



Revista Mexicana de Psicología

ISSN: 0185-6073

sociedad@psicologia.org.mx

Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

México

Juárez, Fernando; Cárdenas, Carlos; Martínez, Carmen

Calidad de vida en las fases de la hemiplejía

Revista Mexicana de Psicología, vol. 23, núm. 2, diciembre, 2006, pp. 267-276

Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CALIDAD DE VIDA EN LAS FASES DE LA HEMIPLEJÍA

QUALITY OF LIFE IN THE PHASES OF HEMIPLEGIA

Fernando Juárez,¹ Carlos Cárdenas y Carmen Martínez
Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia

Resumen: Se evaluó la calidad de vida en 45 pacientes hemipléjicos, según las fases de evolución de la enfermedad. Se utilizaron la Escala Modificada de Ashworth para evaluar la espasticidad, la Escala Internacional de Fuerza Motora para evaluar la fuerza muscular, el Índice Barthel para evaluar la independencia funcional en las actividades de la vida diaria, la Encuesta de Salud Forma Corta 36 para evaluar la calidad de vida, y una encuesta para evaluar el género, estado civil, nivel educativo, ocupación, residencia, el lado afectado del cuerpo y el tiempo de evolución de la enfermedad. Se realizó un análisis de conglomerados con las puntuaciones de la Escala Ashworth, la Escala de Fuerza y el Índice Barthel. Este análisis mostró la existencia de tres grupos diferenciales por la fase de hemiplejía en que se encontraban los participantes. Mediante una prueba de Kruskal-Wallis se comparó la calidad de vida de los integrantes de los tres grupos. Los resultados mostraron que a medida que evoluciona la enfermedad se deteriora la calidad de vida, en relación con la función física y con la salud mental. En cambio, los pacientes con más tiempo de evolución de la enfermedad mostraron una mejoría relativa en cuanto a su rol físico y emocional y en cuanto a su salud general. No se encontraron diferencias debidas a la edad, género, ocupación u otras características sociodemográficas.

Palabras claves: calidad de vida, hemiplejía, rehabilitación, variables demográficas

Abstract: Quality of life was assessed in 45 hemiplegic patients. Test measures considered the phase of the illness for individual participants. The modified Ashworth Scale was used to evaluate spasticity, the International Motor Strength Test was used to evaluate muscular strength, the Barthel Index was used to evaluate independence in daily activities, and the Health Survey Short-Form SF-36 was used to evaluate quality of life. Participants were also asked about gender, civil status, educational level, occupation and residence, affected side of the body, and time since the onset of the illness. A cluster analysis using the scores in the Ashworth Scale, the Motor Strength Test, and the Barthel Index showed three different groupings according to the phase of the hemiplegia. Kruskal-Wallis tests were used to compare quality of life of patients in each group. Results showed that the physical function and the mental health of patients worsened as the illness evolved. By contrast, physical and emotional well being and general health improved in time as the illness evolved. No differences were found due to socio-demographic variables.

Key words: quality of life, hemiplegia, rehabilitation, sociodemographic variables

Entre las múltiples dimensiones que tiene el término calidad de vida (CDV) (Patrick & Erikson, 1993) se encuentra el estado de salud (Dijkers, 1999). El concepto de CDV ha ayudado a clarificar la evaluación que los pacientes realizan de las consecuencias de una enfermedad, por ejemplo en el caso de la apoplejía (Solomon, Glick, Russo, Lee, & Schulman, 1994). El nivel de funcionalidad del paciente y la valoración que éste realiza acerca de su estado de salud definen la calidad de vida relacionada con la salud (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998). La CDV evaluada mediante la escala de funcionamiento físico de la Encuesta de Salud Forma Corta de 36 reactivos

(SF-36) se ha estudiado en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (Shields et al., 1998) y en pacientes con disfunción musculoesquelética (Binkley, Stratford, Lott, & Riddle, 1999). El SF-36 como medida del estado de salud también se ha utilizado en pacientes con desórdenes del movimiento, osteoartritis o artritis reumatoidea (Martin, Engelberg, Agel, & Swiontkowski, 1997). A su vez, otras medidas funcionales, como las actividades de la vida diaria (AVD), evaluadas mediante el Índice de Barthel, han permitido analizar los efectos positivos de la estimulación eléctrica en pacientes hemiparéticos (Johansson, Lindgren, Widner, Wiklund, & Johansson,

¹Enviar correspondencia a: Dr. Fernando Juárez, apartado aéreo 17467, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: fernando_juarez2@yahoo.com

1993), los cuales se han relacionado con una mejoría en la CDV (Vuagnat & Chantraine, 2003).

En una validación del SF-36, de la Escala de Discapacidad de Londres, del Índice de Barthel, de la Escala de Apoplejía del Instituto Nacional de Salud, y de la Escala de Irritabilidad, Depresión y Ansiedad, realizada con 93 pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), se observó que dichos instrumentos parecen ser una medida sensible y válida para estos pacientes (Sturm et al., 2002). Se ha encontrado una consistencia interna satisfactoria para el SF-36, aunque la validez de constructo varía según el nivel de funcionalidad en el Índice de Barthel, siendo menor con menor funcionalidad (Anderson, Laubscher, & Burns, 1996). No obstante, controlando las variables de edad y sexo, se confirma la validez de constructo del SF-36, y no se ven alteradas las asociaciones entre las diferentes subescalas que lo componen (Anderson et al., 1996). Mediante el SF-36 se ha observado que los datos normativos de CDV por edad, sexo y clase social son consistentes a través de diversos estudios (Jenkinson, Coulter, & Wright, 1995), detectando diferencias entre grupos definidos por edad, sexo, estado socioeconómico, región geográfica y condiciones clínicas (Hemingway, Stafford, Shipley, & Marmot, 1997). Estos estudios convierten al SF-36 en una de las medidas de más éxito en investigaciones sobre salud (Brazier et al., 1992) y ponen también de manifiesto la importancia de las variables sociodemográficas en la determinación del estado de salud.

La CDV depende a menudo del tiempo de evolución de la enfermedad; el índice de funcionamiento físico del SF-36, junto con las AVD, evaluadas mediante el Índice Barthel, se han utilizado en la predicción del nivel de discapacidad al mes y a los tres y seis meses después del comienzo de la apoplejía (Lai, Duncan, & Keighley, 1998). A su vez, en pacientes con daño en la médula espinal (SCI), se ha observado que aquellos que llevan más tiempo de evolución tienen mejor calidad de vida que los que tienen un tiempo de evolución menor, relacionándose las medidas obtenidas en el SF-36 con variables sociodemográficas (Westgren & Levi, 1998), e indicándose que un buen manejo de la salud a largo plazo, junto con la educación y el empleo, en pacientes con SCI pediátrico, incide en la consecución de una vida satisfactoria (Vogel, Klaas, Lubicky, & Anderson, 1998), lo que señala la importancia de considerar conjuntamente el tiempo de evolución y las características sociodemográficas en el incremento de la CDV. Sin embargo, a pesar de la impor-

tancia del tiempo de evolución en la consecución de una mejor CDV, en una muestra de 45 pacientes hemipléjicos se observó que aquellos con más de seis meses transcurridos entre la salida del hospital y el momento de la evaluación, realizada mediante el Índice de Reintegración a la Vida Normal, obtuvieron peores puntuaciones en los dominios de movilidad, necesidades de autocuidado, relaciones personales y manejo de los eventos cotidianos, que los pacientes con menos de seis meses de abandonar el hospital (Béthoux, Calmels, & Gautheron, 1999). De igual modo, en 85 pacientes con ACV, se obtuvo una mejoría en las puntuaciones de las escalas del SF-36 durante los primeros seis meses de rehabilitación, y posteriormente un declive sustancial (Hopman & Verner, 2003).

Uno de los factores que puede estar afectando estos resultados en relación con el tiempo de evolución son las diferentes fases por las que atraviesa el paciente hemipléjico en el transcurso de la enfermedad, ya que los miembros afectados por el ictus progresan desde un estado de flaccidez hasta un aumento de los reflejos de estiramiento o espasticidad (Anderson, 1993) y esta progresión puede hacer que el paciente se perciba mejor o peor según la fase en la que se encuentre. Según Bobath (1993), existen tres fases de recuperación en la hemiplejía: la fase de flaccidez, la etapa de espasticidad y la de recuperación espontánea. La evaluación de los patrones posturales y de movimiento del paciente proporcionan información sobre sus capacidades funcionales. Por su parte, Brunnstrom (1979) destacó la existencia de seis fases en las que el paciente hemipléjico supera la flaccidez. En la primera de ellas la espasticidad inicial es severa, mientras que en las tres siguientes es menos severa. En la quinta fase existe una pérdida del dominio de las sinergias básicas sobre los movimientos, logrando así una coordinación próxima a la normal en la sexta, lo que hace posible una recuperación completa. A su vez, Hong (1993) indicó que en lesiones de la motoneurona superior, la recuperación sigue la secuencia de parálisis flácida, parálisis espástica, movimiento sinérgico, movimiento aislado de algunos grupos musculares y control completo de cada grupo individual de músculos. Estos enfoques tienen en cuenta el movimiento y la espasticidad en la determinación de las fases de evolución de la hemiplejía para poder lograr un adecuado desempeño funcional del paciente. Este desempeño es una variable habitualmente evaluada mediante el Índice Barthel. La CDV percibida en estos pacientes no ha sido medida en

función de estas fases y es posible que el paciente tenga una percepción diferencial sobre su CDV dependiendo de la fase de desarrollo de la enfermedad en que se encuentra, lo que aclararía algunos de los resultados controvertidos, indicados anteriormente, en relación al estado del paciente según el tiempo de evolución, ya que dichos resultados estarían en realidad en función de la fase de desarrollo de la enfermedad.

Debido a estas consideraciones, en este trabajo se analizó la existencia de distintas fases en la evolución de la enfermedad según las características de espasticidad, fuerza muscular y desempeño funcional, para observar las diferencias en tiempo de evolución y calidad de vida entre estas fases, teniendo en cuenta aspectos sociodemográficos tales como el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación y la residencia, así como el lado del cuerpo afectado.

MÉTODO

Participantes

Participaron 45 pacientes hemipléjicos con diagnóstico clínico de ACV admitidos en los departamentos de neurología y rehabilitación del Hospital San José (40%), Hospital Simón Bolívar (35.56%), la Clínica Puente del Común (15.56%) y la Clínica El Bosque (8.88%), en la ciudad de Bogotá, Colombia. La edad promedio de los participantes fue de 58.67 años, 19 fueron hombres y 26 mujeres, con una media de tiempo de evolución desde la ocurrencia del ACV de 12 meses.

Instrumentos

Para determinar si los pacientes podían participar en el estudio se utilizó el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), el cual evalúa en forma rápida y simple las funciones cognitivas (Beristain, 1995; Leopold, & Borson, 1997). El MEEM constituye la medida objetiva más frecuentemente usada de dichas funciones, y evalúa la orientación en tiempo (cinco puntos) y espacio (cinco puntos), la retención de tres palabras (tres puntos), atención y cálculo (cinco puntos), evocación de tres palabras (tres puntos), la habilidad para denominar objetos (dos puntos), repetir una frase (un punto), seguir instrucciones verba-

les y escritas (cuatro puntos), escribir una frase espontáneamente (un punto), y copiar una figura compleja de dos polígonos (un punto). El puntaje total máximo es de 30 puntos (Wagner, Kayak, & Fink, 1996). El MEEM ha sido usado como instrumento clínico (Tierney, Szalai, Snow, Fisher, & Dunn, 1997), en estudios epidemiológicos (Wagner et al., 1996) y para establecer los factores de riesgo debido al bajo nivel de independencia funcional (Hansen, Mahoney, & Palta, 1999).

Para evaluar el nivel de espasticidad, presente en disfunciones de la motoneurona superior, caracterizada por un aumento en el tono muscular con espasmos en los tendones (Gregson et al., 1999), se utilizó la Escala Modificada de Ashworth (EMA). Dicha escala es el instrumento más ampliamente usado para la evaluación clínica de la espasticidad (Sköld, 2000). En esta ocasión se utilizó la traducción al español realizada por Juárez y Contreras (1994), de la versión de Katz, Rovai, Brait, y Rymer (1992), en la que se estima la resistencia a la movilización pasiva en un rango de valores de 0 a 5.

Para la evaluación de la fuerza motora, se utilizó la Escala Internacional de Fuerza Motora (EIFM), la cual determina la capacidad de un paciente para iniciar el movimiento de un músculo completo contra la gravedad o contra la resistencia del evaluador, mediante un sistema de gradación de 0 a 5 (Stolov, 1990).

Para evaluar el desempeño funcional en las AVD, se utilizó el Índice Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), el cual evalúa el funcionamiento en actividades diarias tales como la alimentación, transferencias (de la cama a la silla), aseo personal, uso del baño, capacidad para bañarse, capacidad para caminar por terreno llano, capacidad para subir y bajar escaleras, capacidad para vestirse y desvestirse, continencia de esfínter anal y continencia de esfínter vesical. Esta escala mide la independencia funcional del paciente y el tipo de ayuda que necesita para llevar a cabo actividades típicas de la vida diaria (Crewe & Dijkers, 1996) en un rango de 0 a 100. Este instrumento constituye la primera medida de la discapacidad disponible en el campo de la rehabilitación médica (Granger & Hamilton, 1990). Su validez correlacional, mediante la comparación con el Perfil para Rehabilitación Comprensiva (PULSES, por sus siglas en inglés), es de -0.74 a -0.90 y su fiabilidad test-retest es de 0.89 en adultos con enfermedad grave y, de acuerdo a diferentes observadores, es superior a 0.95 (Bowling, 1994). El Índice de Barthel ha sido utilizado en una gran variedad de estudios con pacientes que han su-

frido ACV, tales como los que se relacionan con la etiología de la fiebre (Georgilis, Plomaritoglou, Dafni, Bassiakos, & Vemmos, 1999), la intensidad del entrenamiento del brazo y la pierna (Kwakkel, Wagenaar, Twisk, Lankhorst, & Koetsier, 1999) y la terapia ocupacional domiciliaria (Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen, & Murray, 2000). En esta ocasión, se utilizó la versión publicada por Valverde, Florez y Sánchez (1994).

También se utilizó una encuesta de datos sociodemográficos que incluía características de los participantes tales como la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación. Esta escala se construyó a partir de otras que se han utilizado en estudios con personas con ACV (Brosseau, Phillipe, Potvin, & Boulanger, 1996).

Para evaluar la CDV se utilizó el SF-36, el cual contiene 36 preguntas que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporciona un perfil del mismo (Alonso, Prieto, & Antó, 1995). Desarrollado durante el estudio de resultados médicos (Ware & Sherbourne, 1992), el SF-36 constituye un método muy sólido psicométricamente para medir la salud (Ware, Keller, Gandek, Brazier, & Sullivan, 1995). Al ser un instrumento estandarizado permite comparar el estado de salud en diferentes países (Aaronson et al., 1992). Las dimensiones que evalúa el SF-36 son: a) función física, o limitaciones de la salud en las actividades físicas; b) rol físico, o interferencia de la salud en el trabajo y en el rendimiento; c) rol emocional, o interferencia de las emociones en la vida diaria; d) dolor corporal, o la intensidad y el efecto del dolor en el trabajo; e) función social, o interferencia de la salud en la vida social; f) salud general, o valoración de la salud; g) salud mental, o depresión, ansiedad, control de emociones y conducta, y efectos positivos en general; y h) vitalidad, o sentimiento de energía. Asimismo, contiene un reactivo para comparar el estado de salud actual con el de hace un año. Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala se transforman a una escala de 0 a 100, donde a mayor puntuación obtenida mejor es la CDV percibida. La rigurosidad psicométrica del instrumento lo ha convertido en una unidad fundamental para evaluar la calidad de vida a través de distintos grupos diagnósticos (Gladis, Gosch, Dishuk, & Crits-Christoph, 1999). En general, el SF-36 cuenta con un *alfa de Cronbach* mayor a 0.85 y con confiabilidad mayor a 0.75, así como con una adecuada validez convergente y discriminante examinada por una matriz multitratamiento y multimétodo (Brazier et al., 1992). En pacientes con ACV, el SF-36 ob-

tuvo un *alfa de Cronbach* de 0.70 (Anderson et al., 1996). En este estudio se utilizó la versión 1.2 en español para Colombia, elaborada y distribuida por el proyecto de Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (IQOLA, por sus siglas en inglés), para lo cual se obtuvo la correspondiente licencia de uso por parte de la Corporación Laboratorio de Evaluación en Salud, quienes regulan la utilización internacional del instrumento.

Procedimiento

Mediante la revisión de las historias clínicas existentes en los servicios de neurología y medicina física y rehabilitación, se seleccionaron aquellos pacientes que tenían un diagnóstico clínico de ACV y un tiempo de evolución no mayor a dos años. Debido a que el ACV, el cual ocurre por lesiones de los vasos cerebrales (Smith, Hawser, & Easton, 1994), da lugar a alteraciones de tipo motor, sensitivo, cognoscitivo y problemas de la comunicación (Anderson, 1993), en dicha evaluación se aplicó el MEEM con el fin de conocer si el estado mental de los pacientes era el adecuado para participar en la investigación. En caso de que obtuvieran más de 23 puntos en esta prueba, se procedió a llenar los datos relacionados con las características sociodemográficas. A continuación, se aplicó el cuestionario de salud SF-36 el cual fue leído por los evaluadores para evitar la fatiga del paciente, y se terminó con la aplicación de la EMA, la EIFM y el IB, realizada por el fisioterapeuta o el terapeuta ocupacional a cargo.

RESULTADOS

Cuarenta y cinco pacientes cumplieron con un tiempo de evolución no superior a dos años y una puntuación igual o superior a 23 en el MEEM. En la Tabla 1 se muestran las medias, desviaciones estándar, los puntajes mínimo y máximo, la frecuencia y porcentaje de participantes según su edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, residencia, tiempo de evolución, lado afectado del cuerpo así como sus puntuaciones en las escalas MEEM, EMA, EIFM y el IB. La edad promedio fue de 58.7 años ($DE=2.2$), 19 (42.2%) fueron hombres y 26 (57.8%) mujeres. La mayoría eran casados (57.8%), no habían terminado los estudios primarios (46.7%) o tenían únicamente estudios primarios (26.7%), eran amas de casa (44.4%) o

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

	\bar{X}	DE	Min-Max	Frec.	%
Edad	58.7	2.2	24-80		
Género					
Masculino				19	42.2
Femenino				26	57.8
Estado civil					
Soltero				7	15.6
Casado				26	57.8
Separado/Divorciado				3	6.7
Viudo				9	20.0
Nivel educativo					
Sin estudios				21	46.7
Primaria				12	26.7
Bachillerato				3	6.7
Universitario				9	20.0
Ocupación					
Desempleado				6	13.3
Ama de casa				20	44.4
Empleado				11	24.4
Independiente				6	13.3
Pensionado				2	4.4
Residencia					
Propia				40	88.9
Arriendo				5	11.1
Tiempo evolución (meses)	12.0	7.2	1-24		
Lado afectado del cuerpo					
Derecho				19	42.2
Izquierdo				26	57.8
Estado mental (MEEM)	24.9	2.1	23-29		
Espasticidad (EMA)	2.6	1.1	0-5		
Fuerza (EIFM)	3.1	1.2	0-5		
AVD (íB)	70.2	27.6	0-100		

empleados (24.4%), y vivían en residencia propia (88.9%). La media de evolución desde el ACV fue de 12 meses ($DE = 7.2$), siendo el lado afectado del cuerpo más frecuentemente el izquierdo (57.8%). Los participantes tenían en promedio un grado de espasticidad de 2.6 ($DE = 1.1$), un grado de fuerza de 3.1 ($DE = 1.2$) y un nivel de desempeño en las AVD de 70.2 ($DE = 27.6$).

Para obtener las diferentes fases de la hemiplejía en las cuales podían clasificarse los participantes, se aplicó un análisis de conglomerados jerárquicos con las puntuaciones obtenidas en la EMA, la EIFM y el IB. Dicho análisis, realizado con el método de vinculación intergrupos y la distancia euclídea, arrojó tres grupos con una distancia reescalada de 17. En el Grupo 1 quedaron clasificados seis participantes, en el Grupo 2 fueron clasificados 15 participantes, y en el Grupo 3 se incluyeron 24 participantes. En la Tabla 2 se muestra la media y desviación estándar de cada grupo, en el tiempo de evolución, EMA, EIFM e IB. Los grupos están ordenados según el tiempo de evolución, y se observa cómo se incrementa la fuerza muscular y el desempeño funcional en las AVD, a medida que se incrementa el número del grupo de pertenencia, mientras que la espasticidad experimenta un incremento en el Grupo 2 en relación con el Grupo 1, para sufrir a continuación un ligero decremento en el Grupo 3.

La evaluación de la diferencia en las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de CDV en cada uno de los grupos anteriores, se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis con el nivel exacto de significación de Monte Carlo. En la Tabla 3 se muestran la mediana y la amplitud intercuartil (A.I.) de cada uno de los grupos en las dimensiones del SF-36, así como los resultados de la

Tabla 2

Puntuaciones de las variables de agrupación en los tres grupos formados en función del tiempo de evolución

	Grupo 1 (n = 6)		Grupo 2 (n = 15)		Grupo 3 (n = 24)	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Tiempo de evolución	5.8 meses	9.0	8.6 meses	4.7	15.6 meses	6.1
Espasticidad (EMA)	1.5	1.87	3	1.07	2.54	0.66
Fuerza (EIFM)	1.17	1.33	2.8	0.68	3.83	0.56
AVD (íB)	15.83	12.81	59.33	8.84	90.63	9.59

Tabla 3

Medianas de cada grupo en las variables de CDV, tiempo de evolución y sociodemográficas

Calidad de vida (sf-36)	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Test de Kruskal-Wallis	
	Mdn	A.I.	Mdn	A.I.	Mdn	A.I.	χ^2	gl
Función física	95	20	90	15	55	35	21.92**	2
Rol físico	0	6.3	0	25	50	93.8	7.54*	2
Rol emocional	0	8.3	0	33.3	50	100	6.38*	2
Dolor corporal	46.5	10.3	42	10	50	12	0.82	2
Función social	68.8	43.8	75	50	50	46.9	1.19	2
Salud general	33.5	21	32	10	47	17	11.49**	2
Salud Mental	56	25	56	4	48	15	8.56**	2
Vitalidad	57.5	6.3	55	20	50	15	4.22	2
Tiempo de evolución	5.8	9.0	8.6	4.7	15.6	6.1	14.35**	2
Edad	66.7	15.1	57.9	14.7	57.1	15.2	2.04	2
							Prueba V de Cramer	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	V	p
Género							0.130	0.696
Masculino	3	50	5	33.3	11	45.8		
Femenino	3	50	10	66.7	13	54.2		
Estado civil							0.266	0.392
Soltero	0	0	1	6.7	6	25		
Casado	4	66.7	8	53.3	14	58.3		
Separado/Divorciado	0	0	2	13.3	1	4.2		
Viudo	2	33.3	4	23.7	3	12.5		
Educación							0.306	0.212
Sin estudios	5	83.3	8	53.3	8	33.3		
Primaria	0	0	2	13.3	10	41.7		
Bachillerato	0	0	1	6.7	2	8.3		
Universitario	1	16.7	4	26.7	4	16.7		
Ocupación							0.373	0.120
Desempleado	1	16.7	4	26.7	1	4.2		
Ama de casa	2	33.3	8	53.3	10	41.7		
Empleado	2	33.3	1	6.7	8	33.3		
Independiente	0	0	1	6.7	5	20.8		
Pensionado	1	16.7	1	6.7	0	0		
Residencia							0.200	0.535
Propia	6	100	14	93.3	20	83.3		
Arriendo	0	0	1	6.7	4	16.7		
Lado afectado							0.089	0.842
Derecho	2	33.3	6	40.0	11	45.8		
Izquierdo	4	66.7	9	60.0	13	54.2		

Nota: A. I.: Amplitud Intercuartil.

* $p \leq .05$.** $p \leq .01$.

prueba de Kruskal-Wallis, observándose que las dimensiones con diferencias significativas fueron las de función física, rol físico, rol emocional, salud general y salud mental. Asimismo, también se muestra en la Tabla 3 la evaluación de las diferencias en tiempo de evolución y edad, resultando significativo el tiempo de evolución. Para determinar la importancia de las diferencias en las características sociodemográficas y el lado afectado de cuerpo entre los grupos, se aplicó la prueba V de Cramer con la significación exacta. En la Tabla 3 también se muestra la frecuencia y el porcentaje de las características sociodemográficas de cada grupo, observándose que ninguna de estas variables resultó significativa.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se abordó la CDV en los pacientes hemipléjicos según las fases de evolución de dicho síndrome de acuerdo a características de espasticidad, fuerza muscular y desempeño funcional en las AVD, así como la relación de la CDV con diferentes factores sociodemográficos y con características de la enfermedad, tales como el tiempo de evolución y el lado del cuerpo afectado. Se encontró que existen tres fases que se pueden ordenar de acuerdo al tiempo de evolución. Los participantes se clasificaron en tres grupos con base en los datos obtenidos mediante la EMA, la EIFM y el IB. El ordenamiento de los grupos según el tiempo de evolución justifica por qué se ha demostrado que el tiempo de evolución está relacionado con el nivel de recuperación de la movilidad en pacientes con ACV (Horgan & Finn, 1997; Wilkinson et al., 1997), y con hemiplejía (Dam et al., 1993; Nakamura, Moriyama, Yamada, & Seki, 1992). Los grupos así clasificados constituyen fases de evolución del síndrome hemipléjico a lo largo del tiempo, coincidiendo con el enfoque de Bobath (1993), en el que se reconocen tres etapas en el proceso de recuperación, y aunque se ha demostrado la efectividad del enfoque de Brunnstrom (1979) en la evaluación y tratamiento de personas con ACV (Wagenaar et al., 1990), los resultados obtenidos se diferencian de las seis fases postuladas por este autor, y de las cinco fases señaladas por Hong (1993). Otros estudios verifican la validez de contenido del tipo de evaluación que se realizó en este estudio (Corriveau, Arsenault, Dutil, & Lepage, 1992).

En relación con la CDV en las distintas fases mencionadas, se encontraron diferencias significativas entre los grupos según la fase de evolución de la enfermedad. La función física se redujo progresivamente mientras que el rol físico, el rol emocional y la salud general se incrementaron. La salud mental de los pacientes con el mayor tiempo de evolución fue la más baja de todas y todas las dimensiones alcanzaron en este grupo un punto medio de alrededor de 50. Aunque la dimensión de rol físico siguió una evolución similar a la de las AVD a través de los grupos, sorprende la evolución tan diferente que tienen las puntuaciones en la dimensión de función física y las puntuaciones en las AVD, ya que mientras que la primera decreció, la segunda aumentó progresivamente. Estos resultados pueden reflejar la diferencia en el tipo de preguntas incluidas en ambos instrumentos, en el IB las preguntas están más adaptadas a esta población específica y el evaluador asigna las puntuaciones, mientras que en el SF-36 el propio individuo es el que se evalúa de acuerdo a cómo se perciba. En otras ocasiones se ha indicado que el SF-36 tiene una validez limitada, y que las escalas de función física y salud mental no tienen aún el soporte necesario para esta población (Hobart, Williams, Moran, & Thompson, 2002), así como que la validez de constructo depende del estado de salud de los pacientes (Anderson et al., 1996). Resultados parcialmente similares se han encontrado también en otros estudios (Béthoux et al., 1999; Hopman & Verner, 2003).

En relación con las características sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas en función de ninguna de estas variables. En otros estudios se ha visto cómo el funcionamiento de la salud, evaluado con el SF-36, cambia según la ocupación (Hemingway et al., 1997), de manera que las personas que se han visto obligadas a abandonar, o a cambiar su trabajo, presentan un mayor índice de depresión y estrés (Angeleri, Angeleri, Foschi, Giaquinto, & Nolfé, 1993). Asimismo, Juárez (2000) indicó que las dimensiones de la CDV tienen un potencial efecto rehabilitador que se puede reflejar en aspectos sociodemográficos; sin embargo en el presente estudio no se apreció esta relación entre calidad de vida y tipo de ocupación o alguna otra variable sociodemográfica. Es posible que en este estudio no se encontraran diferencias por la ocupación de los participantes, ya que más de la mitad de la muestra fueron amas de casa y desempleados.

Algunas limitaciones de este estudio se relacionan con la dificultad para encontrar una muestra más amplia de pacientes con ACV sin deterioro cognoscitivo, lo que permitiría generalizar los resultados a la población total de sujetos con ACV (Sneew, Aaronson, Haan, & Limburg, 1997). Además, algunos autores han criticado el uso de instrumentos para evaluar la CDV, indicando que tales instrumentos no proveen información referente a problemas de salud específicos (Regidor et al., 1999), lo que puede haber contribuido a algunos de los resultados comentados anteriormente; sin embargo resulta fundamental la evaluación de CDV en pacientes con ACV mediante instrumentos que consideren las dimensiones de la salud que no estén incluidas en los instrumentos que evalúan actividades de la vida diaria (Carod-Artal, 1999), tal como se encontró en este trabajo, para desarrollar estrategias orientadas a mejorar la CDV en dichos pacientes (Pilkington, 1999; Robinson, Murata, & Shimoda, 1999; White & Johnston, 2000), considerando los diferentes momentos o fases por los que atraviesa el paciente en el transcurso de su enfermedad, ya que la percepción que tienen los pacientes de su salud está relacionada con la fase de la enfermedad en la que se encuentran, tal como se encontró en este trabajo.

REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, R., Sanson-Fisher, M., Sullivan, S., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., & Ware, J. E. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 1, 349-51.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 health survey, cuestionario de salud (SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Anderson, T. (1993). Rehabilitación de pacientes con ictus establecido. En F. Kottke, & J. Lehmann (Eds.), *Krusen. Medicina física y rehabilitación*. (4a. Ed., pp. 656-679). México: Editorial Médica Interamericana.
- Anderson, C., Laubscher, S., & Burns, R. (1996). Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 27, 1812-1816.
- Angeleri, F., Angeleri, V., Foschi, N., Giaquinto, S., & Nolfi, G. (1993). The influence of depresión, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke*, 24, 1478-1483.
- Beristain, X. (1995). El examen neuropsicológico. En M. Gaviria, & J. Téllez (Eds.), *Neuropsiquiatría. Imágenes del cerebro y la conducta humana* (pp. 133-160). Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio Editores.
- Béthoux, F., Calmels, P., & Gautheron, V. (1999). Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 19-23.
- Binkley, J., Stratford, P., Lott, S., & Riddle, D. (1999). The lower extremity functional scale (LEFS): Scale development measurement properties, and clinical application. *Physical Therapy*, 74, 371-383.
- Bobath, A. (1993). *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento* (3a. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona, España: Massón.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M. B., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Brosseau, L., Phillippe, P., Potvin, L., & Boulanger, Y. (1996). Post-stroke in patients rehabilitation 1. Predicting length of stay. *American Journal of Physical Medicine*, 75, 422-430.
- Brunnstrom, S. (1979). *Reeducación motora en la hemiplejía. Fundamentos neurofisiológicos*. Barcelona, España: Jims.
- Carod-Artal, F. (1999). Measurement of the quality of life in stroke survivors. *Revista de Neurología*, 29, 447-456.
- Corriveau, H., Arsenault, A., Dutil, E., & Lepage, Y. (1992). Principal components analysis of an evaluation of the hemiplegic subject based on the Bobath approach. *Disability and Rehabilitation*, 14, 85-88.
- Crewe, N., & Dijkers, M. (1996). Functional assessment. En L. Cushman, & M. Scherer (Eds.), *Psychological Assessment in Medical Rehabilitation* (pp. 101-144). Washington, EE. UU.: American Psychological Association.
- Dam, M., Tonin, P., Casson, S., Ermani, M., Pizzolato, G., Iaia, V., & Battistin, L. (1993). The effects of long-term rehabilitation therapy on poststroke hemiplegic patients. *Stroke*, 24, 1186-1191.
- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: Methodological issues. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 286-300.
- Georgilis, K., Plomaritoglou, A., Dafni, U., Bassiakos, Y., & Vemmos, K. (1999). Etiology of fever in patients with acute stroke. *Journal of Internal Medicine*, 246, 203-209.
- Gilbertson, L., Langhome, P., Walker, A., Allen, A., & Murray, G. (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 320, 603-606.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 320-331.

- Granger, C., & Hamilton, B. (1990). Measurement of stroke rehabilitation outcome in the 1980s. *Stroke*, 21 (Suppl. II), 46-47.
- Gregson, J., Leathley, M., Moore, P., Sharma, A., Smith, T., & Watkins, C. (1999). Reliability of the tone assessment scale and the modified Ashworth scale as clinical tools for assessing poststroke spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1013-1016.
- Hansen, K., Mahoney, J., & Palta, M. (1999). Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of American Geriatric Society*, 47, 360-365.
- Hemingway, H., Stafford, M., Shipley, M., & Marmot, M. (1997). Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 315, 1273-1278.
- Hobart, J., Williams, L., Moran, K., & Thompson, A. (2002). Quality of life measurement after stroke: Uses and abuses of the SF-36. *Stroke*, 33, 1348-1356.
- Hong, C. Z. (1993). Medida de la función musculoesquelética. Pruebas musculares. En F. Kottke, & J. Lehmann (Eds.), *Krusen. Medicina física y rehabilitación* (4a. Ed., pp. 33-60). México: Médica Interamericana.
- Hopman, W., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 34, 801-805.
- Horgan, N., & Finn, A. (1997). Motor recovery following stroke: A basis for evaluation. *Disability and Rehabilitation*, 19, 64-70.
- Jenkinson, C., Coulter, R., & Wright, L. (1995). Evidence for the sensibility of the SF-36 health status measure to inequalities in health: Results from the Oxford healthy lifestyles survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 377-380.
- Johansson, K., Lindgren, I., Widner, H., Wiklund, I., & Johansson, B. (1993). Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? *Neurology*, 43, 2189-2192.
- Juárez, F. (2000). La calidad de vida en la rehabilitación neuromuscular. Aspectos estructurales y funcionales. *Suma Psicológica*, 7, 167-193.
- Juárez, F., & Contreras, F. V. (1994). Biofeedback EMG y su aplicación en un caso de hipertonía espástica. *Clínica y Salud*, 5, 219-228.
- Katz, R. T., Rovai, G. P., Brait, C., & Rymer, W. Z. (1992). Objective quantification of spastic hypertonia: Correlation with clinical finding. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 339-347.
- Kwakkel, G., Wagenaar, R., Twisk, J., Lankhorst, G., & Koetsier, J. (1999). Intensity of leg and arm training after primary middle-cerebral-artery stroke: A randomized trial. *The Lancet*, 354, 191-196.
- Lai, S., Duncan, P., & Keighley, J. (1998). Prediction on functional outcome after stroke. Comparison of the Orpington prognostic scale and the NIH stroke scale. *Stroke*, 29, 1838-1842.
- Leopold, N., & Borson, A. (1997). An alphabetical "world". A new version of an old test. *Neurology*, 49, 1521-1524.
- Mahoney, F. I., & Barthel D. W. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martin, D., Engelberg, R., Agel, J., & Swiontkowski, M. (1997). Comparison of the musculoskeletal function assessment questionnaire with the short form-36, the Western Ontario and Macmaster universities osteoarthritis index and the sickness impact profile health-status measures. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 79-A, 1323-1335.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-545.
- Nakamura, R., Moriyama, S., Yamada, Y., & Seki, K. (1992). Recovery of impaired motor function of the upper extremity after stroke. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 168, 11-20.
- Patrick, D., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Nueva York, E.E. U.U.: Oxford University Press.
- Pilkington, F. (1999). A qualitative study of life after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31, 336-347.
- Regidor, E., Barrio, G., de la Fuente, L., Domingo, A., Rodríguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53, 75-82.
- Robinson, R., Murata, Y., & Shimoda, K. (1999). Dimensions of social impairment and their effect on depression and recovery following stroke. *International Psychogeriatrics*, 11, 375-384.
- Shields, R., Ruhland, J., Ross, M., Saehler, M., Smith, K., & Heffner, M. (1998). Analysis of health-related quality of life and muscle impairment in individuals with amyotrophic lateral sclerosis using the medical outcome survey and the tufts quantitative neuromuscular exam. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 855-862.
- Sköld, C. (2000). Spasticity in spinal cord injury: Self and clinically rated intrinsic fluctuations and intervention-induced changes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1144-1149.
- Smith, W., Hawser, S., & Easton, J. (2002). Enfermedades cerebrovasculares. En A. Fauci, K. Isselbacher, E. Braunwald, J. Wilson, J. Martin, D. Kasper, S. Hawser, & D. Longo (Eds.), *Harrison. Principios de medicina interna* (15a. Ed., pp. 2769-2797). México: Interamericana de España.
- Sneew, K., Aaronson, N., de Haan, R., & Limburg, M. (1997). Assessing quality of life after stroke. *Stroke*, 28, 1541-1549.
- Solomon, N., Glick, H., Russo, C., Lee, J., & Schulman, K. (1994). Patients preferences for stroke outcomes. *Stroke*, 25, 1721-1725.
- Stolov, W. (1990). Evaluation of the patient. En F. Kottke, & J. Lehmann (Eds.): *Krusen. Handbook of physical medicine and rehabilitation* (pp. 1-19). Philadelphia, EE. UU: WB Saunders.

- Sturm, J., Osborne, R., Dewey, H., Donnan, G., Macdonell, R., & Thrift, A. (2002). Brief comprehensive quality of life assessment after stroke: The assessment of quality of life instrument in the North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke*, 33, 2888-2894.
- Tierney, M., Szalai, J., Snow, G., Fisher, R., & Dunn, E. (1997). Domain specificity of the subtests of the mini-mental state examination. *Archives of Neurology*, 54, 713-716.
- Valverde, M. D., Florez, M., & Sánchez, I. (1994). Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*, 28, 377-388.
- Vogel, L., Klaas, S., Lubicky, J., & Anderson, C. (1998). Long-term outcomes and life satisfaction of adults who had pediatric spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1496-1503.
- Vuagnat, H., & Chantraine, A. (2003). Shoulder pain in the hemiplegia revisited: Contribution of functional electrical stimulation and other therapies. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 49-54.
- Wagenaar, R., Meijer, O., van Wieringen, P., Kuik, D., Hazenberg, G., Lindeboom, J., Wichers, F., & Rijswijk, H. (1990). The functional recovery of stroke: A comparison between neuro-developmental treatment and the Brunnstrom method. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 22, 1-8.
- Wagner, M., Nayak, M., & Fink, C. (1996). Bedside screening of neurocognitive function. En L. Cushman, & M. Scherer (Eds.), *Psychological assessment in medical rehabilitation* (pp. 145-198). Washington, EE. UU: American Psychological Association.
- Ware, J. E., Keller, S. D., Gandek, B., Brazier, J. E., & Sullivan, M. (1995). The IQOLA Project Group. Evaluating translations of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, 525-551.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- Westgren, N., & Levi, R. (1998). Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1433-1439.
- White, M., & Johnston, A. (2000). Recovery from stroke: Does rehabilitation counseling have a role to play? *Disability and Rehabilitation*, 22, 140-143.
- Wilkinson, P., Wolfe, C., Warburton, F., Rudd, A., Howard, R., Ross-Russell, R., & Beech, R. (1997). A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke*, 28, 507-512.

Recibido 05, 07, 2004

Aceptación final 11, 09, 2006