

Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia

Héctor Retamal-Matus, Joseline Arredondo, Eduardo Domínguez, Hugh Mac Donald, Katy Olguín

Objetivo. Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia de la ciudad de Punta Arenas, Chile, durante el período septiembre-noviembre de 2014.

Pacientes y métodos. Muestra de 19 pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular, de 62-96 años, residentes en centros de larga estancia para el adulto mayor. Mediante un diseño no experimental transversal correlacional, se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes a través de la aplicación de la escala SF-36 v. 2.

Resultados. El aspecto más afectado correspondiente al componente de salud física fue función física, con una media de 38,42 puntos. El rol emocional, perteneciente al componente de salud mental se presenta como el aspecto más afectado, con una media de 49,53 puntos. La función física, el rol físico y el rol emocional indican una calidad de vida 'baja y muy baja' según los porcentajes obtenidos en estas categorías. Los aspectos de dolor corporal, salud mental, vitalidad y función social se categorizan en una calidad de vida 'alta y muy alta'.

Conclusiones. Estos resultados son relevantes porque indican la calidad de vida percibida por el paciente. Además, pueden contribuir a mejorar el enfoque del tratamiento y, por consiguiente, a una mejor recuperación integral del paciente.

Palabras clave. ACV. Calidad de vida. Calidad de vida relacionada con la salud. Discapacidad. Ictus. SF-36.

Departamento de Kinesiología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Magallanes.
Punta Arenas, Chile.

Correspondencia:

Prof. Héctor Felipe Retamal Matus.
Departamento de Kinesiología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Magallanes.
Avda. Bulnes, 01855. Casilla 113-D.
CP 6200000 Punta Arenas, Chile.

E-mail:

felipe.retamal@umag.cl

© 2015 Psicogeriatría

Introducción

En las últimas décadas, la esperanza de vida en Chile ha aumentado de forma significativa, siendo un 11,4% la población de adultos mayores según el censo realizado en 2002. Junto al envejecimiento de la población, se ha incrementado la prevalencia de adultos y adultos mayores con secuelas de un accidente cerebrovascular (ACV), produciendo un aumento de pacientes institucionalizados y dependientes de terceros para realizar actividades de la vida diaria, lo que influye negativamente en su calidad de vida [1]. Actualmente, se desconoce el número de adultos mayores con secuelas de ACV en instituciones en Chile, y tampoco hay publicaciones respecto a sus características, nivel de fragilidad, nivel de apoyo que requieren o tipo de servicio que reciben [2].

El ACV es uno de los mayores problemas de salud pública, siendo alrededor de seis millones de personas en el mundo las que fallecen cada año por esta causa; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2], se considera una de las principales causas de muerte. Esto permite considerar el ACV como la patología neurológica más común y la primera causa de discapacidad en la población adulta [1]. La probabilidad de discapacidad es del 18% a los

seis meses, causando un deterioro funcional grave a largo plazo en un 15-30% de personas que han sufrido un ACV [1].

En la población chilena mayor de 20 años, el ACV ocupa un puesto entre las primeras diez causas de muerte, con tasas que aumentan a medida que la población envejece, representando el 9% de todas las defunciones del año 2010 [3]. En la región de Magallanes y Antártica Chilena, estas cifras no son menos preocupantes, con una tasa de incidencia de 45 fallecidos por cada 100.000 habitantes en 2010 [4].

Por las razones epidemiológicas reseñadas y el gran deterioro de funcionalidad en el paciente con secuelas de ACV, se generan impedimentos que llegan a afectar las distintas actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y aumentan la necesidad de cuantificar la independencia y conocer la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

El interés por la calidad de vida ha existido desde hace mucho tiempo. El término se vuelve popular en los años sesenta hasta convertirse hoy en un concepto ampliamente utilizado en diversos ámbitos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente [5]. El término 'calidad de vida' fue definido por la OMS como 'per-

cepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive, y relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones' [6].

Según Felce y Perry, toda definición de calidad de vida debe considerar cuatro aspectos: la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada con dichas condiciones, los componentes objetivos y subjetivos asociados a las condiciones de una persona junto a la satisfacción que experimenta, y las condiciones de vida asociadas a la satisfacción personal según su escala de valores, aspiraciones y expectativas personales [7].

De ello se desprende el concepto de 'calidad de vida relacionada con la salud' (CVRS), que se ha definido como 'el valor asignado a la duración de la vida modificada por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada' [6].

Para numerosos autores, este término se utiliza como concepto general, pero otros sugieren que calidad de vida y CVRS deben ser términos que se empleen necesariamente en determinadas circunstancias, ya que CVRS como concepto se usa para evaluar y cuantificar el impacto de la enfermedad en los pacientes, así como el efecto de los distintos tratamientos terapéuticos [8].

Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa 'nueva vida'. A medida que se desarrollan nuevos ensayos clínicos con fármacos o tratamientos, se hace más necesario contar con instrumentos y escalas específicas que evalúen los resultados del tratamiento centrado en el paciente [9]. Sin la evaluación de la CVRS, un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un funcionamiento psicosocial pobre o de una mala adaptación a la enfermedad [10].

En la evaluación de la CVRS se consideran cuatro dimensiones: física, psicológica, social y funcional. La dimensión física es aquella que involucra esfuerzo físico, capacidad física y dolor, causado por la enfermedad o por el tratamiento. El ítem psicológico incluye el funcionamiento cognitivo, emocional y la percepción general de la salud. El ámbito social es la interacción del sujeto con su entorno y el estado de autoestima personal ante su enfermedad crónica, y por último, la dimensión funcional hace referencia a la capacidad del sujeto de cuidarse por sí mismo, su grado de deambulación, su nivel de funcionalidad, así como llevar a cabo distintas actividades de la vida diaria [11].

El estudio de la calidad de vida en el paciente con secuelas de ACV cobra importancia a la hora de va-

lorar la independencia de estos pacientes en sus actividades cotidianas y la percepción de la enfermedad, y de plantear intervenciones terapéuticas personalizadas para cada uno de ellos [12].

Hay estudios que demuestran que las alteraciones del estado afectivo y emocional son repercusiones graves del ACV respecto a la calidad de vida de los pacientes [13], siendo las alteraciones en la capacidad funcional, las alteraciones del estado de ánimo, la inestabilidad emocional y el estado depresivo y ansioso asociado a la enfermedad las que más influyen [13]. El estado depresivo postictus y las alteraciones afectivas y emocionales se asocian a una débil recuperación de la capacidad funcional y una baja percepción de la calidad de vida en general, al cabo de cuatro o cinco años del evento [13]. En cuanto a las diferencias por sexos en este aspecto, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a estos estados depresivos e inestabilidad emocional, que afectan a su percepción de salud general y limitan sus actividades recreativas y sociales [13].

Otros estudios indican que la vitalidad y la salud física son los más deteriorados, mientras que el dolor y el rol emocional serían los aspectos menos afectados tras el ACV [10].

Es importante destacar que, en otras investigaciones, la población que recibe cinesioterapia tras un ACV tiene una mejor calidad de vida, sobre todo en vitalidad y salud mental, lo que permite inferir que la rehabilitación cinésica repercutirá no sólo en los aspectos físicos, sino también en los aspectos mentales [14].

La calidad de vida ha sido medida por diversos instrumentos que evalúan dimensiones físicas y emocionales diseñadas para pacientes con diferentes patologías. La importancia radica en que permite destacar el estado funcional del paciente, siendo el cuestionario de salud SF-36 v. 2 (*36-Item Short-Form Health Survey v. 2*) el instrumento más utilizado en el mundo para medir la CVRS, ya que permite una fácil y sencilla aplicación [15]. Los numerosos estudios realizados convierten el cuestionario en uno de los instrumentos con mayor potencial para cuantificar la CVRS. Por otra parte, su amplio uso en el mundo permite una comparación internacional de resultados [15].

La encuesta fue creada en Estados Unidos, en 1992, adaptada al español y, posteriormente, validada y adecuada para la población chilena. Consta de ocho ítems: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

En Chile, se ha validado este cuestionario dándole el carácter de un instrumento útil para evaluacio-

nes y comparaciones de salud internacionales. Para la adecuación cultural, se utilizó la versión española del SF-36 v. 2, adaptada a la población chilena [14].

Sin embargo, a pesar de que la calidad de vida sea un aspecto ampliamente investigado nacional e internacionalmente, en la región de Magallanes no se han realizado estudios que permitan determinar la calidad de vida que presentan los adultos y adultos mayores institucionalizados con secuelas de ACV. En este contexto, el actual estudio pretende determinar la calidad de vida que posee esta población y los factores que influyen de manera positiva y negativa en ésta, utilizando la escala SF-36 v. 2 como instrumento de medición.

Pacientes y métodos

Muestra

La muestra, no probabilística intencionada, se componía de 19 participantes adultos y adultos mayores, residentes en centros de larga estancia con el diagnóstico de ACV: 16 eran de sexo masculino, con un rango de edad de 62-96 años. Se incluyó a todos los sujetos que accedieron a participar voluntariamente mediante un consentimiento informado, sin considerar edad, sexo ni etiología del ACV. Se excluyeron aquellos casos con demencia grave según el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, comitancia de enfermedades crónicas terminales y casos con limitaciones cognitivas que impedían la aplicación de la escala de valoración.

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional.

Instrumentos

Con el fin de determinar si los pacientes podían participar en esta encuesta, se utilizó el MMSE para detectar el deterioro cognitivo, evaluando orientación en tiempo y espacio, memoria a corto y largo plazo, capacidad constructiva, lenguaje y capacidad de entender y obedecer instrucciones [16].

Para evaluar la CVRS se realizó una entrevista personal aplicando el cuestionario SF-36 v. 2, que consta de 36 preguntas que evalúan función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada una de éstas otorga una puntuación final en un rango de 0-100 para cada escala. Cuanto mayor es la

puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, el componente de salud física (CSF) y el componente de salud mental (CSM), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión [15]. Se incluye un ítem de transición, el cual compara el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Esto no influye en el cálculo de ninguna de las escalas.

Procedimiento

Los participantes fueron entrevistados en sus respectivas instituciones. Inicialmente se les informó sobre los objetivos generales de la investigación y posteriormente autorizaron con su firma la participación en el estudio. Luego fueron invitados a responder el cuestionario. Al finalizar, se contestó a sus preguntas y se les agradeció su participación.

Análisis estadístico

Los datos estadísticos se analizaron con el programa SPSS v. 20. Para el análisis de resultados de la escala SF-36 v. 2 se consideraron todas las variables estandarizadas, incluyendo el resumen de la capacidad física y la capacidad mental.

Resultados

Puntuaciones medias en el SF-36 v. 2

Las puntuaciones obtenidas en la escala SF-36 v. 2 se resumen en la tabla I. Del universo de sujetos estudiados, las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en la escala de vitalidad, con $64,46 \pm 24,74$ puntos, y función social, con $62,50 \pm 27,63$ puntos, mientras que los más bajos correspondieron a función física, con $38,42 \pm 29,44$ puntos, y rol físico, con $44,42 \pm 32,37$ puntos.

En la tabla II se observa la estratificación de la calidad de vida según la puntuación media obtenida en la encuesta. En ésta, del total de los participantes que cumplieron con los criterios de ingreso al estudio, el 47,4% poseía una calidad de vida categorizada como 'mala y regular'; el 42,1%, 'regular y buena'; y el 10,5% restante, 'buena y muy buena'. No obstante, ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones que categorizaran su calidad de vida como 'muy mala y mala'.

Al realizar un análisis según rango cualitativo de calidad de vida, calculado a partir de los resultados totales (donde el primer septil, 'muy bajo', presenta

Tabla I. Puntuación media y desviación estándar (DE) de la calidad de vida según las ocho escalas establecidas en el cuestionario de salud SF-36 v. 2.

		Media	Sig. punto medio 50	DE
Componente de salud física	Función física	38,42	0,104	29,44
	Rol físico	44,42	0,462	32,37
	Dolor corporal	54,34	0,929	38,52
	Salud general	50,52	0,931	26,13
Componente de salud mental	Vitalidad	64,46	0,020	24,74
	Función social	62,50	0,064	27,63
	Rol emocional	49,53	0,948	30,61
	Salud mental	58,94	0,170	27,31

puntuaciones menores a 28,01 y el séptil 7, 'muy alto', puntuaciones mayores a 78,13), se observan los siguientes resultados: al considerar los porcentajes en que cada escala fue valorada con una calidad de vida alta o muy alta, las que alcanzaron mayores puntuaciones fueron: dolor corporal y salud mental (47,4%), vitalidad (47,3%) y función social (42,1%). Del mismo modo, al considerar los porcentajes en que cada escala fue valorada con una baja calidad de vida (baja o muy baja), las que alcanzaron menores puntuaciones fueron: función física (52,7%), rol físico (52,6%) y rol emocional (42,1%).

Puntuaciones medias en el SF-36 v. 2 según el sexo

Respecto a la relación entre sexo y calidad de vida, el sexo masculino obtuvo puntuaciones totales más altas (media: $54,25 \pm 18,25$) que las obtenidas por el sexo femenino (media: $45,65 \pm 12,89$). Al analizar las puntuaciones obtenidas en las subescalas en el sexo masculino, las medias más altas corresponden a vitalidad ($67,17 \pm 24,95$) y salud mental ($62,18 \pm 24,69$), mientras que las más bajas correspondieron a función física ($42,18 \pm 30,21$) y rol físico ($43,47 \pm 34,84$). Las puntuaciones medias más altas obtenidas por el sexo femenino se alcanzaron en función social ($79,16 \pm 26,02$) y rol emocional ($77,74 \pm 17,31$), y las más bajas, en función física ($18,33 \pm 15,27$) y dolor corporal ($23,33 \pm 20,36$). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas según el sexo ($t_{(17)} = -0,77$; $p > 0,05$).

Respecto a la relación entre la calidad de vida y la edad de los participantes, no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

De la misma forma, se analizó si existían diferencias en las puntuaciones medias alcanzadas en los sujetos según la institución de residencia. Así, los participantes correspondientes al centro de larga estancia ELEAM presentaban puntuaciones más altas de calidad de vida que las otras instituciones (media: $58,32 \pm 17,73$). Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

Percepción de la salud actual comparada con el año anterior frente a calidad de vida actual

La tabla III muestra la comparación entre el resultado general de la calidad de vida actual y la percepción de la calidad de vida del año anterior. La mayoría de los pacientes ($n = 9$) indicaba un estado de salud actual 'algo mejor' que el año anterior, mientras que una minoría ($n = 2$) describía que su estado de salud actual era 'algo peor'. Los promedios resumidos en la tabla difieren entre ellos, pero estos resultados no muestran diferencias significativas. Por lo tanto, no hay diferencia entre la percepción de salud actual y la calidad de vida de los participantes del estudio.

Al mismo tiempo, se compara el resultado general de la calidad de vida con las puntuaciones obtenidas en el CSF y el CSM. Aquellos pacientes que indican tener un estado de salud actual 'igual' al año anterior presentan las mayores puntuaciones en CSF (64,26) y CSM (65,78). Las puntuaciones más bajas en el CSF las obtienen los pacientes que indican que su salud está 'algo mejor' (49,59) y 'peor' (27,68). En el CSM, las puntuaciones más bajas son obtenidas por los pacientes que dicen tener un estado de salud actual 'algo peor' (56,55) y 'peor' (54,78) al año anterior.

No se observan diferencias significativas entre la percepción de salud actual de los participantes y la puntuación alcanzada en el CSF. Los promedios en el CSM tampoco muestran diferencias significativas.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en pacientes con ACV residentes en centros de larga estancia y los factores que influyen de manera positiva y negativa en ésta, utilizando la escala SF-36 v. 2 como instrumento de medición.

Los aspectos que alcanzaron las puntuaciones más bajas fueron función física y rol físico, relacionado

con las dificultades motoras que presentan la mayoría de los pacientes y que limitan sus actividades físicas. Tanto el proceso degenerativo fisiológico como las complicaciones asociadas al reposo prolongado y la falta de actividad física condicionan un deterioro mayor en la funcionalidad y, por lo tanto, su independencia. Las facilidades brindadas por cada establecimiento influyen negativamente en la funcionalidad e independencia de algunos pacientes, ya que evita la realización de actividades básicas, como alimentarse o asearse, disminuyendo la autonomía de cada paciente. Por lo tanto, el alto nivel de sedentarismo y la rutina, así como el reglamento interno de cada institución, reducen las actividades durante el día de los adultos y adultos mayores, y no generan hábitos saludables que puedan favorecer la estancia del sujeto, siendo perjudicial para su funcionalidad y calidad de vida.

Al comparar los resultados con otro estudio [10], se señala que vitalidad y función social son los aspectos más deteriorados, mientras que dolor corporal y rol emocional son los aspectos menos afectados tras un ictus. En el presente estudio se encontró una relación con los datos antes mencionados, correspondiente a dolor corporal como uno de los aspectos menos afectados, debido a que el ACV en la mayoría de casos no causa dolor, a excepción del hombro doloroso, una complicación típica de la hemiplejía. El dolor corporal, como aspecto menos afectado, coincide con un estudio aplicado en Ica, Perú [17]. Por el contrario, el ítem 'vitalidad' obtiene las puntuaciones más altas en el presente estudio. Se cree que el contacto directo y el buen trato con un gran número de profesionales preocupados por la salud de cada paciente, así como los pares que viven en la misma institución, influyen de manera positiva en el estado de ánimo.

Otros autores [13] afirman que los aspectos más alterados corresponden a los estados afectivos y emocionales. Los estados depresivos postictus y las alteraciones antes mencionadas se asocian con una recuperación menor en la capacidad funcional y una baja percepción de calidad de vida en general. Las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a estos estados de inestabilidad emocional y depresión, afectando directamente en la percepción de salud general y limitando actividades recreativas y sociales. En el presente estudio se encontró que el rol emocional cuenta con las puntuaciones más bajas y está considerado como una calidad de vida entre el promedio y 'muy baja'. Al contrario de los autores antes mencionados [13], las mujeres presentan puntuaciones medias más elevadas en el rol emocional, y son los hombres los más afectados en

Tabla II. Estratificación de calidad de vida de los participantes según su puntuación media obtenida en la encuesta SF-36 v. 2.

	Calidad de vida				Total
	Muy mala y mala (0-25 puntos)	Mala y regular (25-50 puntos) ^a	Regular y buena (50-75 puntos) ^a	Buena y muy buena (75-100 puntos) ^a	
Sujetos	–	9	8	2	19
Mínimo	–	27,35	50,98	78,13	27,35
Máximo	–	48,01	74,38	96,09	96,09
Media	–	39,19	59,75	87,10	52,89
DE	–	08,35	7,47	12,70	17,50
Porcentaje	–	47,40	42,10	10,50	100

^a $p < 0,001$. DE: desviación estándar.

Tabla III. Relación entre la percepción de salud actual y la puntuación media alcanzada por los participantes en la encuesta SF-36 v. 2.

	<i>n</i>	SF-36 v. 2 ^a	CSF ^a	CSM ^a
Mucho mejor	0	–	–	–
Algo mejor	9	54,46	49,59	59,33
Igual	3	65,02	64,26	65,78
Algo peor	2	56,79	57,03	56,55
Peor	5	41,23	27,68	54,78

^a $p > 0,05$. CSF: componente de salud física; CSM: componente de salud mental.

este aspecto. Un escaso número de visitas o de contacto con familiares directos influye negativamente en el estado emocional y repercute directamente en la motivación para la recuperación y funcionalidad del paciente. Las actividades recreativas y sociales de las instituciones también tienen relación directa con el estado emocional, siendo un factor que influye de manera positiva en este aspecto de la calidad de vida.

Se demuestra que la función física deteriorada en los sujetos participantes no influye directamente en la vitalidad y función social, al ser aspectos mejor valorados. Pero sí parece influir en la calidad de vida general, ya que la mayoría de los sujetos ($n = 17$) se categorizan en una calidad de vida 'mala y regular' y 'regular y buena'.

Todos los sujetos del estudio recibieron cinesioterapia postictus, demostrando altas puntuaciones en vitalidad y salud mental. Por lo tanto, se encuentra relación con los resultados de otros autores [14], los cuales destacan que aquella población que recibió cinesioterapia tiene una mejor calidad de vida en los aspectos antes mencionados, lo que permite inferir que la rehabilitación cinésica influirá tanto en aspectos físicos como mentales en el paciente. El ejercicio físico en los pacientes con secuelas de ACV tiene efectos positivos en el estado de ánimo y en la motivación para lograr una máxima recuperación. Por otra parte, la actividad física realizada en las horas de tratamiento cinésico aumenta el nivel de actividad durante el día, disminuyendo el reposo y el sedentarismo.

Respecto a la relación entre sexo y calidad de vida, se muestra un predominio en el sexo masculino que concuerda con otros estudios [10,13,17], pero esto puede verse influido por la cantidad reducida de mujeres participantes en el estudio.

Los resultados obtenidos de la percepción de salud actual comparada con la del año anterior frente a la calidad de vida actual permiten afirmar que el CSF no influye en la percepción de salud que poseen los sujetos de estudio; además, la percepción de salud tampoco influye en la puntuación alcanzada en el CSM.

Una de las recomendaciones para mejorar los resultados de este estudio es aumentar el tamaño de la muestra y, en lo posible, que no haya diferencia en el número de hombres y mujeres, lo que permitiría inferir las conclusiones a la población general de Punta Arenas. Sería interesante determinar los aspectos sobre la calidad de vida más beneficiados por la cinesioterapia, y así poder implementar nuevas estrategias y optimizar los tratamientos para una recuperación óptima y una mejor integración funcional y social del paciente.

Por último, se recomienda utilizar la escala SF-36 v. 2 previamente al tratamiento de los pacientes que ingresen en un centro de larga estancia, para determinar los aspectos más deteriorados según la percepción del paciente y, por ende, los aspectos más relevantes para el tratamiento, mejorando así su calidad de vida.

En conclusión, este estudio permite determinar la calidad de vida de los pacientes institucionalizados y evidencia los aspectos más influyentes en ésta. Estos resultados son relevantes porque indican la calidad de vida percibida por el paciente. Además, pueden contribuir a mejorar el enfoque del tratamiento y, por consiguiente, a una mejor recuperación integral.

Bibliografía

1. Moyano A. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2010; 21: 348-55.
2. Marín P, Hoyl T, Gac H, Carrasco M, Duery P, Petersen K, et al. Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el 'sistema de clasificación de pacientes RUG T-18'. *Rev Med Chile* 2004; 132: 701-6.
3. Ministerio de Salud. Guía clínica 'Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más'. Santiago: MINSAL; 2013. URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>. [24.11.2014].
4. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Diagnósticos regionales con enfoque DSS. Región de Magallanes y Antártica Chilena: MINSAL; 2010. URL: http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/diag_regionales/regional/DiagMagallanes.pdf. [02.11.2014].
5. Rodríguez M. Calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Sociales. URL: <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/ion02b.htm>. [15.09.2014].
6. Silva-Henao A, Támara-Pirela C, Álvarez-Escobar A, Londoño-Luján M, Marina-Alonso L. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la Ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col)* 2009; 25: 73-9.
7. Hernández-Nava J, Torres-Ortiz C. Programa institucional de calidad de vida. Colima: Universidad de Colima; 2013. URL: http://orientacion.uco.mx/archivos/Calidad_Vida.pdf. [06.10.2014].
8. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-65.
9. Carod-Artal FJ. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Rev Neurol* 2004; 39: 1052-62.
10. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol* 2008; 46: 652-5.
11. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. URL: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. [08.09.2014].
12. Perret L, Sad A, Loziuk D, Capello M, Spada J, López-Cormenzana J, et al. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en el hospital nacional de clínicas, Córdoba. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 2001; 68: 103-4.
13. Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol* 2006; 42: 655-9.
14. Gana J, Sobarzo M. Estudio de calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico [tesis de licenciatura]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Kinesiología; 2006.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19: 135-50.
16. IHPA. Standardised Mini-Mental State Examination (SMMSE) –guidelines for administration and scoring instructions. Commonwealth of Australia 2014. URL: [http://www.ihpa.gov.au/internet/ihpa/publishing.nsf/Content/3704C02942B29037CA257D09000AA8CF/\\$File/smmse-guidelines-v2.pdf](http://www.ihpa.gov.au/internet/ihpa/publishing.nsf/Content/3704C02942B29037CA257D09000AA8CF/$File/smmse-guidelines-v2.pdf). [14.10.2014].
17. Anicama-Hernández A, Vásquez-Quicaño K, Pineda-Rodríguez A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. *Rev Med Panacea* 2012; 2: 45-9.

Study of quality of life in patients residents of long-term centers that has suffered stroke event

Aim. To determinate the quality of life related to health in patients residents of long-term centers that has suffered stroke event.

Patients and methods. A total of 19 patients has suffered a stroke, between 62 and 96 years old, residents of long-term centers. A non-experimental transversal cross correlational study was used. The quality of life related to health was evaluated through instrument SF-36 v. 2.

Results. The physical function was the most affected with an average of 38,42 points. Emotional role is one of the most affected aspect with an average of 49,53 points. Physical function, physical role and emotional role are in the lowest category of quality of life 'low and very low'. Body pain, mental health, vitality and social function are in the highest category 'high and very high'.

Conclusions. These results are relevant because they indicate the quality of life perceived by the patient. This results can help to improve the treatment approach and therefore, a better overall patient recovery.

Key words. Disability. Quality of life. Quality of life related to health. SF-36. Stroke.