



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**DEPRESIÓN RELACIONADA CON CALIDAD DE VIDA Y LA FISIOTERAPIA
EN PACIENTES CON SECUELAS DE ECV HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

DAMARIS RAMIREZ SARABIA

ASESOR:

**DR. MANUEL CHAVEZ RIMARACHIN
DR. DAVID RENE RODRÍGUEZ DÍAZ**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A MIS PADRES Y HERMANOS

Porque con su esfuerzo, cariño y apoyo siempre estuvieron aconsejándome para poder seguir adelante.

DAMARIS RAMIREZ SARABIA

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por siempre guiarme y protegerme.

A mi asesor

Quien asesoró este trabajo con esfuerzo y preocupación.

A mis maestros

Quienes me brindaron sus conocimientos.

A la Universidad

DAMARIS RAMIREZ SARABIA

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, DAMARIS RAMIREZ SARABIA con DNI 47780607, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada: DEPRESIÓN RELACIONADA CON CALIDAD DE VIDA Y LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SECUELAS DE ECV HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Marzo del 2019.

Damaris Ramirez Sarabia

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “DEPRESIÓN RELACIONADA CON CALIDAD DE VIDA Y LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SECUELAS DE ECV HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

La Autora

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii

I. INTRODUCCIÓN01

1.1. Problema	01
1.2. Trabajos previos	01
1.3. Teorías relacionadas al tema	04
1.4. Formulación del problema	11
1.5. Justificación del estudio	11
1.6. Hipótesis	11
1.7. Objetivos	12

II. MARCO METODOLÓGICO12

2.1. Diseño de investigación	12
2.2. Variables y Operacionalización	13
2.3. Población y muestra	14
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad	14
2.5. Métodos de análisis de datos	15
2.6. Aspectos éticos	15

III. RESULTADOS16

IV. DISCUSIÓN20

V. CONCLUSIONES23

VI. RECOMENDACIONES24

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS24

VIII. ANEXOS28

RESUMEN

Se evaluó la relación entre depresión, calidad de vida y respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Fue un estudio no experimental, correlacional en una muestra de 227 pacientes. El resultado fue que el 35.2% presentaron depresión menor, 28.6% depresión moderada, 21.1% depresión severa y 3.1% tuvieron depresión muy severa, solo el 11.9% no reportó depresión. Al evaluar la calidad de vida, el 17.6% presentó buen estado, el 64.3% regular estado y 18.1% mal estado. La depresión no se relacionó con la calidad de vida al obtenerse una $r=0.116$ con una $p=0.114$. En la fisioterapia, el 16.7% fueron asintomáticos, 25.6% sin discapacidad significativa, 24.2% discapacidad leve, 16.3% tuvo discapacidad moderada, 11.5% discapacidad moderada a severa y 5.7% discapacidad severa. La depresión se relacionó con la discapacidad funcional, al hallarse una $r=0.368$; con una $p=0.000$; Interpretándose que al aumentar la depresión, la discapacidad funcional también aumenta, siendo ésta relación positiva y regular. Se concluyó que la depresión se relaciona con la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas cerebrovasculares. No existiendo relación entre depresión y calidad de vida.

Palabras claves: *Depresión, Calidad de vida, Respuesta a la fisioterapia.*

ABSTRACT

The relationship between depression, quality of life and response to physiotherapy in patients with sequelae of cerebrovascular disease was evaluated at Hospital Regional Docente in Trujillo. It was a non-experimental, correlational study in a sample of 227 patients. The result was that 35.2% presented minor depression, 28.6% moderate depression, 21.1% severe depression and 3.1% had very severe depression; only 11.9% did not report depression. When evaluating quality of life, 17.6% were in good health, 64.3% were in fair health, and 18.1% were in poor health. Depression was not related to quality of life, $r=0.116$ was obtained with $p=0.114$. In physiotherapy, 16.7% were asymptomatic, 25.6% without significant disability, 24.2% mild disability, 16.3% had moderate disability, 11.5% moderate to severe disability and 5.7% severe disability. Depression was related to functional disability, with a $r=0.368$; with a $p=0.000$; interpreting that when depression increases, functional disability also increases, this being a positive and regular relationship. It was concluded that depression is related to the response to physiotherapy in patients with cerebrovascular sequelae. There is no relationship between depression and quality of life.

Keywords: *Depression, Quality of life, Response to physiotherapy.*

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

Actualmente, la enfermedad cerebrovascular afecta casi a 15 millones de individuos, siendo en el mundo la segunda razón de fallecimientos y la tercera causa de discapacidad. En los últimos cuarenta años, la incidencia de accidente cerebrovascular ha ido incrementándose sobre todo en países con bajos y medios ingresos. En el Perú, la prevalencia de accidente cerebrovascular en la zona rural fue 2,7% y en las zonas urbanas 6,8 %. En relación a los pacientes mayores de 65 años, se reportó que en las zonas urbanas el 17% y en las zonas rurales el 25% no han tenido un adecuado diagnóstico. En cuanto, a la rehabilitación es necesario que esta sea integral, que abarque la terapia física, lenguaje y ocupación.¹

Según la OMS, la salud mental corresponde al estado de bienestar que permite a las personas desarrollar su potencial, así como la forma de afrontar los obstáculos de la vida. Los trastornos mentales más comunes y frecuentes son la ansiedad y la depresión. En relación a la depresión, está afecta a más de 300 millones de individuos, afectando mayormente a mujeres; siendo en el mundo, el trastorno mental más frecuente. Así mismo, la depresión corresponde una de las principales causas de discapacidad, convirtiéndose en uno de los problemas de salud más peligrosos, ya que, si no es tratada adecuadamente puede conllevar al suicidio.²

En relación a la depresión post ECV, se determina que es el síndrome afectivo más frecuente tras el episodio. Según estudios realizados se evidencio que existe mayor retardo psicomotor en estos pacientes, ya que, limita la recuperación cognitiva y funcional, así como su rehabilitación; asimismo, se relaciona con una mala calidad de vida y con un incremento en la mortalidad en comparación de aquellos que no presentan depresión. Por otro lado, en estos pacientes la depresión tiende a ser crónica, presentándose en un 58% síntomas durante un periodo mayor a 2 años. La cual fue leve a moderada en el 48%, y severa a grave en el 10 %.En consecuencia, la depresión tiende a influir en la calidad de vida de los pacientes con ECV, ya sea, en la recuperación y rehabilitación de los síntomas cognitivos y en las actividades diarias.³

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Soto A.⁴ (Guatemala, 2016). Identificó el grado de depresión en individuos con lesiones físicas. El estudio se realizó en la clínica fisioterapéutica del municipio de Salcajá e incluyó 60 pacientes entre 25 a 70 años que recibían terapia física. Encontraron que la depresión tuvo un 54% de nivel mínimo, 33% de nivel leve, 11% de nivel moderado y un 2% un nivel grave, la mayoría de las

personas que asistieron a terapia física presentaron discapacidad leve, además se encontraron con un nivel mínimo de depresión. Concluyeron que las personas que padecen depresión mejoran dicho estado con la fisioterapia, predominando la depresión en las mujeres.

Mesa Y, et al.⁵ (Cuba, 2016) realizaron un estudio para determinar los factores que intervienen en la calidad de vida después del episodio incapacitante, mediante un estudio descriptivo observacional transversal en 120 pacientes con ECV isquémico. Se encontró más casos de ECV en mujeres que en varones (50,9% - 49,1%). La afectación neurológica se halló en la mayoría de casos grado moderado, el deterioro cognitivo afectó en un 32,3%, el estado funcional presentó una discapacidad leve a moderada. Se determinó que las áreas más comprometidas fueron: estado físico, la depresión y las actividades de la vida diaria. En relación a los factores que intervienen en la alteración de la calidad de vida se determinó la presencia de afectación neurológica (OR: 0,53, IC:0,09;3,10) y la presencia de síntomas depresivos (OR: 0,23, IC: 0,06;0,83).

Retamal H, et al.⁶ (Chile, 2015) analizaron la calidad de vida en 19 pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular, con un rango entre los 62-96 años de edad, excluyendo a paciente con demencia u otras patologías crónicas; estudiaron presentaban, para ello, realizaron un estudio transversal no experimental. El 89 % poseía una calidad de vida categorizada como regular; el 10% como buena, solo 1% presentó como mala. Determinando que el aspecto físico y la parte emocional fueron los indicativos de una baja calidad de vida.

Segura A, et al.⁷ (Colombia, 2015), analizaron la probabilidad de depresión, aspectos sociales y funcionales de los adultos, fue un estudio transversal, analítico, aplicado en 248 adultos personas. Se valoraron características sociales y funcionales. El riesgo de depresión se asoció con la percepción de mala calidad de vida ($p=0.001$) y la pérdida de capacidad funcional ($p=0.003$). Concluyeron que el riesgo de depresión en el adulto mayor está asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, como a su condición biofísica; situación que logra prevenirse al reforzar sus lazos familiares y se busca que la vejez sea más funcional y activa.

Hernández Z, et al.⁸ (México, 2010) para determinar la presencia de depresión en pacientes con ECV, así como analizar un plan estratégico para prevenir y disminuir los casos de depresión, realizaron un estudio descriptivo, observacional. Utilizaron el inventario de Beck, en una muestra a conveniencia del autor, el test consta de 21 preguntas, además de que se aplicó un

cuestionario creado para cumplir con la meta, encontrando que el 51.3% desarrolla depresión, además de que si existe relación entre ambas variables mencionadas ($p > 0.05$).

Díaz V, et al.⁹ (Chile, 2008) desarrollaron un estudio epidemiológico no experimental, en una muestra de 59 pacientes en un rango entre 23 y 89 años con ACV. Utilizaron el cuestionario SF-36 V.2 y la escala de Rankin modificada (mRS), analizándose con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados en relación al SF-36 demostró: dolor corporal $83 \pm 19,03$ puntos, en lo emocional un $79 \pm 18,05$ puntos, mientras que la puntuación más baja fue la vitalidad ($66 \pm 18,79$ puntos), y la función física $68 \pm 23,76$. En relación a la puntuación de mRS y de SF-36, se obtuvo que el aumento de la discapacidad funcional conlleva a un menor índice de calidad de vida ($p < 0,001$). En relación a la calidad de vida y depresión, no se halló una diferencia significativa ($p < 0,05$).

Singh A, et al.¹⁰ (Canadá, 2000) realizaron un estudio longitudinal, donde incluyeron 81 pacientes con ECV, fueron sometidos a tomografía computarizada en tres oportunidades (mes, a los 3 meses y a los 12 meses), así como la depresión. A los 3 meses, el 36% presentaron síntomas depresivos, produciéndose un modelo altamente significativo, con datos $P < 0,0005$. Concluyeron que las medidas neuroanatómicas y funcionales se relacionan con la depresión post ECV a través de los años; así mismo, la localización de la lesión frontal es un factor de riesgo en esta investigación.

González M, et al.¹¹ (España, 2010) realizaron un estudio prospectivo donde incluyeron a 34 pacientes de ambos sexos con de ictus, para valorar la conexión entre el evento de ictus y la calidad de vida, así como la ayuda social que presentaron tanto antes como después del evento de ictus. Obteniéndose que existe un deterioro en la dimensión de aislamiento social del PSN ($p = 0,03$; $9,4 \pm 20$ frente a $21,1 \pm 30$) y en la percepción de la ayuda social ($p = 0,000$; $19,8 \pm 3$ frente a $12,5 \pm 8$). Hallándose una conexión tanto en la 1° y 2° evaluación en el dolor ($p = 0,007$; $r = 0,45$); además de la movilidad y la ayuda social ($p = 0,027$; $r = 0,37$), y el estado emocional ($p = 0,029$; $r = 0,39$).

Kim J, et al.¹² (Corea, 2010) realizaron un estudio prospectivo en una muestra de 148 pacientes con ACV, fueron evaluados a los 2 a 4 meses después del evento. Se determinó el grado de disfunción motora, así como, síntomas sensitivos, alteraciones visuales, afasia y ataxia, además del índice de Barthel. Para la valoración de la depresión post-ictus se usó los criterios diagnósticos de DSM-IV y la escala de Beck. Se obtuvo que el 18% presentaron depresión post-

ictus. La presencia de depresión post-ictus y la incontinencia emocional estuvo relacionada en comparación de la disfunción motora ($p < 0,05$).

Barreda D.³ (Lima, 2012) realizó un estudio de tipo correlacional para definir la relación entre la depresión y manera de afrontar el estrés en pacientes con ECV atendidos en consultorio externo de neurología del Hospital Daniel A. Carrión. Se estudió a 50 pacientes entre 45 y 90 años (media de 61 y 75 años) de ambos sexos con ECV. Para el estudio de sus variables utilizó entrevista semiestructurada, Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE, Inventario de Depresión de Beck (IDB); obteniendo que no existen correlaciones altamente significativas, entre la depresión y el estilo de hacer frente al estrés enfocados en el problema ($r = -0.06$, $p > .01$). Así como tampoco existe un vínculo estadísticamente significativo entre el estilo de hacer frente al estrés enfocados en la emoción y la depresión. Mientras que en el nexo entre los estilos de afrontamiento al estrés evitativos y la depresión, se halló correlación positiva ($r = 0.54$, $p < .01$).

Rojas E.¹³ (Lima, 2012) realizó un estudio longitudinal, tipo cohorte, donde incluyó 180 pacientes con menos de 1 mes de enfermedad de secuela motora de EVC. Fueron evaluados por la escala de Depresión de Hamilton (considero pacientes deprimidos, aquellos con un puntaje >15 puntos) y por el Índice de Barthel (considero pacientes dependientes aquellos con un puntaje <60 puntos). Después los dividió en dos grupos: pacientes con depresión (66.7%) y los pacientes sin depresión (33.3%); en el segundo control después de haber recibido terapia de rehabilitación, halló que el 38% presentaron depresión y 62% no la presentaron. Evidenciándose así, que al segundo control hubo una reducción en cuanto al porcentaje de pacientes con depresión.

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

La Enfermedad cerebrovascular (ECV) representa uno de los síndromes clínicos más frecuentes y destructivos a nivel mundial, perjudicando la calidad de vida de quienes sufren esta enfermedad. Según la OMS, en el occidente corresponde a la tercera causa de mortalidad. Afectando cerca de 17.5 millones de personas, de las cuales un tercio muere y los demás presentan incapacidad física.¹⁴ Su prevalencia en Perú, se estima en un 2,7% en zonas rurales y en las zonas urbanas 6,8%, además de indicar que se encuentran más propensos a desarrollar la enfermedad los adultos mayores de 65 años.¹

Se entiende por ECV a la deficiencia neurológica repentina aplicable a una causa vascular focal, ya sea de forma permanente o transitoria. Se clasifican según su naturaleza en apoplejías

isquémicas (80%) y hemorrágicas (15-20%). El ECV isquémico, que es aquel producto de la reducción del flujo sanguíneo durante unos segundos, su sintomatología es producto de la privación neuronal de glucosa, pueden ser: Transitorias (Isquemia cerebral transitoria), tiene como característica ser reversible, se evidencia como episodios cortos de disfunción neurológica con una duración menor de 24 horas. Y permanentes o también conocido como infarto cerebral representando un mal pronóstico. El ECV hemorrágico, es producto del paso directo de sangre al parénquima encefálico, produciendo manifestaciones neurológicas por un efecto expansivo en las estructuras nerviosas, se subdividen en hemorragia Intracerebral o intraparenquimatosa y hemorragia subaracnoidea.¹⁵

Como en todas las enfermedades existen factores de riesgo que intervienen o predisponen para el desarrollo de la enfermedad, dentro de estos factores tenemos: la edad la cual el riesgo se duplica a partir de los 55 años, el sexo siendo más frecuente en mujeres, antecedentes familiares de historia de patologías cardiovasculares, la hipertensión arterial, el tabaquismo que incrementa entre 2-4 veces el riesgo para el desarrollo de un ECV hemorrágico, la diabetes mellitus, síndrome metabólico, dislipidemias, también intervienen la dieta y la mala nutrición, obesidad, la falta de actividad física y el abuso en el consumo de alcohol.¹⁶

Para el diagnóstico clínico se han establecido síntomas y signos según NINDS que deberían hacernos sospechar cuando se está frente a un episodio de ECV como: pérdida súbita de la fuerza muscular mayormente unilateral, en miembros superiores, inferiores o en rostro. La presencia de confusión, alteraciones visuales (ya sea en un ojo o en ambos), dificultad para comprender lo que se dice o al hablar, así como, pérdida del equilibrio o en la coordinación, entumecimiento o debilitamiento, cefalea intensa, mareos o pérdida de conciencia. También se ha agregado otro síntoma según la Australia's National Stroke Foundation, el cual es la dificultad que existe para tragar. Y la Sociedad Española de Neurología agrega la alteración a la sensibilidad de inicio brusco en un lado del cuerpo a los signos y síntomas propuestos por la NINDS.^{14,17}

Al realizar la historia clínica del paciente, en la anamnesis se tendrá en cuenta el inicio de la sintomatología, antecedentes de episodios de infarto agudo de miocardio, traumatismos, cirugías o sangrado; también se indagará sobre comorbilidades (HTA, DM) o sobre el uso de medicamentos como anticoagulantes. Al examen físico se evaluará los signos vitales, se inspeccionará la piel, la cabeza y cuello, el aparato cardiovascular, el aparato respiratorio y abdominal, y se tendrá mayor énfasis en la evaluación neurológica. Se explorará el nivel de

conciencia mediante la escala de coma de Glasgow, la orientación en tiempo espacio y persona. En el lenguaje se valorará la comprensión, expresión y la respuesta del paciente a órdenes. También se evaluará los pares craneales, la sensibilidad, reflejos, y signos meníngeos.¹⁷

La evaluación no debe retrasar el traslado del paciente para el tratamiento oportuno, ya que sintomatología establecida después de un evento de ECV se asocian e interactúan influyendo en el pronóstico funcional o vital del paciente. Por lo que, es importante realizar un adecuado tratamiento, el cual debe ser organizado e integral para así lograr un programa de atención centrado en la rehabilitación del paciente, ya que tendrá un efecto positivo en la supervivencia y una mejora en la capacidad funcional.¹⁸

Luego del manejo hospitalario del ECV que debe incluir medidas iniciales como el ABC (vía aérea permeable, mantener una adecuada ventilación y circulación), entre otras medidas, y el manejo con medidas específicas; se debe iniciar la rehabilitación, la cual tiene como finalidad lograr conseguir la máxima recuperación funcional del paciente, además de lograr la independencia en cuanto a la realización de sus actividades y la reincorporación en la familia y en lo social.¹⁷

La rehabilitación debe ser inmediatamente después del evento, cuando el paciente se hallé estable, poniendo énfasis en identificar y solucionar las alteraciones como: el déficit motor, el cual corresponde al problema de mayor frecuencia, caracterizado clínicamente por una disfunción motora, sincinesias, espasticidad asociadas a cambios en la contracción muscular. El déficit sensorial, el cual se manifiesta por trastornos en la sensibilidad superficial. El déficit visual, se presenta como hemianopsia, que van a intervenir en la coordinación motriz y en el equilibrio corporal. El deterioro cognitivo que dependerá del hemisferio cerebral que se encuentra afectado, en el hemisferio cerebral izquierdo habrá alteraciones en el lenguaje y comunicación (afasias y apraxias); en el hemisferio cerebral derecho, habrá alteraciones en el reconocimiento del espacio corporal. También habrá déficits orgánicos, como alteraciones en la deglución, retraso en el tránsito intestinal y alteraciones en los esfínteres. Además, de los cambios en los estados de ánimo y en los trastornos afectivos como la depresión, el cual puede iniciar inmediatamente después del evento de ECV, estos síndromes intervienen en la recuperación satisfactoria del paciente.¹⁸

La terapia de rehabilitación se debe realizar en dos fases: la primera, que corresponde a la fase hospitalaria o fase aguda, aquí el objetivo es la prevención y manejo de complicaciones

secundarias (disfagia, incontinencia urinaria, inmovilidad, infecciones respiratorias o urinarias, enfermedad tromboembolicas, etc.), además de promover una adecuada intervención de la familia. En la segunda fase la post-hospitalaria o fase secundaria, se tiene por finalidad reorganizar y reconstruir una eficaz motricidad y esquema corporal, así como tratar de disminuir el sedentarismo.¹⁸

La fisioterapia, así como la terapia ocupacional, son prioritarias en el manejo rehabilitatorio. La fisioterapia en la fase hospitalaria, hay que tener en cuenta el cuidado brindado hacia el paciente, los cambios de posición los cuales deben ser frecuentes, así como un debido aseo son primordiales para prevenir complicaciones como úlceras de decúbito. También es adecuado realizar ejercicios ventilatorios los cuales permitan aumentar los movimientos de los músculos respiratorios, para esto el paciente debe estar en decúbito dorsal, se debe pedir que respire por la nariz ampliando el abdomen y pedirle que sostenga la relajación durante 5 segundos aproximadamente, luego debe expirar lentamente por la boca durante 5 segundos, esto se debe repetir varias veces al día para así mejorar la respiración.¹⁸

Dentro de los ejercicios en los cuales intervienen los músculos se recomienda la movilización pasiva o activa de articulaciones dos o tres veces al día y contracciones musculares isométricas (contraer durante cinco segundos y relajar la musculatura durante diez segundos voluntariamente), para ayudar a prevenir rigidez articular o trofismo muscular. Se debe realizar masaje terapéutico, el cual consiste en alinear la extremidad a tratar, se lubrica la piel con aceite mineral, y se aplican masajes en dirección distal a proximal de por lo menos 10 pases.¹⁸

En la segunda fase post-hospitalaria, la cual a su vez se divide en fase no ambulatoria, iniciándose cuando el paciente es referido a un servicio de rehabilitación, tiene por finalidad lograr la independización del paciente en relación a los cambios posturales corporales, se inicia con terapia para el control reflejo del cuello para lograr el control de la posición sentada para posteriormente lograr el equilibrio de pie y poder así empezar la marcha. Las técnicas de neurofacilitación que se utilizan son: técnica de Brunstrom, Bobath y Facilitación neuromuscular propioceptiva de Voss, Kabat y Knott. En fase ambulatoria, la cual inicia cuando el paciente ya mantiene una posición de pie, aquí se basa en educar al paciente respecto al uso adecuado del bastón, el cual tiene que al lado contrario a la lesión y debe ser colocado adelante para luego desplazar el miembro inferior afectado, hasta llegar a lograr el dominio de la marcha, además se debe enseñar la marcha en terrenos irregulares y el uso adecuado de escaleras.¹⁸

Por otra parte, las alteraciones del estado de ánimo constituyen un grupo amplio de enfermedades psiquiátricas en las cuales el cuadro clínico se caracterizan por una alteración en la regulación del ánimo, afecto y comportamiento; dentro de este trastorno encontramos: Trastornos Depresivos, la cual constituye el 17% de todos los trastornos de estado ánimo; siendo más frecuente entre las mujeres. Trastornos bipolares y Depresión relacionada con una enfermedad médica o con el uso inadecuado de sustancias o alcohol.¹⁹

La depresión se define como un trastorno que afecta principalmente el estado de ánimo, también se le conoce como trastorno afectivo o del humor. Su etiología, se basa en relación a los neurotransmisores; la disminución de la serotonina constituye la amina biogena que frecuentemente se asocia con la depresión. También se encuentra una disminución de los metabolitos de la noradrenalina en orina, sangre y en el líquido cefalorraquídeo. La dopamina también se halla disminuida en la depresión.²⁰ También están relacionados con el desarrollo de la depresión las alteraciones neuroendocrinas como el incremento en la secreción de la hormona liberadora de corticotropina y de cortisol, disminución de la actividad inhibitoria de los corticoides a la dexametasona.¹⁹

La depresión que aparece en el desarrollo de una dolencia es difícil de diagnosticar, las manifestaciones depresivas reflejan el estrés psicológico con el cual se hace frente a la enfermedad, o bien puede ser debido al proceso de enfermedad o a la toma de medicamentos, o puede ser que ya al momento del diagnóstico de la enfermedad ya coexista la depresión. Generalmente en los trastornos del sistema nervioso, como las ECV, en la enfermedad de Parkinson, demencias, entre otras; aparecen los cuadros depresivos. Según estudios, una apoplejía en el hemisferio izquierdo, en la cual haya afectación de la corteza frontal lateral presentara depresión profunda. En estos casos son eficaces el tratamiento con SSRI (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina).¹⁹

Para el diagnóstico se debe tener en cuenta los criterios del DSM-IV, se realiza mediante la presencia de síntomas psicológicos como la tristeza, llanto, falta de disposición por las actividades diarias, anhedonia, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas; síntomas somáticos como, por ejemplo: trastornos de sueño, cansancio y alteraciones en el apetito. Además, el diagnóstico psiquiátrico en una paciente que sufre de una enfermedad médica puede confundirse por la presencia de síntomas somáticos que tienen su origen exclusivamente en la

enfermedad médica, no en la depresión. Se debe tener en cuenta, que en pacientes adultos mayores puede ser síntomas propios de la edad, haciendo esto que en algunos casos no se detecte la depresión.²⁰

Así mismo, para el diagnóstico de la depresión mayor que es aquella donde existe un estado de ánimo deprimido el cual se mantiene diariamente por un periodo mínimo de dos semanas, es necesario tener en cuenta los criterios del DSM-IV-TR de un episodio depresivo mayor como: 1) La aparición de cinco o mayor a este de manifestaciones como el estado de ánimo depresivo, ya sea la mayor parte del día; pérdida de la capacidad de interés o pérdida del placer, por lo menos por un mínimo de 2 semanas, no se debe incluir aquellos síntomas producto de una enfermedad médica o delirios o alucinaciones. También se debe tener en cuenta otros síntomas como la pérdida o incremento de peso, o pérdida o incremento de apetito, hipersomnia o insomnio aproximadamente todo el día, agitación o un enlentecimiento psicomotor, fatiga, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, sentimientos de culpa o de inutilidad, pensamientos suicidas. 2) Las manifestaciones no satisfacen los criterios para un episodio mixto. 3) Las manifestaciones ocasionan alteraciones clínicamente significativas o daño social, o de otras áreas de la vida de la persona. 4) Los síntomas no deben ser producto de los efectos directos de una dolencia médica o por el consumo de sustancias (drogas, medicamentos). 5) Los síntomas son consecuencia de un episodio de duelo (muerte de un familiar o persona cercana), aquí los síntomas se mantienen por más de 2 meses o pueden caracterizarse por ideas suicidas, por una incapacidad funcional, sensaciones de torpeza o incompetencia, o por manifestaciones psicóticas.²⁰

En relación a la enfermedad cerebrovascular y depresión según estudios realizados el 50% de pacientes con enfermedad cerebrovascular, desarrollan después del evento un cuadro depresivo, y cómo ya se mencionó anteriormente el ECV trae consigo diversas secuelas en el área motora, o en otras áreas, además de alteraciones en las categorías de afecto y cognición, donde se destaca la depresión, la cual representa la complicación neuropsiquiatría más frecuente después de un evento de ECV, la cual tiene un efecto negativo durante su rehabilitación funcional y cognitiva, así como un deterioro mayor en la realización de las actividades diarias tanto en lo personal como en lo social. Por lo que la atención de salud ha puesto gran énfasis en la rehabilitación y seguimiento de estos pacientes. Para que se produzca depresión después de un ECV se han relacionado factores como una alta discapacidad, mayor daño del déficit motor, un mal trato o apoyo social.²¹

Se refiere que entre ambas variables existe una relación bidireccional, ya que numerosos hallazgos demuestran que los individuos que presentan ECV presentan una elevada incidencia y prevalencia de desarrollar depresión, así como también se demuestra que la depresión constituye una causa independiente para la formación de enfermedades cardiovasculares y ECV. En distintos estudios realizados se ha calculado una prevalencia entre el 30 y 50% de depresión post-ECV entre los 3 y 6 meses, variando en pacientes ya sean hospitalizados o que se encuentren en centros de rehabilitación. Mientras que otros estudios prospectivos muestran una relación entre depresión y una incidencia elevada de enfermedades y de mortalidad cardiovasculares.²² Así pues, se ha encontrado una mayor probabilidad de depresión en pacientes con mayor alteración cognitiva y en edades mayores.²¹

Para el diagnóstico de depresión post ECV, a parte de los criterios ya mencionados también se emplea para la evaluación escalas como la de Hamilton, Escala de Zung, o Inventario de Depresión de Beck, entre otras. Se debe tener en cuenta que el diagnóstico de depresión post enfermedad cerebro vascular, se ve influenciada por la existencia de otros síntomas, como la afasia, trastornos en la memoria, apraxia y la agnosia. En algunos estudios se han propuesto escalas para mayor facilidad para diagnosticar este síndrome, se ha propuesto como mejor opción la escala de depresión geriátrica (GDS).²¹

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la depresión después de un evento de ECV, se ha establecido que existen diversos síndromes tanto conductuales y cognitivos que afectan el humor y el afecto en estos pacientes, los cuales pueden conllevar a confundir con sintomatología de depresión. Dentro de estos síndromes encontramos la pérdida de autoactivación psíquica, síndrome de labilidad emocional, apatía, entre otros. Además, también hizo referencia acerca de las complicaciones y tratamiento de la depresión después de un evento de ictus; donde menciona que existe en deterioro cognitivo el cual puede ocasionar un nuevo episodio de ictus, así como, aquellos pacientes con depresión presentaran una baja recuperación, tanto en la parte funcional como en su calidad de vida en los programas de rehabilitación. Otra complicación grave de la depresión, es la ideación suicida de estos pacientes, ya sea por la mala calidad de vida o por el grado de dependencia funcional. En relación al tratamiento, se concluye que es importante tratar precozmente una depresión en estos pacientes; ya que, ayudara a mejorar el proceso de rehabilitación.²³

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la depresión, calidad de vida y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de Enfermedad Cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se basó en dar a conocer la relación entre la depresión, calidad de vida y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular (ECV), ya que, actualmente algunas enfermedades crónicas o las secuelas que estas dejan, así como los medicamentos que se consumen a largo plazo pueden conllevar a que el paciente presente depresión u otros trastornos mentales como la ansiedad o demencia. Por lo cual, el médico debe siempre tener en cuenta estos trastornos que puede estar conllevando a que el paciente presente una deficiencia en cuanto a la recuperación de su enfermedad.

En nuestro país, la ECV constituye un problema de salud pública, sobre todo en mayores de 65 años, calculándose en un 6,8 % en las zonas urbanas y 2,7% en la zona rural, además de representar una de los principales factores causales de invalidez, dependencia y de mortalidad en nuestro país. Por lo que, se decide realizar este trabajo mediante el seguimiento de aquellos pacientes que se encuentren en terapia de rehabilitación post-ECV; para poder así lograr precozmente un adecuado tratamiento que permita lograr una mejor recuperación psicomotora.

1.6. HIPÓTESIS

H1: Existió relación entre la depresión, calidad de vida y respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

H0: No existió relación entre la depresión, calidad de vida y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la relación entre la depresión, calidad de vida y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la frecuencia de pacientes con depresión post- ECV.
- Determinar la calidad de vida en pacientes con secuelas de ECV según el Perfil de Salud de Nottingham (PSN).
- Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con secuelas de ECV.
- Determinar la respuesta a la fisioterapia en pacientes post – ECV.
- Determinar la relación entre la depresión y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuela de ECV

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicado

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental: Correlacional

2.2. VARIABLES Y OPERALIZACIÓN

Identificación de la variable:

V1: Depresión: Variable cualitativa

V2: Calidad de vida: Variable cualitativa

V3: Respuesta a la fisioterapia: Variable cualitativa

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN	Es un síndrome grave, por lo cual debe ser tratada, ya que representa una amenaza de vida para el paciente. ²⁰	Se evaluó mediante el cuestionario de: Escala de Hamilton ²⁵ a) No deprimido b) Depresión menor c) Depresión moderada d) Depresión severa e) Depresión muy severa	a) 0-7 b) 8-13 c) 14-18 d) 19-22 e) 23-52	Cualitativa ordinal
CALIDAD DE VIDA	Es la apreciación o importancia que se da al curso de la vida, que se ve cambiado por la incapacidad, el estado funcional y el efecto social debidas a una dolencia. ²⁶	Se aplicó el Test de Perfil de Salud de Nottingham (PSN) ²⁴ : a) Buen estado de salud b) Regular estado de salud c) Deficiente estado de salud	a) 0-25 b) 26-75 c) 76-100	Cualitativa ordinal
RESPUESTA A LA FISIOTERAPIA	Es el resultado que se obtiene a la fisioterapia, el cual es el conjunto de técnicas aplicadas por medios físicos, que corregirán las disfunciones psíquicas y somáticas; las cuales adaptaran a los pacientes hacia una máxima recuperación funcional en relación a sus actividades diarias. ²⁷	El resultado funcional tras un ECV se evaluó mediante el Escala de Rankin ²⁸ : a) Asintomático b) No discapacidad significativa c) Discapacidad leve d) Discapacidad moderada e) Discapacidad moderada-severa f) Discapacidad severa	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5	Cualitativa ordinal

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: fue constituida por todos los pacientes con secuelas de ECV atendidos en el área de consultorio externo y hospitalización de neurología, así como los pacientes atendidos en terapia de Rehabilitación del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Muestra: Estuvo constituida por 227 pacientes con ECV. (Ver anexo 1)

Unidad de análisis: Cada paciente con secuelas de ECV.

Unidad muestral: Cada paciente con secuelas de ECV.

Método de muestreo: Aleatorio Simple

CRITERIOS DE SELECCIÓN: Se consideró los siguientes criterios

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de ECV mayores de edad.
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de ECV.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con marcado deterioro cognitivo y presencia de afasia

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

LA TÉCNICA: la recolección de datos se realizó mediante la Entrevista.

PROCEDIMIENTO: se consideraron los siguientes pasos. (Ver anexo 2)

INSTRUMENTO: para la valoración del estado del paciente se utilizó los cuestionarios de entrevista: Escala de Depresión de Hamilton (ANEXO 3), Perfil de Salud de Nottingham - PSN (ANEXO 4), y la Escala de Rankin modificada (mRS) (ANEXO 5).

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: Las fichas de recolección de datos fueron

validadas por 3 profesionales de salud, que evaluaron si el instrumento y la técnica eran adecuados para el presente estudio.

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:

La información transcrita en la ficha de recolección de datos, fue procesada en la base de datos en el programa SPSS 24 versión para Windows, la cual permitió evaluar los cuadros estadísticos correspondientes. Para el análisis de la información obtenida se utilizó la prueba de correlación (r).

2.6. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio se realizó respetando los criterios de la Norma de Ética en la investigación de la Declaración de Helsinki²⁹, considerando que es un estudio correlacional, se preservó la confidencialidad de la información obtenida. Sólo tiene acceso a la información el personal investigador; también se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del Hospital a realizar esta investigación.

III.- RESULTADOS.

TABLA N°1.- Frecuencia de pacientes con depresión con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.2018

GRADO DE DEPRESIÓN	n	%
NO DEPRESIÓN	27	11.9
DEPRESION MENOR	80	35.2
DEPRESION MODERADA	65	28.6
DEPRESION SEVERA	48	21.1
DEPRESION MUY SEVERA	7	3.1
Total	227	100.0

Fuente: Cuestionario de Escala de Hamilton

TABLA N°2. La calidad de vida en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.2018

CALIDAD DE VIDA	n	%
BUEN ESTADO	40	17.6
REGULAR ESTADO	146	64.3
MAL ESTADO	41	18.1
Total	227	100.0

Fuente: Test de Perfil de Salud de Nottingham

TABLA N°3.-Relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.2018.

GRADO DE DEPRESION	CALIDAD.DE.VIDA.							
	BUEN ESTADO		REGULAR ESTADO		MAL ESTADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESIÓN	0	0.0%	21	9.3%	6	2.6%	27	11.9%
DEPRESION MENOR	9	4.0%	71	31.3%	0	0.0%	80	35.2%
DEPRESION MODERADA	20	8.8%	42	18.5%	3	1.3%	65	28.6%
DEPRESION SEVERA	11	4.8%	12	5.3%	25	11.0%	48	21.1%
DEPRESION MUY SEVERA	0	0.0%	0	0.0%	7	3.1%	7	3.1%
TOTAL	40	17.6%	146	64.3%	41	18.1%	227	100.0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Prueba Tau de Kendall =0.116 p=0.114

TABLA N 4.- Respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Regional Docente de Trujillo.2018

RESPUESTA A LA FISIOTERAPIA	n	%
ASINTOMATICO	38	16.7
NO DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA	58	25.6
DISCAPACIDAD LEVE	55	24.2
DISCAPACIDAD MODERADA	37	16.3
DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA	26	11.5
DISCAPACIDAD SEVERA	13	5.7
Total	227	100.0

Fuente: Escala de Rankin

TABLA N° 5.- RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA RESPUESTA A LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SECUELA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2018

RESPUESTA A LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SECUELA DE ECV														
GRADO DE DEPRESIÓN	ASINTOMATICO		NO DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD MODERADA		DISCAPACIDAD MODERADA SEVERA		DISCAPACIDAD SEVERA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NO DEPRIMIDO	12	5.3%	9	4.0%	4	1.8%	0	0.0%	2	.9%	0	0.0%	27	11.9%
DEPRESION MENOR	19	8.4%	22	9.7%	26	11.5%	7	3.1%	0	0.0%	6	2.6%	80	35.2%
DEPRESION MODERADA	7	3.1%	14	6.2%	14	6.2%	19	8.4%	9	4.0%	2	.9%	65	28.6%
DEPRESION SEVERA	0	0.0%	13	5.7%	11	4.8%	6	2.6%	15	6.6%	3	1.3%	48	21.1%
DEPRESION MUY SEVERA	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.2%	0	0.0%	2	.9%	7	3.1%
TOTAL	38	16.7%	58	25.6%	55	24.2%	37	16.3%	26	11.5%	13	5.7%	227	100.0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Prueba tau-b de Kendall's =0.368 p=0.000

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio buscó evaluar la relación entre la depresión, calidad de vida y la respuesta a la fisioterapia en 227 pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular que se atendieron en el Hospital Regional Docente de Trujillo, establecimiento de salud emblemático de la Región La Libertad. A continuación los resultados.

En la Tabla N°1, se observa que la mayoría de pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular presentaron depresión: el 35.2% presentaron depresión menor, el 28.6% depresión moderada, el 21.1% depresión severa y el 3.1% tuvieron depresión muy severa, solo el 11.9% reportaron no tener depresión.

Entre los estudios que evaluaron la presencia de depresión en pacientes con ECV, y tienen resultados cercanos al presente estudio es el de Barreda D.³ quien halló un resultado cercano, describiendo que la depresión fue leve a moderada en el 48%, y severa a grave en el 10 %. Por su parte Soto A.⁴ encontró que la depresión tuvo un 54% de nivel mínimo, 33% de nivel leve, 11% de nivel moderado y un 2% un nivel grave. Otros estudios reportaron porcentajes menores como el de Hernández Z, et al.⁸ al encontrar que la presencia de depresión solo afectó a la mitad de los pacientes.

La presencia de depresión en los pacientes con ECV, en la mayoría de los casos es leve, pero va a depender de ciertos factores como el tiempo de presencia de secuelas, la calidad de vida de los pacientes con ECV, el entorno familiar y rehabilitación de los síntomas cognitivos y en las actividades diarias.³

En la Tabla N°2, La calidad de vida en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular, tuvo la siguiente distribución: el 17.6% un buen estado, el 64.3% regular estado y el 18.1% mal estado.

Dentro de los estudios que evaluaron la afectación de la calidad de vida está el de Mesa Y, et al.⁵ quien describió resultados similares al hallar que dicha afectación neurológica más frecuente fue la discapacidad de grado moderado. De la misma manera Retamal H, et al.⁶ reportó que el 89 % poseía una calidad de vida categorizada como regular. Es notorio que

la mayoría de pacientes con secuelas de ECV presenten una calidad de vida que en su mayoría es catalogada como regular. Esto va a depender del tipo de deterioro que padezca, como el aislamiento o ayuda social, y el estado emocional¹¹.

En la Tabla N°3 Se analizó la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular, encontrándose que no existe relación entre dichas variables al obtenerse en la Prueba Tau de Kendall =0.116 con una $p=0.114$.

Entre los estudios previos, la investigación de Díaz V, et al.⁹ describió resultados similares al presente estudio al no encontrar relación entre la calidad de vida y la depresión ($p < 0,05$). Otras investigaciones reportaron resultados opuestos como el de Mesa Y, et al.⁵ quien describió que si hay relación entre ambas variables de estudio.

Para explicar estas diferencias, hay que tener en cuenta que la calidad de vida relacionada con la salud se asocia directamente con el efecto individual de la patología como su terapia, su capacidad funcional, la edad y los resultados de un sistema fisiológico en decadencia, siendo más vulnerable a morbilidades degenerativas y crónicas.^{3,18} En este estudio la depresión no constituirá una variable que se relacionaría con la calidad de vida y serían otros los factores que se relacionarían, teniendo en cuenta que los pacientes que recibieron fisioterapia, consiguen mejorar su calidad de vida, por lo tanto la posibilidad de relación entre la depresión y la calidad de vida se ve disminuida, incluso desaparecería.

En la Tabla N° 4, se estimó la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular encontrándose que el 16.7% eran asintomáticos, el 25.6% reportaron no discapacidad significativa, el 24.2% discapacidad leve, el 16.3% tuvo discapacidad moderada, el 11.5% discapacidad moderada a severa y el 5.7% discapacidad severa.

Entre las investigaciones sobre el tema, Mesa Y, et al.⁵ halló en su población estudiada que la discapacidad leve a moderada fue la predominante. Soto A⁴ informó que la mayoría de los pacientes investigados presentaron discapacidad leve. Como puede apreciarse la mayoría de los casos presenta discapacidad leve, resultados cercanos a lo descrito en la presente investigación.

La diferencia del grado de discapacidad entre los resultados depende del déficit orgánico. Además, de los cambios en los estados de ánimo y en los trastornos afectivos como la depresión, el cual puede iniciar inmediatamente después del evento de ECV, estos síndromes intervienen en la recuperación satisfactoria del paciente.¹⁸

En la Tabla N° 5 se buscó estimar la relación entre la depresión y la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuela de enfermedad cerebrovascular. Hallándose que la Prueba tau-b de Kendall's obtuvo una $R=0.368$; con una $p=0.000$; Interpretándose que conforme aumenta la depresión la discapacidad funcional también aumenta, siendo ésta relación positiva y regular.

Se describen reportes de estudios con resultados similares, como el de Mesa Y, et al.⁵ quien encontró que la depresión se relacionó con la recuperación del estado funcional, de la misma manera Segura A, et al⁷ indicó que el riesgo de depresión se asoció con la pérdida de capacidad funcional ($p=0.003$). Por su parte Kim J, et al.¹² encontró que la presencia de depresión post-ictus se relacionó con la disfunción motora ($p < 0,05$).

Más de la mitad de pacientes con lesiones cerebrovascular, desarrollan depresión, y cómo ya se mencionó previamente el ECV trae consigo diversas secuelas en el área motora, o en otras áreas, además de alteraciones en las categorías de afecto y cognición, donde se destaca la depresión, la cual representa la complicación neuropsiquiatría más frecuente después de un evento de ECV, la cual tiene un efecto negativo durante su rehabilitación funcional y cognitiva.²¹

Es importante señalar que la mayoría de las personas que asisten a la terapia física disminuyen el nivel de depresión, obteniéndose un mejor resultado en las mujeres.⁴ sin embargo la persistencia de discapacidad depende de otras comorbilidades, lesiones motoras así como la edad del paciente.¹⁶

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de pacientes con depresión post secuela de enfermedad cerebrovascular fue 88.1%.
2. La calidad de vida en pacientes con secuelas de ECV según el Perfil de Salud de Nottingham es en su mayoría regular con 64.3%.
3. No existe relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular.
4. La respuesta más frecuente a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular fue la discapacidad no significativa con 25.6%.
5. La depresión se relaciona con la respuesta a la fisioterapia en pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular.

VI. RECOMENDACIONES

1. Ampliar el estudio a diseños analíticos de cohorte a otros factores de riesgo que afecten los resultados de la fisioterapia con el fin de estimar la participación en la recuperación de pacientes hospitalizados y ambulatorios.
2. Difundir los resultados a los servicios y prestadores de salud que atienden a los pacientes con discapacidad producto de los accidentes cerebrovasculares, con la finalidad de mejorar los resultados de dicha terapia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávalos L, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(2):400-1. (Citado: 15/04/2017). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n2/a40v31n2.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. (Citado: 15/04/2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Barreda D. Depresión y Estilos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular. *Revista IIPSI (Lima)* 2012; 15(2): 203-216. (Citado: 18/04/2017). Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3700/2964>
4. Soto A. Ansiedad y depresión en pacientes con lesiones físicas. (Tesis). Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2016. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Soto-Amparo.pdf>
5. Mesa Y, Fernández O, Hernández T, Parada Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016; 15(4):508-524. (Citado: 18/06/2017). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n4/rhcm04416.pdf>
6. Retamal H, Arredondo J, Domínguez E, Mac Donald H, Olgúin K. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. *Psicogeriatría (Chile)* 2015; 5 (2): 77-83. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0077_0083.pdf
7. Segura A, Cardona D, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. Salud pública* 2015;17(2): 184-194 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
8. Hernández Z, Nava M. Depresión en personas con EVC en los Servicios de Hospitalización en el INN y N "Manuel Velasco Suárez". *Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(2):73-80. (Citado: 13/05/2017). Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122d.pdf>
9. Díaz V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo A, Illanes S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol (Chile)* 2008; 46 (11): 652-655. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/200915.pdf>
10. Singh A, Black S, Herrmann N, Leibovitch F, Ebert P, Lawrence J, et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study.

Stroke (Canadá) 2000; 31(3):637-44. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/31/3/637.long>

11. González M, 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 la calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus. Rev Neurol (España) 2000; 30(08):707-711. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/i080707.pdf>
12. Choi-Kwon S, Kim J. Depresión Posterior al Accidente Cerebrovascular e Incontinencia Emocional. Correlación con la Localización de la Lesión. Rev Neurology 2000; 54:1805-1810. (Citado: 13/05/2017). Disponible en <http://www.neurology.org/content/54/9/1805.abstract>
13. Rojas E. Influencia de la Depresión en la Recuperación física de los pacientes con secuela motora de enfermedad vascular cerebral. Hospital Guillermo Almendra Irigoyen 1999-2000. Tesis para optar el grado de magister en Medicina. Lima; 2002. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Rojas_H_E/t_completo.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. Accidente cerebrovascular. (Citado: 15/05/2017). Disponible en: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
15. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18a ed Madrid McGraw-Hill Interamericana; 2012. Pág. 3270
16. Buergo M, Fernández O. Guías de práctica clínica Enfermedad cerebrovascular. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. (citado: 23/06/2017). Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermedadcerebrovascular/files/2011/06/guias-practica-clinica-ecv-cuba.pdf>
17. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. (Madrid); 2009. (citado: 23/06/2017). Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
18. Devesa I, Mazadiego M, Baldomero M, Mancera H. Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC). Rev Mex Med Fis Rehab 2014; 26(3-4):94-108. (Citado: 15/05/2017). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf
19. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison: Principios de

- Medicina Interna. 18a ed Madrid Ed McGraw-Hill Interamericana; 2012. Pág. 3536-3537.
20. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 5ªed. España Wolters Kluwer Health; 2012. Pág. 154-176
 21. Castilla L, Esparrago G, Fernández M, Ruiz S, Jiménez M. Depresión post ictus: una actualización. Rev Elsevier Neurología (España) 2015; 30(1):23-31. (Citado: 18/05/2017). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-depresion-post-ictus-una-actualizacion-S0213485312002034#bib0040>
 22. Franco J. Enfermedad cerebro-vascular y depresión. Rev Colomb. Psiquiat. 2007; XXXVI(1):92-100. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a09.pdf>
 23. Carod F.J. Depresión postictus (II). Diagnóstico diferencial, complicaciones y tratamiento. Rev Neurol 2006; 42:238-244. (Citado: 13/05/2017). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/depresion2.pdf>
 24. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX Escalas de Valoración Funcional y Cognitiva. Pág 342 – 346. (Citado: 01/05/2017) Disponible en <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>
 25. Purriños M. Escala de Hamilton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servicio de Epidemiología. (Citado: 01/05/2017). Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
 26. Urzuam A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med (Chile) 2010; 138: 358-365. (Citado: 01/05/2017). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
 27. Gallego I. Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
 28. Rodríguez A. Evaluación de cambios en la función motora durante la fase crónica del Ataque cerebrovascular. [Tesis]. Bogotá: Oficina Secretaria del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2015. (Citado: 19/05/2017). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46634/1/05599158.2015.pdf>
 29. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza – Brasil; 2013. (citado: 04/06/2017) Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

VIII. ANEXOS

ANEXO 01:

Muestra:

$$n = Z^2 pq / E$$

$$n = (1.962)^2 (0.18) (0.82) / 0.0025$$

$$n = (3.8416) (0.1476) / 0.0025$$

$$n = 0.5670 / 0.0025$$

$$n = 227$$

Donde:

Z: 1.96

p: 0.18¹²

q: 0.82

E: 0.05

ANEXO 2:

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenido el permiso correspondiente del responsable del establecimiento para tener acceso a la realización del estudio, se procedió a seleccionar la muestra. Se informó los objetivos del estudio a los participantes, y se procedió a obtener el consentimiento informado de los pacientes que desee participar en la entrevista.

La entrevista se realizó a los pacientes con ECV o familiares responsables de su cuidado. Los participantes fueron entrevistados al finalizar la consulta de neurología, aquellos que estaban en el servicio de hospitalización de neurología y aquellos que se encontraban en terapia de rehabilitación del hospital, la cual durará aproximadamente 10 minutos por test.

Primero se evaluó la Escala de Depresión de Hamilton, para seleccionar a pacientes que presenten depresión o no presenten sintomatología depresiva; a continuación, se evaluó el Perfil de Salud de Nottingham y la Escala de Rankin modificada, con la finalidad de establecer si existe relación entre las variables ya explicadas anteriormente.

ANEXO 03: ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ITEMS	CRITERIOS DE VALORACIÓN
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadora
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retrasado en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

INTERPRETACIÓN:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18

- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

-Escala de Depresión de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): es un cuestionario que se utiliza con la finalidad de evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, así como evaluar los cambios del paciente. La versión original contaba con 21 preguntas, pero luego se elaboró una nueva versión con solo 17 preguntas, esta versión es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Cada enunciado tiene entre 3 o 5 respuestas, se le da una puntuación de 0-2 o 0-4 respectivamente, siendo la puntuación máxima 52 puntos. Los puntos de corte para clasificar el cuadro depresivo son: No deprimido 0-7, Ligera o menor 8-13, Depresión moderada 14-18, Depresión severa 19-22, Depresión muy severa >23.²⁵

ANEXO 04**Perfil de Salud de Nottingham (PSN)**

A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SI" y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO". Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar "SÍ" o "NO", señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.

ITEMS	SI	NO
1. Siempre estoy fatigado		
2. Tengo dolor por las noches		
3. Las cosas me deprimen		
4. Tengo un dolor insoportable		
5. Tomo pastillas para dormir		
6. He olvidado qué es pasarlo bien		
7. Tengo los nervios de punta.		
8. Tengo dolor al cambiar de postura		
9. Me encuentro solo		
10. Sólo puedo andar dentro de casa		
11. Me cuesta agacharme		
12. Todo me cuesta un esfuerzo		
13. Me despierto antes de hora.		
14. Soy totalmente incapaz de andar.		
15. Últimamente me resulta difícil contactar con la gente		
16. Los días se me hacen interminables.		
17. Me cuesta subir y bajar escaleras.		
18. Me cuesta coger las cosas		
19. Tengo dolor al andar		
20. Últimamente me enfado con facilidad		
21. Creo que soy una carga para los demás		
22. Me paso la mayor parte de la noche despierto/a		
23. Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a.		
24. Tengo dolor cuando estoy de pie		
25. Me cuesta vestirme		
26. Enseguida me quedo sin fuerzas		
27. Me cuesta estar de pie mucho rato (ejemplo: haciendo cola)		
28. Tengo dolor constantemente		
29. Me cuesta mucho vestirme		
30. Creo que no tengo a nadie en quién confiar.		
31. Las preocupaciones me desvelan por la noche.		
32. Creo que no vale la pena vivir		
33. Duermo mal por las noches		
34. Me cuesta llevarme bien con la gente.		
35. Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ejemplo: bastón, muletas o alguien que me ayude)		
36. Tengo dolor al subir y bajar escaleras.		
37. Me despierto desanimado		

38. Tengo dolor cuando estoy sentado/a.		
---	--	--

En la lista siguiente señale “SI” para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste “NO” para aquellos aspectos que no estén afectados:

Preguntas	SI	NO
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los trabajos domésticos? (ejemplo: limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones)		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida social?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida familiar?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su vida sexual?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones? (ejemplo: hacer deporte, ver la TV, hacer media, etc...)		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los días de fiesta? (vacaciones, navidades, fines de semana...)		

- Perfil de Salud de Nottingham (PSN): es un test que proporciona información de la calidad de vida relacionada con la salud, diseñado en Gran Bretaña; mide las actividades cotidianas que se ven alteradas por los problemas de salud. Este instrumento es de rápido y fácil administración aproximadamente entre 10 – 15 minutos, además está indicado a la población en general. Consta de 2 etapas: la primera está conformada por 38 ítems, la cual abarca 6 dimensiones (movilidad física, energía, las emociones, sueño, dolor y aislamiento social). La segunda etapa, abarca 7 preguntas sobre las ocupaciones funcionales de la vida diaria (aficiones; tareas domésticas; vida familiar, social, sexual; trabajo y tiempo libre). El entrevistado deberá contestar “SI” cuando el ítem refleje su condición de salud y “NO” en caso no refleje su condición de salud. Las puntuaciones van entre 0 y 100; cada dimensión se calculan por medio de la suma del número de respuestas positivas, luego se divide por el total de preguntas de la dimensión y se multiplica por 100. A menor puntuación mejor es la calidad de vida.²⁴

ANEXO 05

Escala de Rankin modificada (mRS)

0 – No síntomas ni limitaciones

1 – No discapacidad significativa

El paciente presenta algunos síntomas pero sin limitaciones para realizar sus actividades habituales y su trabajo.

Preguntas:

¿Tiene el paciente dificultad para leer o escribir, para hablar o encontrar la palabra correcta, tiene problemas con la estabilidad o de coordinación, molestias visuales, adormecimiento (cara, brazos, piernas, manos, pies), pérdida de movilidad (cara, brazos, piernas, manos, pies), dificultad para tragar saliva u otros síntomas después de sufrir el ictus?

2 – Discapacidad leve

El paciente presenta limitaciones en sus actividades habituales y laborales previas, pero independiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

Preguntas:

¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para sus actividades habituales o trabajo o cuidado comparado con su situación previa al ictus?

¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales o de ocio.

¿Tiene el paciente problemas con sus relaciones personales con otros o se ha aislado socialmente?

3 – Discapacidad moderada

El paciente necesita asistencia para algunas de las actividades instrumentales pero no para las ABVD.

Preguntas:

¿Precisa de ayuda para preparar la comida, cuidado del hogar, manejo del dinero, realizar compras o uso de transporte público?

4 – Discapacidad moderada-severa

El paciente necesita asistencia para las ABVD, pero no necesita cuidados de forma continua.

Preguntas:

¿Necesita ayuda para comer, usar el baño, higiene diaria o caminar?

5 – Discapacidad severa

El paciente necesita cuidados (profesional o no) durante todo el día.

Pregunta:

¿Necesita el paciente cuidados constantes?

- **Escala de Rankin modificada (mRS):** fue publicada en 1988 por Warlow, es una de las escalas más utilizadas ya que permite medir el grado de independencia del enfermo, evaluando en sí el resultado funcional después de haber presentado un ictus. Mayormente se evalúa por entrevista guiada hacia el paciente o en algunos casos al cuidador responsable del paciente, en un lapso de 5 a 15 minutos. Evalúan 6 grados, correspondiendo el primer grado no síntomas ni limitaciones (grado 0), grado 1 o no discapacidad presente, luego el grado leve, moderada, moderada grave y discapacidad grave o grado 5.²⁸

ANEXO 06 - FOTO

