Artículos originales

Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico

Quality of Life of Patients six Months after Ischemic Stroke

Ada Sánchez Lozano[1] Raimel PandoTorres[1] José Luis de la Maza Martínez[1] Georgina González Alba[1] Ernesto Julio Bernal Valladares[1] Ada Lozano Leblanc[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Sánchez-Lozano A, PandoTorres R, de-la-Maza-Martínez J, González-Alba G, Bernal-Valladares E, Lozano-Leblanc A. Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2024 Abr 20]; 8(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/582

Resumen

Introducción: la escala de calidad de vida para el ictus, puede ofrecer una información más detallada y completa de la recuperación del paciente, además de una evaluación con mayor significado desde la perspectiva de este.
Objetivo: determinar la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico, a los seis meses de su egreso.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal, en 123 pacientes con diagnóstico clínico y/o imagenológico de un primer ictus isquémico, admitidos en la unidad de ictus del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, en el período comprendido entre 1ro de noviembre del 2015 y el 31 de octubre del 2016. Las variables analizadas fueron: demográficas (edad, sexo, procedencia y vínculo laboral), relacionadas con el evento (tipo de infarto cerebral y tratamiento rehabilitador). Se realizó procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes.
Resultados: predominó el sexo masculino con una edad promedio de 69,29 años. El 84,6 % de los pacientes recibió tratamiento rehabilitador, los que presentaron una menor puntuación de la media de la escala de calidad de vida para el ictus. De los 31 pacientes con vínculo laboral, 27 lograron la reincorporación laboral, con una puntuación media de 12,07 en dicha escala. El 53,6 % de ellos presentó afectación leve de la calidad de vida y solo el 4,9 % clasificó como afectación grave.
Conclusiones: predominaron los pacientes con afectación leve de la calidad de vida. Las esferas más afectadas fueron: las emociones, el funcionamiento socio-familiar y la cognición.

Palabras clave: calidad de vida, supervivencia, accidente cerebrovascular, rehabilitación de accidente cerebrovascular

Abstract

Introduction: the quality scale of life for stroke may offer a more detailed information and on the total recovery of the patient, besides a more significant evaluation from his perspective.
Objective: to determine the quality of life of the patients with ischemic stroke six months after their discharge.
Methods: a cross descriptive study was developed in 123 patients with the clinical and/or imaging diagnosis of a first ischemic stroke, admitted in the stroke unit at the University General Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima Cienfuegos, in the period between November 1st 2015 and October 31st 2016. The variables analyzed were: demographic (age, sex, origin, and labor relationship), related with the event (type of brain infarction and rehabilitation treatment). The descriptive procedure was done through central measure trends and percentages.
Results: the male sex predominated with an average age of 69,29 years. The 84,6 % of the patients received rehabilitation treatment, those presenting a lower punctuation from the scale media of the quality of life for stroke. From the 31 patients with labor relationship 27 could return to work with an average punctuation of 12,07 in that scale. The 53,6 % from presented mild involvement of the quality of life and only and only 4,9 % classified as a severe involvement.
Conclusion: mild involvement of quality of life predominated. The most affected areas were: emotions, socio-familiar functioning and cognition.

Key words: quality of life, survival, stroke, stroke rehabilitation

Recibido: 2017-11-29 10:34:55
Aprobado: 2018-01-04 15:11:57

Correspondencia: Ada Sánchez Lozano. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. ada.sanchez@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, definió la salud como "un estado de bienestar completo físico, psíquico y social, y no solamente la mera ausencia de enfermedad". Desde entonces el interés por los aspectos psicosociales ha ido en ascenso, valorándose la expectativa de vida no como un aumento lineal en años sino como un incremento de la calidad de vida (CV) con o sin enfermedad.[1]

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como "el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada".[2,3]

Las enfermedades crónicas constituyen patologías que producen cambios irreversibles y permanentes en el cuerpo y en la mente, requiriendo períodos largos de observación, cuidados y rehabilitación. Las enfermedades cerebrovasculares (ECV), son un típico ejemplo de ello, pues constituyen la primera causa de discapacidad grave del adulto, la segunda causa de demencia y la tercera causa de muerte en los países desarrollados, y además, en el nuestro.[4,5]

Desde el año 2000 ha crecido el interés por incluir mediciones de la CV sobre la evolución de los pacientes, sin embargo, los instrumentos para ello escasean y muchas veces son metodológicamente deficientes o psicométricamente inapropiados para individuos que sufrieron una ECV. La mayor parte de los trabajos publicados en el área de calidad de vida e ictus se han desarrollado con medidas genéricas, como el *Sickness Impact Profile* (SIP), el cuestionario de salud SF-36, el EuroQOLy el perfil de salud de *Nottingham*. Estas herramientas presentan el inconveniente de no centrarse lo suficiente en los síntomas específicos de una enfermedad concreta.[6,7]

Entre las limitaciones identificadas para el uso de instrumentos genéricos en pacientes con ictus se encuentran las siguientes:

- No abarcan áreas específicas de afectación en pacientes con ictus (validez de contenido de los dominios), por ejemplo: el SF-36 no evalúa el lenguaje.
- No detectan cambios clínicos importantes en el tiempo en los supervivientes de un ictus (sensibilidad al cambio).
- No consiguen diferenciar las consecuencias de los diferentes tipos y localizaciones del ictus (hemorragias cerebrales, infartos lacunares o infartos hemisféricos).[8]

La escala de Rankin y el índice de Barthel (IB) se emplean para evaluar los resultados del tratamiento del ictus, sin embargo, estas escalas evalúan los aspectos físicos del ictus y dejan de lado otros aspectos como la memoria, la comunicación, el pensamiento, las emociones y la función social.[8,9]

Cuando todos estos aspectos se valoran, se requiere la aplicación de múltiples cuestionarios y/o escalas cuya sensibilidad en pacientes con gravedad muy variada no se ha considerado, además la administración de numerosas escalas es muy trabajosa para los pacientes y los investigadores.

La escala cubana de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) representa el primer instrumento determinado para el ictus, desarrollado en lengua hispana, con una concepción centrada en el paciente y con el modelo conceptual de los niveles de salud de la OMS. Sus 38 preguntas o incisos se combinan formando 8 subescalas que recogen el intervalo de afectaciones derivadas de un ictus: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y funcionamiento sociofamiliar (FSF). Constituye una herramienta de valoración de la salud integral y la calidad de vida en estos pacientes desarrollado en nuestro idioma y en nuestra cultura.[10]

La investigación de CV en el ictus es útil para comprender las reacciones del paciente ante la enfermedad, y también para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Por ello, los efectos de un tratamiento en el ictus deberían medirse en términos de CV, además de incapacidad y supervivencia.[11,12]

El objetivo del presente trabajo es determinar la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico, a los seis meses de su egreso.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal,

en 123 pacientes con diagnóstico clínico y/o imagenológico de un primer ictus isquémico, admitidos en la unidad de ictus del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, en el período comprendido entre 1ro de noviembre del 2015 y el 31 de octubre del 2016.

Fueron excluidos aquellos pacientes afásicos, con demencia previa conocida, retraso mental o psicosis, enfermedades terminales y otras enfermedades que se asocian con alto grado de discapacidad.

La información sobre estos procesos excluyentes se obtuvo a partir del paciente y/o el cuidador/familiar.

La variable principal del estudio fue la calidad de vida. Para determinarla se utilizó un instrumento creado y validado por autores cubanos: ECVI-38.[10]

La ECVI-38 es un instrumento que comprende 38 incisos agrupados en ocho dominios. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cinco posibilidades de respuesta: 5 representa la peor situación en el aspecto evaluado y 1, la ausencia de afectación en el aspecto evaluado. La puntuación de cada dominio de la escala se calcula según la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación} = \frac{(\text{Media} - 1)}{5-1} \times 100$$

La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de la puntuación de los dominios en un rango de 1 al 100 (efecto piso y efecto techo), donde a medida que te alejas del uno y te aproximas al 100 hay mayor grado de afectación.[10]

Para categorizar las respuestas se emplea una equivalencia entre la puntuación total y la escala de respuesta de los incisos. De forma tal que:

< 25: Sin afectación.

25 - < 50: Afectación leve.

50 - < 75: Afectación moderada.

75 o más: Afectación grave.

Se utilizaron además otras variables como: edad, sexo, procedencia, vínculo laboral, tipo de infarto cerebral, tratamiento rehabilitador.

La recolección de los datos y la aplicación de la escala se realizaron en una consulta creada al efecto, donde acudieron los pacientes egresados de la sala de neurología a los 6 meses de evolución del evento cerebrovascular. Una vez obtenida la información se creó una base de datos con el Software SPSS versión 15,0 para Windows, por medio del cual se realizó procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes.

RESULTADOS

El promedio de edad de la serie estudiada fue de 69,29 años, con mayor representación del sexo masculino y de la zona urbana. El ictus isquémico aterotrombótico, con 39 % de los casos predominó, seguido por el cardioembólico con un 22,8 %. El 84,5 % de los pacientes recibieron rehabilitación. (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra en estudio

Variable	Descripción
Edad	Media: 69,29
	Desviación típica: 11,41
Sexo	Masculino: 64 (52 %)
	Femenino: 59 (48 %)
Procedencia	Urbana: 72 (58, 5 %)
	Rural: 51 (41, 5 %)
Vínculo laboral	Con vínculo: 31 (25,2%)
	Sin vínculo: 93 (74,8 %)
Tipo de infarto cerebral	Aterotrombótico: 48 (39 %)
	Cardioembólico: 28 (22,8 %)
	Lacunar: 18 (14,6 %)
	Inhabituales: 5 (4,1 %)
	Indeterminado: 24 (19,5 %)
Tratamiento rehabilitador	2 meses y más: 36
	Menos de 2 meses: 68
	Ninguna: 19

A continuación se muestra la media del puntaje general 31,49 con una desviación estándar de 20,28. Las esferas más afectadas al desglosar del cuestionario fueron: emociones con 45,85, funcionamiento sociofamiliar con 35,77, y cognición con 34,98 en la escala del 1 al 100. (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados descriptivos de la escala de calidad de vida (ECVI-38) post ictus isquémico

Dominios ECVI 38	Media	Mediana	Desviación típica
Estado físico	28,24	20	23,22
Comunicación	16,77	12,50	20,24
Cognición	34,98	34,38	23,72
Emociones	45,85	45	23,55
Sentimientos	32,44	30	22,94
Actividades básicas de la vida diaria	24,85	18,75	25,87
Actividades comunes de la vida diaria	32,98	37,50	28,11
Funcionamiento sociofamiliar	35,77	33,33	28,82
Puntaje total del cuestionario	**31,49**	**30,18**	**20,28**

El tipo de infarto cerebral que mayor puntuación mostró según la media de la ECVI-38 fue el aterotrombótico con un valor de 37,6 y el de menor valor correspondió al tipo lacunar con un 13,9. (Tabla 3).

Tabla 3. Puntuación de la ECVI-38 según tipo de infarto cerebral

Tipo de infarto cerebral	No.	Media de ECVI -38
Aterotrombótico	48	37,6
Cardioembólico	28	31,8
Lacunar	18	13,9
Inhabitual	5	16,2
Indeterminado	24	35,4
Totales	**123**	**31,5**

Se aprecia que los pacientes que no recibieron tratamiento rehabilitador presentaron una mayor puntuación de la media de la ECVI-38 con un valor de 47,03. De los 31 pacientes que tenían vínculo laboral al momento del ictus, lograron reincorporación laboral 27. Estos obtuvieron una puntuación media de 12,07 en la ECVI-38 en comparación con la de 31,12 obtenida con los que no se reincorporaron laboralmente. (Tabla 4).

Tabla 4. Puntuación de la ECVI-38 según tratamiento rehabilitador

Tratamiento rehabilitador	No.	Media de ECVI -38
Ninguno	19	47,03
Menos de 2 meses	68	29,16
2 meses o mas	36	27,68
Totales	**123**	**31,49**

Más de la mitad de los pacientes estudiados (53,6 %) se incluyeron en el grupo de afectación leve de la calidad de vida y solo el 4,9 % clasificó como afectación grave. (Tabla 5).

Tabla 5. Grado de afectación de la calidad de vida según la ECVI-38

Grados de afectación	No.	%
Sin afectación (menos de 25)	36	29,3
Leve (25-50)	66	53,6
Moderada (50- 75)	15	12,2
Grave (75-100)	6	4,9
Total	**123**	**100**

DISCUSIÓN

La calidad de vida es la valoración que hace el sujeto de sus propias condiciones de existencia tanto en lo material como en lo espiritual, por lo que incluye un componente de evaluación de dichas condiciones y otro de percepción del bienestar. De ahí se deduce que la valoración subjetiva que hace el individuo sobre las diferentes esferas y el bienestar que perciba en

estas será lo que defina la calidad de vida y la diferencie de otros conceptos.

Los resultados muestran cómo los ictus isquémicos afectan la existencia de los pacientes en un sentido más amplio que la discapacidad física. Varias investigaciones plantean que un individuo afectado por un ictus quedará con alteraciones en su calidad de vida en mayor o menor grado. Muchos de los dominios afectados se corresponden de forma directa con alteraciones de tipo estructural y funcional derivadas del neuroictus, al involucrar zonas vulnerables del encéfalo que rigen capacidades para la comunicación, movilización, etc.[13,14]

Si bien, estructuras neuronales dañadas pueden estar en relación con trastornos cognitivos o volitivos, lo cual no es excluyente, llama la atención que los desórdenes hallados en cuanto a emociones y funcionamiento sociofamiliar como agregados más afectados parecen estar en correspondencia con otros factores más solucionables a corto plazo y dependiente del actuar de las personas que rodean al enfermo, que los originados por alteraciones en las estructuras que rigen estas funciones, y que sí pueden estar dadas por la labilidad que crean estos, debido a su impotencia funcional, la pérdida de capacidades y el rechazo familiar y social que sufren.[15,16]

En estudio de Bembibre y colaboradores los dominios de la ECVI-38 más afectados fueron los sentimientos (55,6) y, las emociones (53,7).[17]

En España se han publicado resultados tras rehabilitación de pacientes con pérdida y discapacidad inicial entre moderada y muy grave. Entre un 60 y un 75 % de estos pacientes con afectación moderada a muy grave recuperan la capacidad de marcha independiente, y un porcentaje cercano al 50 % recuperan niveles de independencia funcional en actividades de la vida diaria, obteniéndose ganancias funcionales con tratamiento de rehabilitación multidisciplinario en fase aguda y subaguda, superiores a 50 puntos en la escala de Barthel.[15,18]

En esta investigación el 84,6 % de la muestra recibió tratamiento rehabilitador, presentando una menor puntuación de la media de la ECVI-38 con un valor de 28,42 muy por debajo de los valores obtenidos por los pacientes que no recibieron dicho tratamiento con un valor de 47,03 evidenciándose la repercusión favorable que tiene la rehabilitación en la calidad de vida de estos pacientes.[19,20]

La reincorporación laboral es uno de los objetivos fundamentales que tiene el tratamiento rehabilitador en aquellos que tienen una vida laboral activa previa al ictus.[21] De los 31 pacientes con vínculo laboral de esta investigación, 27 lograron dicha reincorporación, mostrando puntuación media de la ECVI-38 por debajo de 13 puntos.

De forma general la mayoría de ellos percibieron un grado importante de recuperación posterior al ictus. Por otro lado, más del 50 % mostró un grado de afectación leve de la calidad de vida según la clasificación de los resultados de la escala.

A criterio de los autores, si bien la escala explora las diferentes esferas que pueden verse afectadas tras un ictus, la clasificación del grado de afectación no está en correspondencia con lo referido por el paciente en cada uno de los dominios, pues, si una persona en una escala del 1 al 100 puntúa 49, valor cercano a la mitad, la afectación no debe ser leve.

No obstante, los instrumentos específicos de calidad de vida para el ictus, como la ECVI-38, pueden ofrecer una información más detallada y completa de la recuperación y una evaluación con mayor significado desde la perspectiva del paciente.[10]

Los resultados de este trabajo reflejan el papel que desempeñan factores psicosociales sobre la calidad de vida percibida por quienes han padecido de un accidente cerebrovascular, y pone de manifiesto que el componente subjetivo tiene un peso tan importante como el de los propios factores objetivos de la enfermedad.[13,20]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios Básicos [Internet]. 48a. ed. Ginebra: OMS; 2014 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf

2. Mesa Y, Fernández O, Hernández TE, Parada Y. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2017];14(5):[aprox. 10p]. Disponible en:

http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3206

3. Retamal H, Arredondo J, Domínguez E, Mac Donald H, Olguín K. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. Psicogeriatría [revista en Internet]. 2015 [citado 28 Ene 2018];5(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0077_0083.pdf

4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2017 [citado 5 Ene 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne

5. Canciano E, Valdés S, Sosa S, León E. Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post–ictus isquémico (estudio de cohortes). Rev Cubana Neurol Neurocir [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2016];4(1):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/219

6. Díaz MA, Gómez MC. Escalas utilizadas para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Colomb Med Fís Rehab [revista en Internet]. 2016 [citado 30 Ene 2018];26(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/150/140

7. Sánchez S, Juárez T, Espinel C, Cárdenas A, García C. Estado de salud y bienestar en adultos mayores del suroeste de la Ciudad de México. Rev Invest Clín [revista en Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2017];65(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132g.pdf

8. Govantes Y, Bravo T. Estado funcional en pacientes con ictus isquémico. Hospital "Julio Díaz González". Rev Cubana Med Fís Rehab [revista en Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2018];6(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142g.pdf

9. Mesa Y, Hernández TE, Parada Y. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2017 [citado 26 Ene 2018];16(5):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500007&lng=es

10. Fernández O. Diseño de un instrumento para valorar la calidad de vida en supervivientes a un ictus [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2009 [citado 24 Ene 2018]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/125/

11. Mesa Y, Fernández O, Hernández TE, Parada Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2016 [citado 29 Ene 2018];15(4):[aprox. 18p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/1804/180450044004/index.html

12. Rodríguez S, Fernández EJ, Sánchez C. Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38. TOG [revista en Internet]. 2017 [citado 2 Ene 2018];14(25):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num25/pdfs/original9.pdf

13. Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. La calidad de vida relacionada con la salud. Psiquiatría [revista en Internet]. 1993 [citado 23 Ene 2018];5(6):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bousono_Calidad.pdf

14. Rodríguez C, Forjaz MJ, Martínez P. Calidad de vida relacionada con la salud en neurología. En: Cano R, Collado S. Neurorrehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento. 1ra. ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012: p. 41-50

15. Mondragón H. Predictores de calidad de vida en pacientes con daño cerebral adquirido: déficit, actividad y participación [Tesis]. Catelló de la Plana: Universitat Jaume I; 2017 [citado 28 Ene 2018]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/405581

16. Huertas E, Pedrero EJ, Águila AM, González AC. Estudio de la funcionalidad pre y pos tratamiento de las lesiones cerebrales adquiridas unilaterales. Rev Neurol [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2016];58(8):[aprox. 8p]. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/ibc-119784

17. Bembibre R, Alfonso D, Geroy CJ, Buergo MA, Santana I. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad

cerebrovascular a los dos años de supervivencia. Medisur [revista en Internet]. 2007 [citado 26 Ene 2018];5(1):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/250

18. López R, Ferre R, Arrebola C, Granados R, Gobernado MA, Padilla D. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2017];56(12):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.neurologia.com/noticia/4127/rehabilitacion-domiciliaria-en-la-recuperacion-funcional-de-pacientes-con-enfermedad-cerebrovascular

19. Hernández BJ, Benjumea P, Tuso L. Indicadores del desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano del accidente cerebrovascular (ACV). Rev Cienc Salud [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Dic 2017];11(1):[aprox. 30p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=562263300 09

20. Martín R, Ortiz A, Peris A, Valiente E, Sala A. Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad vascular cerebral aguda, como factores predictores de calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus. Rev Neurol [revista en Internet]. 2000 [citado 30 Ene 2018];30(8):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/2000_revneurol.evc_predictores.pdf

21. Suárez JC, Restrepo SC, Ramírez EP, Bedoya LC, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. Acta Neurol Colomb [revista en Internet]. 2011 [citado 26 Ene 2018];27(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000200003&lng=en