página de internet]. Departamento de Filología Clásica e Indoeuropeo. Universidad de Salamanca. (recogida de información en noviembre 15 de 2019). ISBN: 847-8005722, from: <https://dicciomed.usal.es/palabra/ictus>
- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (2017). Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales. *Fotográfico de Salud*. Oct;3(12):1-13, ISSN: 2414-8482, from <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>
- Cuellar-López, M.V., Montoya-Pipicano, J.F., Castaño-Mora, Y. (2016). Percepción subjetiva de la calidad en vida en estudiantes de enfermería de una universidad pública. *Universidad y Salud*. 2016; 18(3):462-473. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.51>
- Del Moral Bastida, J., Contreras Salazar, A., & González-Vargas, P. (2021). Evento Vascular Cerebral, ¿en dónde nos encontramos? *Medicina e Investigación Universidad Autónoma Del*

Estado De México, 9(2), pág. 74-81. ISSN 2594-0600. Consultado de:

<https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18559>

Díaz-S., M.A. y Gómez-G., M.C. (2016). Escalas utilizadas para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 26(1): 64-74.

Díaz-Tapia, V., Gana, J., Sobarzo, M., Jaramillo- Muñoz, A., Illanes-Diez, S. (2008). Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular isquémico. *Revista de Neurología* 2008; 46 (11):652-655.

Díez-Ascaso, O., Martínez-Sánchez, P., Fuentes, B., y Díez-Tejedor, E. (2011). Estudio sociocultural sobre la autopercepción del ictus y análisis de la comunicación médico-paciente. *Revista Neurología*, 26(2):8-91. <https://doi:10.1016/j.nrl.2010.09.017>

Dueñas Alonzo, R. J. (2020). Factores de riesgo asociados a enfermedad vascular cerebral en pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral isquémico en el servicio de urgencias del hospital general regional No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California. <https://hdl.handle.net/20.500.12930/3649>

Duque, H. y Aristizábal Díaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017). Cuestionario Individual. *Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE: 2016)*. From: <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017.php>

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud Medio Camino (2016). Cuestionario de historia sobre enfermedades crónicas – adultos de 20 años o más. *Instituto Nacional de Salud Pública*.

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/descargas.php>

- Feigin, V.L., Lawes, C.M., Bennett, D.A., Barker-Collo, S.L., Parag, V. (2009). Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009; 8: 355-369 [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70025-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70025-0)
- Fernández-Concepción, O., Fiallo-Sánchez, M.C., Álvarez-González, M.A., Roca, M.A., Concepción-Rojas, M., y Chávez, L. (2001). La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Revista Neurología*, 2001; 32(8): 725-731.
- Fernández-Concepción, O., Román-Pastoriza, Y., Álvarez-González, M.A., Verdecia-Fraga, R., Ramírez-Pérez, E., Martínez-González-Quevedo, J. y Buergo-Zuaznábar, M.A. (2004). Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. Instituto de Neurología y Neurocirugía. *Revista Neurología*, 2004;39(10):915-923.
- Fernández-Concepción, O., Verdecia-Fraga, R., Álvarez-González, M.A., Román-Pastoriza, Y., y Ramírez-Pérez, E. (2005). Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Revista Neurología*, 2005; 41(7): 391-398.
- Fernández-Concepción, O., Verdecie-Feria, O.I., Chávez-Rodríguez, L., Álvarez-González, M.A. y Fiallo-Sánchez, M.C. (2002). Patrón de conducta de tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Revista Neurología*, 2002; 34(7): 622-627.
- Fernández-López, J.A., Hernández-Mejía, R., y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Cuestionarios en Atención Primaria*, 28(10):680-689.

Fernández-Travieso, J.C. (2014). Enfermedad cerebrovascular: incidencia y tratamiento actual.

Revista CENIC. Ciencias Biológicas, 45(3): 152-177 ISSN: 0253-5688, from

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181232136002>

García–Moriche, N., Rodríguez–Gonzalo, A., Muñoz-Lobo, M.J., Parra-Cordero, S. y Fernández–De

Pablos, A. (2009). Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico.

Enfermería Clínica, 20(2):80-87 DOI: 10.1016/j.enfcli.2009.11.005

<https://libcon.rec.uabc.mx:4440/10.1016/j.enfcli.2009.11.005>

GBD 2016 Stroke Colaboradores. (2019) Carga global, regional y nacional de accidente

cerebrovascular, 1990–2016: un análisis sistemático para el Estudio global de la carga de

morbilidad 2016. *The Lancet Neurology*. 11 de marzo de 2019. DOI: 10.1016 / S1474-4422

(19) 30034-1.

González-Llaneza, F.M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Capítulo 9: Instrumentos

para el estudio de la personalidad (pp. 150-153). Editorial Ciencias Médicas; La Habana,

Cuba.

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Govantes-Bacallao, Y., y Bravo-Acosta, T. (2014). Estado funcional en pacientes con ictus

isquémico. Hospital “Julio Díaz González”. *Revista Cubana de Medicina Física y*

Rehabilitación 2014; 6(2): 149-158.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142g.pdf>

Hankey, G.J. (2016). Stroke. *The Lancet*. Septiembre 13, 2016

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30962-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30962-X/fulltext)

Harmony, T., y Alcaraz, V.M. (1987). Daño cerebral. Diagnóstico y tratamiento. México. Editorial

Trillas.

- Hernández-Bello, E., Castellot-Perales, L., Martínez-Pérez, E. (2017). Antecedentes y comorbilidades presentes en un grupo de pacientes ingresados por accidente cerebrovascular. *Nure Investigación* 14(89):1-9. Agosto-septiembre. from, <https://www.researchgate.net/publication/322659337>
- Hernández-Pérez, F. (2011). Evento Vascular Isquémico en pacientes jóvenes. Archivos de Medicina de Urgencia de México. *Medigraphic*. 2011;3 (2); 67-78 from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur112e.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. (2018). Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México. Editorial: Mc Graw Hill.
- Hospital General de Tijuana [Página de internet]. Informa Hospital General de Tijuana sobre los riesgos de presentar un Evento Vascular Cerebral. Tijuana Informativo. 2018 (publicada en mayo, 24 de 2018). <http://www.tijuanainformativo.info/index.php/noticias-de-tijuana/item/76266-informa-hospital-general-de-tijuana-sobre-los-riesgos-de-presentar-un-evento-vascular-cerebral>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Comunicado de prensa núm. 525/18, el 31 de octubre de 2018. Pp. 1-3. From <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Izcara P., S.P. (2014) Manual de investigación cualitativa. México: Editorial Fontamara.
- Jauch, E.C., Saver, J.L., Adams, H.P., Bruno, A., Connors, J.J., Demaerschalk, B.M., Khatri, P., McMullan, P.W., Qureshi, A.I., Rosenfield, K., Scott, P.A., Summers, D.R., Wang, D.Z., Wintermark, M., Yonas, H., on behalf of the American Heart Association Stroke Council,

Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44:870-947, DOI: 10.1161/STR.0b013e318284056a

from: <http://stroke.ahajournals.org>

Kalon, K.L., Pinsky, J.L., William, B.K. y Daniel, L. (1993). The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 1993 Oct, 22 (4 Supplement 1) A6-A13.

http://www.onlinejacc.org/content/22/4_Supplement_1/A6.abstract

López-Lira, R., Vega-Ramírez, F.A., Rodríguez-Martín, C.R., Padilla-Góngora, D., Martínez-Cortés, M.C. y Lucas-Acién, F. (2011) Actualizaciones en las escalas de medida para la calidad de vida y funcionalidad del paciente con accidente cerebrovascular. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, año XXIII. *Revista de Psicología*, No.1-Vol.4,2011. ISSN: 0214-9877. Pp57-64.

Mesa-Barrera, Y., Fernández-Concepción, O., Hernández-Rodríguez, T.E. y Parada-Barroso, Y. (2016). Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(4): 508-524.

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Pp. 122-131 Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guiadidactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela-Casal G., Caballo V., Sierra C (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (1044-1070)

España: Siglo Veintiuno Editores. Retrieved from

https://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/calidaddevida.pdf

Morrison, V., Moreno López, Y., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson, pp. 465-483. Retrieved from

<http://libcon.rec.uabc.mx:2051/login.aspx?direct=true&db=cat05865a&AN=cim.153324&lang=es&site=eds-live>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2018). *Stroke: Hope Through Research*.

Publication July, 2018, from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Stroke-Hope-Through-Research>

Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT, 2018). (Página de internet)

Un panorama de las enfermedades cardiovasculares. Publicado el 8, Octubre, 2018, from,

<http://oment.uanl.mx/un-panorama-de-las-enfermedades-cardiovasculares/>

Organización Mundial de la Salud (2020). WHO Quality of Life Assessment Group (1996). *La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?* Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387. Recuperado el 18 de mayo de 2023, de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Reviewed March 15, 2013, from

<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *¿Qué puedo hacer para evitar un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral?* Retrieved September, 2015, from

<https://www.who.int/features/qa/27/en/>

Organización Mundial de la Salud (2017) Enfermedades Cardiovasculares. Publicado el 17 de mayo 2017, from: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud (2018). Las 10 principales causas de defunción. Publicado el 24 de mayo de 2018, from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

Plá-Vidal, J. y Salvador-Rodríguez, J. (2006). *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Sociedad Española de Cardiología. Pamplona, España: Merck Farma y Química, S.A. ISBN: 84-88336-56-X.

Ramírez-Alvarado, G., Téllez-Alanís, B., (2016). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en México: Ausencia de registro de las secuelas cognitivas. *Revista Mexicana de Neurociencia*. Academia Mexicana de Neurología, A.C., 17(2):59-70
www.revmexneuroci.com

Riveros, A., Castro, C.G., Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2):291-304, ISSN: 0120-0534.

Roa-Wandurraga, L.F. (2011) Calidad de vida y discapacidad en la enfermedad cerebrovascular: una entidad olvidada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez-Salgado, M. (2016). Mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebrovasculares en las principales instituciones públicas de salud en México. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Organización Panamericana de la Salud (CONAMED-OPS)*. Boletín Septiembre-Octubre 2016, from
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/mortalidad.pdf>

Ropper, A.H., Samuels, M.A. y Klein, J.P. (2017). Adams y Víctor. *Principios de Neurología*. Décima edición. Ciudad de México, México: Mc Graw-Hill/Interamericana editores.

ISBN: 978-607-15-1387-8

Rosas-Peralta, M., Arizmendi-Urbe, E., Borrayo-Sánchez, G. (2017) ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*; 55(1):98-103 from

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/747/177

2

Ruíz-Sandoval, J.L., Cantú-Brito, C., Chiquete, E., Parra-Romero, G., Arauz, A., Villaseñor-Cabrera, T., Parada-Garza, J.D., Pérez-Gómez, H.R., Barinagarrementería, F. y Ramos-Moreno, A. (2017) Enfermedad vascular cerebral isquémica aguda en mayores de 75 años en la primera década del siglo XXI en México. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2017; 18(2):42-53, ISSN 1665-5044

Ruíz-Sandoval, J.L., León-Jiménez, C., Chiquete-Anaya, E., Sosa-Hernández, J.L., Espinosa-Casillas, C.A., Cantú, C., Villareal, J., Barinagarrementería, F., Arauz, A., Leyva, A., Murillo, L., Alegría, M.A., Merino, J., Romano, J., González-Vargas, O. (2010). Estilos de vida y prevención primaria y secundaria de enfermedad vascular cerebral. *Revista de Investigación Clínica*. 62(2), marzo-abril, 2010. Pp.181-191 Versión Completa del artículo:

www.imbiomed.com.mx

Samuels, M.A. y Ropper, A.H. (2011). *Manual de Terapéutica Neurológica de Samuels*. Octava edición. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health España, S.A., Lippincott Williams & Wilkins. ISBN edición española: 978-84-96921-73-3

Sánchez-Lozano, A., Pando-Torres, R., Maza-Martínez, J.L., González-Alba, G., Bernal-Valladares, J.B. y Lozano-Leblanc, A. (2018) Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus

isquémico. Quality of Life of Patients six Months after Ischemic Stroke. *Revista Finlay*, 8(1), 18-25, ISSN 2221-2434.

Schalock, R. I. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Siglo Cero, 38(4), 224:21-36 from

http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf

Silla-Stolen, M. y Rosón-Hernández, B. (2009). Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico del patrón de consumo. *Trastornos Adictivos*, 2009;11(3):191-9

[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(09\)72411-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(09)72411-0)

Secretaría de Salud (2022). En 2021, ictus o enfermedad vascular cerebral ocasionó más de 37 mil decesos en México. Recuperado el 17 de mayo de 2023, de:

<https://www.gob.mx/salud/prensa/531-en2021-ictus-o-enfermedad-vascular-cerebral-ocasiono-mas-de-37-mil-decesos-en-mexico>

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) 2020. Publicado por Elsevier España, ~ S.L.U. Todos los derechos reservados. 46(8):510-511. Recuperado el 18 de mayo de 2023 en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.002>

Senado de México, 2019. Dictamen sobre el punto de acuerdo por el que se exhorta a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a realizar las gestiones necesarias para incluir en el Catálogo Universal de Servicios de Salud el tratamiento de la EVC. Recuperado el 17 de mayo de 2023, de:

https://www.senado.gob.mx/permanente/pdfs/dictamenes/tercera/Dictamen_Tercera_Comision-Martes-11-Junio-2019-1384.pdf

Soriano-Guillen, A.P., Coarasa-Liron de Robles, A., Reigada-Perez de Santa Cruz, P. y Solano-Bernad, V. (2013). Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir las consecuencias de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. *Rehabilitación*, 47(4), 213–222.

<https://libcon.rec.uabc.mx:4440/10.1016/j.rh.2013.06.001> DOI: 10.1016/j.rh.2013.06.001

Toro-Gómez, J., Yepes-Sanz, M., y Palacios-Sánchez, E. (2010). Neurología. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno.

Torres-Viloria, A., Montiel-López, L., & Elizalde-Barrera, C. I. (2022). Epidemiología y mortalidad hospitalaria por evento vascular cerebral en un hospital de la Ciudad de México: estudio prospectivo de 2 años. Stroke epidemiology and in-hospital mortality in a Mexico City hospital: a prospective two-years study. *Cirugía y cirujanos*, 90(5), 659–664.

<https://doi.org/10.24875/CIRU.22000069>

Tuesca-Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia. 2005; 21:76-86 ISSN 0120-4442

Walker, G., y Habboushe, J., (2005-2019). MDCalc. EU. Recuperado de <https://www.mdcalc.com/>

Anexos**Anexo 1. Aprobación Comité de Bioética UABC**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
Comité de Bioética

Tijuana, Baja California a 16 de enero del 2019

DRA. JULIETA YADIRA ISLAS LIMÓN
DIRECTORA FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
PRESENTE.

Por medio del presente y aprovechando para extenderle un cordial saludo se le notifica que, después de revisar la solicitud de aprobación a las enmiendas realizadas al protocolo de investigación titulado:

"Calidad de vida de personas con EVC isquémica: valoración del profesional de la salud y perspectiva del paciente."

Investigador Principal: M.S.P. Delgadillo Ramos Maria Guadalupe
 Investigadores Asociados: Lic. Paloma Anzures

En comisión específica integrada por su servidor, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología, ha decidido emitir el dictamen de:

APROBADO

Los fundamentos para dicha decisión se basan en que se trata de un proyecto clasificado como "tipo 1, investigación sin riesgo" de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, al tratarse de una investigación que se basa en la aplicación de cuestionarios validados, a población adulta y en la que se ha cuidado mantener el anonimato, la confidencialidad y la aplicación del consentimiento informado.

La presente aprobación es para su aplicación en un periodo no mayor a **DOS AÑOS** a partir de la fecha del dictamen; cualquier cambio al proyecto que implique algún riesgo para los participantes, requiere de notificación a este Comité en un periodo no mayor a 15 días para mantener la vigencia del mismo.

Atentamente

"Por la Realización Plena del Hombre"

Dr. Rufino Menchaca Díaz.
 Comité de Bioética FMyP

C.c.p. Archivo Comité de Bioética/0242



Anexo 2. Aprobación Comité de Ética en Investigación HGT



SS

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

ENTIDAD Instituto de Servicios de Salud
Pública del Estado de Baja California.
SECCIÓN Hospital General Tijuana
SUBSECCIÓN Departamento de Enseñanza
NÚMERO DE OFICIO: 231

Tijuana B.C a 16 de marzo de 2020

Dr. Francisco Gutiérrez Manjarrez
M.S.P. Maria Guadalupe Delgadillo Ramos
Investigador principal
Lic. Psic. Paloma Jazmín Anzures Mercado
Presente.

Estimado Dr. Gutiérrez

Por este conducto informamos a Usted, que el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Tijuana, con dictamen favorable Número CONBIOETICA-02-CEI-001-20170526, en la reunión celebrada el día 28 de febrero de 2020, habiendo analizado detalladamente ha aprobado la siguiente documentación.

"CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE"

Que son los siguientes:

1. Protocolo en extenso en español.
2. Formato de Consentimiento Informado.
3. Curriculum Vitae de los Investigadores

Sin más por el momento, agradezco su amable atención, y envío un cordial saludo.



HOSPITAL GENERAL
DE TIJUANA, B. C.

27 MAR 2020

DESPACHADO
COMITE DE ETICA E INVESTIGACION

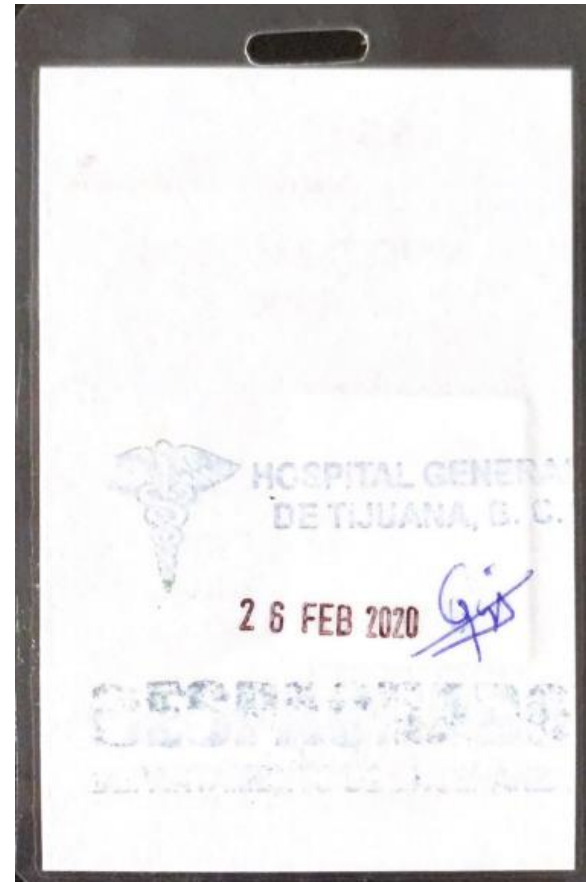
Dr. Eugenio Ocegüera López
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital General Tijuana

C.c.p. Ministerio de Comité Ética en Investigación

Av. Centenario No. 10661, Zona Rio Tijuana B.C. TEL: 664-00-78 AL 80 EXT. 2440

SALUD
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Anexo 3. Identificación personal como Investigadora Externa del HGT



Anexo 4. Original Consentimiento Informado

“CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE”	
Fecha de aprobación por el Comité de ética HGT: 16 marzo 2020	
Original CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Tijuana, B.C. a ____ de _____ del 2020	NO. FOLIO: _____
Nombre	

Estimado (a) participante:

Usted ha sido invitado(a) a colaborar en el presente proyecto de investigación de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Dicha investigación es supervisada por la M.S.P. María Guadalupe Delgadillo Ramos profesora-investigadora de la universidad, por el Dr. Francisco Gutiérrez Manjarrez y por la estudiante de la maestría e investigadora principal Lic. Paloma Jazmin Anzures Mercado.

El objetivo del presente estudio es evaluar la Calidad de Vida de personas con EVC isquémica de Tijuana, B.C. desde la opinión de un profesional de salud y desde la perspectiva del mismo paciente, por ello, su participación es de suma importancia y consiste en responder 4 cuestionarios: El primero es acerca de cuestiones sociodemográficas, el segundo acerca de aspectos de salud, un tercer cuestionario que mide la Calidad de Vida (CV) y por último, una entrevista en la cuál se le invita a que nos platique acerca de su percepción del cambio de vida con la EVC.

Si Usted decide participar, siéntase en la libertad de expresar cualquier pregunta que le permita una mejor comprensión acerca de este estudio; le recordamos también que Ud. tiene el derecho a decidir voluntariamente si desea participar o no, o incluso de retirarse en cualquier momento, si así lo desea.

¿Existen RIESGO para Usted si participa en el presente estudio de investigación? No existen riesgos potenciales en su participación.

¿Recibirá algún BENEFICIO por participar en el presente estudio de investigación? El/la participante no recibe ningún beneficio o compensación económica.

¿Se mantendrá CONFIDENCIAL la información que Usted proporcione o sus resultados?

Toda su información se mantendrá estrictamente confidencial. El uso que se le dará a su información es exclusivamente para fines de investigación y se utilizara únicamente por el equipo de investigación del proyecto. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos pero su nombre no aparecerá en ninguno de los documentos usados en la investigación, solo se utilizará un número de folio de identificación previamente asignado.

Comprobante del Consentimiento Informado: Mi firma aquí, es el testimonio de que he leído y comprendido la información contenida en este documento. Acepto participar en el estudio (El paciente deberá conservar original del comprobante del consentimiento informado).

Nombre y firma del **PARTICIPANTE:**

Nombre y firma **RESPONSABLE:**

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

En caso de tener alguna pregunta sobre el estudio, sus procedimientos, la seguridad, el proceso del consentimiento informado o sobre sus derechos como participante en el estudio

de investigación comuníquese con:

Lic. Paloma J Anzures Mercado

Investigadora Principal

Email: anzures.paloma@uabc.edu.mx

[Tel: 664-682-1233 ext. 121](tel:664-682-1233)

Celular: 664-748-3571

Anexo 5. Cuestionarios de Variables Sociodemográficas y Variables de Salud

Instrucciones: Responda a las siguientes preguntas apoyándose en las opciones de respuesta.

“CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE”	
Cuestionario de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Tijuana, B.C. a ____ de _____ del 2020	NO. FOLIO: _____
Nombre _____	
1. Edad: _____	_____ Años cumplidos
2. Género: _____	1= Hombre 2= Mujer
3. Lateralidad _____	1= Derecha o diestra 2= Izquierda o zurda
4. Ingreso económico: _____	1= 0 a 2,999 2= 3mil a 9,299 3= 9,300 a 14,299 4= 14,300 a 19,299 5= 19,300 a 25,499 6= Igual o mayor a 25,500
5. Escolaridad: _____	1= Sin estudios 2= Básica (Primaria y Secundaria) 3= Preparatoria 4= Universidad 5= Otra (indique):
6. Estado Civil: _____	1= Casado (a) 2= Unión Libre 3= Separado (a) 4= Divorciado (a) 5= Viudo (a) 6= Soltero (a)
7. Empleo: a) Empleo antes de la EVC: _____	1= Sin trabajo 2= Asalariado 3= Técnico 4= Profesional 5= Negocio propio 6= Trabaja en el extranjero
b) Empleo actual _____	1= Sin trabajo 2= Asalariado 3= Técnico 4= Profesional 5= Negocio propio 6= Trabaja en el extranjero
8. Residencia: _____	1= Si

a) ¿Vive Usted en la Ciudad de Tijuana?	2= No
b) Tiempo de residencia en Tijuana (en caso de que aplique)	_____

“CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE”	
Cuestionario de VARIABLES DE SALUD	
Tijuana, B.C. a ____ de _____ del 2020	NO. FOLIO: _____
Nombre	
9. Tabaquismo: Incluye cigarros, puros y pipas. a) ¿Actualmente fuma tabaco todos los días, algunos días o no fuma actualmente? “Actualmente” significa haber fumado 1 o más cigarros en el último mes.	0= Nunca ha fumado 1= Ya no fuma actualmente 2= Algunos días 3= Todos los días 4= No responde
b) ¿Cuántos cigarros suele fumar en un día de consumo normal?	0= Ninguno 1= Uno o 2 cigarros 2= Tres o 4 3= Cinco o 6 4= De 7 a 9 5= Diez o más
c) ¿Con que frecuencia Usted fuma?	0= Nunca 1= Uno o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana
d) Tiempo (Seleccione la pregunta) ¿Cuánto tiempo tiene Usted fumando? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted fumando?	_____
e) ¿Cuándo fue la última vez que Usted se fumó un cigarro?	0= Nunca 1= En los últimos 30 días 2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año 4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años
10. Alcoholismo: Incluye cerveza, vino, jerez. Destilados y carajillos.	0= Nunca ha consumido 1= Ya no bebe actualmente

<p>a) ¿Actualmente toma alcohol todos los días, algunos días o no toma alcohol actualmente? “Actualmente” significa haber tomado 1 o más vasos de alcohol en el último mes.</p>	<p>2= Algunos días 3= Todos los días 4= No responde</p>
<p>b) ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p>	<p>0= Ninguno 1= Uno o 2 vasos 2= Tres o 4 3= Cinco o 6 4= De 7 a 9 5= Diez o más</p>
<p>c) ¿Con que frecuencia Usted consume alguna bebida alcohólica?</p>	<p>0= Nunca 1= 1 o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana</p>
<p>d) Tiempo (Seleccione la pregunta): ¿Cuánto tiempo tiene Usted consumiendo alcohol? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted tomando?</p>	<p>_____</p>
<p>e) ¿Cuándo fue la última vez que Usted se tomó un vaso de alcohol?</p>	<p>0= Nunca 1= En los últimos 30 días 2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año 4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años</p>
<p>11. Uso de Drogas: Incluye Marihuana, Cristal, Heroína, Cocaína. a) ¿Actualmente consumo algún tipo de drogas?; ¿todos los días, algunos días o no consume actualmente? “Actualmente” significa haber consumido en el último mes</p>	<p>0= Nunca ha consumido 1= Ya no bebe actualmente 2= Algunos días 3= Todos los días 4= No responde</p>
<p>b) ¿Con que frecuencia Usted consume algún tipo de droga?</p>	<p>0= Nunca 1= 1 o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= Cuatro o más veces a la semana</p>
<p>c) Tiempo de consumo: <u>Seleccione</u>: ¿Cuánto tiempo tiene Usted consumiendo drogas? / ¿Cuánto tiempo estuvo Usted consumiendo drogas?</p>	<p>_____</p>
<p>d) ¿Cuándo fue la última vez que Usted consumió algún tipo de droga?</p>	<p>0= Nunca 1= En los últimos 30 días</p>

	2= De 1 mes a 6 meses 3= De 6 meses a 1 año 4= De 1 año a 3 años 5= Cuatro o más años
12. Actividad Física:	0= No 1= Si
a) ¿Realiza algún tipo de ejercicio o deporte?	
b) ¿Cuál es la frecuencia en que realiza la actividad física?	1= Diario 2= Semanal 3= Mensual
c) ¿Cuánto tiempo realiza la actividad física?	1= Menos de 30 minutos 2= 30 minutos 3= Mayor a 1 hora
d) ¿Cuál es la intensidad de la actividad física?	1= Leve 2= Moderada 3= Intensa
13. Hipertensión Arterial:	1= Si 2= No 3= No sé
a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene hipertensión o la presión arterial alta?	
b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía hipertensión arterial o la presión arterial alta?	1= Menos de 1 año 2= 1-2 años 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años
c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años
d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé
14. Diabetes:	1= Si 2= No 3= No sé
a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alta en la sangre?	1= Menos de 1 año 2= 1-2 años 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años
c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años
d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé
15. Cardiopatías	
a) ¿Algún médico le ha dicho que tiene algún tipo de cardiopatía o problema en el corazón?	1= Si 2= No 3= No sé

b) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía algún tipo de cardiopatía o problema en el corazón?	1= Menos de 1 año 2= 1 año 3= De 3-5 años 4= Más de 6 años
c) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años
d) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé
16. Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC)	1= Si
a) ¿Algún médico le ha dicho que tuvo enfermedad vascular cerebral?	2= No 3= No sé
b) ¿Sabe Usted la lateralidad del cerebro afectada?	1= Derecha 2= Izquierda 3= No sé
c) ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tuvo EVC?	1= 3 - 6 meses 2= 7 - 11 meses 3= Un año o más
d) ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?	_ _ Años
e) ¿Se encuentra Usted en tratamiento actualmente?	1= Si 2= No 3= No sé

Anexo 6. Escala de Calidad De Vida Para El Ictus (ECVI-38)

“CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE”	
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS (ECVI-38)	
Tijuana, B.C. a ____ de _____ del 2020	NO. FOLIO: _____
Nombre	

Queremos saber desde su punto de vista, como la Enfermedad Vasculat Cerebral (EVC) que Usted ha sufrido ha impactado en su salud y estilo de vida. Usted debe responder la siguiente serie de ítems según sea su caso.

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

1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para o con?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Mover las extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar las manos	5	4	3	2	1
c. Caminar	5	4	3	2	1
d. Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
e. Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1

2. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Hablar	5	4	3	2	1
b. Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1
c. Leer	5	4	3	2	1
d. Escribir	5	4	3	2	1

3. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su concentración	5	4	3	2	1
b. Su memoria	5	4	3	2	1
c. Su capacidad mental	5	4	3	2	1

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

4. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su...?	Muy Mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
a. Estado de ánimo	5	4	3	2	1

b. Vitalidad	5	4	3	2	1
c. Autoestima	5	4	3	2	1
d. Capacidad de mantener la calma	5	4	3	2	1
e. Control sobre sus emociones	5	4	3	2	1

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

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

6. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b. Bañarse	5	4	3	2	1
c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d. Moverse libremente dentro de la casa	5	4	3	2	1

7. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Moverse a lugares lejos/fuera de la casa	5	4	3	2	1
b. Realizar sus actividades de ocio, entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
c. Participar en actividades fuera del marco familiar	5	4	3	2	1
d. Participar en actividades de la comunidad	5	4	3	2	1

8. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b. Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1

c. Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1
d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
f. Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1
g. Sus relaciones sexuales	5	4	3	2	1
h. Realizar su actividad laboral	5	4	3	2	1

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

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

Anexo 7. Escala De Rankin Modificada (mRS)

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (mRS)	
Puntajes	Descripción
0	Sin Síntomas.
1	Sin Incapacidad Significativa. A pesar de síntomas realiza actividades cotidianas.
2	Incapacidad Leve. Incapaz de realizar las actividades previas pero capaz de hacer algunas actividades sin asistencia.
3	Incapacidad Moderada. Requiere alguna ayuda pero es capaz de caminar por sí mismo.
4	Incapacidad Moderadamente Severa. Incapaz de caminar y de realizar sus necesidades corporales sin ayuda.
5	Incapacidad Severa. Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería.
6	Defunción.

Anexo 8. Guión de Entrevista: Percepción de la CV para EVCi

“CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON EVC ISQUÉMICA: VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE”	
Guión de Entrevista: Percepción de la Calidad de Vida para EVC Isquémico	
Tijuana, B.C. a ____ de _____ del 2020	NO. FOLIO: _____
Nombre	

¿Con que nombre conoce Ud. a la enfermedad (EVC)?

Derrame/Embolia... (a partir de aquí, usar ese término.)

1. Cuénteme, ¿Cómo fue que le dio “el derrame”?
2. ¿Recuerda Ud. los síntomas en su cuerpo cuando le comenzó “el derrame”?

Pregunta alternativa: ¿Qué fue lo que sintió antes de enfermarse?

3. ¿Recuerda Ud. cuál fue su estado de ánimo o emoción cuando se enteró de su enfermedad?
- 3.1 A partir de la enfermedad, ¿Ha habido algún cambio en su estado de ánimo?
4. A partir de la enfermedad, ¿Cómo es la relación con su familia?, ¿Cómo es la relación con sus amistades? y ¿Cómo es la relación en su trabajo?
- 4.1. A partir “del derrame”, ¿Con quién se relaciona?, ¿Cómo es esa relación? ¿Hubo algún cambio después de la enfermedad?
5. ¿Qué se le viene a la mente cuando escucha “Calidad de Vida”?
6. ¿Qué piensa sobre la enfermedad?
- 6.1. ¿Cómo era su vida antes de enfermarse?

6.2 ¿Cómo es su vida ahora con la enfermedad?

7. ¿Por qué cree que se enfermó?

7.1 ¿Tiene Ud. alguna creencia que le ayude a sobrellevar/enfrentar su enfermedad?

8. Cuando le dieron de alta del hospital, ¿Qué información le dieron sobre la enfermedad?, ¿Cuál fue?, ¿Estaba presente algún familiar?

¡Muchas gracias por su colaboración!