

2014-03-21

Estrategias de afrontamiento en personas que sufrieron un accidente cerebro vascular. Su relación con la recuperación

Alonso, Mirian Daniela

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/92>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

**“Estrategias de afrontamientos en
personas que sufrieron un Accidente
Cerebro Vascular. Su relación con la
recuperación”**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al
requisito curricular conforme O.C.S 143/89

Alumnas: Alonso Mirian Daniela Matrícula 6383/04 DNI: 31.968.305

Andreasen Valeria Matrícula 4900/99 DNI: 27.693.595

Supervisora: Lic. Leticia Vivas

Co-Supervisora: Lic. Betina Roumec

Cátedra de radicación: Teorías del Aprendizaje

Fecha de presentación: -03-12

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Alonso Mirian Daniela y Andreasen Valeria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Alonso Mirian Daniela Mat. 6383/04 y Andreasen Valeria Mat. 4900/99, conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los..... días del mes de marzo del año 2012.

Firma del supervisor Aclaración

Firma del Co-supervisor Aclaración

Informe de Evaluación del Supervisión y Co- supervisor

El objetivo general del presente proyecto fue analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes que sufrieron un ACV y su relación con variables vinculadas a la recuperación psicofísica. La temática es de relevancia e interés académico y profesional. El planteo es sumamente original y está adecuadamente documentado y fundamentado. Los objetivos son claros y la metodología propuesta es globalmente apropiada y acorde a los objetivos. En síntesis, la apreciación global es muy positiva. Las alumnas han realizado una revisión profunda de la literatura sobre el tema y, a su vez, han adquirido conocimientos sobre herramientas informáticas aplicadas a la estadística. En todo momento han demostrado un elevado grado de implicación con el tema que se ha visto reflejado en el producto final elaborado, fruto de un trabajo constante y comprometido.

Página de presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Alonso Mirian Daniela Matricula N° 6383/04 y Andreasen Valeria Matricula N° 4900/00

Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora

Fecha de aprobación

Proyecto de Investigación- Requisito Curricular

Plan de estudio 1989 (O.C.S. 143/89)

Apellidos y Nombres de las alumnas: Alonso Mirian Daniela y Andreassen Valeria

Matrículas y Años: 6383/04 - 4900/99

Cátedra o seminario de radicación: Teorías del Aprendizaje

Supervisor: Lic. Leticia Vivas

Co-supervisor: Lic. Betina Roumec

Título del Proyecto: "Estrategias de afrontamiento en personas que sufrieron un Accidente Cerebro Vascular. Su relación con la recuperación".

Descripción Resumida

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es la principal causa de discapacidad en adultos en los países occidentales (Centurión et al., 2008). Esta patología genera múltiples consecuencias tanto a nivel físico como psicosocial. Para enfrentar la situación, la persona debe poner en marcha estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse. Hay evidencia que sugiere que el afrontamiento predice el éxito de la rehabilitación e influye en la calidad de vida post ACV. Por eso, el presente proyecto tiene por objetivo describir y analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que sufrieron un ACV. Para ello se evaluarán 20 personas en el periodo crónico de la enfermedad y se analizará el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan y las variables psicosociales asociadas a través del CAE, SF-36, Escala de Rankin, mini-mental, escala de ansiedad- depresión de Goldberg y un cuestionario estructurado.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento, ACV, calidad de vida, recuperación post-ACV

Descripción detallada

Motivos y antecedentes.

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) o ictus, se caracteriza por un déficit neurológico, ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral. La OMS define al ACV como la aparición rápida de signos clínicos de una alteración focal (a veces global) del funcionamiento cerebral, que dura más de 24 horas o que produce la muerte sin otra causa aparente que su origen vascular (Pérez Sampere, 1999). En líneas generales, la patología vascular cerebral aguda, puede dividirse, en función de la naturaleza de la lesión, en dos entidades nosológicas distintas: isquémica y hemorrágica.

- El ACV isquémico se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro, es decir, el cerebro no recibe un buen flujo sanguíneo, por lo que no le llega oxígeno.
- El ACV hemorrágico se produce por la ruptura de una arteria. Esto por una dilatación localizada de un vaso sanguíneo que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas.

A nivel mundial la enfermedad cerebrovascular es la primera causa de invalidez, la segunda de demencia y la tercera de muerte dentro de las enfermedades neurológicas. Según Anon Tackling (2005) más de un tercio de las personas que sobreviven a un accidente cerebrovascular sufren secuelas graves. El conocimiento de las características epidemiológicas de la enfermedad cerebrovascular en Argentina es escaso. No hay datos de incidencia en la Argentina, pero extrapolando datos se calculan aproximadamente 70.000 nuevos casos por año (Centurión et al., 2008).

El ACV puede generar secuelas a nivel cognitivo, conductual, emocional y /o físico que afecten o repercutan en la vida de la persona y su entorno. El avance en el proceso de rehabilitación dependerá, entre otros factores, de las estrategias de afrontamiento que utilice cada persona, evidenciándose así la subjetividad e individualidad ante una misma situación estresante. Hay evidencia que sugiere que el afrontamiento predice el éxito de la rehabilitación (Donnellan, Hevey, Hickey & O'Neill, 2006).

En la medida en que la rehabilitación implica maximizar la recuperación y adaptación a la discapacidad, las estrategias de afrontamiento pueden ser de gran importancia. La rehabilitación luego de un ACV implica más que una recuperación funcional. Las personas deben hacer frente a una variedad de secuelas psicológicas como depresión, ansiedad y labilidad emocional. Estos factores pueden comprometer el proceso de rehabilitación y afectar el ajuste a largo plazo. Los estudios en ACV han comenzado a centrar su atención en las

consecuencias psicológicas como la calidad de vida o el bienestar subjetivo en la supervivencia y los resultados funcionales (Donnellan et al., 2006).

Se puede definir al afrontamiento como un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig & Pastor 1993). Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos como conductuales.

Una definición clásica de afrontamiento es la de Lazarus y Folkman (1984), quienes definen el afrontamiento como la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos.

Según Folkman y Lazarus (1986), las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en: aquellas centradas en la resolución del problema, aquellas centradas en la emoción y las estrategias de evitación. En 1980, Lazarus y Folkman demostraron que tanto las estrategias centradas en el problema como la centrada en la emoción se usan en la mayoría de los eventos estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado.

Hay autores que sugieren que las estrategias de afrontamiento constituyen factores determinantes para mejorar la calidad de vida luego de un ACV. Según Darlington y colaboradores (2009), las estrategias de afrontamiento son recursos importantes cuando se trata de la adaptación después de un derrame cerebral. Sin embargo, afirman que solo lo será 5 meses después del alta, antes de este tiempo la calidad de vida está principalmente determinado por el funcionamiento general.

En una revisión realizada por Donnellan, Hevey, Hickey & O'Neill (2006), dos de los artículos analizados indican que hay una mayor utilización de estrategias de afrontamiento orientadas al problema en pacientes con ictus que en otras poblaciones estudiadas, mientras que otro estudio informa que pacientes con ictus utilizan estrategias de afrontamiento menos activas que los participantes con otros desórdenes del cerebro.

En otro estudio, acerca de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas que sufrieron un ACV se demostró que las personas que tuvieron preferencia por el uso de

estrategias de afrontamiento activo, en vez de pasivo, de evitación o afrontamiento emocional, obtuvieron una mejor recuperación en las actividades de la vida diaria (Emsthal, Sommer & Hagberg 1996).

Considerando que tanto las estrategias de afrontamiento como la representación social de la enfermedad y la discapacidad están atravesadas por variables socio-culturales es importante contar con estudios locales en esta temática. Dado que no se han encontrado investigaciones sobre este tema en nuestro país, el interés de este trabajo es describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas después de un ACV en población marplatense y analizar cómo se relacionan con variables vinculadas a la recuperación y el estado emocional.

Objetivo general

- Analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes que sufrieron un ACV y su relación con variables vinculadas a la recuperación psicofísica.

Objetivos específicos

- Describir y clasificar las estrategias de afrontamientos utilizadas por los pacientes que sufrieron un ACV.
- Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con la ansiedad y depresión.
- Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con el nivel de la calidad de vida.
- Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con el grado de discapacidad.

Metodología

Sujetos: Se evaluarán a 20 personas que hayan sufrido un ACV en estado crónico (más de un año de evolución), no afásicos, con secuelas físicas. Los datos se obtendrán a partir de un contacto ya establecido con los grupos de asistencia a pacientes crónicos CER y ESTAR de la ciudad de Mar del Plata y con un médico neurólogo a quienes ya se les ha presentado la propuesta.

Instrumentos:

-Cuestionario estructurado: se elaboró un cuestionario que evalúa las siguientes variables: edad, sexo, grupo familiar, apoyo social, creencias religiosas, tipo de ACV, tiempo desde el ACV, consecuencias percibidas en las actividades de la vida diaria.

-Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): El cuestionario consta de 42 ítems y 7 subescalas (6 ítems por escala). La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas Búsqueda de apoyo social, Religión, Focalizado en la solución del problema presentan coeficientes $> 0,85$ (niveles excelentes), las subescalas Expresión emocional abierta, Evitación presentan coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala Autofocalización negativa. Considerados conjuntamente, se podría decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable sobre todo si se tiene en cuenta que cada subescala posee solo 6 elementos (Sandín y Chorot, 1993).

-Mini mental: El "Mini-Mental State Examination" (MMSE) de Folstein es empleado habitualmente como un instrumento práctico para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas. Consiste en una serie de tests que evalúan orientación (auto psíquica, en tiempo y lugar), memoria de corto plazo y largo plazo (fijación recuerdo diferido), atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal-repetición y articulación- y expresión escrita), praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visuconstructiva. La sensibilidad es de 0.8 y la especificidad de 0.9 (Allegri, 2005).

-Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican (Goldberg y cols., 1998).

-Escala de Rankin: Fue diseñada para informar de la discapacidad de un paciente tras un infarto cerebral. Su puntuación va desde 0 puntos, cuando el paciente no precisa ayuda; hasta 5 puntos cuando el paciente precisa ayuda de forma continua. Añade un ítem accesorio el 6to punto que es el de defunción. Esta escala es útil para conocer la discapacidad y la participación del paciente en un contexto social (Rankin, 1957).

-SF-36: El cuestionario SF-36 consta de 36 preguntas que evalúan los estados 'positivos y negativos' de la salud. El cuestionario final cubre ocho escalas, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, así como los aspectos

más relacionados con la enfermedad y el tratamiento: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE y salud mental (SM). Cada una de estas es el resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y la puntuación final se entrega en un rango de 0 a 100 para cada escala. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado. (Alonso, Prieto & Anto, 1995). En una revisión realizada por Vilagut G, et al. (2007) se encontraron 79 artículos, 17 de los cuales describían características métricas del cuestionario. En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (de Cronbach) de 0,7. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos. Se llevó a cabo un metaanálisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes de Cronbach fueron 0,9 para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

Procedimiento: Los pacientes serán evaluados de manera individual en sesiones de aproximadamente 30 minutos. Se irá a los grupos para la administración de las personas que participan en los mismos y también se irá a cada domicilio de las personas que se ofrecieron a participar, haciéndoselo comunicar al neurólogo que fue el intermediario. Al comienzo de la evaluación se solicitará el consentimiento informado.

Lugar de realización del trabajo

Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación, Facultad de Psicología, UNMdP. Se dispone de acceso a bases de datos a través del Centro de Documentación de la Facultad de Psicología y mediante el acceso que dispone la universidad a distintas revistas científicas a través de la biblioteca de la secyt de la nación. El proyecto se articula con el proyecto de beca "Análisis de relaciones conceptuales en pacientes que sufrieron un ACV" que desarrolla la Lic. Leticia vivas pero no se inserta en el proyecto mayor del grupo.

Cronograma de actividades (en meses)

Meses de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Búsqueda bibliográfica	■	■	■							
2. Elaboración y búsqueda del instrumento	■	■	■							
3. Selección de la muestra			■							
4. Aplicación del instrumento				■	■	■	■			
5. Análisis de los resultados							■	■	■	
6. Elaboración de la conclusiones								■	■	
7. Análisis y elaboración de datos							■	■	■	

Referencias Bibliográficas

- Allegri, R. (2005). Evaluación neuropsicológica en deterioro cognitivo vascular Congreso Internacional de Psiquiatría, AAP 2005, Octubre, Buenos Aires, Argentina.
- Alonso J, Prieto L y Anto JM. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Revista Medicina Clínica*; 104:771-6.
- Anon, T. (2005). The global burden of stroke. *Revista Lancet Neurology*, 4. 689
- Butman, J., Arizga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A. et al. (2001) El Mini-mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*, 2(1), 11-15.
- Centurión, E.M; Salera, C; Anciola, J; Abriata, M.G; Barbieri, M.E; Capriati, A.J et al. (2008). Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en enfermedades neurológicas. Enfermedad Cerebro Vascul en Argentina. Resumen ejecutivo del Estudio colaborativo: Metodología de Fijación de Prioridades en la selección de investigaciones. Ministerio de Salud de la Nación. En: http://www.saludinvestiga.org.ar/policys_comision.asp
- Darlington, A; Dippel, D; Ribbers, G; Balen, R; Passchier, J y Bisschbach, J. (2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients alter stroke,

assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 237-241.

- Donnellan, C; Hevery, D; Hickey y O' Nell, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*; 77; 1208-1218.
- Emstahl, S., Sommer, M. y Hagberg, A. (1996). A 3-year follow-up of stroke patients: relationships between activities of daily living and personality characteristics. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 22: 233-244.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). *An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Goldberg y cols. (1998). *Escala de Goldberg*. Versión española Gzempp, 1993
- Pérez Sempere, A. (1999). Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular. En: Castillo J, Álvarez Sabín J, Martí-Vilalta, Martínez-Vila E, Matías-Guiu J, editores. *Manual de enfermedades vasculares cerebrales*. 2.a ed. Barcelona: Prous Science; 1999. p. 55-61.
- Rankin, J. (1957). Cerebrovascular accidents in patients over the age of 60.II: Prognosis. *Journal Scott Medical*, 2:200
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5,349-372.
- Sandín, B y Chorot, P. (1993). Cuestionario de afrontamiento del estrés: desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.
- Vilagut, G; Montse F; Rajmil, L; Rebollo, P; Permanyer-Miralda; Quintana, J; Santed, R; Valderas, J; Ribera, A; Domingo-Salvany; Alonso, J (2007). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. En <http://www.doyma.es>

Firma del Supervisor

Firma del Co-supervisor

Firma de las alumnas

Por el área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestra familia por habernos acompañado y apoyado en este proceso que fue largo pero que valió la pena porque conocimos gente maravillosa que nos ayudo y colaboró.

A todos los profesionales e instituciones que nos colaboraron desde la búsqueda bibliográfica hasta la búsqueda de personas para nuestra muestra: Lic. Viviana Villanueva, Dr. Pablo Ioli, Asociación civil E.S.T.A.R y a la biblioteca del Hospital Privado de la Comunidad.

Gracias a nuestras coordinadoras, Lic. Leticia Vivas y Lic. Betina Roumec, que nos enseñaron, guiaron, ayudaron y acompañaron en esta investigación.

Índice general

Capítulo I: Caracterización del Accidente Cerebro Vascular.....	2
Capítulo II: Aspectos psicológicos del Accidente Cerebro Vascular.....	7
Capítulo III: Recuperación luego de un Accidente Cerebro Vascular.....	12
Capítulo IV: Objetivos y Metodología.....	23
Objetivos.....	23
Metodología.....	24
Capítulo V: Resultados.....	28
Análisis descriptivo.....	28
Estadística inferencial.....	30
Capítulo VI: Discusión y conclusiones.....	34
Discusión.....	34
Conclusiones.....	43
Bibliografía.....	45

Capítulo I: Caracterización del Accidente Cerebro Vascular.

El Accidente Cerebro Vascular o ictus se caracteriza por un déficit neurológico, ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral, debido a que éste se rompe o es taponado por un coagulo u otra partícula. La OMS define al Accidente Cerebral Vascular (ACV) como la aparición rápida de signos clínicos de una alteración focal (a veces global) del funcionamiento cerebral, que dura más de 24 horas o que produce la muerte sin otra causa aparente que su origen vascular (Pérez Sampere, 1999). La consecuencia de esto es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

Según Anon Tackling (2005) el ictus es el primer motivo de discapacidad en adultos en los países occidentales y más de un tercio de las personas que sobreviven a un accidente cerebrovascular sufren secuelas graves.

El conocimiento de las características de la enfermedad cerebrovascular en Argentina es escaso. La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de invalidez, la segunda de demencia y la tercera de muerte de las enfermedades neurológicas. No hay datos de incidencia en la Argentina, pero extrapolando datos se calculan aproximadamente 70.000 nuevos casos por año (Centurion, Salera, Anciola, Abriata, Barbieri, Capriati, Olmos, Pastor, & Kochen 2008).

En líneas generales, la patología vascular cerebral aguda, puede dividirse, en función de la naturaleza de la lesión, en dos grandes entidades nosológicas distintas: isquémica y hemorrágica. El ACV isquémico se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro, es decir, el cerebro no recibe un buen flujo sanguíneo, por lo que no le llega oxígeno. El ACV hemorrágico se produce por la ruptura de una arteria. Esto ocurre por una dilatación localizada de un vaso sanguíneo que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas (Cambies, Masson & Dehen, 1990).

Existen dos tipos de factores de riesgo: los no modificables y los modificables (Cambies, Masson & Dehen, 1990).

Los factores no modificables son:

- ✓ Edad: Es el más importante. Se sabe que la incidencia de ACV se duplica cada década después de los 55 años de edad.

- ✓ Sexo: Es un 30% más frecuente en el hombre que en la mujer.

- ✓ Raza: Hay mayor frecuencia de enfermedad en la raza blanca que en la raza negra.

- ✓ Herencia: Las personas con antecedentes familiares de enfermedad coronaria ó cerebrovascular constituyen un grupo de mayor riesgo.

✓ Antecedentes Personales: quienes ya sufrieron un ACV tiene mayor riesgos de tener otro.

Factores de riesgo modificables:

✓ Hipertensión arterial: tanto para el infarto como para la hemorragia es el factor más importante. El 70% del riesgo pasa por este antecedente.

✓ Enfermedad cardíaca: La muerte cardiovascular es la causa principal de deceso en los sobrevivientes de ACV, hecho que enfatiza la necesidad de una evaluación en todos los pacientes con patología cerebrovascular, tengan o no síntomas de cardiopatía.

✓ Diabetes: se incrementa el riesgo al doble.

✓ Lípidos: su relación con el ACV es más importante en ancianos que en jóvenes.

✓ Alcohol: su consumo exagerado aumenta el riesgo de ACV.

✓ Anticonceptivos: el ACV es más frecuente durante el tratamiento con estrógenos o con píldoras anticonceptivas. Pueden inducir infartos y hemorragias.

✓ Estimulantes del Sistema Nervioso Central: el uso de drogas euforizantes ha sido relacionado con ACV especialmente en adultos jóvenes.

✓ Tabaquismo: en los fumadores aumenta tres veces la posibilidad de tener un ACV que en los no fumadores.

✓ Sedentarismo: el ejercicio regular reduce el riesgo de accidente cerebrovascular.

✓ Obesidad: favorece la presencia de hipertensión arterial, aumentando de esta manera el riesgo de un ACV.

✓ Estrés: el estrés mental prolongado o frecuente causa un aumento exagerado de la presión arterial; con el tiempo, éste efecto ha sido vinculado con un engrosamiento de las arterias carótidas (Micheli et al., 1992).

El Hospital Privado de Comunidad realizó en la ciudad de Mar del Plata, un registro de los eventos cerebrovasculares (ECV) desde diciembre de 2003 a febrero 2006 inclusive. Dicho estudio demuestra que la edad constituye el factor de riesgo independiente más importante, pero no modificable. A su vez, afirman que, luego de los 55 años de edad, la tasa de ECV se duplica cada 10 años. Entre los factores de riesgo más importantes figuran el consumo de tabaco y el sedentarismo. La hipertensión arterial se destaca como el factor principal, le siguen en orden de incidencia, otros como la fibrilación auricular, diabetes, antecedentes familiares de la enfermedad vascular, cardiopatía, dislipidemia y la edad avanzada

Los síntomas más frecuentes del ACV incluyen:

- ✓ Adormecimiento, entumecimiento, hormigueo, y/o debilidad en una mitad de la cara, brazo o pierna (especialmente en un hemicuerpo) de comienzo súbito.
- ✓ Confusión, dificultad para hablar o entender el habla de otros de comienzo repentino.
- ✓ Dificultad en la visión en uno o ambos ojos de comienzo súbito.
- ✓ Súbita dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación.
- ✓ Súbito dolor de cabeza severo sin causa conocida (Cambies, Masson & Dehen, 1990).

Capítulo II: Aspectos psicológicos del Accidente Cerebro Vascular

La rehabilitación luego de un ACV abarca otros dominios además de la recuperación funcional y/o física, las personas experimentan una variedad de secuelas psicológicas como depresión, ansiedad y labilidad emocional. Estos factores pueden comprometer el proceso de rehabilitación y afectar el ajuste a largo plazo. Los estudios en ACV han comenzado a centrar su atención en las consecuencias psicológicas como la calidad de vida o el bienestar subjetivo en la supervivencia y los resultados funcionales (Donnellan, Hevey, Hickey & O'Neill, 2006).

En los artículos de Gore (1985) y Pearlin y Schooler (1978) estos autores sugieren que el apoyo social y los recursos personales podrían actuar como amortiguadores del estrés y del riesgo que este produce en la salud mental y física de los individuos.

El ACV puede generar secuelas a nivel cognitivo, conductual, emocional y/o físico que pueden afectar o repercutir en la vida de la persona y su entorno. Las secuelas a nivel cognitivo pueden ser: desorientación, disminución de la atención, trastornos mnésicos, déficits del lenguaje, alteraciones de las funciones ejecutivas, visoconstructivas y visoperceptivas, apraxias, agnosias, entre otras. Según Miller (1984, en: Balmaseda, Barroso y Martín, & León-Carrión, 2002), las habilidades sobreaprendidas tiene menor probabilidad de ser

alterada y muestran mejor recuperación. Es decir, una persona que ha enriquecido su funcionamiento cognitivo en su vida pasada, tiene un mejor pronóstico, en ausencia de otros factores negativos que influyan en su recuperación.

Otro grupo lo constituyen los déficits conductuales, entre ellos se encontraron: agresividad, excitabilidad, trastornos de la sexualidad, desinhibición, pérdida de las normas del comportamiento social, entre otros.

El último grupo son los déficits o alteraciones emocionales, que pueden incluir: depresión, ansiedad, apatía, desmotivación, pérdida de iniciativa, labilidad emocional, trastorno obsesivo compulsivo o alteraciones de la personalidad (Balmaseda, Barroso y Martín, & León-Carrión, 2002).

Rodriguez-Marin (1993) en su artículo citan a Wilson-Banet, (1979) quien plantea que la depresión post ictus resulta ser uno de los síntomas más frecuentes, pues cerca de un tercio (33%) de las personas que sobreviven a un ictus presentan un síndrome de tipo depresivo, pudiendo estar presente tanto en la fase aguda como en la crónica. Por otra parte, también se conoce que la mayor parte de los pacientes que presentan una depresión mayor post ictus, experimentan una remisión de los síntomas en el año posterior a su ocurrencia, siendo el tiempo medio de duración del episodio depresivo de unos 10 meses.

La depresión post ictus puede tener un efecto muy negativo y contraproducente en la recuperación funcional y en la propia supervivencia de la persona afectada. El grado de incapacidad que pueda producir en las actividades de la vida diaria (AVD) y la gravedad del ACV, constituyen factores de riesgo a la hora de padecer este tipo de depresión; especialmente cuando las personas que sobreviven comienzan a percibir las limitaciones e incapacidad que le ha producido (neuropsicologica.blogspot.com). En cambio, los trastornos de ansiedad son menos frecuentes que la depresión en los pacientes que han sufrido un ACV. Por otra parte, no resulta infrecuente la presencia conjunta de síntomas depresivos y ansiedad tras la ocurrencia de un ictus.

La gravedad de los déficits neuropsicológicos y el grado en que afectarán a la persona dependerá de diversos factores, especialmente de la localización y extensión de la lesión.

La existencia de complicaciones, enfermedades concomitantes y la variable edad, constituyen otros factores de importancia que conllevan un peor pronóstico. Existen estudios que afirman que los pacientes de edad avanzada que sufren un ACV, tienen una mayor pérdida funcional y se recuperan peor que los pacientes jóvenes desde el punto de vista social y en cuanto al manejo de las actividades de la vida diaria (Wade & Hower, 1986 en: Balmaseda, Barroso y Martín & León-Carrión, 2002).

También hay que destacar la importancia de los factores ambientales y del status social del paciente. Los pacientes que provienen de un ambiente sociocultural alto presentan una mejor recuperación de sus déficits. Una de las razones que explica esto es que este tipo de pacientes y sus familiares no se resignan a aceptar el daño producido y buscan ávidamente tratamiento. Además, pueden hacer frente a los gastos de éste con solvencia (Balmaseda, Barroso y Martín & León-Carrión, 2002).

Todos los déficits repercuten invariablemente en la vida personal y social del individuo ocasionando entre otras cosas la pérdida de empleo, el abandono de los estudios, la reducción de las actividades sociales, la disfunción vincular y un deterioro de la independencia funcional de la persona que requerirá ayuda de terceros para la mayoría de las actividades que antes podía realizar por sí mismo (Balmaseda, Barroso y Martín & León-Carrión, 2002). Por lo tanto, la calidad de vida de las personas se ve afectada.

Es claro que Calidad de Vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. La OMS define la calidad de vida como "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Torre et al., 2005). 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.

En un estudio realizado en Colombia donde se evaluó la calidad de vida en pacientes post evento cerebro vascular mediante el cuestionario SF-36 (Silva Henao et al., 2009), se encontró que los hombres obtuvieron mejores resultados, superando a las mujeres en casi la totalidad de los ítems evaluados en el test de calidad de vida. En otros estudios realizados en la Universidad de Chile, en el año 2003, se observó en términos generales una mayor disminución en la calidad de vida de las mujeres que en la de los hombres, especialmente, en los componentes de DC (dolor corporal), SG (salud general) y RE (rol emocional). Encontraron que existe una gran afectación en el rol físico y la función física. Esta aptitud física débil y la dificultad en realizar las actividades diarias están relacionadas sin duda alguna con la edad avanzada de los individuos; sin embargo, el factor más decisivo para estas limitaciones funcionales deriva de las repercusiones y secuelas de la enfermedad. Una de las dimensiones menos afectadas fue la de dolor corporal.

Comentario [L1]:Cuál es la referencia de este trabajo? Autores?

Capítulo III: Recuperación luego de un Accidente Cerebro Vascular

El avance en el proceso de rehabilitación dependerá, entre otros factores, de las estrategias de afrontamiento que utilice cada persona, evidenciándose así la individualidad ante una misma situación estresante.

La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitieran que la brecha entre expectativa y percepción de la situación actual no fuese tan desproporcionada. En ese sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidirían negativamente (pobreza, desempleo, duelos, etc.) (Schwartzmann, 2003).

En la medida en que la rehabilitación implica maximizar la recuperación y adaptación a la discapacidad, las estrategias de afrontamiento pueden ser de gran importancia. Como se desarrollará a continuación, hay evidencia que sugiere que el afrontamiento predeciría el éxito de la rehabilitación.

En su concepción más amplia, el estrés es entendido, como una situación de sobrecarga en el individuo, que depende de ciertos estímulos estresantes y de la evaluación cognitiva que se hace sobre ello (Llor, Abad, García & Nieto 1995). Según Feldman, (1998) estos eventos estresantes se van a diferenciar de otros eventos por ciertas características comunes: tienen una

elevada intensidad, son desencadenadores de emociones intensas y se perciben como incontrolables. Así que cuando estos estresores son de gran magnitud y son evaluados negativamente, el individuo adoptará mecanismos de protección mediante la elección de un tipo de estrategia de afrontamiento.

Se puede definir al afrontamiento como un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio, es decir, adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig & Pastor 1990). Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo las personas se manejan ante las demandas de los sucesos estresantes. El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos como conductuales.

En un estudio realizado en el año 1997 por Díaz, Sánchez y Fernández-Abascal sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento, plantean desde los modelos cognitivos de la emoción, que las situaciones en si mismas no son las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos.

Desde el modelo de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias

que la situación tiene para él mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento, siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus y Folkman (1984), definen el afrontamiento como la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos.

También consideran que la respuesta o conjunto de respuestas que produce una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus recursos de afrontamiento. Así pues, los recursos pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Dice Lazarus (1991) que el afrontamiento es más bien un proceso y no tanto un rasgo. Las estrategias de afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que las personas utilizarían distintos tipos de afrontamiento dependiendo de cuál sea su estrategia preferida como de cuáles sean las demandas adaptativas a la situación.

Según Folkman y Lazarus (1980), las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en aquellas:

Ø Centradas en la resolución del problema; se refiere al esfuerzo de realizar algún tipo de acción para aliviar el factor estresante.

Ø Centradas en la emoción; menciona el esfuerzo para regular las consecuencias emocionales del evento estresor o potencialmente estresante.

Otros autores argumentan una tercera dimensión denominada estrategias de evitación, que consisten en el intento de rehuir de la situación estresante a través de la búsqueda del contacto con otras personas u ocuparse en actividades.

Las estrategias centradas en la resolución del problema incluyen búsqueda de información y resolución de los mismos, mientras que las centradas en la emoción abarcan la regulación afectiva, la descarga emocional, la confrontación hostil y la búsqueda de soporte emocional.

En 1980, Folkman y Lazarus afirman que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los eventos estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado.

Quienes sugirieron otra dimensión a las ya propuestas en 1980 fueron Moos y Billings (1982) añadiendo el afrontamiento centrado en la evaluación, que

busca definir el significado para la situación causante de tensión y reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones. Cada dimensión cuenta con tres estrategias de afrontamiento:

- El afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:

- requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas,

- ejecución de acciones que resuelvan el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos y

- desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

- En tanto, el afrontamiento centrado en la emoción se asocia a las siguientes estrategias:

- aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella,

- control afectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida y

- descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

- Por último, el afrontamiento centrado en la evaluación incluye las siguientes estrategias:

- análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverlas,
- redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo y
- evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

Los modos de afrontamiento que tiene menor control sobre la emoción son utilizados generalmente en situaciones que el sujeto valora como amenazantes, lesivas, desafiantes y sin posibilidad de modificación (Lazarus & Folkman, 1986) y junto a la evitación, podría considerárselos como menos eficientes y activos, mientras que el afrontamiento focalizado en el problema conduciría a un mejor ajuste y adaptación ante los estresores de la vida y a experimentar menos síntomas psicológicos.

La perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman (1986) indica que en realidad, no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas. Si los eventos o situaciones se perciben como amenazantes o peligrosas para el propio bienestar, entonces se desencadena el estrés y frente a este, el individuo debe responder de alguna manera.

Luego de un accidente cerebrovascular, la calidad de vida de la persona se modifica y las estrategias de afrontamiento se han sugerido como factores determinantes para mejorar la misma (Dalington, Dippel, Ribbers, Romke van Balen, Passchier & Busschbach 2007).

Según Darlington, Dippel, Ribbers, Romke van Balen, Passchier y Busschbach (2006), las estrategias de afrontamiento son recursos importantes cuando se trata de la adaptación después de un derrame cerebral. Sin embargo, dicen que sólo lo será 5 meses después del alta, antes de este tiempo la calidad de vida está principalmente determinada por el funcionamiento general. En dicho artículo se afirma que ambas estrategias de afrontamiento fueron importantes determinantes de la calidad de vida.

Comentario [L2]: Cuales?

En una revisión de artículos realizada por Donnellan, Hevey, Hickey y O'Neill (2006), se informa que hay una mayor utilización de estrategias de afrontamiento orientadas al problema en pacientes con ictus que en otras poblaciones estudiadas, mientras que otro estudio informó que pacientes con ictus utilizan las estrategias de afrontamiento menos activa orientada a resolver problemas que los participantes con otros desórdenes del cerebro. También indica que no se detectaron, con el tiempo, cambios significativos en el empleo de estrategias de afrontamiento.

En otro estudio, acerca de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas después de un accidente cerebro vascular (Darlington, et al., 2008) se arribó a la conclusión de que las mismas tienen una preferencia por estrategias de afrontamiento activo, no pasivo, de evitación o afrontamiento emocional, obteniendo una mejoría en las actividades de la vida diaria. A su vez, el afrontamiento activo y la aceptación del paciente para hacer frente a los cambios, se ha relacionado a la mejora de la calidad de vida (Darlington et al., 2006).

Como dice Lazarus (1991), el afrontamiento es más bien un proceso y no tanto un rasgo. Es decir, las estrategias de afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que las personas utilizarían distintos tipos de afrontamiento dependiendo tanto de cuál sea su estrategia preferida como de cuáles sean las demandas adaptativas de cada situación.

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus "recursos de afrontamiento". Así pues, los recursos de afrontamiento pueden ser "físicos", "psicológicos", "estructurales", "sociales" y "culturales".

Los recursos culturales tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud y con los procesos de atribución causal.

Los recursos estructurales se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social y a los subsistemas y redes que éste incluye.

Los recursos sociales se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo y la red de apoyo social disponible para el sujeto. Precisamente el apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importante con respecto a la enfermedad en general y a la enfermedad crónica en particular.

Los recursos psicológicos se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios comportamentales del individuo.

Finalmente, los recursos físicos se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de u organismo (Folkman et al., 1979; Schaefer et al., 1982; Rodríguez- Marín et al., 1990)

Un proceso de afrontamiento no es rígidamente adaptativo o desadaptativo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, su momento y las circunstancias en que se produce el acontecimiento estresante (Rodríguez Marín, Pastor & López Roig, 1993).

El carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea y depende de muchos factores: su duración, su forma de aparición, su intensidad y gravedad y de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación (Rodríguez Marín, Pastor & López Roig, 1993).

Muchas investigaciones han resaltado la importancia del mantenimiento de relaciones interpersonales, para el afrontamiento a la enfermedad crónica como facilitadoras de expresiones y sentimientos (Cohen & Lazarus, 1979; Moos, 1977; Mechanic, 1977).

Otros estudios consideran que los pacientes que perciben tener apoyo social sufren menos síntomas de enfermedad (Lin et al., 1979)

La conservación de las relaciones sociales y el nivel de integración social del enfermo es un determinante de su calidad de vida, en general y de su salud en particular (Rodríguez-Marín, 1990).

Capítulo IV. Objetivos y metodología

Objetivos

Objetivo general

- Analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes que sufrieron un ACV y su relación con variables vinculadas a la recuperación psicofísica.

Objetivos específicos

1. Describir y clasificar las estrategias de afrontamientos utilizadas por los pacientes que sufrieron un ACV.
2. Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con la ansiedad y depresión.
3. Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con el nivel de la calidad de vida.
4. Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con el grado de discapacidad.
5. Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con el grado de deterioro cognitivo.
6. Analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia utilizada con la edad del paciente.

Metodología

Sujetos:

Se evaluaron a 20 personas que sufrieron un ACV en la etapa crónica de la enfermedad (más de un año de evolución), no afásicos, con secuelas físicas. Los datos se obtuvieron a partir de un contacto ya establecido con los grupos de asistencia a pacientes crónicos CER y ESTAR de la ciudad de Mar del Plata y con un médico neurólogo a quienes se les ha presentado el proyecto de investigación.

Instrumentos:

-Entrevista estructurada: se elaboraron una serie de preguntas para recabar la siguiente información: edad, sexo, grupo familiar, apoyo social percibido, creencias religiosas, tipo de ACV, tiempo desde el ACV, consecuencias percibidas en las actividades de la vida diaria.

-Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): El cuestionario consta de 42 ítems y 7 subescalas (6 ítems por escala). La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas Búsqueda de apoyo social, Religión, Focalizado en la solución del problema presentan coeficientes $> 0,85$ (niveles excelentes), las subescalas Expresión emocional abierta, Evitación presentan

coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala Autofocalización negativa. Considerados conjuntamente, se podría decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable sobre todo si se tiene en cuenta que cada subescala posee solo 6 elementos (Sandín & Chorot, 1993).

-Mini mental: El “Mini-Mental State Examination” (MMSE) de Folstein es empleado habitualmente como un instrumento práctico para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas. Consiste en una serie de tareas que evalúan orientación (auto psíquica, en tiempo y lugar), memoria de corto plazo y largo plazo (fijación recuerdo diferido), atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal-repetición y articulación- y expresión escrita), praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visuoconstructiva. La sensibilidad de la versión argentina es de 0.8 y la especificidad de 0.9 (Allegri, 2005).

-Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G): La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican (Goldberg et al., 1998).

-Escala de Rankin: Fue diseñada para informar sobre el grado de discapacidad de un paciente tras un infarto cerebral. Su puntuación va desde 0 puntos, cuando el paciente no precisa ayuda, hasta 5 puntos cuando el paciente precisa ayuda de forma continua. Añade un ítem accesorio el de 6 puntos que

es el de defunción. Esta escala es útil para conocer la discapacidad y la participación del paciente en un contexto social (Rankin, 1957).

-SF-36: El cuestionario SF-36 consta de 36 preguntas que evalúan los estados 'positivos y negativos' de la salud. El cuestionario final cubre ocho escalas, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS) , rol emocional (RE y salud mental (SM). Cada una de estas es el resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y la puntuación final se entrega en un rango de 0 a 100 para cada escala. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado (Alonso, Prieto & Anto, 1995). En una revisión realizada por Vilagut y colaboradores (2007) se encontraron 79 artículos, 17 de los cuales describían características métricas del cuestionario. En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (de Cronbach) de 0,7. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos. Estos autores llevaron a cabo un metaanálisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes

de Cronbach fueron 0,9 para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

Procedimiento:

Los pacientes fueron evaluados de manera individual en sesiones de aproximadamente 30 minutos. Se asistió a los grupos para la administración de las personas que participan en los mismos y también se asistió a cada domicilio de las personas que se ofrecieron a participar, comunicándose al neurólogo que fue el intermediario. Al comienzo de la evaluación se solicitó el consentimiento informado.

Capítulo V: Resultados

Análisis descriptivo

Ø Puntuaciones en la Escala de Rankin

En cuanto al grado de discapacidad, 2 de cada 20 personas (10%) se encontraron en Rankin 0 (asintomático), mientras que 3 (15%) correspondieron a Rankin 1 (sin secuelas significativas), 10 (50%) a Rankin 2 (discapacidad leve), 5 (25%) a Rankin 3 (discapacidad moderada). No hubo casos de Rankin 4 (discapacidad moderada-grave) y de Rankin 5 (discapacidad grave).

Ø Puntuaciones en el MMSE

En cuanto al estado mental, 9 de 20 personas (45%) se encontraron dentro del rango normal (27-30), mientras que 4 (20%) correspondieron a dudoso o posible demencia (25-26), 7 (35%) a demencia leve a moderada (10-24). No hubo casos de demencia moderada a severa (6-9) y demencia severa (0-5).

Estrategia de afrontamiento más utilizada

Las escalas Religión (RLG) y Reevaluación Positiva (REP) son las que obtuvieron un promedio de puntuaciones mayores, con 13,05% y 17,90%, mientras que Expresión emocional abierta (EEA) con 6,55% y Búsqueda de apoyo social (BAS) con 6,70% obtuvieron los promedios de puntuaciones más bajos. En la escala Reevaluación positiva (17,90%) quienes obtuvieron un

mayor puntaje fueron aquellas personas que contestaron afirmativamente en todas de las variables de la entrevista (trabaja, rehabilitación, ayuda psicológica, grupo de apoyo, amistades y enojo). Respecto a la Escala Religión (13,05%) obtuvieron un mayor puntaje aquellas personas que contestaron afirmativamente en la variable de la entrevista “amistades” y negativamente en las restantes. En la Figura N°1 se observan los promedios de las puntuaciones por escala.

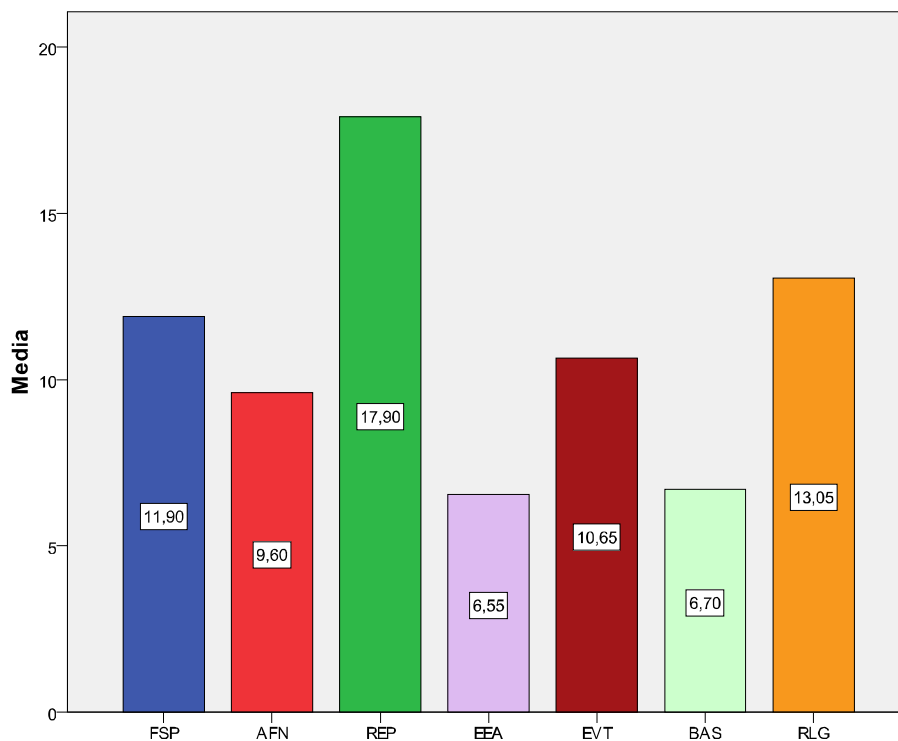


Figura 1. Medias de las puntuaciones obtenidas en las escalas del Cuestionario de Afrontamiento.

Estadística inferencial

Relación de las Escalas de afrontamiento con las variables de la entrevista

Se analizaron las diferentes variables de la entrevista en relación con las escalas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se escogieron pruebas no paramétricas dado el tamaño de la muestra (Pértega Díaz & Pita Fernández, 2007). Cabe aclarar que las variables religiosidad y apoyo familiar no se tomaron en consideración para este análisis ya que todos los participantes manifestaron ser religiosos y contar con apoyo familiar. Se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes variables:

Ø Concurrencia a grupo de apoyo:

- Las personas que concurren a un grupo de apoyo presentaron puntajes más altos en la Escala Reevaluación positiva respecto a las personas que no concurren a un grupo de apoyo (REP) (U= 15,000; p= 0,010).
- Las personas que concurren a un grupo de apoyo a diferencia de aquellas que no concurren obtuvieron puntajes más altos en la Escala de Evitación (EVT) (U=24,500; p= 0,069).

Ø Enjo:

-Las personas que respondieron en la entrevista no estar enojadas con la situación obtuvieron puntajes más altos de las que sí estuvieron enojadas con la situación, en la Escala Religión (RLG) ($U=14,500$; $p=0,006$).

A continuación, se relacionó las Escalas de Afrontamiento con los niveles de ansiedad- depresión, con el Cuestionario de Calidad de Vida, la Escala de Rankin y el MMSE. Para establecer las correlaciones se aplicó la prueba de correlaciones de Spearman.

Relación entre las Escalas de afrontamiento (CAE) con los niveles de ansiedad-depresión

-El test de ansiedad-depresión no correlacionaron con las Escalas del Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).

Relación entre las Escalas de afrontamiento con el cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)

-La Escala Focalizado en la solución del problema (FSP) del Cae con Rol físico (RF) obtuvo una correlación negativa significativa ($\rho=-0,489$; $p=0,029$).

-La Escala Reevaluación positiva (REP) obtuvo una correlación negativa significativa con Rol físico ($\rho=-0,444$; $p=0,050$).

-La Escala Reevaluación positiva (REP) obtuvo una correlación positiva con

Salud Mental (SM) ($\rho=0,657$; $p= 0,002$).

-La Escala Religión obtuvo una correlación negativa significativa con Rol físico (RF) ($\rho= -0,471$; $p= 0,036$).

-La Escala Autofocalización negativa (AFN) obtuvo una correlación positiva con Salud General (SG) ($\rho= 0,459$; $p= 0,042$).

Relación entre las Estrategias de afrontamiento y la Escala de Rankin

-La Escala de Rankin no correlacionó con ninguna de las escalas del Cuestionario de Afrontamiento.

Relación entre las Estrategias de afrontamiento y el Mini mental (MMSE)

-La Escala Religión con MMSE obtuvo una correlación muy significativa negativa ($\rho=-0,546$ $p= 0,013$).

Relación de la edad con las Estrategias de Afrontamiento

-Se analizaron las diferencias de medias en las escalas del CAE de acuerdo al grupo etario. Para ello se separó la muestra en dos grupos, estableciendo un punto de corte a los 70 años, y se encontraron diferencias significativas en la Escala de Religión (RLG) del CAE ($U=17,500$; $p=0,017$). Esto se puede observar en la Figura N°2.

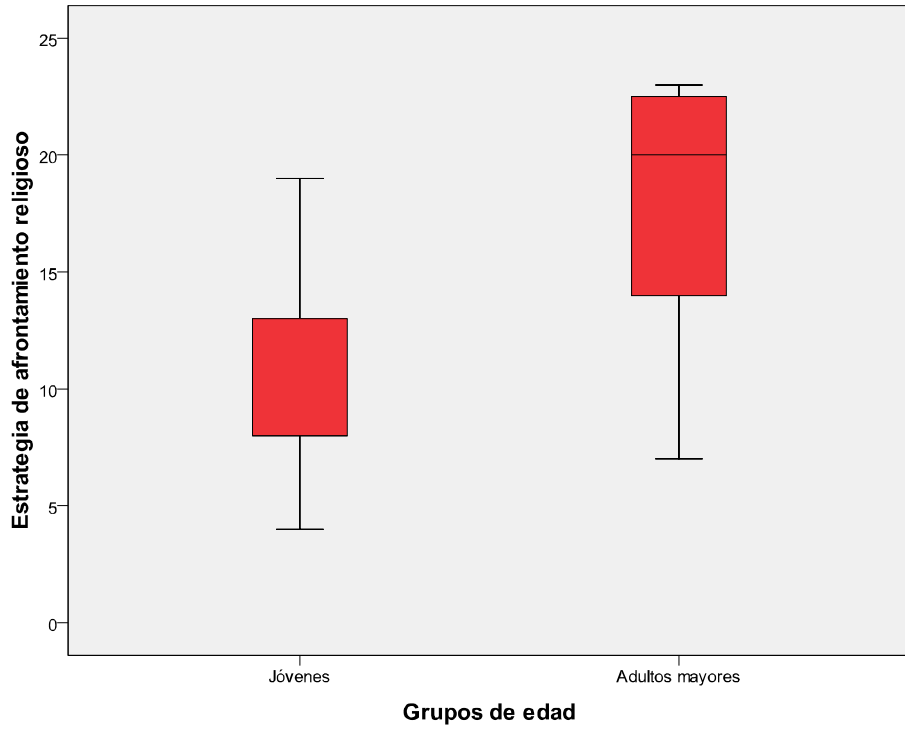


Figura N°2: Distribución de las puntuaciones en la estrategia de afrontamiento religioso de acuerdo al grupo etario.

Capítulo VI: Discusión y Conclusiones

Discusión

De acuerdo a los objetivos del presente estudio, se ha logrado identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes que sufrieron un ACV, analizar las posibles relaciones del tipo de estrategia con aquellas variables vinculadas a la recuperación psicofísica como el nivel de calidad de vida, el grado de discapacidad, el deterioro cognitivo, la edad y los niveles de ansiedad y depresión.

Si bien se han encontrado estudios realizados acerca de las estrategias de afrontamiento en ACV, existen escasas investigaciones sobre este tema en nuestro país. Siendo tanto las estrategias de afrontamiento como la representación social de la enfermedad y la discapacidad variables atravesadas por factores socio-culturales, consideramos que las investigaciones en este tema a nivel local pueden ser un importante aporte.

El primer objetivo nos condujo a analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas que sufrieron un ACV. Del análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento utilizadas surge el dato de que las estrategias de religiosidad y reevaluación positiva fueron las más usadas por las personas con ACV en el momento de enfrentar la situación. La primera se considera una estrategia de tipo pasiva. La utilización de estrategias pasivas (rezo, esperanza,

pensamiento desiderativo) se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico. Por el contrario, la Reevaluación positiva se considera una estrategia de tipo activa. Las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se relacionan de forma positiva con índice de funcionamiento físico y psicológico (Torre et al., 2005).

Sin embargo, en una revisión hecha por Fernández-Ríos y García-Fernández (2000), distintos autores coinciden en que la religión puede manifestar efectos beneficiosos mediante las conductas saludables impuestas a los creyentes y los efectos psicológicos que fomentan la religión en sus seguidores, entre los que aluden al apoyo social, entre otros.

La asunción de una religión está determinada por múltiples razones, una de las más frecuentes, el seguimiento de la tradición familiar o de la comunidad en la que se vive, y que se corresponde al aprendizaje social (Bandura, 1964), mientras que otra de las razones en orden de importancia la constituye el hecho de tener la salud amenazada o ya quebrantada, es decir, se produce ante este evento el acercamiento a la religión o al desarrollo de la religiosidad previamente existente como una forma de afrontar situaciones estresantes, permitiéndole adoptar un sentido de coherencia (Antonosky, 1981), que como recurso general de resistencia favorece su salud.

Williams James (1902) fue el primero en analizar la presencia de la creencia religiosa en las personas sanas y en los enfermos del alma. Introdujo un nexo entre la religión y la experiencia humana al enfocar una variedad de experiencias religiosas donde incluyó tanto el nivel de la cognición como el de la afectividad y el de la conducta humana; definiendo para eso a la “experiencia religiosa como una dimensión de gran complejidad dedicada al tratamiento del problema de la fe religiosa, de las creencias y de los modos de actuar frente a situaciones vitales trascendentes.”

En las investigaciones realizadas en el campo de la psicología de la religión y la espiritualidad se arribó a conclusiones acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud y en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes. Pargament y Koenig (1997) tomaron la noción de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986) y desarrollaron el concepto de “afrontamiento religioso”, definiéndolo como aquel “tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas”.

En diversos estudios llevados a cabo en Estados Unidos, se halló una vinculación positiva entre la participación religiosa y/o las creencias religiosas y la evitación de conductas negativas que pudieran aumentar el riesgo de ciertos problemas de salud (Koenig et al., 1994, 1998). Esto tiene importancia ya que

en situaciones de duelo muchas personas recurren a conductas adictivas hacia el alcohol y las drogas para mitigar el efecto doloroso de la pérdida. En cambio, en las personas religiosas, sus creencias actúan como medidas protectoras de conductas adictivas negativas.

En general, se ha considerado a las distintas creencias y prácticas de las distintas religiones como promotoras de efectos positivos en la salud ya que pueden disminuir el estrés o actuar previniéndolos (Yoffe, 2006).

A su vez, la religión provee soporte emocional y social. Se sabe que cuando una persona percibe que tiene al alcance el apoyo de otros, eso contribuye a darle mayor esperanza, y es esencial para la salud (Reyes, 1998).

Todas estas variantes se entrelazan entre sí, haciendo que la religión, como parte de la conciencia social, sea usada por muchas personas para ayudarlos a vivir (González Valdés, 2004).

Por otra parte, las estrategias de expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social son las menos usadas por la muestra analizada en este trabajo. Hay investigaciones que indican que la asistencia de un apoyo social efectivo tiene repercusiones en la salud: disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades, acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conoce con exactitud los mecanismos psicobiológicos que opera estos cambios (House et al., 1988). De todos modos,

no todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. De acuerdo con Dunkel-Schetter y colaboradores (1987) el más efectivo parece ser tener alguien cercano en quien confiar. Por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Así pues, lo importante es tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos. En último lugar, no es sólo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

Cabe mencionar, que todas las personas entrevistadas manifestaron pertenecer a una religión y contar con el apoyo familiar. Con respecto a este último, Rodríguez Marín (1993) dice que este factor juega un papel importante en enfermedades crónicas. Hay numerosos estudios que han establecido una correlación positiva entre el apoyo emocional entre los miembros de la familia y el grado de ajuste físico y psicológico al cáncer (Dunkel-Schetter, 1984).

Parecería haber una asociación entre la ausencia de enojo con la situación y presencia de estrategias de afrontamiento religiosas. Como se hace referencia en los párrafos anteriores (Yoffe, 2006), la ayuda espiritual es importante para mejorar la integridad de la salud de las personas siendo ésta efectiva contra el estrés.

Con respecto al segundo objetivo, no se halló ninguna relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad-depresión. Esto se

puede deber a que los niveles de ansiedad y depresión están influidos por otras variables personales y contextuales no contempladas en el análisis realizado.

En cuanto al tercer objetivo planteado, se encontró que las personas que tienen una mejor salud mental y general, medido a través del cuestionario de calidad de vida (SF 36), reevaluaron de modo positivo el problema. También se encontró que las personas con dificultades para movilizarse, medidas a través de la Escala Rol físico del SF-36, fueron las que mayormente se aferraron a la religión. Cabe mencionar que la utilización de este tipo de estrategia de carácter pasivo (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo), si bien pueden tener los efectos beneficiosos ya mencionados, suele estar asociadas a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico (Torre et al.; 2005). Sin embargo, este punto es controversial dado que hay autores como Yoffe (2006) y Reyes (1998) que plantean que las creencias y prácticas religiosas generan efectos positivos en la salud, ya que pueden disminuir el estrés o actuar previniéndolo.

También se encontró que las personas que sufrieron algún tipo de secuela física, con puntuaciones bajas en la Escala Rol físico del Cuestionario de Calidad de Vida, presentaron una tendencia a utilizar estrategias de reevaluación positiva, se focalizaron en la solución del problema y se aferraron algún tipo de creencia religiosa.

Con respecto al cuarto objetivo, no se encontró una relación directa entre el grado de discapacidad, medida a través de la Escala de Rankin, que tenía cada persona con la manera de afrontar el problema. Esto se podría deber a que ante una misma situación cada persona se encuentra influenciada por otras variables que intervienen en ese momento, como la historia de vida, la personalidad, variables que no se tuvieron en cuenta en este estudio. Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) indican que en realidad, no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas.

En cuanto a las posibles relaciones del tipo de estrategia de afrontamiento utilizada y el grado de deterioro cognitivo, medido a través del MMSE, se encontraron asociaciones positivas con la escala Religión. Esto podría sugerir que las personas con limitaciones en su funcionamiento cognitivo suelen tener dificultades en elaborar estrategias más complejas y activas para hacer frente al problema y en cambio recurren a estrategias de tipo pasivo como es la religión.

Por último, se planteó como objetivo evaluar la relación entre la utilización de las estrategias de afrontamiento con la edad del paciente. Se encontraron diferencias de acuerdo al grupo etario en la escala religión. Los resultados indican que en las personas de mayor edad es más frecuente la utilización de la religión como recurso para afrontar situaciones estresantes.

Como dice Lazarus (1991), el afrontamiento es más bien un proceso y no tanto un rasgo. Es decir, las estrategias de afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que las personas utilizarían distintos tipos de afrontamiento dependiendo tanto de cuál sea su estrategia preferida como cuales sean las demandas adaptativas de cada situación. Dado que no es un rasgo intrínseco de la persona, es esperable que pueda ir modificándose con la edad. Por otra parte, Rivera Ledesma & Montero López Lena (2007) consideran que la vida espiritual parece jugar un importante papel en el afrontamiento del estrés y el mantenimiento de la salud en la adultez mayor. Si bien como se mencionó, hay autores que la consideran una estrategia pasiva (Lazarus, 1991) Rivera Ledesma & Montero López Lena (2007) por el contrario afirman que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso con un impacto positivo en la salud al ser éstas utilizadas efectivamente contra el estrés.

Las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo en el último decenio. Estudios recientes indican que, la religiosidad en los ancianos los conduce a una mejor aceptación del envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento, la esperanza y sentido de trascendencia entre la vida y la muerte (González Valdés, 2004), una más

elevada autoestima y más baja depresión, satisfacción de vida en pacientes enfermos y un menor número de suicidios (Nisbet et al., 2000)

Harold Koenig (1994), señaló que los diversos modos de la fe religiosa promueven la salud mental de aquellos adultos mayores que sufren desafíos a su salud física. Este autor plantea que la religión se centra en las relaciones interpersonales, en la búsqueda de la persona hacia uno mismo y hacia los otros, en el sentido de control y autodeterminación personal, en la promoción de apoyo comunitario y en promesas de una vida después de la muerte que refleja perspectivas cognitivas positivas y estados emocionales que buscan conducir al sujeto hacia un mayor y mejor ajuste y adaptación frente a sucesos de vida negativos o estresantes.

En los ancianos, la religiosidad se asocia con la disminución de mortalidad en enfermedad coronaria y cirugía cardíaca, también con menos depresión y mayor recuperación del estado funcional en ancianos hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos (Reyes, 1998). La religiosidad se asocia también con una alta satisfacción de vida y bienestar en ancianos enfermos y ambulatorios. Asimismo se asocia con disminución de la ansiedad y depresión ante el duelo, la enfermedad terminal o la muerte (Reyes, 1998).

Conclusiones

Uno de los resultados de mayor interés obtenidos en la presente investigación fue la alta presencia de estrategias de afrontamiento religioso en la muestra en general y en los pacientes mayores en particular. En esta investigación se resalta la importancia de la religión como estrategia de afrontamiento frente a las secuelas de una enfermedad. Pareciera ser una estrategia de particular relevancia en pacientes añosos. Por este motivo, se le debería prestar atención a su expresión individual y su connotación comunitaria, porque la presencia o no de las creencias y prácticas de este tipo pueden contribuir a la modificación o preservación de la salud. La religión, al igual que la edad, el género, la ocupación y la escolaridad entre otros datos generales, debe ser tomada en cuenta como variable a la hora de investigar en pacientes con enfermedades físicas, ya que como las restantes, condicionan el estilo de vida y la evolución de la recuperación.

Por otra parte, en este estudio se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento activas, como la Reevaluación positiva se asocia a una mejor calidad de vida. Por ello, se considera que sería importante dentro del campo de la Psicología clínica conocer en mayor detalle el tipo de estrategias de afrontamiento que se tienden a utilizar, luego de una patología como el accidente cerebrovascular, dado que ésto permitiría elaborar

programas de rehabilitación más adecuados y fomentar estrategias asociadas a la mejora de la calidad de vida.

Dada la escasez de estudios que se han realizado en nuestro país acerca de las consecuencias psicológicas de las enfermedades físicas en general y de las formas de afrontamiento utilizadas en particular, es importante continuar investigando en el ámbito de la psicología dado el impacto que estos factores tienen en la recuperación del ACV.

Consideramos que este trabajo representa un modesto aporte al estudio de las estrategias de afrontamiento en las enfermedades físicas, sin embargo, la muestra analizada fue pequeña, por ese motivo fue imposible incluir en el análisis a determinadas variables como el género, los tipos de acv, la escolaridad, etc. Así como tampoco se pudo realizar un trabajo más sectorizado con respecto a la edad. Sería deseable contar con una muestra más amplia en futuros estudios.

Referencias Bibliográficas

- Allegri, R. (2005). Evaluación neuropsicología en deterioro cognitivo vascular. *Congreso Internacional de Psiquiatría, AAP 2005*, Octubre, Buenos Aires, Argentina.
- Alonso J., Prieto L. y Anto J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Revista Medicina Clínica, 104*, 771-6.
- Antonosky, A. (1981). Factores saludables en el trabajo: El sentido de coherencia. En, R., El-Batawi, M.A. y Cooper, C.L. *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. (pp151-163), Ginebra OMS: Editorial Kalimo.
- Anon, T. (2005). The global burden of stroke. *Revista Lancet Neurology, 4*, 689.
- Balmaseda, R.; Barroso J.M. y Martí y José León Carrión, M. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista Española de neuropsicología, 44*, 312-330.
- Bandura, A. y Kupers, C.J. (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social psychology, 69*, 1-9.
- Butman, J., Arizga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A. et al. (2001) El Mini-mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina, 24*(1), 11-15.
- Cambier, J.; Masson, M. y Dehen, H., (1990). *Manual de neurología*. Quinta edición. Editorial Masson S.A.
- Centurión, E.M; Salera, C.; Anciola, J.; Abriata, M.G; Barbieri, M.E.; Capriati, A.J. et al. (2008). Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en enfermedades neurológicas. Enfermedad Cerebro Vascular en Argentina. Resumen ejecutivo del Estudio colaborativo: Metodología de Fijación de Prioridades en la selección de investigaciones.

Ministerio de Salud de la Nación. En:
http://www.saludinvestiga.org.ar/policys_comision.asp

- Darlington, A.; Dippel, D.; Ribbers, G.; Balen, R.; Passchier, J. y Bisschbach, J. (2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 237-241.
- Donnellan, C. ; Hevery, D.; Hickey y O' Nell, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 1208-1218.
- Dunkel- Schetter, C., Fookman, S. Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *J Personal Soc Psychol*, 56, 71-80.
- Ernstahl, S., Sommer, M. y Hagberg, A. (1996). A 3-year follow-up of stroke patients: relationships between activities of daily living and personality characteristics. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22, 233-244.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). *An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- González Celis, A. L. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas psychological*, 5(3), 501-509.
- Goldberg, R. (1998). *Escala de Goldberg*. Versión española Gzempp, 1993.
- House Js., Umberson, D. y Landis, Kr. (1988). Estructures and proceses of social suportt. *Am Rev Sociol*, 14, 293-318.
- Micheli, F. y Pardal Fernández, M. (1992). *Fundamentos de neurología*. Editorial el ateneo.
- Neuropsicologica.blogspot.com consultado el 09/06/11.

Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.

neuropsicologica.blogspot.com consultado el 09/06/11

Pérez Sempere, A. (1999). Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular. En: Castillo J., Álvarez Sabín J., Martí-Vilalta, Martínez-Vila E., Matías-Guiu J., editores. *Manual de enfermedades vasculares cerebrales*. 2.a ed. (pp. 55-61) Barcelona: Prous Science; 1999.

Pértega Díaz, S. & Pita Fernández, S. (2007). Métodos no paramétricos para la comparación de dos muestras. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/noParametricos/noParametricos.asp> consultado el 12 de diciembre de 2011.

Rankin, J. (1957). Cerebrovascular accidents in patients over the age of 60.II: Prognosis. *Journal Scott Medical*, 2, 200.

Rivera Ledesma, A.; Montero López, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30(1); 39-47. Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Sandín, B. y Chorot, P. (1993). Cuestionario de afrontamiento del estrés: desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.

Vázquez Valverde y Ring (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología conductual*, 4, 9-28.

Vilagut, G.; Montse, F.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda; Quintana, J.; Santed, R.; Valderas, J.; Ribera, A.; Domingo-Salvany; Alonso, J. (2007). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. En <http://www.doyma.es>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, N°2. Versión Online, consultada 09-02-09.