

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“Calidad de vida y grado de dependencia funcional en pacientes
con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III
Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de
2022-2025”**

Presentada por:

CAHUANA CHOQUE, Mileny Mercedes

MUSAJA CRUZ, Ariana Gabriela

Asesores

CESPEDES HERNANDEZ, Luis

MIRANDA CHAVEZ, Brayan

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2026

DEDICATORIA

A nuestra familia, regalo de Dios y sostén constante en nuestro camino. Gracias por su amor incondicional, por cada oración silenciosa, cada palabra de aliento y cada sacrificio hecho con el corazón.

Ustedes fueron nuestra fortaleza en los días difíciles, nuestra calma en la incertidumbre y nuestra motivación para no rendirnos cuando el cansancio quiso vencer. Este logro no nos pertenece solo a nosotras, también es suyo, porque caminamos hasta aquí sostenidas por su fe, su apoyo y su amor infinito.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarnos fortaleza, salud y perseverancia para culminar esta etapa de nuestra formación profesional.

A nuestra familia, especialmente a nuestros padres, por su amor incondicional, apoyo constante y confianza en cada paso de este camino.

A nuestros docentes y asesores de tesis, por su guía, compromiso y valiosos aportes en nuestra formación académica y en el desarrollo de este trabajo.

A nuestros compañeros de carrera, por el apoyo mutuo y las experiencias compartidas que hicieron de este proceso una etapa inolvidable.

A la universidad y al Comité de Investigación, por el respaldo académico y las herramientas brindadas para nuestro crecimiento profesional.

RESUMEN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) constituye un problema prioritario de salud pública a nivel mundial. Según la OMS presenta una incidencia en tendencia creciente asociada al envejecimiento poblacional, evidenciándose un aumento cercano al 27 % entre los años 2000 y 2025. Esta tendencia se ha intensificado especialmente en países de ingresos bajos y medianos. En el Perú, representa la segunda causa de mortalidad en el país, lo que refleja su alta carga sanitaria (2).

Asimismo, una proporción significativa de los pacientes que sobreviven a un episodio de ECV desarrolla secuelas neurológicas que condicionan distintos grados de discapacidad, generando un impacto considerable en su funcionalidad y calidad de vida (6).

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales que influyen en la independencia funcional y la calidad de vida de pacientes que han experimentado un ECV. Se incluyó una muestra representativa de 281 pacientes, siendo el grupo etario de 70 a 79 años el más frecuente (34,9%). La proporción de pacientes masculinos fue del 64,1%, además se evidenció que el número de hijos y la presencia de comorbilidades se asociaron con mayores grados de dependencia.

En la evaluación de la calidad de vida, la dimensión dolor alcanzó el promedio más elevado (95,70), en contraste con las dimensiones sentimientos (media: 6,91; DE: 5,80) y movilidad (media: 7,91; DE: 15,25), que evidenciaron puntajes considerablemente inferiores. Las dimensiones sueño (media: 8,15; DE: 10,15) y fatiga (media: 15,12; DE: 15,02) presentaron amplia variabilidad en sus resultados. En relación con el grado de dependencia, predominó la dependencia leve (49,5%), seguida de pacientes independientes (16,4%), dependencia moderada (13,2%) y dependencia grave (10%).

El análisis correlacional demostró asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre la independencia funcional y las dimensiones movilidad ($r = -0,141$; $p = 0,018$), sentimientos ($r = -0,583$; $p < 0,001$), emociones ($r = -0,218$; $p < 0,001$), visión ($r = -0,125$; $p = 0,036$) y sueño ($r = -0,154$; $p = 0,010$). Asimismo, se observó que la fisioterapia y la rehabilitación multidisciplinaria se relacionaron con mayores niveles de independencia funcional, evidenciando su relevancia en el proceso de recuperación.

En conclusión, factores como nivel educativo, ocupación, nivel socioeconómico, comorbilidades y apoyo familiar influyen significativamente en la recuperación funcional post-ECV. La rehabilitación temprana y sostenida, junto con un abordaje integral que considere aspectos médicos, sociales y familiares, es fundamental para optimizar la calidad de vida y la reintegración social de estos pacientes.

Palabras clave: *Accidente cerebrovascular, independencia funcional, calidad de vida, factores sociodemográficos, rehabilitación, apoyo familiar, adultos mayores.*

ABSTRACT

Cerebrovascular disease (CVD) is a priority public health issue worldwide. According to the WHO, its incidence is on the rise due to population aging, with an estimated increase of nearly 27% between 2000 and 2025. This trend has intensified particularly in low- and middle-income countries. In Peru, it is the second leading cause of death in the country, reflecting its high health burden (2).

Furthermore, a significant proportion of patients who survive a CVA episode develop neurological sequelae that cause varying degrees of disability, with a considerable impact on their functionality and quality of life (6).

The objective of this study was to analyze the sociodemographic, clinical, and psychosocial factors that influence the functional independence and quality of life of patients who have experienced a CVD. A representative sample of 281 patients was included, with the 70-79 age group being the most frequent (34.9%). The proportion of male patients was 64.1%, and it was also found that the number of children and the presence of comorbidities were associated with higher degrees of dependence.

In the assessment of quality of life, the pain dimension achieved the highest average (95.70), in contrast to the feelings (mean: 6.91; SD: 5.80) and mobility (mean: 7.91; SD: 15.25) dimensions, which showed considerably lower scores. The dimensions of sleep (mean: 8.15; SD: 10.15) and fatigue (mean: 15.12; SD: 15.02) showed wide variability in their results. In terms of the degree of dependence, mild dependence predominated (49.5%), followed by independent patients (16.4%), moderate dependence (13.2%), and severe dependence (10%).

Correlational analysis showed negative and statistically significant associations between functional independence and the dimensions of

mobility ($r = -0.141$; $p = 0.018$), feelings ($r = -0.583$; $p < 0.001$), emotions ($r = -0.218$; $p < 0.001$), vision ($r = -0.125$; $p = 0.036$), and sleep ($r = -0.154$; $p = 0.010$). Likewise, it was observed that physical therapy and multidisciplinary rehabilitation were related to higher levels of functional independence, demonstrating their relevance in the recovery process.

In conclusion, factors such as educational level, occupation, socioeconomic status, comorbidities, and family support significantly influence functional recovery after stroke. Early and sustained rehabilitation, together with a comprehensive approach that considers medical, social, and family aspects, is essential to optimize the quality of life and social reintegration of these patients.

Keywords: *Stroke, functional independence, quality of life, sociodemographic factors, rehabilitation, family support, older adults.*

ÍNDICE

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE	8
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I:	13
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
CAPÍTULO II:	19
REVISIÓN DE LA LITERATURA	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. Antecedentes internacionales	19
2.1.2. Antecedentes nacionales	28

2.1.3. Antecedentes locales	33
2.1. MARCO TEÓRICO	33
2.1.1. Bases teóricas	33
CAPÍTULO III:	48
VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	48
3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	48
CAPÍTULO IV	53
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.1. DISEÑO:	53
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:	53
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:	54
4.3.1. Criterios de inclusión:	54
4.3.2. Criterios de exclusión:	55
4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
4.4.1. Instrumento	55
CAPÍTULO V:	60
PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	60
5.1. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	60
5.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
RESULTADOS	62
DISCUSIÓN	82
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	92

ANEXO 1	99
ANEXO 2	100
ANEXO 3	108
ANEXO 4	113

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) es una condición médica grave que ocurre cuando hay una interrupción en el flujo sanguíneo hacia el cerebro. Esta interrupción puede ser causada por la obstrucción o ruptura de un vaso sanguíneo, lo que resulta en la privación principalmente de oxígeno y nutrientes primordiales para el cerebro, generando daño cerebral y afectando el funcionamiento de áreas específicas del cerebro llevándolo a múltiples trastornos neurológicos (1).

Es considerada una problemática en el ámbito de Salud Pública puesto que requiere de un abordaje multidisciplinario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia a nivel global de esta patología es de 200 casos por 100.000 habitantes/año, con un incremento en relación al envejecimiento del 27% entre 2000-2025 (2). Asimismo, se ha evidenciado que en los últimos años la tasa de incidencia de episodios de ECV se ha incrementado sobre todo en países de bajos ingresos (3), como es el caso del Perú, presentando una incidencia de 80.9 a 96.7 por 100000 personas por año, siendo los casos isquémicos más frecuentes y afectando desproporcionadamente al sexo masculino (4). Siendo, además, la segunda causa de mortalidad en nuestro país. (2).

El 90% de sobrevivientes de un episodio de ECV presentaron algún tipo de discapacidad con consecuencias devastadoras tanto físicas, psicológicas y sociales (5). Entre las secuelas físicas encontramos problemas de coordinación del movimiento, trastorno de la movilidad y problemas de equilibrio y coordinación. En las secuelas cognitivas vemos dificultades en el lenguaje afasia pérdida de la memoria, agnosia, apraxia entre otros y en las secuelas emocionales y psicológicas vemos ansiedad

depresión estrés, cambios de la personalidad y problemas de sueño, todo esto llevando al pacientes una mayor dificultad de realizar sus actividades de la vida diaria. Lo que conlleva finalmente a un deterioro en la calidad de vida(6).

La calidad de vida según la OMS, “es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (7). Esta calidad de vida se ve alterada en pacientes con secuelas de ECV debido al compromiso de la funcionalidad del paciente en la esfera social, mental, física y emocional (8).

En el contexto peruano, un estudio realizado en 2017 en 45 pacientes con secuelas de ECV en el hospital Regional de Moquegua reportó que las dimensiones que influyen de manera negativa en la calidad de vida fueron la afectación de la función Física (57.8%) y Salud General (48.9%) (9). De igual manera, otro estudio realizado en Portugal entre los años 2013 a 2017 en una población de 350 pacientes con ECV reportó que la estancia hospitalaria prolongada y edad > 75 años en ausencia de rehabilitación física durante la hospitalización afectó negativamente la calidad de vida (10). Sin embargo, existe una brecha de conocimiento entorno a otros factores que han sido escasamente estudiados y que podrían influir en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cerebrovascular, particularmente aquellos relacionados con el grado de dependencia funcional. Es por ello por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia funcional en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular hospitalizados en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 al 2025.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) representa un importante desafío de salud pública a nivel mundial, siendo una de las principales causas de mortalidad y discapacidad grave, estimándose que el número de fallecimientos por ECV en el mundo aumente en un 50% en el 2050, hasta alcanzar los 9,7 millones de muertes por año según la Organización Mundial del Ictus y la Comisión de Neurología de Lancet, concluyendo que este aumento de la incidencia conllevará un progresivo impacto sanitario y económico sobretodo en países de ingresos bajos y medianos entre 2020 y 2050 (11,12). Los pacientes que sufren un episodio de ECV experimentan una significativa disminución en su calidad de vida, enfrentando un deterioro funcional a largo plazo, principalmente de origen neurológico, que resulta en una alta dependencia de cuidadores (13), en un reajuste de los años de vida y dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, independientemente de la vigilancia o asistencia física, a causa de las secuelas, las limitaciones, y la discapacidad que presentan después del episodio, siendo los adultos y ancianos la población más afectada (14).

Asimismo, un estudio internacional de casos y controles denominado INTERSTROKE, reunió un total de 13 447 casos de personas que tuvieron su primer evento cerebrovascular, junto con 13,472 controles procedentes de 32 países de los cinco continentes, incluido el Perú. Los resultados indicaron que la tasa de discapacidad moderada a

severa en los pacientes fue de 37.6% a nivel mundial. Sin embargo, en el grupo conformado por países de Europa Occidental, Norteamérica y Australia, la tasa fue del 25.2%, mientras que en Sudamérica alcanzó resultados más elevados (51.5%) (15).

La tasa de incidencia en el Perú de ECV fue de 93.9 a 109.8 por 100000 personas-año (16). La alta prevalencia de ECV en la población trae una significativa carga social y económica, con consecuencias devastadoras tanto físicas, sociales y psicológicas que surgen después del episodio de ECV, acompañado de algún tipo de discapacidad en aproximadamente un 90% de los sobrevivientes (17). En los últimos años, en el ámbito nacional, se ha observado una falta de atención significativa hacia la realización de estudios que respaldan la evidencia sobre el impacto, tanto positivo como negativo, en la calidad de vida y la independencia funcional de pacientes que han sufrido un episodio de ECV, por tal motivo este estudio pretende determinar la relación de la calidad de vida y la independencia funcional en pacientes que sufrieron un episodio de ECV que recibieron atención en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, entre los años 2022 y 2025 para así ofrecer un tratamiento y cuidados más adecuados y óptimos a estos pacientes de manera confiable y objetiva, lo que podría conducir a una mejor calidad de vida y una mayor independencia funcional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y grado de dependencia en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular hospitalizados en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la calidad de vida y grado de dependencia funcional en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular que recibieron atención en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir características sociodemográficas y clínicas en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular que recibieron atención en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025
- Precisar la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular que recibieron atención en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025
- Determinar el grado de dependencia funcional en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular que recibieron atención en el hospital de Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025
- Establecer la relación entre calidad de vida y rehabilitación física en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular que recibieron atención en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La Enfermedad cerebrovascular es uno de los primordiales problemas de Salud Pública en el Perú, y se ha visto reflejado en un aumento de la incidencia cada año (16). El ECV altera la calidad de vida y la funcionalidad del paciente, ya que aproximadamente la tercera parte de las personas afectadas se vuelven completamente dependientes debido a las secuelas que experimentan. Es de suma importancia conocer las consecuencias o complicaciones de esta enfermedad, puesto que estas se relacionan a una menor calidad de vida y pérdida de la funcionalidad del paciente (18,19) . El impacto multidimensional que provocará en las esferas físicas y sociales, afectará a su vez a la salud mental de los sobrevivientes, siendo la depresión el problema psiquiátrico más frecuente, alterando negativamente la respuesta a la rehabilitación y la calidad de vida de la persona (20)

Existen estudios sobre la calidad de vida y sus predictores en países occidentales , y estudios que determinan el grado de independencia funcional post episodio de ECV (21,22). Sin embargo, las investigaciones que relacionan ambas variables con resultados significativos son en mayor proporción en otras áreas geográficas (23–25), por lo que en nuestro contexto podría predecirse de manera diferente la relación entre la calidad de vida y la independencia funcional y generar un nuevo conocimiento, para futuras investigaciones a mayor escala.

1.4.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Se realizó un búsqueda exhaustiva de antecedentes internacionales y nacionales para la elección de los instrumentos que emplearemos

en nuestro trabajo de investigación, siendo la más utilizada a nivel internacional y nacional la escala de Calidad de Vida SF-36, sin embargo, esta misma, no es específica para nuestra población, por lo cual decidimos utilizar la escala "Newcastle NEWSQOL" que sí es específica para evaluar la calidad de vida en pacientes que han experimentado un ECV.

Ambos instrumentos empleados son altamente confiables y válidos para realizar las mediciones necesarias, utilizando el cuestionario validado al español "Newcastle stroke-specific quality of life measure" (New-SQOL), para la variable calidad de vida (26), desarrollado en la Universidad de Newcastle, Inglaterra y usado en más de 30 países y el Índice de Barthel, desarrollado en la Universidad de Iowa, Estados Unidos (27), para medir la independencia funcional de una persona en actividades de la vida diaria, tras haber sufrido un episodio de ECV. Ambos instrumentos cuentan con un alto índice de confiabilidad con nuestra población de estudio. Asimismo, se dejará información estadística pertinente y relevante del estudio, que permitirá ampliar datos relacionados a las variables, y servir como base para investigaciones futuras.

1.4.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

En el Perú existen reducidos estudios con relación a la calidad de vida e independencia funcional en pacientes que padecieron un episodio de ECV. Motivo por el cual, consideramos que es beneficioso conocer la relación entre los factores sociodemográficos, patológicos, clínicos y ambientales, con la calidad de vida del paciente e independencia funcional.

El estudio se centra en pacientes atendidos en un hospital específico, lo que permite obtener información relevante para la

región y adaptar las intervenciones y políticas de salud a las necesidades específicas de la población local. Al probarse en los resultados la relación entre la calidad de vida y la independencia funcional proporcionará información valiosa para ejercer un adecuado seguimiento, mejorar los protocolos de tratamiento y rehabilitación para pacientes con ECV en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna entre los años 2022 y 2025 con la finalidad de evitar la pérdida de capacidades y nuevas limitaciones que puedan dificultar la reintegración del paciente a la sociedad de forma autónoma e independiente .

CAPÍTULO II:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Choksi D., et al (28), en su estudio del año 2025 denominado “Coherencia de las experiencias vividas de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular y la Escala de Calidad de Vida Específica para el Accidente Cerebrovascular”, se realizó un estudio cualitativo en pacientes posterior a ictus cerebral explorando la convergencia entre las vivencias subjetivas de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ECV) y las métricas estandarizadas de la Escala de Calidad de Vida Específica para el Ictus (SSQOL). El estudio se fundamenta en la premisa de que la recuperación integral depende de una interacción dinámica entre factores exógenos (funcionalidad física) y estados endógenos (procesos emocionales internos), aplicándose en 41 participantes mediante grupos focales en centros especializados de EE. UU., integrando las perspectivas de sobrevivientes y sus cuidadores primarios. El estudio confirmó que la escala SSQOL posee una alta fidelidad para registrar los estados externos del paciente, tales como las limitaciones en la movilidad física y la disminución de la participación en entornos sociales, el hallazgo más crítico reveló que los estados internos o emocionales son representados sólo de forma parcial. Elementos como el temor ante la incertidumbre futura, la sensación de vergüenza y la pérdida

de autonomía percibida son constructos esenciales para el paciente que el instrumento actual no cuantifica adecuadamente. Es importante el uso de métodos de evaluación mixtos o ampliados en la rehabilitación neurológica. Aporta evidencia sobre la necesidad de actualizar los protocolos de seguimiento post-ictus, sugiriendo que la medición del éxito clínico no debe restringirse a la recuperación motora, sino que debe integrar de manera explícita la gestión de los estados emocionales internos para garantizar una verdadera restauración de la calidad de vida

Stolwyk R., et al (29), en su estudio denominado “La cognición posterior a un accidente cerebrovascular se asocia con la calidad de vida de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular y los resultados de los cuidadores: una revisión sistemática y un metanálisis” publicado en el año 2024, está basado en una revisión sistemática y metaanálisis de 38 investigaciones con un total de 7.365 pacientes, se centró en evaluar cómo el rendimiento cognitivo post-ictus afecta la calidad de vida de los supervivientes y sus cuidadores. El análisis abarcó seguimientos clínicos que variaron desde los 3 meses hasta los 11 años después del accidente cerebrovascular. Se identificó una correlación positiva significativa ($r=0.23$) entre el estado cognitivo global y la calidad de vida de los supervivientes de ECV. Los dominios más influyentes fueron la velocidad de procesamiento, la atención, las habilidades visuoespaciales, la memoria y las funciones ejecutivas, descartando una relación significativa con el lenguaje. Asimismo, al evaluar a 2,421 cuidadores, se evidenció que el deterioro cognitivo del paciente se asocia con una mayor carga y menor calidad de vida en el cuidador ($r=0.17$). Estos hallazgos resaltan la necesidad de evaluaciones neuropsicológicas tempranas para predecir resultados

psicosociales e implementar intervenciones que beneficien tanto al paciente como a su red de apoyo. Resaltando la importancia de respaldar investigaciones que articulen la neuropsicología con la rehabilitación integral, evidenciando que la recuperación posterior a un ECV no debe centrarse únicamente en el componente motor, sino que requiere la intervención sobre los déficits cognitivos a fin de lograr una mejora significativa en la percepción de bienestar tanto del paciente como de su cuidador.

Marcassoli A, et al (30) en su estudio transversal observacional denominado "Psychosocial factors as main predictors of quality of life 5 years after stroke: a cross-sectional study from a third-level Italian center", del año 2023 tuvo por objetivo poder evaluar el grado en que el estado de salud, los hábitos de salud y las características del entorno predicen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes que sobrevivieron a un episodio de ECV con una condición clínica estable. Incluyó a pacientes entre los años 2015 y 2019 de un instituto neurológico de Milán, Italia. Se utilizó el instrumento de calidad de vida de la OMS para personas de edad avanzada (WHOQOL-AGE) para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y se realizó una regresión lineal multivariable para predecir la variación de instrumento, ingresando medidas del estado de salud, malos hábitos, comportamientos saludables, características del entorno físico y apoyo social. Se incluyó una muestra de 122 participantes con una edad media de 64 años, de los cuáles 97 tenían ECV tipo isquémico y 47 eran mujeres, la media de la escala NIHSS para el grado de ECV fue de 2,9 y la distancia media del evento agudo fue de 5,1 años. Los resultados mostraron que la ansiedad, la depresión, el apoyo social y la independencia funcional predijeron de forma independiente.

alrededor del 55% de la variación en el WHOQOL-AGE (R^2 ajustado = 0,549), Asimismo se evidencio que los síntomas psicológicos, la disminución de las redes sociales y la dependencia funcional, en conjunto, tienen un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud.

Un estudio realizado en 2023 por Fernandez-Solana, et al (31), titulado “La influencia del nivel de funcionalidad y dependencia post-ictus sobre la calidad de vida de los paciente” tuvo como objetivo observar si existe relación entre la funcionalidad, nivel de dependencia de las personas tras un ictus y la calidad de vida.. El estudio utilizó como instrumentos la escala de Calidad de Vida en ictus (ECVI-38), el cuestionario Fugl-Meyer para la evaluación de la funcionalidad del miembro superior (FMA-UE), a escala de Medida de Evaluación Funcional (FIM-FAM) que mide el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria y la escala Lawton y Brody, que valora la capacidad de realizar las AVD, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Se realizo un estudio transversal con una población de 50 personas con ECV a los que se valoró el nivel de dependencia, calidad y la funcionalidad del miembro superior. Se evidenció una asociación significativa entre el incremento de la limitación funcional y el mayor grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales (AIVD) con un deterioro de la calidad de vida, siendo además estas variables factores predictivos de la misma. Asimismo, el estado funcional y el nivel de dependencia pueden verse intensificados por entornos con baja accesibilidad, lo cual impacta directamente en la calidad de vida. Por ello, resulta fundamental promover la adecuación del entorno y continuar fortaleciendo la concientización sobre la importancia de una accesibilidad y un diseño

universal adecuados. Se incluyeron 81 pacientes adultos, de los cuales el 42% eran mujeres. Se entrevistaron 25 participantes con el instrumento NEWSQOL durante la visita de seis y doce meses, los cuales tuvieron mejores resultados funcionales que aquellos que no lo realizaron la entrevista. Se encontró que un buen estado funcional se asoció de forma positiva con una mejor calidad de vida en los dominios de autocuidado ($p = 0,0024$) y comunicación ($p = 0,031$). Las mujeres consiguieron peores resultados en los dominios de fatiga ($p = 0,0081$) y cognición ($p = 0,048$). La edad avanzada se asoció con una peor calidad de vida en el dominio del autocuidado ($p = 0,0122$).

Un estudio de cohortes realizado en 2015 por Heikinheimo y Chimbayo (8), titulado "Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi" tuvo como objetivo describir la calidad de vida del paciente después del primer episodio de ECV en Malawi. Este estudio utilizó como instrumento al Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL) para evaluar la calidad de vida después del episodio de ECV, la Escala de Accidentes Cerebrovasculares del Instituto Nacional de Salud (NIHSS) para evaluar la gravedad del ECV en la fase aguda y la escala de Rankin modificada (mRS) para evaluar el resultado funcional. Se incluyeron 81 pacientes adultos, de los cuales el 42% eran mujeres. Se entrevistaron 25 participantes con el instrumento NEWSQOL durante la visita de seis y doce meses, los cuales tuvieron mejores resultados funcionales que aquellos que no lo realizaron la entrevista. Se encontró que un buen estado funcional se asoció de forma positiva con una mejor calidad de vida en los dominios de autocuidado ($p = 0,0024$) y comunicación ($p = 0,031$). Las mujeres consiguieron peores resultados en los dominios de

fatiga ($p = 0,0081$) y cognición ($p = 0,048$). La edad avanzada se III asoció con una peor calidad de vida en el dominio del autocuidado ($p = 0,0122$)(8).

Kowalczyk y Zawadzka (3)(2020) tuvieron como objetivo “Evaluar la relación entre el estilo de vida y el perfil de influencia de la enfermedad en personas en edad para trabajar, después de un episodio de ECV”. El instrumento utilizado fue la versión abreviada del Cuestionario de la OMS y la escala Sickness Impact Profile. (SIP), a su vez se crearon dos indicadores para evaluar la calidad de vida: el estilo de vida antes y después del ECV. La muestra fue 279 pacientes con una edad media de 57,4 años, que sufrieron un episodio de ECV isquémico y hemorrágico de tres hospitales en Podhale.Polonia. Se encontró que un estilo de vida menos saludable antes del ECV se asoció a una menor calidad de vida en la esfera psicológica y ambiental después del episodio de ECV, sobre todo en los pacientes que tuvieron un episodio sufrido entre seis meses y dos años antes. Asimismo, se encontró una mejor calidad de vida después de un episodio de ECV en las personas con un estilo de vida pro-salud.

Abdulrahman AM (35)(2020) en su trabajo “Quality of life and social support: Perspectives of Saudi Arabian stroke survivors” evaluó la calidad de vida y el apoyo social de los saudíes que sobrevivieron a un episodio de ECV y analizo los efectos de variables sociodemográficas relacionadas a la enfermedad y el apoyo social en la calidad de vida. Se realizó un estudio transversal y correlacional en Riad, Arabia Saudita, con una muestra de 123 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión presentados. Los

instrumentos utilizados fueron la Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) y la escala de la OMS QOL-BREF (WHOQOL-BREF) para evaluar el apoyo social y la calidad de vida respectivamente. Se encontró que los participantes percibieron en general un apoyo social moderado, con un mayor apoyo de familiares percibido en comparación con el apoyo por parte de amistades. Asimismo, se reveló que los hombres tenían mejor salud física y relaciones sociales que las mujeres, que un episodio de ECV hemorrágico de una mejor salud física que los pacientes que tuvieron un ECV isquémico, y se demostró que la calidad de vida es peor cuando ambos lados del cuerpo están afectados que cuando solo un lado está afectado. De la misma manera el estado laboral, los ingresos familiares mensuales, el tipo de comunidad, el nivel de educación y el apoyo social tenían influencias multivariadas en los dominios de la calidad de vida.

Hartley T., Burger M. and Inglis G.(20) (2022) en su estudio denominado “Calidad de vida, gravedad y función del accidente cerebrovascular relacionadas con la salud después de un accidente cerebrovascular: un estudio de cohorte longitudinal” tuvo por objetivo poder correlacionar la calidad de vida en salud con las actividades de la vida diaria post un accidente cerebrovascular, en el cual de los 49 pacientes tuvieron criterios de inclusión, de los cuales 41 completaron las reevaluaciones. En el estudio se denota una correlación significativa de las puntuaciones de independencia funcional y gravedad del ECV con una mejora ($p < 0,001$). Además de evidenciarse una débil correlación de las puntuaciones correspondientes de EQ5D VAS y mRs, concernientes a calidad de vida y gravedad ($p = 0,02$) que indica que no hay mejora la calidad de vida en medida que disminuye la gravedad del accidente

cerebrovascular. Así mismo se determinó una correlación significativa débil para calidad de vida y función de independencia funcional ($p=0,036$).

Zhang Q., et al. (36) (2022) en un estudio retrospectivo nominado “Aplicación de modelos de regresión logística y árbol de decisión en la predicción de las actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular (ECV)”, se estudiaron en 190 pacientes que se sometieron a terapia y rehabilitación en el 2020, para ello se aplicó como instrumento el Índice de Barthel. Se hizo una comparación con el grupo sin SI-ADL (mejora de las actividades diarias) y el otro con SI-ADL mostró un curso significativamente más corto en cuanto a estancia hospitalaria y tasa de recepción de terapias ocupacionales y del habla ($p<0,05$). El análisis de regresión logística bivariado reveló que los predictores independientes más importantes que influenciaron significativamente la mejora en las actividades diarias fueron: el curso del ECV al ingreso ($OR=0,986$; $p<0,001$) y la duración de la estancia hospitalaria ($OR = 1,030$; $p=0,001$). Asimismo, el análisis univariado mostró que el grupo que con - SI-ADL tuvo un curso del ECV más corto, una estancia hospitalaria más prolongada y una tasa más alta de recibir terapias ocupacionales y del habla ($p < 0,05$) en comparación con el grupo de pacientes sin SI-ADL. Estos resultados sugieren que el curso del ECV al ingreso y la duración de la estancia hospitalaria son factores clave que influyen en la recuperación de las actividades diarias después de un ECV.

Sarmiento. et al. (37) (2021) en su estudio denominado “Neurorrehabilitación y el impacto en el estado funcional en pacientes

quienes sufrieron un accidente cerebrovascular” en el cual se utilizó una población de 350 personas de las cuales se dividió en 3 grupos de acuerdo a la rehabilitación recibida, el primer grupo: no rehabilitación (NR), rehabilitación ligera y el tercer grupo rehabilitación intensa, de los cuales tuvo un índice significativo post las 8 semanas del ictus evaluadas con el índice de Barthel. Según indicadores se evaluaron factores de riesgo que tenían más relación con la dependencia funcional como: la edad ($p=0,003$), estancia hospitalaria ($p=0,013$). Así mismo se evidencia que los que tuvieron rehabilitación intensa a diferencia de los que tuvieron rehabilitación ligera ($p=0,005$; $p=0,030$) presentaron menor riesgo de dependencia funcional, sin embargo aun presentaron riesgo de esta.

Tomala C. (32) en su estudio titulado “Capacidad funcional en adultos mayores post accidente cerebrovascular en el programa “somos vida” Santa Elena, 2023”, Ecuador, con el objetivo de determinar la capacidad funcional de los adultos mayores post episodio de ECV. El presente estudio tuvo una muestra de 60 adultos mayores, 30 de sexo femenino, con una edad predominante de 60 a 70 años. Para la obtención de los datos se usó la técnica de encuesta, con el uso del instrumento Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland para valorar la independencia funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria. Se evidencio que 54 adultos (90%) tiene algún tipo de discapacidad. y en cuanto al nivel de independencia, se determinó que solo el 12 % son totalmente independientes, el 45% presentaron dependencia moderada, el 23% tienen independencia severa y, el 7% son totalmente dependientes de otra persona. Concluyendo que los adultos mayores constituyen una población vulnerable a sufrir accidentes cerebrovasculares, los cuales generan secuelas discapacitantes que impactan negativamente en su funcionalidad.

Esta condición puede presentarse sin distinción de sexo ni edad; sin embargo, el envejecimiento se asocia a una mayor pérdida de la autonomía y de la capacidad para realizar actividades de manera independiente

2.1.2. Antecedentes nacionales

Landeo y Niquen (4) (2022) tuvieron como objetivo "Evaluar la calidad de vida y sus factores asociados en 3 momentos posteriores a un episodio de ECV en hospitales de tercer nivel de atención en Lima". Se llevó a cabo un análisis de cohorte observacional utilizando datos secundarios y factores relacionados. Para medir las dimensión de funcionalidad se utilizó la escala modificada de Rankin y para medir la dimensión de calidad de vida se utilizó la escala SF-36. .En comparación con la medida basal, la muestra de 259 participantes mostró una mejoría de la función física de 11,5 puntos al primer mes y 21,7 puntos a los 6 meses de seguimiento en los coeficientes ajustados. En la dimensión de función física, la funcionalidad desfavorable disminuye 27.4 puntos, mientras que la edad mayor a 65 años está relacionada con una disminución de 9.08 puntos en los 6 meses del ECV, mientras que la funcionalidad favorable y la edad menor a 65 años están relacionadas con una disminución de 9.08 puntos. Finalmente, se pudo determinar la mejora de la función. Concluyentemente se pudo determinar mejoría en la función física en el seguimiento del estudio realizado.

Anicama-Hernandez, et al. (38) (2012) el objetivo de su investigación sobre la "Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular

que asistieron al consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011", fue determinar la calidad de vida de los pacientes que presentaron un ECV y asistieron al servicio de consulta externa de neurología del hospital regional de Ica durante los años 2010 y 2011. El estudio fue descriptivo, transversal y cualitativo. Se utilizó el instrumento SF-36 para evaluar la calidad de vida de los pacientes con ECV diagnosticados. La muestra consistió en 56 pacientes, de los cuales el 52 % eran hombres y tenían una media de edad de 72,66 años. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente (69,64 %), con un mayor compromiso en el rol emocional (38,99 puntos) y el rol físico (32,26 puntos), mientras que se observó una mejor percepción del dolor corporal (53,49 puntos) y la función social (55,37 puntos). En resumen, ambos sexos se vieron más afectados por el papel físico. Con respecto a los otros ítems evaluados, las dimensiones del dolor corporal y la función social demostraron mejores condiciones.

Pacheco, Sara (9) (2019) el objetivo de su estudio fue determinar "Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017" fue describir la calidad de vida actual de los adultos con accidente cerebro vascular que acudieron al Hospital Regional de Moquegua en 2017. Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, prospectivo y observacional. La muestra consistió en 45 pacientes a los que se les administró la escala SF 36. Concluyendo, que el 82,2% de los participantes del estudio eran adultos mayores, mientras que el 17,8% eran adultos. La mayoría de los participantes eran mujeres (53,3%), convivientes (53,3%), de nivel secundario (62,2%) y trabajadores independientes (40,0%). Sobre la calidad de vida, el 42,2% dijo que era buena. El 35 % es bueno, el 45 % regular y el 19

% malo, según la dimensión de salud física. Los componentes con mayor riesgo fueron el Rol Físico (57,8%) y la Salud General (48,9%), mientras que los con mejor pronóstico fueron la Función Física (48,9%) y el Dolor Corporal (40%). Estos porcentajes indican que pueden regular una mala calidad de vida. El 22,3% tiene una calidad de vida buena, el 47,7% es regular y el 30% tiene una calidad de vida mala, según la Dimensión Salud Mental. El componente más influyente fue el Rol Emocional (51,1%), mientras que la vitalidad (42,2%), la función social (57,8%) y la salud mental (57,8%) mostraron menos compromiso.

Colqui S., Soria D.(39) (2018) según su estudio titulado “Nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebrovascular en un Hospital Nacional de Lima, 2018” tiene como población 56 pacientes que iniciaron rehabilitación posterior al episodio cerebrovascular, en el cual se empleó como instrumento el Índice de Barthel en el cual los resultados fueron de 53,6% como dependencia leve, 14.3% dependencia moderada, 10.7% dependencia grave y 8.9% como dependencia total. Se pudo encontrar que en su mayoría fueron sexo femenino (14.3%), la edad promedio de 41-60 años (16,7%), tipo isquémico (16.3%), hemicuerpo izquierdo afectado (17.4%) y rango de tiempo transcurrido de lesión de 4-7 meses (15%)

Santos K. (40) (2018) según el estudio titulado: “Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebrovascular tipo hemipléjico post tratamiento fisioterapéutico en un hospital de rehabilitación de Lima, período enero a junio del 2017” en la investigación se tiene en cuenta un muestra de 72 pacientes de los

cuales se determinó que en su mayoría sufrieron un ECV isquémico representado por 67% a diferencia del hemorrágico (35%) , donde se denota mayor incidencia en el sexo femenino(67%), edad de 60-79 años (47.2%) además denota que todos los pacientes presentaban dependencia funcional en diferente grado: leve (6.9%), moderado (16.7%), grave(31.9%), total(44%). Indica que posterior al tratamiento de rehabilitación la dependencia mejoró a moderada y leve. Las actividades que se recuperaron más tempranamente fue el aseo personal (90.3%) baño (88.9%), alimentarse (50%) y control de esfínteres: deposición, micción (38.9%; 36.1%).

Jimenez LA (33) realizó un trabajo de tesis titulado “Calidad de vida y espasticidad en pacientes adultos post accidente cerebrovascular en un hospital de Lima - 2022” el presente estudio clínico-descriptivo examinó la repercusión de la espasticidad secundaria sobre los indicadores de bienestar y desempeño funcional en una población de sobrevivientes de accidente cerebrovascular con una totalidad de 100 pacientes en el contexto hospitalario de Lima. La investigación parte de la premisa de que la hipertensión constituye una de las barreras principales para la recuperación de la autonomía personal y la reinserción en el entorno social. La evaluación se centró en cómo las alteraciones motoras específicas, particularmente la espasticidad en la musculatura del tobillo, comprometen la biomecánica de la marcha. Se determinó que estas limitaciones físicas incrementan exponencialmente la inestabilidad postural y el peligro de caídas accidentales. Como consecuencia directa, el paciente experimenta una restricción severa en sus actividades de la vida diaria, lo que deriva en una transición hacia un estado de dependencia crónica generando un impacto socio-familiar, el análisis destaca que esta responsabilidad suele implicar la desvinculación laboral de los

familiares, lo que añade una carga económica y emocional al entorno doméstico, afectando la calidad de vida de todo el sistema de apoyo. Se concluye que la espasticidad no debe ser tratada como un síntoma aislado, sino como un factor determinante de la exclusión social y la dependencia. Se subraya la necesidad crítica de implementar protocolos de rehabilitación integral que aborden simultáneamente el equilibrio dinámico y el manejo del tono muscular, con el fin de optimizar los resultados funcionales y mitigar el impacto negativo en la biografía y familiar del sobreviviente.

Loyola J (34) en su estudio titulado "Síntomas emocionales y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2022" en una población de 100 pacientes posterior a un accidente cerebrovascular de 2 meses a 2 años utilizando la encuesta de DASS.21 para valorar síntomas emocionales, mientras que para valorar calidad de vida se utilizó ECVI -38; el estudio adoptó un enfoque cuantitativo y correlacional, evaluando múltiples dominios de la calidad de vida relacionada con la salud. El análisis abarcó dimensiones críticas como el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria, la capacidad comunicativa, la estabilidad emocional, la integración en el núcleo social-familiar y el estado cognitivo. Se exploró la premisa de que los factores psicológicos no son meros acompañantes, sino determinantes activos de la capacidad de recuperación física del individuo. Determina que la espasticidad muscular y la inestabilidad postural son las principales barreras físicas que limitan la autonomía. El ictus hemorrágico suele presentar secuelas más graves que el isquémico, existe una correlación directa entre la depresión/ansiedad y el fracaso de la fisioterapia. El estrés post-ictus actúa como un "pródromo" de baja adherencia al tratamiento, además de

dependencia funcional genera una carga crítica en el cuidador, provocando a menudo su desvinculación laboral. En regiones como Piura y Abancay, el bajo nivel socioeconómico y el acceso limitado a rehabilitación especializada son predictores de una peor evolución. Según lo revisado subrayan la necesidad de un enfoque interdisciplinario. No basta con la rehabilitación física; es imperativo integrar soporte psicológico y fortalecer la red de apoyo familiar para lograr una reintegración social efectiva y mejorar la percepción de bienestar del sobreviviente

2.1.3. Antecedentes locales

No se encontró antecedentes locales

2.2. MARCO TEÓRICO:

2.2.1. Bases teóricas

Accidente cerebrovascular

- **Definición:**

Es la interrupción de flujo cerebral que genera un desequilibrio a nivel focal o global que se expresa de forma abrupta, transitoria o permanente. En la mayoría de los casos es definida como la disfunción entre aporte y requerimiento que se caracteriza en un rango igual o mayor de 24 horas, que puede ser producto de un trombo que obstruye la luz del vaso o que generó la ruptura de éste. Se considera una emergencia médica que tiene una estrecha relación con la mortalidad, discapacidad que tendrá un gran impacto en la población.

Otro término que debemos tener en cuenta es el accidente cerebral transitorio, se caracterizan porque suelen

desaparecer en el rango de 24 horas, es importante tener en cuenta la reversión.

- **Clasificación**

- **Hemorrágico:**

Es muy frecuente en las hemorragias subaracnoideas, producto de una ruptura de un vaso sanguíneo cerebral que provoca un hematoma en región cerebral afectada. Los hematomas suelen situarse en regiones como el tálamo, cápsula externa, núcleo lentiforme y en menor frecuencia en protuberancia y cerebelo. Si la hemorragia tiene una extensión en el sistema ventricular esto conlleva a la muerte con rapidez.

Habrán una debilidad de la pared y aparecerán microaneurismas que pueden ocasionar infartos lacunares o hemorragias profundas.

Cuando detallamos la hemorragia subaracnoidea, esta es la presencia de una hemorragia en el espacio subaracnoideo generalmente por la ruptura de un vaso conformante del polígono de Willis o alguna estructura vascular cercana a esta.

- **Isquémico:**

Se indica que este tipo es 85% responsable de esta patología.

Producto de una hipoperfusión cerebral prolongada con tiempo superior a 24 horas alterando la función adecuada en región del vaso sanguíneo.

Las principales causas de un ECV isquémico son: la

trombosis, la embolia e hipoperfusión sistémica.

- **Fases:**

- **Aguda:** Esta fase comprende dos fenómenos la existencia del área de penumbra en la penumbra isquémica; esta fase se caracteriza por el signo de hipotonía, en donde el paciente permanece en reposo
- **Subaguda:** Esta fase denota se caracteriza por la reorganización cerebral que puede estar modulada por técnicas de rehabilitación. Existen algunos signos de espasticidad e hiperreflexia, que estará acompañado de recuperación motora, esta fase es de aproximadamente 3 meses .
- **Crónica:** Esta también es denominada aquella de estabilización en la recuperación funcional, se da más allá del sexto mes tras el ictus.

- **Factores de riesgo:**

Según un estudio realizado por Perez Guerra, mencionan factores modificables como: Hipertensión Arterial, isquemia previas, tabaquismo, obesidad.

Mientras que así mismo los no modificables como: edad, sexo, factores hereditarios, etnia, localización geográfica y nivel sociocultural.

En el presente estudio se evidencia que es muy infrecuente: cardiopatías, el uso de anticonceptivos orales, el consumo de drogas, la estación y el clima (47).

- **Fisiopatología:**

Para tener un adecuado funcionamiento del Sistema nervioso,

es importante asegurar un suministro adecuado de oxígeno y glucosa, además de la eliminación de dióxido de carbono y lactato. Teniendo en cuenta que el flujo sanguíneo debe mantenerse de 50 ml/100 g/minuto y para ello la presión de perfusión cerebral debe mantenerse en presiones de 50-160 mmHg, cuando ocurre alguna noxa que desequilibre el proceso fisiológico normal, se activan los sistemas de compensación que mediante procesos de autorregulación tendrán por objetivo asegurar la cantidad necesaria de oxígeno, y extracción metabólica, además de la regulación en el calibre de los vasos, cuando haya un incremento de CO₂, ocurre la vasodilatación para un mayor aporte de flujo sanguíneo cerebral.

La irrigación del cerebro es fundamental puesto que anatómicamente el cerebro al ser un órgano susceptible recibe el suministro sanguíneo por medio de dos arterias vertebrales y carótidas internas. La carótida izquierda nace de la aorta, juntamente con la carótida derecha estas ascienden por región anterior del cuello en donde a nivel de... se dividen en 2 ramas: arteriales cerebrales anteriores y medias. Estas irrigan a los lóbulos: frontal, parietal y temporal, las dos arterias se unen por delante de la arteria comunicante anterior que es la que conforma la parte anterior del Polígono de Wills.

Las arterias vertebrales presentan un calibre más pequeño en comparación a las carótidas internas, estas ascienden por los agujeros de las apófisis transversas de las vértebras cervicales que delante del tronco del encéfalo se van a anastomosar, estas ramas darán irrigación: mesencéfalo, bulbo raquídeo, protuberancia y cerebelo, en la región superior a la estructura se dividen en dos ramas arterias cerebrales

posteriores que irrigan a la región del lóbulo occipital, estas conforman la parte posterior del Polígono Wills.

Es por ello por lo que cuando existe una obstrucción a este nivel del vaso, el ictus se expresa en referencia a la zona de irrigación afectada.

- **Signos y síntomas:**

Es importante reconocer los signos y síntomas precozmente y minimizar los daños. Entre los principales síntomas y signos son: hemiparesia, entumecimiento de hemicuerpo, afasia de lenguaje, afasia de comprensión, diplopía, ataxia, mareos, vértigo, cefalea.

Además, algunos síntomas nos indican que cuando estamos frente a proceso isquémico este no presenta pérdida de conocimiento, no cefalea, no vómitos a diferencia del hemorrágico, que si presenta pérdida de conocimiento, cefalea, vómitos, estupor y/o coma, puesto que los eventos hemorrágicos son de mayor gravedad.

- **Diagnóstico clínico:**

El diagnóstico se emplea en la clínica del paciente y también en un estudio de imágenes como lo es la tomografía y resonancia magnética.

En primera instancia es importante definir el tiempo transcurrido, se recomienda que, en fase aguda, en un proceso isquémico es preferible la Resonancia Magnética a diferencia que en un proceso hemorrágico que es recomendable una tomografía computarizada. Complementariamente al paciente debemos evaluar sus antecedentes patológicos, además de pedir exámenes de ecografía de las carótidas para evaluar si hay algún émbolo en

las carótidas, EKG que nos permitirá identificar si hay arritmias cardiacas presentes que puedan provocar émbolos que puedan recorrer con facilidad hacia la región cerebral, consideramos de relevancia el examen de Holter puesto que nos brindara información acerca la preexistencia de una arritmia intermitente. En cuanto a la angiografía de vasos cerebrales es importante poder detectar aneurismas y MAV, así mismo contando con exámenes de laboratorio, evaluando los diferentes perfiles para un adecuado manejo.

- **Consecuencias funcionales:**

Según algunos estudios de análisis, indican que recuperación máxima se da en los primeros meses por ello es fundamental este periodo, sin embargo, a pesar de ello pasando los 6 primeros meses hasta el primer año, en un 5% se puede obtener mejoría. Pacientes en cuyos la afectación es de moderada gravedad, la recuperación máxima es de 6 meses a diferencia de los de severa gravedad que es de 11 semanas. En referencia la funcionalidad los de moderada gravedad presentan el 79%, mientras que los de grave severidad que es de 18%. Las competencias funcionales más frecuentes son: déficit de comunicación, déficit de cognición y discapacidades motoras. En razón a las afasias se menciona que un periodo de recuperación máxima se da entre los 3 meses o incluso al año (48).

- **Complicaciones:**

Después de un episodio de ECV, los pacientes pueden enfrentar diversas complicaciones médicas. A continuación, se presenta una lista de posibles complicaciones que pueden surgir:

- **Discapacidad física:**
 - Debilidad o parálisis en una parte del cuerpo
 - Dificultad para caminar o moverse.
- **Complicaciones neurológicas:**
 - Convulsiones.
 - Hidrocefalia (acumulación de líquido en el cerebro).
 - Edema cerebral (hinchazón del cerebro).
- **Problemas de comunicación:**
 - Afasia (dificultad para hablar o entender el lenguaje).
 - Disartria (dificultad para articular palabras).
- **Problemas cognitivos:**
 - Pérdida de memoria.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Problemas con el razonamiento y la toma de decisiones.
- **Problemas emocionales y psicológicos:**
 - Depresión.
 - Ansiedad.
 - Cambios de personalidad.
 - Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- **Complicaciones sensoriales:**
 - Pérdida de la visión o problemas visuales.
 - Pérdida de la sensibilidad o sensación anormal en las extremidades.

- **Complicaciones musculoesqueléticas:**
 - Contracturas musculares.
 - Espasticidad (rigidez muscular).
 - Dolor en las articulaciones.
- **Problemas de deglución:**
 - Disfagia (dificultad para tragar), lo que puede llevar a aspiración y neumonía.
- **Complicaciones cardiovasculares:**
 - Riesgo aumentado de nuevos episodios de ECV.
 - Infarto de miocardio.
- **Problemas urinarios e intestinales:**
 - Incontinencia urinaria.
 - Infecciones del tracto urinario.
 - Estreñimiento.
- **Complicaciones pulmonares:**
 - Neumonía por aspiración.
 - Insuficiencia respiratoria.
- **Complicaciones cutáneas:**
 - Úlceras por presión debido a la inmovilidad prolongada.
- **Complicaciones metabólicas:**
 - Desequilibrios electrolíticos.
 - Diabetes descompensada.

Estas complicaciones pueden variar en gravedad y en su impacto sobre la calidad de vida del paciente, y su manejo

requiere un enfoque multidisciplinario para la rehabilitación y el tratamiento adecuado (49).

Calidad de vida

- **Definición de Calidad de Vida (CV)**

La OMS describe la calidad de vida como la manera en que una persona percibe su situación dentro de la sociedad, considerando la cultura, los valores, metas, expectativas y preocupaciones que influyen en su vida (41).

La calidad de vida brinda una visión completa sobre el desarrollo de la salud física y mental de un paciente, su vida social, religión, factores ambientales, grado de independencia, y cómo se adapta a su entorno, la cual puede verse afectada negativamente, reduciendo su independencia y autonomía con el paso del tiempo (42).

- **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

Se refiere a la valoración del impacto de la salud en la vida de una persona, que se determina por el tiempo de vida, la incapacidad, el estado funcional, la percepción personal y las repercusiones sociales.

La CVRS es un concepto distinto al estado de salud, ya que se centra en la experiencia subjetiva de la salud y su influencia en la vida de la persona, especialmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (43). La CVRS se mide mediante cuestionarios específicos que evalúan aspectos relevantes de la salud, como la capacidad funcional, el dolor o la calidad de vida social (44).

La importancia de la CVRS radica en que ofrece una visión

más completa del estado de salud de una persona, ya que incorpora las perspectivas personales y sociales, además de las medidas biomédicas, permitiendo una evaluación más personalizada de la atención médica (45).

Dimensiones de la calidad de vida

Hay varias dimensiones de la CV que se reconocen comúnmente, entre ellas la salud física, el bienestar emocional, las relaciones sociales, el bienestar material, el desarrollo personal, la autonomía, la inclusión social y los derechos.

- **Función física:** se refiere a la capacidad de una persona para realizar actividades físicas, como caminar, subir escaleras y realizar tareas diarias. También incluye aspectos relacionados con la salud física, como los niveles de energía, la fuerza y la movilidad.
- **Función psicológica:** se refiere al bienestar cognitivo y emocional de una persona, incluida su capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones. También incluye su estado emocional, como sentimientos de felicidad, satisfacción y bienestar.
- **Interacción y función social:** se refiere a la capacidad de una persona para interactuar y establecer relaciones con otros, incluidos familiares, amigos y miembros de la comunidad. También incluye su participación en actividades sociales, como trabajo, pasatiempos y eventos comunitarios.

Estas dimensiones están interconectadas y pueden influirse entre sí. Por ejemplo, la salud física puede afectar el estado emocional de una persona y las relaciones sociales pueden

afectar la salud física de una persona. Por tanto, es importante considerar las tres dimensiones al evaluar la calidad de vida de una persona.

- **Medición de la calidad de vida**

La medida de calidad de vida específica del ECV de Newcastle (New-SQOL) tiene 11 dominios que evalúan diferentes aspectos de la vida en pacientes que tuvieron un episodio de ECV, incluido el funcionamiento físico, emocional y social.

Estos dominios son:

- **Movilidad:** Evalúa el grado de dificultad para desplazarse y cambiar de posición, incluyendo caminar, subir o bajar escaleras y moverse dentro y fuera del hogar.
- **Autocuidado:** Mide la capacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, arreglarse y usar el retrete
- **Dolor:** Valora la presencia, intensidad y frecuencia del dolor, así como su interferencia en las actividades cotidianas, el descanso y la funcionalidad general del paciente.
- **Visión:** Evalúa las alteraciones visuales que afectan la percepción del entorno, incluyendo la agudeza visual, el campo visual y la coordinación visoespacial, influyendo en la movilidad y seguridad

- **Cognición:** Mide el funcionamiento mental relacionado con la atención, memoria, razonamiento y capacidad para tomar decisiones, aspectos esenciales para la autonomía y el desempeño diario.
- **Comunicación:** Evalúa la capacidad para expresar y comprender información de forma verbal y escrita, considerando dificultades en el habla, comprensión del lenguaje y lectura, que afectan la interacción social.
- **Sentimientos:** Explora el estado emocional general del paciente, incluyendo la presencia de tristeza, preocupación, frustración y la capacidad para afrontar el estrés asociado a la enfermedad.
- **Personalidad:** Valora los cambios en los rasgos de comportamiento y carácter posteriores al ECV, como irritabilidad, impulsividad o apatía, que pueden alterar la convivencia y las relaciones interpersonales.
- **Emociones:** Mide la presencia y regulación de emociones como ansiedad, depresión o inestabilidad emocional, las cuales influyen directamente en la motivación y el proceso de rehabilitación.
- **Sueño:** Evalúa la calidad y continuidad del sueño, considerando dificultades para conciliar o mantener el sueño, las cuales afectan la recuperación física y el bienestar general.
- **Energía:** Mide el nivel de fatiga y vitalidad, tanto física

como mental, reflejando la capacidad del paciente para realizar actividades diarias y mantener un adecuado rendimiento funcional (46).

Independencia funcional

- **Definición de independencia funcional:**

Se refiere a la capacidad de un individuo para ejecutar actividades de la vida diaria con el fin de preservar el cuerpo y subsistir de manera autónoma e independiente, recibiendo escasa o ninguna ayuda de los demás.

Según la OMS, es la capacidad de desarrollar las funciones relacionadas con la vida diaria, lo que significa la capacidad de vivir con independencia en la sociedad (50). Esta capacidad se manifiesta cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, lo que se conoce como funcionalidad indemne (51).

- **Dimensiones de la independencia funcional**

Las dimensiones evaluadas por la Escala de Barthel incluyen diez actividades básicas de la vida diaria que permiten medir el grado de funcionamiento físico y psicomotor de una persona. Estas actividades son:

- **Comer:** Evalúa la capacidad de la persona para alimentarse de forma autónoma, incluyendo la habilidad de llevarse la comida a la boca, masticar y tragar sin ayuda.
- **Aseo personal:** Se refiere a la capacidad de la persona para realizar la higiene personal, como lavarse la cara,

las manos, cepillarse los dientes, bañarse o ducharse de forma independiente.

- **Vestirse:** Evalúa la capacidad de la persona para ponerse y quitarse la ropa de la parte superior e inferior del cuerpo de manera autónoma.
- **Control de esfínteres:** Evalúa la capacidad de una persona para controlar sus esfínteres y mantener la continencia. Esto incluye la capacidad de controlar la micción y la defecación, y la capacidad de usar el baño de forma independiente.
- **Movilidad:** Evalúa la capacidad de la persona para desplazarse, caminar y utilizar una silla de ruedas, si es necesario.
- **Subir y bajar escaleras:** Evalúa la capacidad de la persona para subir y bajar escaleras de forma independiente.
- **Traslado entre la silla y la cama:** Se refiere a la capacidad de la persona para moverse de la cama a una silla y viceversa sin ayuda.
- **Deambulaci3n:** Evalúa la capacidad de la persona para desplazarse en distancias cortas, como caminar por una habitaci3n.
- **Lavarse o bañarse:** Se refiere a la capacidad de la persona para realizar la higiene personal, como lavarse el cuerpo de forma independiente.

- **Traslado a la ducha:** Evalúa la capacidad de la persona para entrar y salir de la ducha de forma autónoma.

Estas actividades se evalúan en función del grado de ayuda que necesita la persona para llevarlas a cabo, asignando una puntuación que determina el nivel de dependencia o independencia funcional de la persona

La puntuación total obtenida en la Escala de Barthel se utiliza para clasificar el grado de dependencia de la persona, desde total dependencia hasta independencia total en las actividades diarias (27).

CAPÍTULO III:

3.VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES DEPENDIENTES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Grado de dependencia funcional	Disminución o ausencia de capacidad para realizar actividades de la vida diaria de los pacientes después de su primer ECV	Según Escala de Barthel	0 - 100	Cuantitativa	Intervalo
			Dependiente total Dependiente grave Dependiente Moderado Dependiente Leve Independiente	Cualitativo	Ordinal

VARIABLES INDEPENDIENTES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Calidad de vida	Percepción global de calidad de vida de los pacientes después de su primer ECV	Según Escala de New-SQOL	0 - 100	Cuantitativa	Intervalo

Variables sociodemográficas					
Edad	Número de años completos vividos de cada paciente que sufrió un primer ECV durante el período de estudio (2022-2023).	Años de vida que tiene el paciente que sufrió un primer ECV al momento de la aplicación de la encuesta.	Años	Cuantitativa	Continua
Sexo	Género de cada paciente que sufrió un primer ECV durante el período de estudio (2022-2023)	Género del paciente que sufrió un primer ECV	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Estado Civil	Situación determinada proveniente de parentesco o matrimonio que establece tanto derechos y deberes.	Situación civil del paciente que sufrió un primer ECV al momento de realizar la encuesta	Soltero Casado- Conviviente Viudo	Cualitativa	Nominal Politémica
Convivencia	Coexistencia física entre personas que comparten un determinado espacio.	Persona con las que vive el paciente que sufrió un primer ECV	Solo Familia nuclear Otros familiares Acilo	Cualitativa	Nominal Politémica
Nivel educativo	Grado de instrucción que va de acuerdo a los programas educativos formados para un aprendizaje formal.	Grado de instrucción	Ninguno Escolar Superior	Cualitativa	Nominal Politémica

Ocupación	Actividad o trabajo que realiza y ocupa la mayor parte de su tiempo.	Actividad que mayor demanda de tiempo durante el día	Profesión Oficio Sin ocupación	Cualitativa	Nominal Politémica
Nivel socioeconómico	Medida económica y sociológica con relación a la posición económica, que está basada en ingresos, empleo y gastos.	Ingresos mensuales	<900 900- 2000 >2000	Cualitativa	Ordinal Politémica
Apoyo familiar	Redes de apoyo que brindan un soporte emocional, físico y social que se basa en integrantes de la familia	Acciones concretas y actitudes que promueven el bienestar y la cohesión dentro de una familia.	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Número de hijos	Número total de descendientes que tiene una persona.	Número total de hijos biológicos o adoptados que tiene una persona.	Nº de hijos	Cuantitativa	Discreta
Número de hermanos	Número total de hermanos biológicos o adoptivos que una persona tiene en su familia.	Número total de hermanos biológicos y adoptivos que una persona tiene, excluyendo a medio hermanos y hermanastros.	Nº de hermanos	Cuantitativa	Discreta

Creencia religiosa	Convicción personal y subjetiva de una persona en la existencia de una o más entidades sobrenaturales o divinas, y en los principios y valores que dicha creencia implica.	Identificación de la afiliación religiosa del individuo	Catolico Evangelico Cristiano Adventista Ateo-agnóstico	Cualitativa	Nominal Politómica
Características clínicas					
Tipo de ECV	En la clasificación existen dos tipos generales que son isquémicos o hemorrágicos, que a la vez tendrán subtipos como: embólico, cardioembólico y aterotrombótico	Según Historia Clínica	Isquémico Hemorrágico	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Tiempo post episodio de ECV	Período transcurrido desde la ocurrencia del episodio de ECV hasta el momento de la entrevista.	Tiempo transcurrido en dos categorías distintas: < 1 año > 1 año	> 1 año < 1 año	Cualitativa	Ordinal Dicotómica
Comorbilidades	Condiciones médicas pre existente	Según Historia Clínica	HTA DM IAM Fibrilación auricular Dislipidemia ERC EPOC Otro	Cualitativa	Nominal Politómica

Número de comorbilidades	Condiciones médicas pre existente	Según Historia Clínica	Ninguna 1 comorbilidad 2 o más comorbilidades	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Terapia física	Intervenciones terapéuticas que incluyen ejercicios y actividades diseñadas para mejorar la movilidad, la fuerza y la función física del paciente post episodio de ECV	Registro de Intervenciones terapéuticas recibidas post episodio de ECV	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Número de sesiones de terapia física	Número total de sesiones de terapia de rehabilitación física hasta el momento de la entrevista	Reporte de sesiones de terapia de rehabilitación física	N° de sesiones	Cuantitativa	Discreta

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO:

El diseño de la investigación fue analítico, ambispectivo y de corte transversal.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente estudio se desarrolló en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, establecimiento de salud perteneciente a la Red Asistencial Tacna del Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicado en la carretera Calana kilómetro 6.5 en la ciudad de Tacna, constituye uno de los principales centros de referencia de la región, cumpliendo un rol fundamental en la atención integral de la población asegurada.

Por su clasificación como Hospital de nivel III, brinda servicios de mediana y alta complejidad, lo que le permite atender patologías que requieren manejo especializado, procedimientos quirúrgicos, hospitalización prolongada y atención continua de emergencias. Entre los principales servicios que ofrece se encuentran la atención por consulta externa, hospitalización, emergencia, centro quirúrgico y diversas especialidades médicas y quirúrgicas, tales como medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, psiquiatría, medicina física y rehabilitación, entre otras.

Asimismo, dispone de servicios complementarios como laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, farmacia, nutrición, psicología y trabajo social, los cuales permiten un abordaje integral del paciente. Estas características convierten al hospital en un escenario idóneo para el desarrollo de investigaciones en el ámbito de la salud, especialmente aquellas relacionadas con la calidad de vida, el estado funcional y el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados.

En este contexto, el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna representa un entorno pertinente para la realización del presente estudio, ya que concentra una población diversa con patologías crónicas y agudas, así como pacientes que requieren cuidados continuos y evaluaciones multidisciplinarias. La dinámica asistencial del hospital y la complejidad de los casos atendidos permiten obtener información relevante y confiable para el análisis de las variables de investigación, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento científico y a la mejora de la atención en salud.(52)

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

En el presente estudio se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular atendidos en el servicio de Medicina del Hospital III EsSalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2025.

La población total estuvo conformada por 405 pacientes registrados en dicho período. Se realizó un muestreo censal, considerando a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. Como resultado, la muestra final estuvo

constituida por 281 pacientes.

Cabe precisar que 124 pacientes fueron excluidos debido a que fallecieron antes del momento de la recolección de datos, lo que imposibilitó la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Es importante señalar que esta exclusión podría generar un posible sesgo de supervivencia, ya que la muestra final estuvo conformada únicamente por pacientes sobrevivientes, quienes podrían presentar características clínicas y funcionales diferentes a aquellos que fallecieron, particularmente en términos de gravedad del evento cerebrovascular y nivel de dependencia funcional. Esta situación debe considerarse al interpretar los resultados del estudio.

4.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico con ECV tanto hemorrágicos como isquémicos.
- Pacientes con diagnóstico de ECV entre los años 2022 y 2025
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que aceptaron el consentimiento informado

4.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes fallecidos.
- Pacientes que fueron atendidos en otro hospital fuera de Tacna.
- Pacientes con enfermedad terminal.

- Pacientes con trastornos psiquiátricos discapacitantes.
- Historia clínica incompleta.
- Pacientes gestantes

4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Instrumento

Cuestionario sobre la calidad de vida

Para evaluar la calidad de vida en pacientes que tuvieron un episodio de ECV se utilizara el cuestionario validado al español “Newcastle stroke-specific quality of life measure” (New-SQOL), fue desarrollada y validada en 2003 en el Reino Unido, con una población de 216 pacientes que habían sufrido un ECV. con un alfa de Cronbach de 0.71 -0.90 (26).

En el estudio de validación de la versión española del New-SQOL en el año 2020, participaron una población de 606 participantes, siendo el 68,1% mujeres y el 31,9% hombres, con edades comprendidas entre 18 y 48 años, con un alfa de Cronbach de 0.93 indicando buena consistencia (53).

En el presente estudio, el instrumento Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (New-SQOL), en su versión en español, fue aplicado en la población de estudio, obteniéndose un **coeficiente alfa de Cronbach de 0,975**, lo cual evidencia una excelente consistencia interna del instrumento en esta muestra.

Este valor indica un alto grado de homogeneidad entre los ítems que conforman el cuestionario, reflejando que estos miden de manera coherente y precisa el constructo de calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Asimismo, el análisis de adecuación

muestral mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)(0,957) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($P < 0,001$) mostraron resultados satisfactorios, confirmando la idoneidad de los datos para la evaluación de la estructura del instrumento y respaldando su validez en la población estudiada. En conjunto, estos resultados demuestran que el New-SQOL presenta propiedades psicométricas adecuadas, permitiendo su uso confiable y válido en el contexto de la presente investigación.

Este instrumento, evalúa un total de 56 ítems distribuidos en 11 dominios, que evalúan diferentes aspectos de la vida afectados con ECV, incluido el funcionamiento físico, emocional y social. Estos dominios son: Movilidad, Actividades de la vida diaria, Función de la mano, Visión, Lenguaje, Cognición, Emociones, Personalidad, rol social, Energía y Sentimientos. Se califican en una escala de Likert de cinco puntos, donde los puntajes más altos indican una mejor calidad de vida.

Las puntuaciones para cada dominio se calcularon sumando las respuestas (S) a los ítems correspondientes y aplicando posteriormente la fórmula $(S - p)/(3 \times p) \times 100$, donde p representa el número de ítems respondidos en el dominio, para dar una puntuación que oscila entre 0 (mejor calidad de vida) y 100 (peor calidad de vida).

Este cuestionario ha sido utilizado en diversos estudios para evaluar el impacto de la ECV en la calidad de vida y para evaluar la efectividad de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes (26).

Puntaje Final (Total)

- **NO se recomienda una suma total:** El autor de la medida

original **no recomienda** sumar los puntajes de todos los dominios para obtener un único puntaje final global.

- **Enfoque por dominios:** La utilidad del NEW-SQOL radica en evaluar el impacto de cada una de las 11 dimensiones por separado, proporcionando un perfil de calidad de vida.

4. Fórmula de transformación (opcional)

Algunos estudios han normalizado los puntajes de cada dimensión a una escala de 0 a 100 utilizando la fórmula:

$$Puntaje = \frac{(p)}{(p)} \times 100$$

0 es la mejor calidad de vida y 100 la peor.

Cuestionario sobre la independencia funcional

El Índice de Barthel es una escala funcional que mide la capacidad de las personas para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se utiliza para evaluar la dependencia física y neurológica en pacientes con trastornos músculo esqueléticos o neuromusculares, así como para medir la mejoría en programas de rehabilitación (54).

Fue desarrollado en 1965 por Mahoney y Barthel y desde entonces se ha convertido en una de las medidas de discapacidad funcional más utilizadas. La versión original del Índice de Barthel de 10 ítems se refiere a las siguientes 10 categorías: alimentación, baño, aseo, vestirse, control intestinal, control de la vejiga, uso del baño, traslado en silla, deambulación y subir escaleras. Los ítems se ponderan según el nivel de atención de enfermería requerido y se clasifican en términos de si los individuos pueden realizar actividades de forma

independiente, con cierta ayuda o son dependientes (puntuados como 10, 5 o 0). La puntuación es una suma agregada y se pondera preferentemente la movilidad y la continencia. Las puntuaciones se asignan de la siguiente manera: 0 o 5 puntos por ítem por baño y aseo; 0, 5 o 10 puntos por ítem por alimentación, vestirse, control intestinal, control de la vejiga, uso del baño y escaleras; 0, 5, 10 o 15 puntos por artículo por traslados y movilidad. El índice arroja una puntuación total sobre 100: cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el grado de independencia funcional.

El Índice de Barthel es una medida confiable y válida de discapacidad funcional y se ha utilizado ampliamente en la rehabilitación de ECV y otros entornos clínicos. También es una herramienta útil para predecir resultados funcionales y evaluar la eficacia de las intervenciones de rehabilitación (27).

Categorización del Índice de Barthel

- **Dependencia Total (0 - 19 puntos):** Dependencia máxima en la mayoría de actividades.
- **Dependencia Grave (20 - 35 puntos):** Necesidad alta de ayuda externa.
- **Dependencia Moderada (36 - 55 puntos):** Necesidad de ayuda parcial.
- **Dependencia Leve (56 - 95 puntos):** La persona realiza la mayoría de actividades con mínima ayuda.
- **Independencia (100 puntos):** Persona capaz de valerse por sí misma (o 90 si es dependiente en silla de ruedas).

CAPÍTULO V:

5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se emplearon métodos de estadística descriptiva e inferencial. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas se resumieron utilizando medidas de tendencia central y de dispersión.

Las variables de estudio fueron de tipo cuantitativo y ordinal. Para determinar el tipo de distribución de los datos se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov, considerando que la muestra fue mayor a 50 participantes. Los resultados evidenciaron una distribución no normal. En función de ello, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman para evaluar la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia funcional medido mediante el Índice de Barthel. El análisis realizado fue de tipo bivariado, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

No se efectuó un análisis multivariado que permitiera controlar posibles variables confusoras como edad, sexo o comorbilidades, lo cual constituye una limitación metodológica del estudio. En futuras investigaciones se recomienda aplicar modelos multivariados que permitan ajustar el efecto de estas variables y obtener estimaciones más precisa

5.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de su ejecución, el estudio fue ser aprobado por el Comité de

Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, así mismo, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, quien brinda dicha aprobación y autorización para la ejecución del estudio expuesto en la población seleccionada de acuerdo con el tiempo indicado.

Es importante recalcar que la presente investigación estuvo basada en los principios éticos básicos en sustento al informe Belmont, en los cuáles concierne a los “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, fundamentalmente engloba el respeto a las personas que aceptaron en el marco de investigación presente de los cuales se basan convicciones éticas como:

- **Autonomía:** consiste en proporcionar el consentimiento informado a los pacientes, explicándoles la descripción y finalidad del trabajo además de denotar la participación de forma voluntaria y garantizando la libertad para la toma de decisiones, respetando su autodeterminación. Tener en cuenta medidas que resguarden la confidencialidad de los pacientes encuestados, solo teniendo en cuenta los datos necesarios con respecto al estudio presente para la consolidación de análisis estadísticos.
- **Beneficencia,** este principio tiene por finalidad maximizar beneficios y minimizar daños, cabe resaltar que el presente estudio solo solicitó algunos datos con referencia a las encuestas ya mencionadas
- **Justicia,** este principio está basado en la equidad, es importante mencionar que todo paciente será tratado con el debido respeto, de forma voluntaria y que, por lo ende, tendrá la capacidad de dar su consentimiento (55)

RESULTADOS

Tabla 01

Distribución de frecuencia en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

	n	%	
Año del ECV	2022	62	22.1%
	2023	81	28.8%
	2024	48	17.1%
	2025	90	32.0%
	Total	281	100.0%

El análisis de la distribución de casos según el año del ECV muestra una variación significativa en la incidencia a lo largo del periodo 2022-2025. En el año 2022 se registraron 62 casos, lo que corresponde al 22.1% del total; en 2023 hubo un incremento a 81 casos (28.8%), seguido por una disminución en 2024 con 48 casos (17.1%). Finalmente, en 2025 se observa el mayor número de casos con 90 (32.0%). En conjunto, el total de casos en el periodo alcanza los 281, representando el 100%.

Este comportamiento sugiere que, aunque hubo una reducción en 2024, la tendencia general es de aumento, siendo 2025 el año con mayor incidencia. Es importante considerar factores externos o cambios en la población atendida que puedan explicar estas fluctuaciones anuales, así como profundizar en el análisis de variables asociadas para comprender mejor estos patrones. En el análisis de los registros clínicos se observó que, de los 281 pacientes evaluados, la gran mayoría presentó

diagnóstico de enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico, mientras que solo el 1.1% correspondió a casos de etiología hemorrágica.

Asimismo, no fue posible establecer la clasificación específica de los subtipos de accidente cerebrovascular isquémico, debido a que dicha información no se encontraba detallada en las historias clínicas revisadas, lo que constituyó una limitación para la caracterización más precisa de los casos.

Tabla 02. Distribución de frecuencias según variables sociodemográficas en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

		n	%
Edad	20 a 29	45	16.0%
	60 a 69	70	24.9%
	70 a 79	98	34.9%
	80 a más	68	24.2%
	Total	281	100.0%
Sexo	Masculino	180	64.1%
	Femenino	101	35.9%
	Total	281	100.0%
Estado Civil	Casado	163	58.0%
	Conviviente	20	7.1%
	Soltero	53	18.9%
	Viudo	45	16.0%
	Total	281	100.0%
Convivencia	Asilo	9	3.2%
	Familia	242	86.1%
	Otros fa	22	7.8%
	Solo	8	2.8%
	Total	281	100.0%
Nivel Educativo	Escolar	159	56.6%
	Ninguno	15	5.3%
	Superior	107	38.1%
	Total	281	100.0%
Ocupación	Oficio	104	37.0%
	Sin ocupación	177	63.0%
	Total	281	100.0%
Nivel Socioeconómico	<900	35	12.5%
	>2000	29	10.3%
	900-2000	217	77.2%

	Total	281	100.0%
Apoyo Familiar	No	25	8.9%
	Si	256	91.1%
	Total	281	100.0%
Número de hijos	Ninguno	22	7.8%
	1 a 2 hijos	157	55.9%
	3 a 5 hijos	88	31.3%
	6 a más	14	5.0%
	Total	281	100.0%
Creencia religiosa	Adventista	5	1.8%
	Católico	254	90.4%
	Cristiano	13	4.6%
	Evangélico	7	2.5%
	Ninguno	2	.7%
	Total	281	100.0%

El análisis de las características sociodemográficas de los pacientes atendidos revela una predominancia de adultos mayores, siendo el grupo etario de 70 a 79 años el más representativo (34,9%), seguido por los de 60 a 69 años (24,9%) y los mayores de 80 años (24,2%). El grupo de 20 a 29 años es minoritario (16,0%), lo que confirma que la Enfermedad Cerebrovascular afecta principalmente a personas de edad avanzada.

En cuanto al sexo, se observa una mayor prevalencia de pacientes masculinos (64,1%) frente a femeninos (35,9%). Respecto al estado civil, la mayoría son casados (58,0%), seguidos de solteros (18,9%), viudos (16,0%) y convivientes (7,1%), lo que sugiere una red de apoyo social en gran parte de los casos.

Sobre la convivencia, el 86,1% de los pacientes vive con la familia, mientras que solo el 3,2% reside en asilos y el 2,8% vive solo. Esto indica que la familia sigue siendo el principal soporte para estos pacientes. En cuanto al nivel educativo, más de la mitad cuenta con educación escolar (56,6%), el 38,1% alcanzó educación superior y un pequeño porcentaje no cuenta con estudios (5,3%).

Analizando la ocupación, el 63,0% no tiene ocupación al momento del estudio, mientras que el 37,0% desempeña algún oficio. En relación al nivel socioeconómico, la mayoría se encuentra en el rango de 900-2000

(77,2%), mientras que los extremos de menos de 900 (12,5%) y más de 2000 (10,3%) son menos frecuentes.

Destaca el alto porcentaje de pacientes que reciben apoyo familiar (91,1%), lo que refuerza la importancia de la red familiar en el proceso de enfermedad y recuperación. En cuanto al número de hijos, la mayoría tiene entre 1 y 2 hijos (55,9%), seguido de quienes tienen de 3 a 5 hijos (31,3%), mientras que aquellos sin hijos o con más de 6 representan porcentajes menores.

Finalmente, en el aspecto religioso, predomina el catolicismo (90,4%), seguido a distancia por el cristianismo (4,6%), el evangelismo (2,5%) y el adventismo (1,8%). Un porcentaje mínimo declara no tener creencias religiosas (0,7%). Estos datos reflejan la diversidad y las características culturales de la población estudiada.

Tabla 03

Distribución de frecuencia según número de comorbilidades y la presencia de terapia física y rehabilitación en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

		n	%
Número de comorbilidades	1 comorbilidad	50	17.8%
	2 o más	225	80.1%
	Ninguna	6	2.1%
	Total	281	100.0%

Al analizar los datos de número de comorbilidades en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el periodo 2022-2025, se observa que la gran mayoría presenta dos o más comorbilidades (80.1%), mientras que el 17.8% tiene solo una comorbilidad y únicamente el 2.1% no presenta ninguna. Esto evidencia una alta carga de enfermedades asociadas en esta población, lo que puede influir tanto en el pronóstico como en la necesidad de atención especializada.

Tabla 04

Distribución de la prevalencia de las comorbilidades en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, 2022–2025

Comorbilidades	n	%
Hipertensión Arterial	213	75.8%
Diabetes Mellitus tipo 2	95	33.8%
Fibrilación Auricular	74	26.3%
Enfermedad Renal Crónica	46	16.4%
Infarto Agudo de Miocardio	22	7.8%
Dislipidemia	46	16.4%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	41	14.6%
Otro	180	64.1%
Total	281	100%

En relación con las comorbilidades asociadas a los pacientes con ECV, se evidenció una alta prevalencia de enfermedades crónicas.

La hipertensión arterial (HTA) fue la comorbilidad más frecuente, presente en el 75,8% de los pacientes (n=213), constituyéndose como el principal factor asociado. En segundo lugar, se encontró la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con una prevalencia de 33,8% (n=95), seguida de fibrilación auricular (FA) en el 26,3% (n=74).

Otras comorbilidades identificadas fueron la enfermedad renal crónica (ERC) y la dislipidemia, ambas con una prevalencia de 16,4% (n=46), así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el 14,6% (n=41). La menor frecuencia correspondió al infarto agudo de miocardio (IAM), presente en el 7,8% de los pacientes (n=22).

Asimismo, se observó que el 64,1% de los pacientes (n=180) presentó otras comorbilidades adicionales, lo que evidencia una elevada carga de multimorbilidad en esta población.

Tabla 05**Relación del número de comorbilidades según Índice de Barthel en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, 2022–2025**

N°	Índice de Barthel										p
	Grave		Moderada		Leve		Independiente		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ninguna	0	0.0%	1	16.7%	2	33.3%	3	50.0%	6	100%	
1 comorbilidad	4	8.0%	6	12.0%	26	53.0%	14	28.0%	50	100%	
2 o más comorbilidad	24	10.7%	30	13.3%	111	49.3%	60	26.7%	225	100%	
Total	28	10.0%	37	13.2%	139	49.5%	77	27.3%	281	100.0%	0.004

Al analizar la relación entre el número de comorbilidades y el grado de dependencia funcional según el Índice de Barthel, se evidenció una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.004$). Los pacientes con dos o más comorbilidades, que representaron el 80.1% de la población estudiada, concentraron los mayores porcentajes de dependencia grave (10.7%) y moderada (13.3%), así como una menor proporción de independencia funcional (26.7%).

En contraste, los pacientes sin comorbilidades mostraron mayor nivel de independencia funcional (50.0%) y ausencia de dependencia grave, evidenciando que la multimorbilidad influye negativamente en la recuperación funcional posterior al evento cerebrovascular.

Tabla 06

Distribución de frecuencia de la presencia de terapia física y rehabilitación en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

		n	%
Terapia Física y Rehabilitación	No	103	36.7%
	Si	178	63.3%
	Total	281	100.0%

Al analizar los datos respecto al acceso a Terapia Física y Rehabilitación, el 63.3% de los pacientes recibió este tipo de intervención, mientras que el 36.7% no tuvo acceso. Esta diferencia sugiere que, aunque la mayoría sí accedió a rehabilitación, aún existe un grupo considerable que no la recibió, lo que podría repercutir en su recuperación funcional y calidad de vida. La integración de programas de rehabilitación debería ser prioritaria, especialmente considerando el elevado número de comorbilidades que presentan los pacientes.

Tabla 07

Distribución de frecuencia según número de sesiones de rehabilitación física en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna, 2022–2025

N° de sesiones	n	%
1 – 5 sesiones	34	19.1%
6 – 10 sesiones	41	23.0%
11 – 20 sesiones	47	26.4%
> 20 sesiones	56	31.5%
Total	178	100%

Al analizar el número de sesiones de rehabilitación física recibidas por los pacientes con ECV, se observó que el 31.5% recibió más de 20 sesiones, seguido del 26.4% que recibió entre 11 y 20 sesiones. Un 23.0% accedió a entre 6 y 10 sesiones, mientras que el 19.1% recibió entre 1 y 5 sesiones.

Estos resultados evidencian que, si bien una proporción importante de pacientes participó en programas de rehabilitación prolongados, aún existe un grupo considerable con un número reducido de sesiones, situación que podría repercutir en menores niveles de recuperación de la funcionalidad.

Tabla 08

Distribución de frecuencia del índice de Barthel en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

	n	%
Total	31	11.0%
Grave	28	10.0%
Moderada	37	13.2%
Leve	139	49.5%
Independiente	46	16.4%
Total	281	100.0%

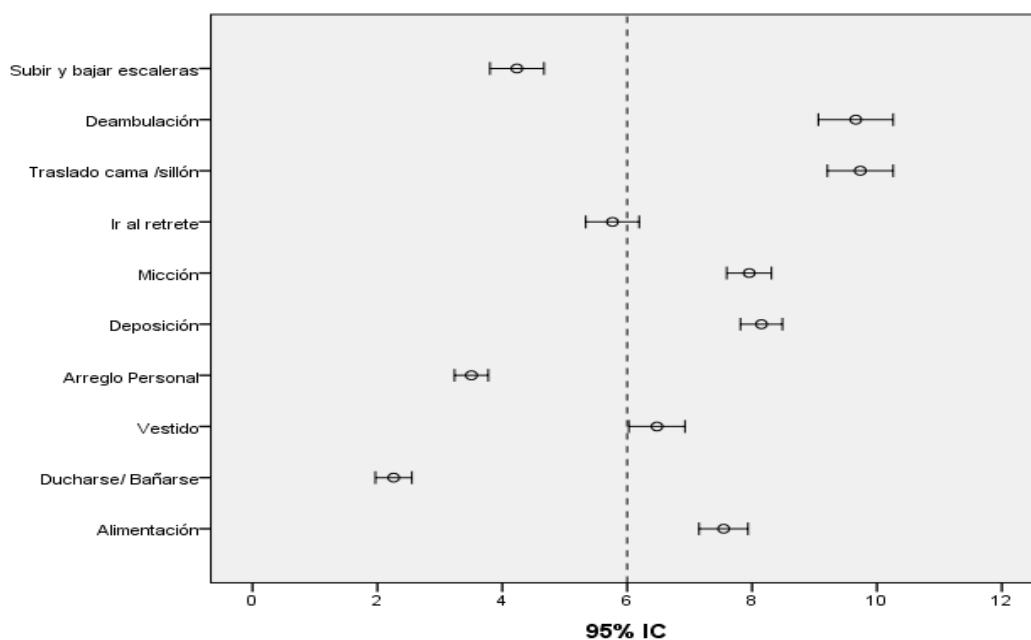


Gráfico 01. Tendencia de los reactivos el índice de Barthel con un intervalo de confianza del 95%

El análisis del Índice de Barthel en la población estudiada revela que la mayoría de los pacientes evaluados presenta una dependencia leve, con un 49.5% (139 personas) ubicados en esta categoría. Un porcentaje considerable, el 16.4% (46 pacientes), se clasificó como independiente, lo que indica que pueden realizar actividades básicas de la vida diaria sin ayuda significativa.

Por otro lado, el 13.2% (37 pacientes) muestra una dependencia moderada, mientras que el 10% (28 pacientes) presenta una dependencia grave, reflejando la necesidad de apoyo continuo en este grupo. Finalmente, el total de la muestra fue de 281 pacientes, lo que representa el 100% de los casos analizados. Estos resultados sugieren que, aunque una proporción relevante logra mantener cierto grado de independencia, existe una fracción significativa que requiere intervenciones específicas para mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

En la gráfica N°1, podemos observar la tendencia de cada uno de los reactivos del índice de Barthel con un intervalo de confianza del 95%. Se evidencia que las características más comprometidas son: subir y bajar las escaleras, ir al retrete, el arreglo personal y bañarse, principalmente.

Tabla 09**Medición de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025**

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Dimensión de Movilidad	7.91	88.89	0.00	15.25
Dimensión de Actividad de vida diaria	11.70	87.50	0.00	17.78
Dimensión dolor	95.70	100.00	0.00	20.25
Dimensión visión	15.52	50.00	0.00	17.75
Dimensión cognición	10.80	80.00	0.00	14.54
Dimensión comunicación	15.07	75.00	0.00	18.78
Dimensión sentimientos	6.91	83.33	0.00	5.80
Dimensión relaciones	9.68	83.33	0.00	15.23
Dimensión emociones	10.86	75.00	0.00	6.16
Dimensión sueño	8.15	83.33	0.00	10.15
Dimensión fatiga	15.12	66.67	0.00	15.02

Al analizar los datos descriptivos de las distintas dimensiones de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular, se observa una marcada variabilidad entre ellas. Por ejemplo, la dimensión dolor presenta la media más alta (95.70) y también el máximo más elevado (100.00), lo que sugiere que, en general, los pacientes reportan un nivel de dolor considerablemente alto, aunque existe dispersión dada su desviación típica de 20.25. En contraste, dimensiones como sentimientos (media: 6.91, desviación típica: 5.80) y movilidad (media: 7.91, desviación típica: 15.25) reflejan valores medios notablemente menores, lo que podría indicar mayores dificultades o limitaciones en estos aspectos específicos de la calidad de vida.

La dimensión de actividad de vida diaria muestra una media de 11.70 y una desviación típica relativamente alta (17.78), lo que evidencia diferencias importantes entre los pacientes respecto a su independencia funcional. Por su parte, dimensiones como visión (media: 15.52, desviación típica: 17.75), comunicación (media: 15.07, desviación típica: 18.78), cognición (media: 10.80, desviación típica: 14.54) y emociones (media: 10.86, desviación típica: 6.16) también presentan medias bajas, pero con variabilidad significativa, sugiriendo que algunas personas pueden experimentar afectaciones severas mientras otras mantienen mejores capacidades en estos ámbitos.

Finalmente, las dimensiones sueño (media: 8.15, desviación típica: 10.15) y fatiga (media: 15.12, desviación típica: 15.02) muestran que, aunque en promedio los valores son bajos, existe una amplia dispersión en las respuestas de los pacientes. En resumen, los resultados reflejan que las limitaciones en la movilidad, sentimientos, sueño y fatiga son áreas particularmente vulnerables, mientras que el dolor destaca como el síntoma más prevalente y homogéneo entre los participantes del estudio. Estos hallazgos subrayan la importancia de intervenciones multidimensionales para mejorar la calidad de vida en esta población.

Tabla 10

Correlación del nivel de independencia según las dimensiones de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

			Puntaje de Índice de Barthel
Rho de Spearman	Dimensión de Movilidad	Coeficiente de correlación	-.141*
		Sig. (bilateral)	.018
	Dimensión de Actividad de vida diaria	Coeficiente de correlación	.446
		Sig. (bilateral)	.442
	Dimensión dolor	Coeficiente de correlación	-.442**
		Sig. (bilateral)	.000
	Dimensión visión	Coeficiente de correlación	-.125*
		Sig. (bilateral)	.036
	Dimensión cognición	Coeficiente de correlación	.003
		Sig. (bilateral)	.957
	Dimensión comunicación	Coeficiente de correlación	-.048
		Sig. (bilateral)	.424
	Dimensión sentimientos	Coeficiente de correlación	-.583**
		Sig. (bilateral)	.000
	Dimensión relaciones	Coeficiente de correlación	-.102
	Sig. (bilateral)	.087	
Dimensión emociones	Coeficiente de correlación	-.218**	
	Sig. (bilateral)	.000	
Dimensión sueño	Coeficiente de correlación	-.154**	
	Sig. (bilateral)	.010	
Dimensión fatiga	Coeficiente de correlación	-.106	
	Sig. (bilateral)	.077	
	N		281

El análisis de las correlaciones de Spearman entre el puntaje del Índice de Barthel y las distintas dimensiones evaluadas revela una relación significativa en varias áreas. La dimensión de movilidad muestra una correlación negativa y significativa ($r = -0.141$, $p = 0.018$), lo que sugiere que, a mayor dificultad en movilidad, menor es la puntuación en el Índice de Barthel. De manera similar, la dimensión de dolor evidencia una correlación negativa moderada y altamente significativa ($r = -0.442$, $p <$

0.001), indicando que el aumento del dolor está asociado con una menor independencia funcional.

Por otro lado, se observa que la dimensión de sentimientos presenta la correlación negativa más fuerte con el Índice de Barthel ($r = -0.583$, $p < 0.001$), lo que implica que los problemas emocionales impactan considerablemente en la autonomía de los pacientes. Asimismo, las dimensiones de emociones ($r = -0.218$, $p < 0.001$), visión ($r = -0.125$, $p = 0.036$) y sueño ($r = -0.154$, $p = 0.010$) también muestran correlaciones negativas y significativas, aunque de menor magnitud, lo que apunta a que alteraciones en estos aspectos repercuten en la funcionalidad diaria.

En contraste, la dimensión de actividad de la vida diaria ($r = 0.046$, $p = 0.442$), cognición ($r = 0.003$, $p = 0.957$), comunicación ($r = -0.048$, $p = 0.424$), relaciones ($r = -0.102$, $p = 0.087$) y fatiga ($r = -0.106$, $p = 0.077$) no presentan correlaciones significativas con el Índice de Barthel, lo que sugiere que, en esta muestra, su influencia sobre la independencia funcional es limitada o no estadísticamente relevante.

Los resultados evidencian que las dimensiones relacionadas con el dolor, los sentimientos, las emociones, la movilidad, la visión y el sueño tienen un impacto significativo y negativo sobre la independencia funcional según el Índice de Barthel en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Esto resalta la importancia de considerar tanto los factores físicos como los emocionales y sensoriales en la rehabilitación integral de estos pacientes.

Tabla 11: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas según índice de Barthel en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de 2022-2025

		Índice de Barthel										p		
		Total		Grave		Moderada		Leve		Independiente			Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Edad	20 a 59	2	4.4%	4	8.9%	4	8.9%	17	37.8%	18	40.0%	45	100.0%	0.000
	60 a 69	3	4.3%	8	11.4%	6	8.6%	32	45.7%	21	30.0%	70	100.0%	
	70 a 79	10	10.2%	8	8.2%	13	13.3%	60	61.2%	7	7.1%	98	100.0%	
	80 a más	16	23.5%	8	11.8%	14	20.6%	30	44.1%	0	0.0%	68	100.0%	
Sexo	Masculino	18	10.0%	18	10.0%	25	13.9%	87	48.3%	32	17.8%	180	100.0%	0.841
	Femenino	13	12.9%	10	9.9%	12	11.9%	52	51.5%	14	13.9%	101	100.0%	
Estado Civil	Casado	10	6.1%	14	8.6%	19	11.7%	97	59.5%	23	14.1%	163	100.0%	0.000
	Conviviente	1	5.0%	2	10.0%	2	10.0%	7	35.0%	8	40.0%	20	100.0%	
	Soltero	4	7.5%	5	9.4%	7	13.2%	23	43.4%	14	26.4%	53	100.0%	
	Viudo	16	35.6%	7	15.6%	9	20.0%	12	26.7%	1	2.2%	45	100.0%	
Convivencia	Asilo	1	11.1%	3	33.3%	1	11.1%	3	33.3%	1	11.1%	9	100.0%	0.037
	Familia	27	11.2%	22	9.1%	36	14.9%	122	50.4%	35	14.5%	242	100.0%	
	Otros fa	2	9.1%	3	13.6%	0	0.0%	8	36.4%	9	40.9%	22	100.0%	
	Solo	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	6	75.0%	1	12.5%	8	100.0%	
Nivel Educativo	Escolar	20	12.6%	21	13.2%	24	15.1%	75	47.2%	19	11.9%	159	100.0%	0.001
	Ninguno	5	33.3%	3	20.0%	0	0.0%	6	40.0%	1	6.7%	15	100.0%	
	Superior	6	5.6%	4	3.7%	13	12.1%	58	54.2%	26	24.3%	107	100.0%	

Ocupación	Oficio	8	7.7%	13	12.5%	8	7.7%	52	50.0%	23	22.1%	104	100.0%	0.043
	Sin ocupación	23	13.0%	15	8.5%	29	16.4%	87	49.2%	23	13.0%	177	100.0%	
Nivel Socioeconómico	<900	4	11.4%	8	22.9%	4	11.4%	17	48.6%	2	5.7%	35	100.0%	0.000
	>2000	2	6.9%	1	3.4%	3	10.3%	9	31.0%	14	48.3%	29	100.0%	
	900-2000	25	11.5%	19	8.8%	30	13.8%	113	52.1%	30	13.8%	217	100.0%	
Apoyo Familiar	No	3	12.0%	4	16.0%	1	4.0%	13	52.0%	4	16.0%	25	100.0%	0.589
	Si	28	10.9%	24	9.4%	36	14.1%	126	49.2%	42	16.4%	256	100.0%	
Número de hijos	Ninguno	0	0.0%	1	4.5%	2	9.1%	12	54.5%	7	31.8%	22	100.0%	0.001
	1 a 2 hijos	11	7.0%	18	11.5%	18	11.5%	84	53.5%	26	16.6%	157	100.0%	
	3 a 5 hijos	17	19.3%	4	4.5%	16	18.2%	39	44.3%	12	13.6%	88	100.0%	
	6 a más	3	21.4%	5	35.7%	1	7.1%	4	28.6%	1	7.1%	14	100.0%	
Creencia religiosa	Adventista	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	3	60.0%	1	20.0%	5	100.0%	0.701
	Católico	27	10.6%	26	10.2%	34	13.4%	125	49.2%	42	16.5%	254	100.0%	
	Cristiano	3	23.1%	1	7.7%	0	0.0%	6	46.2%	3	23.1%	13	100.0%	
	Evangélico	1	14.3%	0	0.0%	2	28.6%	4	57.1%	0	0.0%	7	100.0%	
	Ninguno	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
Número de comorbilidades	1 comorbilidad	3	6.0%	3	6.0%	4	8.0%	26	52.0%	14	28.0%	50	100.0%	0.004
	2 o mas	27	12.0%	25	11.1%	33	14.7%	112	49.8%	28	12.4%	225	100.0%	
	Ninguna	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	4	66.7%	6	100.0%	
Terapia Física y Rehabilitación	No	17	16.5%	12	11.7%	18	17.5%	44	42.7%	12	11.7%	103	100.0%	0.028
	Si	14	7.9%	16	9.0%	19	10.7%	95	53.4%	34	19.1%	178	100.0%	
	Total	31	11.0%	28	10.0%	37	13.2%	139	49.5%	46	16.4%	281	100.0%	

El análisis del Índice de Barthel según las variables sociodemográficas y clínicas revela diferencias estadísticamente significativas en varios grupos, lo que permite identificar factores asociados al nivel de independencia funcional en pacientes post-ECV.

En cuanto a la **edad** ($p=0.000$), se observa que los pacientes más jóvenes (20-29 años) presentan mayores porcentajes de independencia (40%), mientras que en los mayores de 80 años predomina la dependencia grave (23.5%) y ningún paciente es independiente. Este patrón sugiere una disminución progresiva de la funcionalidad con el envejecimiento.

El **estado civil** muestra una fuerte asociación ($p=0.000$). Los viudos presentan el mayor porcentaje de dependencia grave (35.6%) y el menor de independencia (2.2%), mientras que los convivientes y casados alcanzan porcentajes más altos de independencia funcional, lo que sugiere que el apoyo social y familiar puede influir positivamente en la recuperación.

El **nivel socioeconómico** es otro factor significativo ($p = 0,000$): los pacientes con ingresos superiores a 2000 presentan el mayor porcentaje de independencia (48,3%), mientras que aquellos pertenecientes a los rangos de menores ingresos evidencian mayores proporciones de dependencia moderada y grave, así como menores niveles de independencia funcional. Estos hallazgos sugieren que las limitaciones económicas podrían influir negativamente en el acceso oportuno a servicios de salud, rehabilitación y recursos de apoyo, condicionando un mayor grado de dependencia tras un evento cerebrovascular.

El **nivel educativo** también es relevante ($p=0.001$): quienes alcanzaron educación superior muestran mayor porcentaje de independencia (24.3%) y menor de dependencia grave (5.6%), contrastando con quienes no tienen estudios, donde la dependencia grave es mucho mayor (33.3%). Esto podría estar relacionado con el acceso a recursos, mejor

comprensión del proceso de rehabilitación y estilos de vida más saludables.

El **número de hijos** sí resultó significativo ($p=0.001$): quienes no tienen hijos o tienen pocos (1-2) presentan mayor independencia (31.8% y 16.6% respectivamente), mientras que quienes tienen más hijos muestran mayores grados de dependencia, lo que podría relacionarse con la sobrecarga familiar o la edad avanzada.

El **número de comorbilidades** es relevante ($p=0.004$): los pacientes sin comorbilidades presentan la mayor independencia (66.7%), mientras que, a mayor número de comorbilidades, aumenta la dependencia grave y disminuye la independencia, reflejando el impacto de la multimorbilidad en la recuperación. Asimismo, se observó que el 64,1% de los pacientes ($n=180$) presentó otras comorbilidades adicionales, lo que evidencia una elevada carga de multimorbilidad en esta población.

Respecto a la **terapia física y rehabilitación** se asoció de manera significativa con el nivel de independencia funcional ($p = 0,028$). Los pacientes que recibieron intervención rehabilitadora mostraron mayores porcentajes de independencia (19,1%) y menor proporción de dependencia grave (7,9%) en comparación con aquellos que no accedieron a este tipo de tratamiento, lo que resalta la relevancia de la fisioterapia dentro del proceso de recuperación post-ECV.

En relación con la **convivencia** ($p=0.037$), los pacientes que viven en familia o con otros familiares presentan mayores porcentajes de independencia (14.5% y 40.9% respectivamente), mientras que quienes residen en asilos o viven solos tienen mayores niveles de dependencia, lo que refuerza la importancia del entorno familiar en la rehabilitación.

En cuanto a la **ocupación** ($p=0.043$), quienes tenían un oficio o empleo presentan mayor independencia (22.1%) comparado con quienes no tenían ocupación, quienes muestran mayor dependencia grave (13%).

Esto puede estar vinculado con la actividad física, integración social y autoestima previas al ECV.

Respecto al **sexo**, no se identifican diferencias significativas ($p=0.841$): tanto hombres como mujeres presentan proporciones similares de independencia y dependencia en los distintos niveles, lo que indica que el género no es un factor determinante en la funcionalidad tras un ECV en esta muestra.

El **apoyo familiar** no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.589$), aunque quienes cuentan con apoyo familiar tienen porcentajes levemente superiores de independencia funcional.

La **creencia religiosa** no evidenció una relación significativa con el nivel de independencia funcional ($p=0.701$).

Así en general, variables como la edad, estado civil, convivencia, nivel educativo, ocupación, nivel socioeconómico, número de hijos, comorbilidades y acceso a rehabilitación muestran una influencia significativa sobre el nivel de independencia funcional de los pacientes post-ECV, mientras que el sexo, el apoyo familiar y la creencia religiosa no presentan asociaciones relevantes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje integral y personalizado en la rehabilitación, considerando factores sociales, económicos y clínicos para optimizar la recuperación y calidad de vida de los pacientes.

DISCUSIÓN

Estudiar la calidad de vida en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ECV) es fundamental porque permite comprender el impacto real de la enfermedad más allá de los aspectos clínicos y funcionales. Evaluar la calidad de vida ayuda a identificar las áreas donde los pacientes enfrentan mayores limitaciones, como el dolor, la movilidad y los aspectos emocionales, facilitando el diseño de intervenciones personalizadas que promuevan una recuperación integral. Además, este enfoque contribuye a optimizar los programas de rehabilitación y a mejorar la toma de decisiones clínicas, orientando los recursos hacia las necesidades más relevantes para los pacientes y sus familias.

La importancia de este estudio radica en que, al considerar tanto los factores físicos como los psicosociales y emocionales, se logra una visión más completa del proceso de recuperación, lo que favorece una mejor adaptación y calidad de vida a largo plazo. De este modo, se refuerza la necesidad de implementar estrategias multidisciplinarias que aborden las diversas dimensiones que afectan la vida diaria de quienes han experimentado un ECV.

Evaluar el nivel de independencia en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular es crucial para entender su capacidad de realizar actividades cotidianas y determinar el grado de apoyo necesario en la vida diaria. Este análisis permite identificar aquellos aspectos en los que los pacientes requieren mayor asistencia y orientar las intervenciones de rehabilitación hacia la mejora de su autonomía, lo que repercute directamente en su calidad de vida y bienestar emocional.

El análisis de la distribución anual de casos de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el periodo 2022-2025 revela una tendencia general al

aumento, con una disminución puntual en 2024, fenómeno que puede estar influido por factores epidemiológicos, demográficos o cambios en los patrones de referencia hospitalaria. Este comportamiento coincide con reportes internacionales que describen variaciones interanuales en la incidencia de ECV, frecuentemente asociadas a fluctuaciones poblacionales, cambios en los estilos de vida y el acceso a servicios de salud (Feigin et al., 2017; Johnson et al., 2019) (15,17). Estas fluctuaciones pueden también relacionarse con modificaciones en los patrones de referencia hospitalaria o en la captación de casos.

En cuanto a las características sociodemográficas, la predominancia de adultos mayores, especialmente entre 70 y 79 años, confirma que la edad avanzada constituye uno de los principales determinantes tanto del evento cerebrovascular como de la posterior dependencia funcional, Lo cual coincide con lo descrito por diversas investigaciones que señalan una disminución progresiva de la reserva funcional con el envejecimiento. (Benjamin et al., 2019; Feigin et al., 2017)(15,17).

La mayor proporción de pacientes masculinos (64,1%) concuerda con estudios de cohorte que reportan mayor incidencia de ECV en hombres (Johnson et al., 2019), aunque algunos autores *Guevara.etal, 2022* y *O'Donnell.etal,2016* han señalado que las mujeres tienden a presentar peor pronóstico funcional en edades más avanzadas. (14,15) En esta investigación, el sexo no mostró asociación significativa con la independencia funcional, lo que sugiere que, en esta población, otros factores podrían tener mayor peso en la recuperación.

El estado civil y la convivencia evidenciaron asociación significativa con la funcionalidad. Los pacientes viudos presentaron mayores niveles de dependencia, mientras que quienes convivían con pareja o familiares

mostraron mejores niveles de independencia. Estos hallazgos respaldan lo señalado por *Marcassoli et al. (2019)* y *Abdulrahman (2020)*, quienes destacan el papel protector del soporte social en la rehabilitación (35,42). Sin embargo, el apoyo familiar como variable aislada no alcanzó significancia estadística en este estudio, lo que sugiere que la calidad del apoyo podría ser más determinante que su sola presencia, aspecto que merece mayor exploración en futuras investigaciones.

El nivel educativo, la ocupación y el nivel socioeconómico demostraron una influencia significativa sobre la independencia funcional. Los pacientes con mayor escolaridad y mejores ingresos mostraron mayores porcentajes de autonomía. Estos resultados coinciden con lo reportado por *Kowalczyk y Zawadzka (2019)* y *otros autores (3,22,33)*, quienes señalan que el nivel educativo facilita la adherencia terapéutica y la comprensión del proceso de rehabilitación. Asimismo diversas investigaciones realizadas por *Melo y Olivera (2021)*, *Jimenez.etal(2023)* han señalado que la condición socioeconómica constituye un factor determinante en el acceso oportuno a servicios especializados y en los resultados posteriores a un episodio de ECV influyendo directamente en la calidad de vida y el proceso de recuperación funcional (*Abdulrahman, 2020*). Lo que sugiere que las limitaciones económicas podrían restringir la continuidad terapéutica y el acceso a recursos de apoyo, incrementando el riesgo de dependencia.

Respecto al número de hijos, se observó asociación con mayores grados de dependencia. Se observó que los pacientes con mayor cantidad de hijos presentaron niveles más elevados de dependencia, lo que podría estar relacionado con factores como la mayor edad, dinámicas familiares complejas o posibles situaciones de sobrecarga en el entorno del cuidado. Estos hallazgos coinciden con reportes previos de *Hartley, Burger (2022)*

y *Fernández, Vélez (2023)* que sugieren que determinadas características del núcleo familiar pueden influir en el proceso de recuperación y en la calidad de vida posterior al ECV (20,31). En este contexto, resulta fundamental considerar la estructura y dinámica familiar dentro del abordaje terapéutico, ya que el entorno social puede desempeñar un papel relevante en la evolución funcional y en el grado de autonomía alcanzado por el paciente.

En el presente estudio, la multimorbilidad evidenció una asociación significativa con el nivel de independencia funcional ($p = 0,004$), confirmando su impacto en la evolución post-ECV en un 80.1%. Se observó que los pacientes sin comorbilidades alcanzaron mayores niveles de independencia (66,7%), mientras que el incremento en el número de patologías concomitantes se relacionaron con un aumento progresivo de la dependencia moderada y grave. Estos hallazgos reflejan cómo la coexistencia de enfermedades crónicas complejiza el cuadro clínico y limita el potencial de recuperación funcional. Entre las más frecuentes destacó la hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular, condiciones ampliamente reconocidas como factores de riesgo y agravantes del evento cerebrovascular. Otras patologías como enfermedad renal crónica, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infarto agudo de miocardio también estuvieron presentes, aunque en menor proporción. Estos resultados guardan coherencia con la literatura científica, que señala que la presencia simultánea de múltiples enfermedades crónicas especialmente hipertensión arterial, diabetes y fibrilación auricular, no solo incrementa el riesgo de ECV, sino que también se asocia con mayor severidad del evento y peor pronóstico funcional (*Benjamin et al., 2019*)(20,30). En particular, la alta prevalencia de hipertensión arterial encontrada en esta muestra reafirma su rol como principal factor asociado y resalta la necesidad de fortalecer las

estrategias de prevención secundaria y el control integral de comorbilidades como parte esencial del abordaje rehabilitador.

En relación con la rehabilitación, los resultados del presente estudio evidencian que los pacientes que recibieron terapia física alcanzaron mayores niveles de independencia funcional, lo que respalda el papel fundamental de la intervención fisioterapéutica en el proceso de recuperación post-ECV. Este hallazgo es concordante con la literatura internacional realizada por *Santos et al., 2021; Sarmiento et al., 2020,(10,37,40)* la cual destaca que la rehabilitación multidisciplinaria, especialmente cuando se inicia de manera temprana y se mantiene en el tiempo, se asocia con mejores desenlaces funcionales y mayor autonomía en las actividades de la vida diaria. Al analizar la intensidad del tratamiento, se observó que el 31,5% de los pacientes recibió más de 20 sesiones de rehabilitación, seguido del 26,4% que accedió a entre 11 y 20 sesiones. Un 23,0% recibió entre 6 y 10 sesiones, mientras que el 19,1% solo completó entre 1 y 5 sesiones. Estos datos muestran que, si bien una proporción importante de la muestra accedió a procesos terapéuticos prolongados, aún persiste un grupo considerable con una exposición limitada a la rehabilitación, lo cual podría condicionar menores niveles de recuperación funcional y afectar la calidad de vida posterior al evento. Asimismo, aunque el 63,3% de los pacientes recibió algún tipo de rehabilitación, la existencia de un porcentaje que no accedió o que recibió un número reducido de sesiones pone en evidencia la necesidad de fortalecer la cobertura, continuidad y adherencia a los programas terapéuticos, garantizando intervenciones sostenidas que optimicen los resultados funcionales a largo plazo.

El análisis del Índice de Barthel mostró predominio de dependencia leve (49,5%), aunque persiste un porcentaje relevante con dependencia

moderada y grave. Sin embargo, un 16,4% logra independencia total. Estos resultados son similares a los reportados en estudios realizados por *Rufaza,etal.,(1997)*, *Loyola,etal.,(2022)* y *Solis.etal,(2005)*, donde la mayoría de los pacientes conserva cierto grado de autonomía, pero con limitaciones que afectan su desempeño en actividades básicas de la vida diaria. (27,34,54).

En cuanto a la calidad de vida, se observa una marcada variabilidad entre las dimensiones evaluadas. El dolor destaca como el síntoma más prevalente y homogéneo (media: 95,7), además se evidenció afectación significativa en dimensiones como movilidad, sentimientos, emociones y sueño. Resaltan en diversos estudios la importancia de considerar no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y sensoriales en la evaluación integral de los pacientes con ECV. (*Stolwyk. etal (2024)*,*Fernandez, etal.(2023)*, *Badia(2004)*)(29,31,41,43).

Las correlaciones negativas entre estas dimensiones y el Índice de Barthel indican que mayores dificultades físicas y emocionales se asocian con menor independencia funcional. Finalmente, el análisis de correlación entre el Índice de Barthel y las dimensiones de calidad de vida revela asociaciones negativas y significativas especialmente con dolor, sentimientos, emociones, movilidad, visión y sueño. Este hallazgo coincide con investigaciones que resaltan la interacción entre el estado físico y el bienestar emocional en la recuperación post-ECV (*Salselas.etal, 2021*,*Fernandez.etal,2023*, *WHOQOL(2024)*) (10,31,41). La ausencia de correlación significativa en dimensiones como cognición, comunicación y relaciones sugiere que su influencia podría estar mediada por factores individuales o contextuales no explorados en profundidad en este estudio. En suma, los resultados de este estudio refuerzan la relevancia de los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales en la recuperación y calidad de vida de pacientes post-ECV, y respaldan la recomendación de

implementar programas integrales de rehabilitación que aborden tanto las limitaciones físicas como las emocionales y sociales.

El presente estudio, al haber adoptado un diseño observacional analítico de corte transversal y carácter ambispectivo, permite identificar asociaciones entre la calidad de vida y el grado de dependencia funcional en pacientes con enfermedad cerebrovascular; sin embargo, no posibilita establecer relaciones de causalidad entre dichas variables. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse como asociaciones observadas en un momento determinado del tiempo, sin poder afirmar que la dependencia funcional constituya una causa directa del deterioro en la calidad de vida.

Asimismo, deben considerarse posibles fuentes de sesgo. En primer lugar, podría existir sesgo de selección, dado que el estudio se realizó en un único establecimiento de salud e incluyó exclusivamente a pacientes sobrevivientes que acudieron al servicio durante el período evaluado. La exclusión de pacientes fallecidos podría generar un sesgo de supervivencia, limitando la representación de los casos clínicamente más graves y condicionando la extrapolación de los resultados a otras poblaciones o contextos asistenciales.

En relación con el proceso muestral, se empleó un muestreo censal, incluyendo a la totalidad de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, por lo que no se realizó un cálculo previo del tamaño de muestra. Si bien el número de participantes resultó adecuado para el análisis estadístico efectuado, la ausencia de una estimación muestral inicial constituye una consideración metodológica relevante.

Otra limitación importante se vincula con la fuente de información. Parte de los datos clínicos y sociodemográficos fueron obtenidos de historias clínicas, las cuales pueden presentar registros incompletos o variabilidad

en la calidad del registro. Asimismo, aunque se utilizaron instrumentos validados como el Índice de Barthel y el New-SQOL, en algunos casos las encuestas fueron respondidas por familiares o cuidadores, lo que podría introducir sesgo de información debido a diferencias en la percepción del estado funcional, emocional o del dolor. Del mismo modo, variables como el dolor, los sentimientos y las emociones se basan en la autopercepción del paciente, susceptible de influencia por factores subjetivos, culturales y emocionales no controlados en el estudio.

Finalmente, al tratarse de un diseño ambispectivo que combinó información retrospectiva con datos recolectados en el periodo actual, no fue posible controlar de manera homogénea todas las variables clínicas ni el tiempo exacto de evolución post-ECV, lo cual podría haber contribuido a la variabilidad observada en los resultados. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones adopten diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución temporal de la calidad de vida y la dependencia funcional, así como establecer con mayor precisión posibles relaciones causales entre ambas variables.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que la calidad de vida se relaciona de manera significativa con el grado de dependencia funcional en pacientes con ECV, evidenciándose correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre el Índice de Barthel y las dimensiones de sentimientos, dolor, emociones, movilidad, visión y sueño, siendo la dimensión de sentimientos la de mayor impacto. Estos resultados demuestran que el deterioro emocional, físico y sensorial se asocia con una menor independencia funcional, mientras que otras dimensiones como cognición, comunicación, relaciones, fatiga y actividades de la vida diaria no mostraron asociación significativa en esta población.
2. La población estudiada estuvo conformada predominantemente por adultos mayores, especialmente entre 70 y 79 años, con alta carga de multimorbilidad, siendo la hipertensión arterial la comorbilidad más frecuente. La edad avanzada, el número de comorbilidades y el nivel socioeconómico mostraron una asociación significativa con mayores grados de dependencia funcional, confirmando su impacto en la evolución post-ECV.
3. En cuanto a la calidad de vida, se evidenció un deterioro importante en dimensiones como dolor, movilidad, sentimientos, emociones, sueño y fatiga, las cuales presentaron correlaciones negativas y significativas con el Índice de Barthel, demostrando que estas dimensiones influyen directamente en la autonomía y funcionalidad del paciente post-ECV.
4. Respecto a la independencia funcional, la mayoría de los pacientes presentó dependencia leve, aunque persiste un porcentaje relevante con dependencia moderada y grave, especialmente en actividades como subir y bajar escaleras, uso del retrete, baño y

arreglo personal, lo que limita el autocuidado y la vida independiente.

5. Se estableció que el acceso a rehabilitación física se asocia significativamente con mayores niveles de independencia funcional y menor dependencia grave, evidenciando que la rehabilitación constituye un factor clave en la recuperación post-ECV. En conjunto, los hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones integrales, multidisciplinarias y personalizadas que aborden tanto los aspectos funcionales como los físicos, emocionales y sociales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos obtenidos en este estudio, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a optimizar la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes post-ECV:

- Fortalecer la atención integral del paciente con ECV, priorizando a los adultos mayores atendidos,, mediante programas geriátricos personalizados que integren rehabilitación temprana, seguimiento continuo y control de comorbilidades, considerando que la mayor proporción de casos se concentra en personas de 70 a 79 años (34,9%) y mayores de 80 años (24,2%).
- Implementar un programa estructurado de manejo integral de comorbilidades en pacientes post-ECV, priorizando el control estricto de la hipertensión arterial (75,8%), así como el seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (33,8%) y la fibrilación auricular (26,3%), incorporando monitoreo clínico periódico, adherencia farmacológica supervisada, educación al paciente y su familia, y una coordinación interdisciplinaria entre los servicios de salud.
- Incorporar de manera sistemática la evaluación de la calidad de vida en la atención rutinaria, utilizando instrumentos validados, con especial énfasis en las dimensiones más afectadas identificadas en el estudio: dolor, movilidad, sentimientos, sueño y fatiga, a fin de detectar oportunamente su impacto negativo sobre la independencia funcional y orientar intervenciones más integrales.
- Fortalecer los programas de rehabilitación integral y multidisciplinaria, asegurando el acceso equitativo y la continuidad de la rehabilitación física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y apoyo psicológico, especialmente en pacientes con mayor grado

de dependencia funcional, promoviendo la adherencia terapéutica, la autonomía y la reintegración social.

- Fomentar el fortalecimiento institucional, la capacitación continua del personal de salud y el desarrollo de redes de apoyo, incentivando la investigación sobre factores psicosociales y familiares, el respaldo de políticas públicas orientadas a la prevención y rehabilitación del ECV, y la participación activa de pacientes y familiares, con el fin de mejorar de manera sostenible la calidad de vida y funcionalidad de esta población..
- Promover y desarrollar futuras investigaciones orientadas al estudio del dolor en el adulto mayor post-Enfermedad Cerebrovascular, considerando no solo su intensidad, sino también la autopercepción del dolor, su impacto emocional y su relación con el grado de dependencia funcional y la calidad de vida. Asimismo, se sugiere profundizar en el manejo integral del dolor, analizando su interacción con comorbilidades a fin de generar evidencia que permita diseñar intervenciones terapéuticas más personalizadas, multidisciplinarias y culturalmente pertinentes, que contribuyan a mejorar la funcionalidad, el bienestar y la autonomía del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fandos TB. Revisión actualizada sobre enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. *Nursing (Lond)*. 1 de marzo de 2003;21(3):45-57.
2. BOLETÍN-EPIDEMIOLOGICO-8.pdf [Internet]. [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOLOGICO-8.pdf>.
3. Kowalczyk B, Zawadzka B. Lifestyle and Quality of Life in Working-Age People after Stroke. *Acta Clin Croat*. 1 de marzo de 2020;59:30-6.
4. Landeo Knox AC, Palomino Chuquivilca E, Niquen Jimenez MM. Cambios en la calidad de vida y sus factores asociados en pacientes después de un accidente cerebrovascular en tres hospitales de tercer nivel de atención en Lima: estudio de cohorte a 6 meses de seguimiento. *Changes in the quality of life and its associated factors in patients after a stroke event in three third-care hospitals in Lima: a 6-month follow-up cohort study* [Internet]. 2022 [citado 15 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12199>.
5. Arias Cuadrado Á. Rehabilitación del ECV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*. 2009;70(3):25-40.
6. Paixão Teixeira C, Silva LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enferm Glob*. febrero de 2009;(15):0-0.
7. Mayores IN de las PA. gov.mx. [citado 15 de mayo de 2024]. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable>.
8. Heikinheimo T, Chimbayo D. Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi. *Malawi Med J J Med Assoc Malawi*. junio de 2015;27(2):50-4.
9. Pacheco Rios SE. Calidad de vida en el adulto con accidente cerebrovascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017. 2019 [citado 15 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/2894>.
10. Salselas SCSB, López-Espuela F, Almendra Gomes MJ, Preto LSR, Rico-Martin S. Neurorehabilitación y su impacto en el estado

funcional en pacientes que han sufrido un ictus. Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica. 1 de enero de 2021;53:8-15.

11. International Journal of Stroke | World Stroke Organization [Internet]. [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.world-stroke.org/publications-and-resources/international-journal-of-stroke>.
12. Editores V. Neurología [Internet]. [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://neurologia.com/noticia/9341/noticia/9341/la-mortalidad-por-ictus-aumentara-un-50-en-el-2050-provocando-unos-10-millones-de-fallecimientos>.
13. Arriagada ED. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con ECV residentes en centros de larga estadía (1). Estud Sobre Calid Vida En Pacientes Con Accid Cerebrovasc Resid En Cent Larga Estadía Ciudad Punta Arenas Chile Durante El Periodo Septiembre - Noviembre 2014 [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 15 de mayo de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/44427092/Estudio_sobre_la_calidad_de_vida_en_pacientes_con_ECV_residentes_en_centros_de_larga_estad%C3%ADa_1_.
14. Guevara BIM, Martínez VR, Chable LEG, Fuentes DAO, Martínez SM. Independencia en pacientes con antecedente de una enfermedad vascular cerebral. 2022.
15. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet Lond Engl. 20 de agosto de 2016;388(10046):761-75.
16. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;399-405.
17. Wang W, Jiang B, Sun H, Ru X, Sun D, Wang L, et al. Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in China: Results from a Nationwide Population-Based Survey of 480 687 Adults. Circulation. 21 de febrero de 2017;135(8):759-71.
18. Arellano M, Miralles R. El paciente anciano con un ictus. Med Integral. 1 de diciembre de 2002;40(10):446-59.

19. López AMM, Carralero WJR, Assa ARP. Complicaciones de la enfermedad cerebrovascular isquémica. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. 21 de octubre de 2022;26(5):5355.
20. Hartley T, Burger M, Inglis-Jassiem G. Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study. *Afr J Disabil*. 26 de enero de 2022;11:947.
21. Lee EY, Sohn MK, Lee JM, Kim DY, Shin YI, Oh GJ, et al. Changes in Long-Term Functional Independence in Patients with Moderate and Severe Ischemic Stroke: Comparison of the Responsiveness of the Modified Barthel Index and the Functional Independence Measure. *Int J Environ Res Public Health*. 4 de agosto de 2022;19(15):9612.
22. Melo LP, Oliveira DC, Dantas AATSG, Silva Júnior RA, Ribeiro TS, Campos TF. Predictive factors of functional independence in basic activities of daily living during hospitalization and after discharge of stroke patients. *Brain Inj*. 5 de enero de 2021;35(1):26-31.
23. González-Santos J, Rodríguez-Fernández P, Pardo-Hernández R, González-Bernal JJ, Fernández-Solana J, Santamaría-Peláez M. A. Cross-Sectional Study: Determining Factors of Functional Independence and Quality of Life of Patients One Month after Having Suffered a Stroke. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de enero de 2023;20(2):995.
24. Ogwumike OO, Omoregie AA, Dada OO, Badaru UM. Quality of life of stroke survivors: A cross-sectional study of association with functional independence, self-reported fatigue and exercise self-efficacy. *Chronic Illn*. septiembre de 2022;18(3):599-607.
25. Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke*. diciembre de 2010;41(12):2932-7.
26. Buck D, Jacoby A, Massey A, Steen N, Sharma A, Ford GA. Development and validation of NEWSQOL, the Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure. *Cerebrovasc Dis Basel Switz*. 2004;17(2-3):143-52.
27. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. marzo de 1997;71(2):127-37.
28. Choksi D, Craven M, McVeigh T, Mallick A, Ranman T, Kourkoulis C, et al. Coherence of Stroke Survivors' Lived Experiences and the

Stroke-Specific Quality of Life Scale. *JAMA Netw Open*. 17 de octubre de 2025;8(10):e2537951.

29. Stolwyk RJ, Mihaljcic T, Wong DK, Hernandez DR, Wolff B, Rogers JM. Post-stroke Cognition is Associated with Stroke Survivor Quality of Life and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. diciembre de 2024;34(4):1235-64.
30. Marcassoli A, Guastafierro E, Toppo C, Leonardi M, Bersano A, Boncoraglio G, et al. Psychosocial factors as main predictors of quality of life 5 years after stroke: a cross-sectional study from a third-level Italian center. *Int J Rehabil Res*. junio de 2023;46(2):151.
31. Fernández-Solana J, Gonzáles-Bernal JJ, Vélez-Santamaría R. La influencia del nivel de funcionalidad y dependencia post-ictus sobre la calidad de vida de los pacientes. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol*. 12 de julio de 2023;2(1):213-20.
32. Tomalá-Carlos AA. Capacidad funcional en adultos mayores post accidente cerebrovascular en el Programa «Somos Vida» Santa Elena 2023 [Internet] [Tesis]. [La Libertad]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/709ea1c1-b70a-4b3e-980b-b770c5b6c345/content>
33. Jimenez Yeng LA. Quality of life and spasticity in adult post-stroke patients in a hospital in Lima - 2022. Tesis [Internet]. 22 de junio de 2023 [citado 8 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9948>
34. Loyola Zevallos JC. Síntomas emocionales y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en el hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2022. Tesis [Internet]. 23 de septiembre de 2022 [citado 8 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7935>
35. Alshahrani AM. Quality of life and social support: Perspectives of Saudi Arabian stroke survivors. *Sci Prog*. 2020;103(3):36850420947603.
36. Zhang Q, Zhang Z, Huang X, Zhou C, Xu J. Application of Logistic Regression and Decision Tree Models in the Prediction of Activities of Daily Living in Patients with Stroke. *Neural Plast*. 2022;2022:9662630.
37. Sarmiento Banrezes Salselas SC, López-Espuela F, Almendra-Gomes MJ, São Romão Preto L, Rico-Martin S. Neurorehabilitation and its

impact on functional status in patients who have suffered a stroke. Rev Científica Soc Enferm Neurológica Engl Ed. 1 de enero de 2021;53:8-15.

38. Anicama-Hernández Á, 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 Méd Panacea. 2012;45-9.
39. Colqui Leon SR, Soria Vidal DK. Nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital nacional de Lima, 2018. Univ Priv Norbert Wien [Internet]. 28 de febrero de 2019 [citado 15 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2922>.
40. Santos Rondón KE. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular tipo hemiplejico post tratamiento fisioterapeutico en un hospital de rehabilitacion de Lima, periodo enero a junio del 2017. Tesis [Internet]. 11 de abril de 2018 [citado 8 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/1787>
41. WHOQOL. Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
42. Hernández E, Salazar J. Calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular evaluados en un hospital venezolano. Quality of life in patients with stroke evaluated in a Venezuelan hospital. Revecuatneurolog - Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2020 [citado 8 de febrero de 2026];29. Disponible en: https://revecuatneurolog.com/magazine_issue_article/calidad-vida-pacientes-enfermedad-cerebrovascular-evaluados-hospital-venezolano-quality-life-patients-stroke-evaluated-venezuelan-hospital/
43. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterol Hepatol. 2 de marzo de 2004;27:2-6.
44. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. julio de 2009;41(7):411-6.
45. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm. diciembre de 2003;9(2):09-21.

46. Soto-Vidal C, Pacheco-da-Costa S, Calvo-Fuente V, Fernández-Guinea S, González-Altad C, Gallego-Izquierdo T. Validation of the Spanish Version of Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL). *Int J Environ Res Public Health*. junio de 2020;17(12):4237.
47. Guerra LEP, Flores OR, García MEL, Fernández MS, Arboláez LEA, Méndez CIM. Conocimientos de accidentes cerebrovasculares y sus factores de riesgo en adultos mayores. *Acta Médica Cent*. 6 de enero de 2022;16(1):69-78.
48. Vásquez Cáceres AM. Calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en fisionorte, Trujillo – Peru, 2021. *Repos Inst-Wien* [Internet]. 19 de noviembre de 2021 [citado 15 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5834>.
49. Kalani Z, Ebrahimi S, Fallahzadeh H. Effects of the liaison nurse management on the infectious stroke complications: a randomized controlled trial. *BMC Nurs*. 20 de enero de 2022;21(1):29.
50. Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA, Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*. 2019;30(4):163-6.
51. Osorio-Castaño JH, García-Carvajal JP, Gutierrez-Londoño M. Independencia funcional en la recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardiaca. *Rev Cienc Cuid*. 1 de mayo de 2019;16(2):83-94.
52. EsSalud W. EsSalud Tacna mejora servicios de salud en el Hospital III Daniel Alcides Carrión | EsSalud [Internet]. [citado 8 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/essalud-tacna-mejora-servicios-de-salud-e-n-el-hospital-iii-daniel-alcides-Carrión/>
53. Soto-Vidal C, Pacheco-da-Costa S, Calvo-Fuente V, Fernández-Guinea S, González-Altad C, Gallego-Izquierdo T. Validation of the Spanish Version of Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL). *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2020;17(12):4237.
54. Solís CLB, Arrijoja SG, Manzano AO. Índice de Barthel (IB). Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast Restaur Neurológica*. 2005;4(1-2):81-5.

55. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos.*. Rev Médica Hered [Internet]. 1993 [citado 8 de febrero de 2026];4(3). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....,
con número de DNI....., de nacionalidad
....., mayor de edad, declaro que he sido informado
sobre el trabajo de investigación “Calidad de vida y grado de dependencia
funcional en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el
Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrión de Tacna en el período de
2022-2025” y voluntariamente acepto participar en el estudio
respondiendo al llenado de la ficha de recolección de datos, realizando la
encuesta descrita y/o verbal , permitiendo a los investigadores usar el
contenido para el análisis posterior e interpretación de los resultados.
Estoy en pleno conocimiento de que la información obtenida será
absolutamente confidencial y que no aparecerá mi nombre ni mis datos
personales en la publicación posterior de resultados de la investigación ya
descrita. Sé que la decisión de participar en esta investigación es
absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez
iniciada la investigación, no deseo proseguir, puedo hacerlo sin
problemas. Desde ya le agradecemos su participación. De acuerdo a lo
expuesto, como expresión de mi voluntad firmo este consentimiento.

Firma:

Tacna de del

ANEXO 2

INSTRUMENTOS

Tabla N°1: Newcastle stroke-specific quality of life measure”
(New-SQOL) versión española.

NEWS QOL		Puntaje
Movilidad (0-27) : 9 ítems	¿Se desplaza en silla de ruedas?	No: 0 Puntualmente: 1 Algunas veces: 2 Siempre: 3
	¿Tiene dificultad para caminar 800 metros?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo:3
	¿Tiene dificultad para subir o bajar pendientes?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Camina con bastón, andador o sujetándose a algo?	No: 0 Algunas veces: 1 Siempre: 2 No puedo caminar: 3
	¿Piensa que camina despacio?	No: 0 Bastante: 1 Mucho: 2 No puedo caminar: 3
	¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras solo?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Tiene dificultad para agacharse?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3

	¿Se siente inestable cuando está de pie?	No: 0 Bastante: 1 Mucha: 2 No puedo mantenerme: 3
	¿Tiene dificultad para mantenerse de pie durante un tiempo?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
Actividades de la vida diaria (0-24): 8 ítems	¿Tiene dificultad con las tareas domésticas?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Tiene dificultad para cocinar?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Le resulta difícil preparar la comida, cortar una rebanada de pan o cortar verduras?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Tiene dificultad para hacerse cargo de las compras?	No: 0 Algo: 1 Mucha: 2 No puedo: 3
	¿Le resulta difícil usar el transporte público?	No: 0 Algo: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
	¿Le resulta difícil asearse solo?	No: 0 Algo: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
	¿Le resulta difícil vestirse, incluidos cremalleras y botones?	No: 0 Algo: 1 Mucho: 2 No puedo: 3

	¿Tiene dificultad para entrar o salir de la bañera/ducha solo?	No: 0 Algo: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
DOLOR (0-9) : 3 ítems	¿Tiene dolor?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Con qué frecuencia sufre dolor?	Nunca: 0 Puntualmente: 1 Algunas veces: 2 Siempre: 3
	¿Tiene dificultad para coger cosas pequeñas?	No: 0 Alguna: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
VISIÓN (0-6) 2 ítems	¿Tiene problemas de visión?	No: 0 Leve: 1 Moderado: 2 Grave: 3
	¿Tiene dificultad para leer?	No: 0 Alguna: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
Cognición (0-15) : 5 ítems	¿Tiene dificultad para resolver problemas o tomar decisiones?	No: 0 Poca: 1 Bastante: 2 Mucha: 3
	¿Hay veces que olvida lo que ha dicho o lo que le dicen?	No: 0 Puntualmente: 1 Algunas veces: 2 Siempre: 3
	¿Le resulta difícil concentrarse?	No: 0 Poca: 1 Bastante: 2 Mucha: 3
	¿Se le siguen olvidando	No: 0

	cosas?	Puntualmente: 1 Algunas veces: 2 Siempre: 3
	¿Le resulta difícil pensar con claridad?	No: 0 Poca: 1 Bastante: 2 Mucha: 3-
Comunicación (0-12) : 4 ítems	¿Siente como si su pronunciación no fuese correcta?	No: 0 Poca: 1 Bastante: 2 Mucha: 3
	¿Tiene dificultad para hacerse entender?	No: 0 Poca: 1 Bastante: 2 Mucha: 3
	¿Hay ocasiones en las que tiene dificultad para expresarse?	No: 0 Puntualmente: 1 Algunas veces: 2 Siempre: 3
	¿Tiene dificultad para escribir?	No: 0 Alguna: 1 Mucho: 2 No puedo: 3
Sentimientos (0-18) : 6 ítems	¿Se siente menos independiente de lo que era?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Ha variado el ictus la percepción de sí mismo?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Hasta qué punto diría que su vida ha cambiado?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Se siente deprimido?	No: 0 Puntualmente: 1

		A veces: 2 Siempre: 3
	¿Se siente inútil?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Completamente: 3
	¿Siente que tiene menos control sobre lo que está pasando en su vida?	No: 0 Un poco: 1 Mucho menos: 2 Ningún control: 3
Relaciones interpersonal es (0-18): 6 items	¿Discute más con sus amigos íntimos o familiares?	No: 0 Un poco: 1 Mucho: 2 A todas horas: 3
	¿Hay más tensión en la relación con su pareja?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Interfiere el ictus en su vida sexual?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Está más irritable?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Es menos tolerante?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Le pone nervioso quedar con gente?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
Emociones (0-12): 4 items	¿Se nota más sensible?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2

		Mucho: 3
	¿A veces llora por la mínima cosa?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Está preocupado porque podría tener otro ictus?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
	¿Le preocupa volverse dependiente de otras personas?	No: 0 Un poco: 1 Bastante: 2 Mucho: 3
Sueño (0-18) : 6 items	¿Tiene problemas para dormir por la noche?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿A veces se despierta demasiado temprano?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Encuentra que necesita descansar mucho?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Se siente agotado?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Siente que le falta energía?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3

Fatiga (0-18): 3 ítems	¿Hay días que podría dormir todo el tiempo?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Dormita durante el día?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3
	¿Se siente con pocas ganas de hacer cosas?	No: 0 Puntualmente: 1 A veces: 2 Siempre: 3

Tabla N°2: Índice de Barthel

Dimensiones	Nivel o rango	Valor
Alimentación	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0
Ducharse / Bañarse	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	5
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5

	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.	0
Arreglo personal	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda.	0
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0
Micción	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	10
	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.	5
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	0
Ir al retrete	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	0
Traslado cama /sillón	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10

	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	5
	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	0
Deambulaci3n	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza un andador.	10
	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.	5
	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
Subir y bajar escaleras	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n	5
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	0

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO NEWS QOL

Tabla N°01: Índice de confiabilidad del estudio

Estadísticas de fiabilidad:

Alfa de Cronbach	N de elementos
.975	56

Tabla N°02: Índice de Confiabilidad por dimensiones:

Casos	N	Porcentaje
Válido	269	95.7%
Excluido	12	4.3%
Total	281	100.0%

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.70	11

Estadísticas de total de ítems

Ítem	Escala media si se borra el elemento	Escala varianza si se borra el elemento	Correlación total elemento corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se borra el elemento
Movilidad	57.39	1659.92	.72	.63	.63
Actividad	58.91	1641.65	.68	.63	.63
Dolor	66.34	2029.50	.63	.69	.69
Visión	67.81	2044.56	.58	.70	.70
Cognición	63.50	1897.56	.77	.67	.67
Comunicación	73.91	750.77	.59	.86	.86
Sentimientos	60.40	1891.22	.77	.67	.67
Relaciones	63.87	1900.72	.40	.69	.69

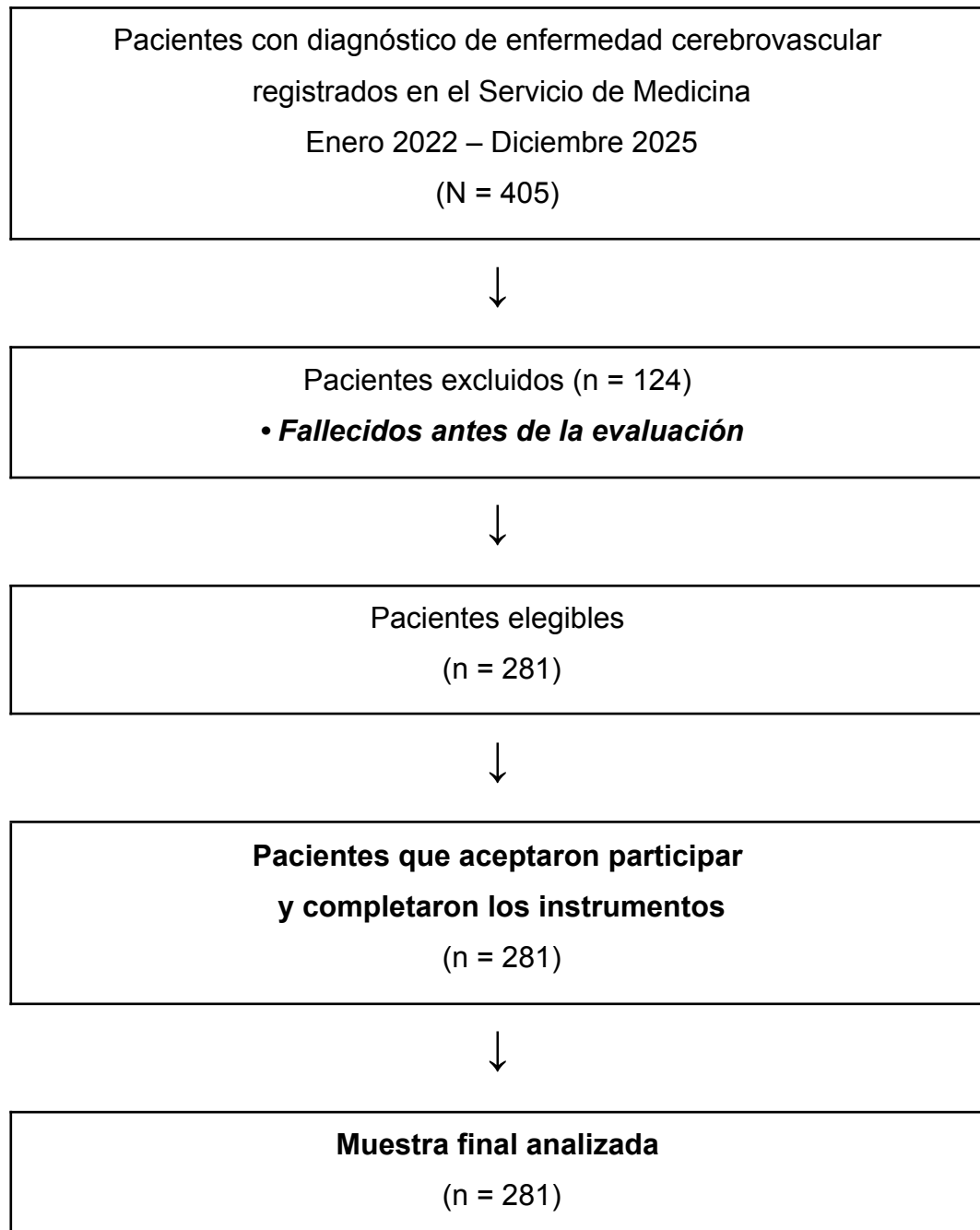
Emociones	63.55	2037.33	.46	.70	.70
Sueño	62.03	1978.70	.47	.69	.69
Fatiga	66.14	2009.53	.67	.69	.69

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Puntaje de Índice de Barthel
N		281
Parámetros normales	Media	65.28
	Desviación estándar	29.03
Diferencias más extremas	Absoluto	.12
	Positivo	.12
	Negativo	-.11
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.94
Sig. asintótica (2-colas)		.001

ANEXO 4:

DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE MUESTRA



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **CAHUANA CHOQUE, MILENY MERCEDES , MUSAJA CRUZ, ARIANA GABRIELA**, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificadas con **DNI: 71994065 71125895**, declaramos bajo juramento que:

1. Siendo autoras de la tesis titulada:

“Calidad de vida y grado de dependencia funcional en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular atendidos en el Hospital III Essalud Daniel Alcides Carrion de Tacna en el período de 2022-2025”

Asesorada por **CESPEDES HERNANDEZ, Luis, MIRANDA CHAVEZ, Brayan**, la cual está presente para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



CAHUANA CHOQUE, Mileny
DNI: 71994065
Fecha: 19/02/2026



MUSAJA CRUZ, Ariana Gabriela
DNI: 71125895
Fecha: 19/02/2026