

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y
DEPRESION EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR - Trujillo”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Br. Sánchez Maximiliano Alithú Yajaira
Br. Yance León María Teresa**

ASESORA: Dra. Leitón Espinoza Zoila Esperanza.

**Trujillo – Perú
2017**

AGRADECIMIENTO

A ti Jehová Dios, padre celestial
Te agradecemos por la vida y el amor
Por estar siempre a nuestro lado día a día
Por cuidar cada paso que damos
Por guiarnos en el camino del bien
Te damos gracias por la fortaleza, la perseverancia
Y la paciencia que pusiste en nuestros corazones
Porque eres tú quien nos da el aliento
para seguir luchando por nuestros ideales.
Gracias por nunca desampararnos
Y por haber puesto a nuestro lado a buenas personas
Solo tú sabes por qué suceden las cosas,
Gracias por escucharnos
y por ese amor incondicional que nos das
Ese amor que nunca falla cuando
le hablamos de corazón.
Porque a pesar de todos los obstáculos que se
presentaron en nuestra carrera sabemos que sin ti no
hubiéramos conseguido nada
pues solo tú eres la luz que ilumina nuestro camino
Gracias señor, sobre todo por hacer de nosotros personas de bien.

Alithú y María.

AGRADECIMIENTO

*A nuestra asesora Zoila Leitón
Espinoza, quien con su apoyo y
dedicación nos ha guiado durante
todo el proceso del trabajo de
investigación.*

*A los pacientes con secuela motora
de enfermedad cerebrovascular atendidos
en el servicio de rehabilitación
del Hospital Belén de Trujillo
por su participación y apoyo con los datos
necesarios en la presente investigación.*

Alithú y María.

DEDICATORIA

*Con todo mi amor y cariño
al regalo más valioso que Dios me ha dado,
mi amada hija Ivana Khaleesi,
por ser mi fuente de motivación
e inspiración para superarme día a día.
A mí querido esposo Irvin García
por apoyarme en las decisiones
que tomo durante mi carrera profesional
y brindarme su amor y cariño.*

*A mis queridos padres: Luis y Rosa,
a quienes agradezco infinitamente
por su amor, sacrificio, comprensión y apoyo
que me han brindado, asimismo admiro su voluntad y fuerza
para enfrentar las dificultades que se presentan en la vida,
eso me sirvió de ejemplo para poder superarme y ser mejor,
les debo lo que soy y espero ser su orgullo,
gracias por hacer de mi lo mejor.*

Alithú.

DEDICATORIA

*A mis amados padres Gregorio y Marina
gracias por la hermosa familia que me dieron,
por la formación y por sembrar en mí valores
les doy infinitas gracias por siempre
haber confiado en mí,
por brindarme su amor y apoyo incondicional
gracias por enseñarme lo que es luchar con
perseverancia por nuestros sueños.
Los amo con toda mi alma.*

*Con amor para mis hermanas gemelas:
Cinthia y Antonella gracias por ser siempre
mi motivación para salir adelante
Por enseñarme a ser una hermana mayor
me dieron la oportunidad de ser ejemplo para ustedes
porque a pesar de su corta edad siempre me aconsejan
pero sobre todo gracias por darme día a día
su compañía, alegría y cariño.*

María.

SUMARIO

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCION.....	1
II. DISEÑO METODOLOGICO.....	13
III. RESULTADOS.....	24
IV. ANALISIS Y DISCUSION.....	27
V. CONCLUSIONES.....	38
VI. RECOMENDACIONES.....	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
VIII. ANEXOS.....	47

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y DEPRESION EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR - Trujillo.

Sánchez Maximiliano Alithú Yajaira ⁽¹⁾

Yance León María Teresa ⁽²⁾

Leitón Espinoza Zoila Esperanza ⁽³⁾

RESUMEN

Investigación descriptiva - correlacional de corte transversal, se realizó en el Hospital Belén de Trujillo; durante los meses de Diciembre-2016 y Enero-2017, con el objetivo de determinar la relación que existe entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular. La población estuvo conformada por 40 adultos. En la recolección de datos se empleó dos instrumentos válidos y confiables: Índice de Barthel para evaluar las actividades básicas de la vida diaria y Escala de Hamilton para evaluar la depresión. Los resultados obtenidos se presentan en tablas estadísticas. El análisis de la relación entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión se realizó mediante la prueba de Chi Cuadrado (X^2). Se llegó a las siguientes conclusiones: El 57.5 por ciento de los pacientes es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria, el 42.5 por ciento es independiente. El 60 por ciento de los pacientes presenta depresión, el 40 por ciento no presenta depresión. Existe relación altamente significativa entre las variables de estudio ($p=0.006$).

Palabras claves: actividades básicas de la vida diaria, depresión, enfermedad cerebrovascular.

⁽¹⁾ Autora. Bachiller en enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Email: alithu_06@hotmail.com

⁽²⁾ Autora. Bachiller en enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Email: marite.yance@gmail.com

⁽³⁾ Asesora. Dra. Salud Pública. Ms. Salud del Adulto y el Anciano. Profesora Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: zoilaleiton@yahoo.com

BASIC ACTIVITIES OF THE DAILY LIFE AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH MOTOR SEQUELAE OF CEREBROVASCULAR DISEASE - Trujillo.

Sánchez Maximiliano Alithú Yajaira ⁽¹⁾

Yance León María Teresa ⁽²⁾

Leitón Espinoza Zoila Esperanza ⁽³⁾

ABSTRACT

Research descriptive - correlational cross-sectional was held in Trujillo's Belén Hospital; during the months of December 2016 and January 2017, in order to determine the relationship between the basic activities of the daily life and the depression in patients with motor sequelae of cerebrovascular disease. The population consisted of 40 adults. The information was obtained through two valid and reliable instruments: Barthel's Index to evaluate the basic activities of the daily life and Hamilton Scale to assess depression. The results were presented in statistical tables. The analysis of the relationship between the basic activities of the daily life and the depression was performed by Chi-square test (X^2). The following conclusions were reached: 57.5 percent of patients are dependent on the basic activities of the daily life, 42.5 percent are independent. 60 percent of patients have depression, 40 percent do not have depression. There is a highly significant relationship between the study variables ($p=0.006$).

Key words: basic activities of the daily life, depression, cerebrovascular disease.

⁽¹⁾ Author. Bachelors degree in nursing. School of Nursing. National University of Trujillo. Email: alithu_06@hotmail.com

⁽²⁾ Author. Bachelors degree in nursing. School of Nursing. National University of Trujillo. Email: marite.yance@gmail.com

⁽³⁾ Advisory. Dr. Public Health. Ms. Adult Health and the Elderly. Principal Teacher of the Faculty of Nursing at the National University of Trujillo. Email: zoilaleiton@yahoo.com

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, refiere que la Enfermedad Cerebrovascular (EVC) es un problema de salud pública y constituye la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa global de muerte. También menciona que 15 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas 5,5 millones mueren y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad de por vida. Por otra parte, se estima que de 38 millones de días perdidos de vida saludable en 1990, se llegará a 61 millones en el 2020. (Rojas y col., 2006; Velásquez, 2008; Puentes, 2014; OMS, 2015).

La Asociación Americana del Corazón ha emitido un reporte reciente en el que estima que 6,8 millones de estadounidenses mayores de 20 años de edad han sufrido una enfermedad cerebrovascular durante el año 2010, con una prevalencia general de 2,8 por ciento. Alrededor de 795,000 personas sufren un EVC nuevo o recurrente cada año. En Sudamérica, la EVC tiene una prevalencia de 1.74 – 6.51 por 1000 habitantes y una incidencia anual de 0.35 a 1.83 por 1000 habitantes (Saposnik, 2003; Velásquez, 2008; Asociación americana del corazón, 2014).

En el Perú, la EVC es responsable del 5 por ciento de pérdida de años de vida saludable con una pérdida de 116,385 años saludables, ocupando el décimo lugar de carga de enfermedad (2 por ciento) y el segundo lugar como causa de muerte, con un total de 8440 personas fallecidas en el año 2011. La tasa de mortalidad por EVC estimada es 0.26 por mil habitantes y la tasa de incidencia es 1 por mil habitantes. Según el área geográfica, se ha reportado una prevalencia de 6,8 por ciento en la zona urbana y 2,7 por ciento en la zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7 por ciento, respectivamente, de las causas de muerte (Ferri y col., 2011; Ministerio de Salud-MINSA, 2013).

En la Región La Libertad, la EVC también ocupa el segundo lugar, representando el 6,7 por ciento de muertes, siendo 6,4 por ciento varones y 7 por ciento mujeres en el año 2013. En Trujillo es la tercera causa de muerte con un 6,1 por ciento del total en el año 2013. En el Hospital Belén de Trujillo la EVC ocupa el tercer lugar como causa de muerte, ocasionando el 8 por ciento de las muertes en el año 2014 (MINSA, 2014).

La enfermedad cerebrovascular es un gran generador de discapacidad, tanto física como mental. De la población que sufre la EVC, un 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo

plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros para realizar sus actividades de la vida diaria. Además, si a esto se suma una población envejecida (por el aumento en la esperanza de vida), se genera un importante impacto sanitario: más población con déficit funcional, quienes tienen más probabilidad de presentar complicaciones, secuelas invalidantes y que éstas sean de mayor gravedad (Álvaro, 2010).

La EVC, constituye el más común e importante de los problemas del sistema nervioso central de comienzo súbito, que incluye todos los trastornos en los que hay áreas cerebrales afectadas de forma transitoria o permanente y/o cuando uno o más vasos sanguíneos intracraneales o extracraneales, están afectados por un proceso patológico que puede ser oclusión o ruptura de dichos vasos. Se clasifica según su naturaleza en dos grandes grupos: isquémicos (alteraciones del encéfalo secundarias a un trastorno del aporte circulatorio) representando aproximadamente el 80 por ciento de los casos y hemorrágicas (extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal, secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso) que representan aproximadamente el 15-20 por ciento del total (Aguilar, 2008; Martínez, 2011).

Los síntomas de la EVC son de presunto origen vascular e incluyen uno o más de los siguientes trastornos definitivos de la función cerebral, de tipo focal o general: deficiencia motora unilateral o bilateral (incluida la falta de coordinación), deficiencia sensitiva unilateral o bilateral, afasia o disfasia, hemianopsia, desviación conjugada de la mirada, apraxia de aparición aguda, ataxia de inicio agudo y déficit de percepción de presentación aguda (Mussenden, 2014).

Por tanto, el déficit motor es una de las incapacidades más comunes que resulta de la EVC, dejando como secuela parálisis o debilidad, originadas en el lado cerebral contrario de donde se manifiesta la enfermedad. Las secuelas motoras de la enfermedad cerebrovascular generan problemas en las actividades cotidianas, ya que al afectarse la corteza motora, en los lóbulos frontales del cerebro, resulta un déficit motor y al dañarse el cerebelo o ganglios de la base se afecta la coordinación y el equilibrio, originando así cambios en la vida del paciente (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Derrame Cerebral-NINDS, 2007; Olea y Olivares, 2007).

Más allá de los compromisos directos por la enfermedad cerebrovascular, hay una disminución de la autonomía del paciente, ya que aspectos como la funcionalidad para las actividades de la vida diaria se ven reducidos. La principal consecuencia funcional va a venir

definida por la dificultad para la realización de actividades que se engloban dentro del concepto de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dentro de las consecuencias mentales el principal problema será, la depresión (Lawton y Brody, 1969; Mercier y col, 2001; Rodríguez y Urzúa, 2009).

Mahoney y Barthel (2000) definen las actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de la persona para cuidarse de sí mismo de una manera independiente-dependiente, al realizar aquellas acciones que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, controlar sus heces y orina, ir al retrete, trasladarse de la cama a la silla, deambular, ascender y descender por las escaleras; en un determinado tiempo y sin un asistente de salud. Según su clasificación, las personas pueden ser independientes, cuando tienen la capacidad funcional y autonomía para realizar las 10 actividades básicas de la vida diaria; y dependientes si necesitan ayuda y/o supervisión mínima uniforme para llevar a cabo estas actividades.

Además, las actividades básicas de la vida diaria se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia, condición humana, ser necesidades básicas, dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, con el fin de lograr la independencia

personal. Es por ello que es vital evaluar estas actividades para medir la capacidad funcional de pacientes con discapacidades producidas por las secuelas de la enfermedad cerebrovascular (Romero, 2007).

Así pues, los pacientes que han sufrido una enfermedad cerebrovascular con secuelas motoras sufren cambios psicológicos asociados a la pérdida gradual del reconocimiento, del poder, de la autoridad, de sentirse relegados a una condición inferior por no ser útiles, no solicitarles su contribución y querer controlar sus decisiones; estas acciones mermarán su dignidad, su funcionalidad para las ABVD y su confianza en sí mismos. Otra característica de estos pacientes es el empobrecimiento de la relación con el medio ambiente, que puede llevarlo también al aislamiento debido a la disminución de la actividad física y a la pérdida de contacto con los familiares y amigos (Huff, 2004).

Al respecto, Rodríguez y Urzúa (2009) señalan que la enfermedad cerebrovascular trae consigo una disminución de la autonomía del paciente, ya que aspectos como la funcionalidad del sistema locomotor se ven reducidos, originando limitación para realizar sus actividades independientemente, por lo que muchas veces requerirán el apoyo de terceras personas. Esta dependencia funcional es un factor de riesgo que llevará a los pacientes a la depresión, empeorando su condición de salud física y mental.

El término depresión se menciona desde algunos escritos médicos de la antigüedad; en la época de Hipócrates era conocida como melancolía, y en 1725, Sir Richard Blackmore nombra el término que hoy todos conocemos. La depresión deriva del latín depressio “abatido o derribado”, este término es más usado en un sentido sindromático, es decir, el conjunto de síntomas que la caracterizan como la soledad, desesperación, pesimismo, desvalorización, tristeza y culpa (Jackson, 1996; Beare-Myers, 2001).

Hamilton (citado por Reich, 2005), define la depresión como un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que incluye: humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, disminución del trabajo y actividades, enlentecimiento psicomotor, agitación psicomotora, ansiedad psíquica y somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondría, pérdida de peso e introspección negativa (Hamilton citado por Reich, 2005).

La depresión emerge como una reacción psicológica al empeoramiento de la ruptura social que se produce por secuelas producidas por enfermedades neurológicas, de la misma manera que emerge en una persona enfrentada con una realidad adversa. Así

mismo, es considerada una de las consecuencias neuropsiquiátricas más frecuentes de la enfermedad cerebrovascular, siendo catalogado como un síntoma específico de ésta debido a las secuelas invalidantes que el paciente llega a presentar (Looney y col, 1995).

El inicio de la depresión suele manifestarse dentro del primer mes de ocurrida la enfermedad cerebrovascular y puede mantenerse por más de un año dependiendo de muchos factores, especialmente sociales. Para identificar los síntomas depresivos, éstos poseen una serie de características (labilidad afectiva, enlentecimiento psicomotor, cambios de apetito, sueño o interés sexual, entre otros) que impiden el funcionamiento óptimo, y generan aún más alteraciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, afectando de esta manera la calidad de vida de los pacientes (Franco, 2007; Aguilar, 2009).

Por lo tanto, la depresión que ocurre como un fenómeno común en los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular va a repercutir en la capacidad funcional que éstos presenten para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, de tal manera que resulta muy importante detectarla en forma precoz a fin de que sea tratada oportunamente y la recuperación del paciente pueda ser más rápida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011).

La problemática radica, en que, las enfermedades no transmisibles son en la actualidad la principal causa de mortalidad a nivel mundial, y dentro de ellas tenemos a la enfermedad cerebrovascular convirtiéndose en los últimos años en uno de los problemas principales de salud en los adultos. Además, en el Perú y en la Región La Libertad, existe un aumento de casos de EVC en un 2.7 por ciento; por lo que es considerada como prioridad sanitaria regional según la Gerencia Regional de Salud.

Por otro lado, durante las prácticas pre – profesionales realizadas en el Hospital Belén de Trujillo se pudo observar realmente el estado físico y anímico de los pacientes después de una enfermedad cerebrovascular, quienes en su mayoría se encontraban tristes, abatidos, y referían expresiones de ser una carga para su familia; por otro lado también resalta el rol que la enfermera asistencial desempeña al brindar el cuidado a este tipo de pacientes, aliviando su dolor, apoyando al paciente en sus actividades y brindando toda la información necesaria para evitar las complicaciones posteriores que se puede suscitar ante un caso de EVC; es así que surge la inquietud de realizar el presente estudio de investigación sobre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en pacientes con secuela motora de EVC.

Por lo tanto, las personas que han sufrido un EVC necesitan una atención integral, y para el logro de ésta se requiere la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médico especialista, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta y otros. Enfermería brinda una atención integral al paciente, proporciona cuidados oportunos que disminuyen los riesgos, previniendo complicaciones, favoreciendo la mayor independencia funcional de la persona en las ABVD, mejorando su calidad de vida, promoviendo que los pacientes se comprometan con su autocuidado para lograr en el menor tiempo posible su reintegro familiar, social y laboral.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y la falta de investigaciones en la Región La Libertad sobre el tema, es que nos sentimos con el compromiso de realizar el presente estudio para recalcar la importancia de que la enfermera sea formada con las competencias necesarias para abordar dicha problemática en el nivel de atención primaria, secundaria y terciaria. De esta manera las enfermeras estarán preparadas para realizar intervenciones oportunas para prevenir y disminuir la severidad de secuelas motoras, llevando al paciente a retomar su autonomía e independencia funcional para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, evitando que la depresión le afecte y garantizando una mejor calidad de vida.

Además con este estudio se pretende enriquecer el campo de conocimientos de Enfermería con datos reales e incentivar a la realización de futuras investigaciones, que sirvan de base para la elaboración de programas, estrategias y protocolos en las diferentes instituciones de salud, que contribuyan a brindar cuidados de enfermería enfocados en la evaluación de los factores psicosociales y la incapacidad de sus secuelas, con la finalidad de realizar un abordaje integral curativo y sobre todo preventivo. Además se podrá desarrollar alternativas de intervención en materia de consejería que favorezcan la participación de los pacientes en su tratamiento y asistan a su rehabilitación, logrando su bienestar físico y mental. Por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante:

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular del servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las actividades básicas de la vida diaria (comer, lavarse, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, trasladarse sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras) en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular del servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.
2. Identificar la depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular del servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo – correlacional de corte transversal (Hernández y Fernández, 2010), y se realizó durante los meses de Diciembre del 2016 y Enero del 2017.

2.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO

UNIVERSO MUESTRAL

El presente estudio se realizó con la totalidad de pacientes adultos (joven, maduro, mayor) con secuela motora de enfermedad cerebrovascular y que cumplieron con los criterios de inclusión y estuvo constituido por 40 pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, donde se atiende a un promedio de 22 pacientes con secuela motora de EVC al mes, según reporte estadístico de atenciones en este servicio.

2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos (joven, maduro y mayor) de ambos sexos con enfermedad cerebrovascular que presentan secuela motora.
- Pacientes sin deterioro cognitivo al aplicar el test de Pfeiffer (0-2 errores) (Anexo N°1).
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio.

2.4. INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizaron dos instrumentos:

2.4.1. ÍNDICE DE BARTHEL (ANEXO N° 2)

En la presente investigación se utilizó el índice de Barthel para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) diseñado en 1965 por Mahoney y Barthel para medir la capacidad funcional de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos. Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las Actividades Básicas de la Vida Diaria más utilizado internacionalmente para la valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular en los servicios de rehabilitación (Reolid y cols., 2005).

El Índice de Barthel valora la capacidad funcional de una persona para realizar de forma dependiente o independiente las 10 actividades básicas de la vida diaria, y consta de diez parámetros que son: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0; considerándose puntajes iguales o superiores a 60 puntos como un estado independiente.

Poseen una buena confiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la confiabilidad intraobservador presenta índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original (Shah, 1989).

2.4.2. ESCALA MODIFICADA DE HAMILTON (ANEXO N° 3)

Esta escala fue diseñada en 1960 por Hamilton, para evaluar la presencia de depresión, y fue adaptada al español y validada en su versión reducida por Ramos – Brieva y Cordero (1986). Consiste en una escala heteroaplicada, que consta de 17 ítems de valoración basados en la observación del paciente, información obtenida en la entrevista clínica e información complementaria de otras fuentes secundarias; con el objetivo de evaluar los síntomas que confirmen la depresión en los pacientes. Esta escala posee una confiabilidad interexaminadores en torno a 0.90; y su correlación moderadamente alta con otros instrumentos avalan su validez (por ejemplo, 0,80 con la CRS, 0,60 con el BDI, 0,55 con la SDS y 0,44 con el MMPI) (Millán, 2011).

Cada ítem tiene entre tres o cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. El Acta Psiquiátrica Escandinava (1988), admite como punto de corte entre población normal y depresiva la puntuación de 15.

- Sin Depresión: 0-15
- Con Depresión: >15

2.5. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

PRUEBA PILOTO:

Para obtener la validez y confiabilidad de los instrumentos, la prueba piloto se realizó en el servicio de rehabilitación del Hospital Regional Docente de Trujillo, el cual tiene características similares al lugar donde será aplicado el proyecto de investigación, la muestra estuvo constituida por 20 adultos con secuela motora de enfermedad cerebrovascular; con el propósito de examinar la redacción de las preguntas, entendimiento, practicidad, tiempo de aplicación y detectar aspectos inadecuados en la formulación de los ítems, que puedan menoscabar los instrumentos.

VALIDEZ:

Para determinar la validez de los Instrumentos: Índice de Barthel y Escala modificada de Hamilton en pacientes adultos con secuela motora de enfermedad cerebrovascular del servicio de rehabilitación, se realizó:

Validez Interna

La validez interna se realizó en base al indicador de correlación de Pearson, siendo 0.65 en el Índice de Barthel y 1 en la Escala modificada de Hamilton.

Validez Externa:

Se determinó la validez externa de los instrumentos “Índice de Barthel” y “Escala modificada de Hamilton”, mediante el juicio de expertos; fueron dos enfermeras asistenciales, quienes evaluaron la relevancia y representatividad de los ítems (Anexo N° 04).

CONFIABILIDAD:

La confiabilidad de los Instrumentos, se determinó mediante la prueba estadística Alpha de Cronbach, aplicada a la muestra piloto, tanto para el índice de Barthel, como para la Escala de Hamilton, obteniéndose los siguientes resultados:

Estadísticos de fiabilidad para el Índice de Barthel

Alpha de Cronbach	N° de ítems
0,911	10

Estadísticos de fiabilidad para la Escala de Hamilton

Alpha de Cronbach	N° de ítems
0,741	17

Concluyendo que ambos instrumentos, son confiables para ser utilizados en el presente estudio.

2.6. PROCEDIMIENTO

Se realizó las coordinaciones con las autoridades correspondientes del Hospital Belén de Trujillo (HBT) a fin de obtener la autorización para realizar el proyecto de investigación.

En primer lugar se solicitó el consentimiento informado del paciente adulto (joven, maduro y mayor) con secuela motora de enfermedad cerebrovascular, con carta de autorización (Anexo N° 5), se les dio a conocer previamente los objetivos y el propósito del estudio para facilitar su colaboración. Luego, se aplicó el Test de Pfeiffer, con énfasis en los adultos mayores (en un promedio de 5 minutos) para determinar el estado cognitivo de los pacientes, y a aquellos que no presentaron deterioro cognitivo se les aplicó los dos (2) instrumentos de recolección de datos: Índice de Barthel y Escala modificada de Hamilton en un tiempo promedio de 30 minutos. Seguidamente, se les agradeció por su participación y se les aclaró tanto a los pacientes como a los familiares algunas dudas acerca de las secuelas de la EVC y de sus cuidados.

Los puntajes obtenidos en el Índice de Barthel y la Escala modificada de Hamilton en la evaluación de los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular del servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo fueron consignados en la ficha de recolección de datos.

Finalmente, se entregó un ejemplar de la investigación al Departamento de Enfermería del Hospital Belén de Trujillo.

2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la presente investigación se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales con sus valores absolutos y relativos, para lo cual se contó con el apoyo de una hoja de cálculo de Excel y el programa SPSS versión 23.

Para determinar la relación entre las variables de estudio se utilizó la prueba de indicadores de independencia de criterios “chi cuadrado”. Se consideró un nivel de significancia en un 5 por ciento, es decir se estableció un nivel significativo de 0.05 ($p < 0.05$).

3.8. DEFINICION DE VARIABLES

3.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

➤ DEFINICION CONCEPTUAL

Es la capacidad de la persona para cuidarse de sí mismo de una manera independiente-dependiente, al realizar aquellas acciones que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, controlar sus heces y orina, ir al retrete, trasladarse de la cama a la silla, deambular, ascender y descender por las escaleras; en un determinado tiempo y sin un asistente de salud (Mahoney y Barthel, 2000).

➤ DEFINICION OPERATIVA

Se categorizará en:

- Dependiente: 0 a 60 puntos
- Independiente: 61 a 100 puntos

3.8.2. VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN

➤ DEFINICION CONCEPTUAL

Es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que incluye: humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, disminución del trabajo y actividades, enlentecimiento psicomotor, agitación psicomotora, ansiedad psíquica y somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondría, pérdida de peso e introspección negativa (Hamilton citado por Reich, 2005).

➤ DEFINICION OPERATIVA

Se categorizará en:

- Sin Depresión: 0 a 15 puntos
- Con Depresión: 16 a 53 puntos

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela motora de Enfermedad Cerebrovascular del servicio de Rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	N° de personas	%
Dependiente	23	57,5
Independiente	17	42,5
Total	40	100,0

Fuente. Índice de Barthel.

TABLA N° 2

Depresión en pacientes con secuela motora de Enfermedad Cerebrovascular del servicio de Rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.

DEPRESIÓN	N° de personas	%
Con Depresión	24	60,0
Sin Depresión	16	40,0
Total	40	100,0

Fuente. Escala de Hamilton modificada por Ramos-Brieva y Cordero.

TABLA Nº 3

Relación entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en pacientes con secuela motora de Enfermedad Cerebrovascular del servicio Rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017.

DEPRESIÓN	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA				Total	
	Dependiente		Independiente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con Depresión	18	78.3	6	35.3	24	60.0
Sin Depresión	5	21.7	11	64.7	16	40.0
Total	23	100	17	100	40	100.0

Fuente. Índice de Barthel y Escala modificada de Hamilton. p=0.006.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La tabla N° 1 muestra la distribución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular, observándose que el 57.5 por ciento de los pacientes son dependientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, en tanto que el 42.5 por ciento de los pacientes son independientes.

Los resultados de este estudio se asemejan a otros estudios reportados en otros países como el de Acevedo, Araujo y Rocha (2006), quienes estudiaron en Brasil la condición funcional de los pacientes tras una enfermedad cerebrovascular, y hallaron que un 58,5 por ciento de los pacientes presentaban puntuaciones que indicaban dependencia en sus actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 41,5 por ciento eran independientes.

Por otro lado, Martins y Ribeiro (2006) evaluaron en Portugal la incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por enfermedad cerebrovascular, constatando que la incapacidad asociada a la enfermedad es significativa; ya que el 70,6 por ciento de los individuos fueron incapaces de realizar las ABVD, calificándose como personas dependientes, y el 29,4 por ciento de personas fueron independientes.

Solís y Armas (2009), al investigar sobre la influencia de los factores pronósticos en la recuperación de 33 pacientes con enfermedad cerebrovascular en un hospital de Cuba, obtuvieron como resultado que el 66,7 por ciento presentaban dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y el 33.3 por ciento eran independientes.

Por otra parte existen investigaciones que difieren de los resultados de este estudio como el realizado por Arboleda y col. (2008), en su investigación "Caracterización del nivel de autonomía en un grupo de adultos mayores" realizado en Colombia, donde encontraron que la mayoría (57 por ciento) del grupo evaluado obtuvo una calificación de independiente en las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 43 por ciento obtuvo una calificación de dependiente.

Olea y Olivares (2007), afirman que las secuelas motoras de la enfermedad cerebrovascular generan problemas en las actividades cotidianas ya que la afección de la corteza motora genera un déficit motor unilateral y bilateral, y al dañarse el cerebelo o ganglios de la base se afecta la coordinación y el equilibrio, dejando como secuelas parálisis o paresias que originarán limitaciones físicas y emocionales en la vida del paciente.

Carvalho (citado por Paixao, 2009), menciona también que las secuelas de un EVC implican siempre un cierto grado de dependencia. Alrededor del 30 a 40 por ciento de los supervivientes después de la enfermedad cerebrovascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. La pérdida de autonomía entre los adultos y su consiguiente dependencia es otra forma de expresar la severidad de las discapacidades resultantes de las enfermedades cerebrovasculares.

Así mismo, de acuerdo a los resultados encontrados, la actividad donde los pacientes que participaron en el estudio presentaban mayor dependencia fue al vestirse, arreglarse y también al subir o bajar escaleras, debido a que la secuela motora producía plejías o paresias en las extremidades superiores e inferiores, por lo que necesitaban apoyo de un cuidador. Otra de las actividades en la que los pacientes eran dependientes fue al lavarse y/o bañarse ya que necesitaban alguna ayuda o supervisión debido a los riesgos que implica el mantenerse de pie durante el baño sobre una superficie húmeda (Anexo N° 6).

Por otro lado, los resultados de la investigación muestran que el 42.5 por ciento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular son independientes, es decir que tienen capacidad funcional y autonomía

para realizar la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, lo que posiblemente se deba al tipo de enfermedad cerebrovascular, al mayor tiempo de asistencia a las terapias de rehabilitación, al apoyo familiar y a los cuidados oportunos recibidos del profesional de enfermería; estos son factores que influyen positivamente en la capacidad del individuo para realizar por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria.

La tabla N° 2, muestra la distribución de la depresión en los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular, observándose que el mayor porcentaje de pacientes (60 por ciento) tienen depresión y el 40 por ciento de los pacientes se encuentran sin depresión.

Los resultados del presente estudio coinciden con los reportados por González y Mendlewicz (2000), en su estudio realizado en Bélgica acerca del factor predictivo del flujo sanguíneo cerebral en el tratamiento precoz y rehabilitación del paciente psicogeriatrico con depresión post-enfermedad cerebrovascular, en el que obtuvo como resultado que el 54 por ciento de los pacientes padecían depresión, mientras que el 46 por ciento se encontraba sin depresión.

De la misma manera, también coinciden con los encontrados por Carod y col., (2002), quienes realizaron un estudio de investigación en España sobre la depresión posterior a la enfermedad cerebrovascular, donde hallaron que el 67 por ciento de pacientes presentaron depresión, mientras que el 33 por ciento no presentó este síntoma neuropsiquiátrico.

Así mismo, Angelelli y col., (2004) en su estudio realizado en Italia sobre el desarrollo de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes después de la enfermedad cerebrovascular; comprobaron la aparición de estos síntomas, donde obtuvieron como resultado que el 61 por ciento de pacientes presentaban depresión, mientras los restantes (39 por ciento) no presentaban depresión.

También los resultados coinciden con Hernández y Nava (2007), quienes investigaron sobre la depresión en personas con enfermedad cerebrovascular en México, encontrando que el 51.3 por ciento de pacientes presentaron depresión, mientras que el 48.7 por ciento no la presentaban. También tenemos a Carod y col., (2015), que en su estudio acerca de la depresión post-enfermedad cerebrovascular realizado en España, encontraron que el 67 por ciento de pacientes presentaban depresión, mientras que el 33 por ciento no la presentaban.

Por otra parte existen investigaciones que difieren de los resultados de este estudio como el realizado por: Rangel (2010), quien estudio el desarrollo de depresión posterior a una enfermedad cerebrovascular en pacientes de la ciudad de México; usando como instrumento la escala de Hamilton, donde demostró que el 59.9 por ciento no presentaron depresión como secuela de la enfermedad, y los pacientes con depresión fueron el 40.1 por ciento.

Así mismo, Fernández y col. (2012), realizaron en Cuba su investigación acerca de la depresión post-enfermedad cerebrovascular: frecuencia y factores determinantes, donde encontraron resultados que difieren del presente estudio en el cual el 66.7 por ciento de los pacientes no presentaban depresión, mientras que el 33.3 por ciento presentaron depresión. También difieren los resultados del estudio de Bendezú (2015), titulado “Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con ictus del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, realizado en Perú; quien encontró que el 70 por ciento no padecía depresión, mientras que los restantes (30 por ciento) padecían este mal.

Espárrago (2015), afirma que la depresión post-enfermedad cerebrovascular es un proceso multifactorial donde intervienen los aspectos biológicos, conductuales y sociales: la ruptura o disminución

de las relaciones con su entorno y el enfrentamiento ante una realidad adversa; por ello es considerada una de las consecuencias neuropsiquiátricas más frecuentes de la enfermedad cerebrovascular.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental (2011) refiere que la depresión posterior a una enfermedad cerebrovascular puede ser causada por mecanismos biológicos como una mayor severidad del déficit motor, una mayor discapacidad, o por el resultado de una angustia social y psicológica, como un mal apoyo social; esto se evidencia en los resultados obtenidos al aplicar la escala de Hamilton, en la cual los pacientes manifestaban haber dejado de trabajar por las secuelas motoras de su enfermedad y solo con ayuda de alguna persona se comprometían en pequeñas tareas. Además, los pacientes en su mayoría presentaban sentimientos de inutilidad, tristeza, desesperanza, desamparo; sensaciones no comunicadas verbalmente por ellos mismos, pero según los datos obtenidos durante la observación y lo referido por los familiares se evidenciaban a través de expresiones faciales, postura, voz y tendencia al llanto.

Sin embargo, estos sentimientos pueden cambiar si el paciente se adapta de una manera eficaz y afrontando positivamente los cambios que ocurren después de la enfermedad cerebrovascular, influyendo en su mayor parte la independencia para realizar sus

actividades. En nuestro estudio de investigación, el 40 por ciento de los pacientes no padecían depresión, resultado que se debe probablemente a secuelas motoras leves, al apoyo familiar y a la independencia para realizar la mayoría de sus actividades; siendo factores positivos, ya que ayudan a disminuir la incidencia de la depresión.

Por ello, los factores psicosociales que se ven afectados por la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, tienen un rol muy importante como predictores para el desarrollo de depresión, como por ejemplo la personalidad del paciente, la actitud hacia su enfermedad, el apoyo familiar y el nivel de preparación e información de las personas que se harán responsables de su cuidado. Así que, es importante y trascendental que tanto su entorno familiar como el personal de salud influyan en él de manera positiva con el fin de lograr que el paciente tenga una buena adaptación y no presente síntomas depresivos.

La tabla N° 3, muestra la relación que existe entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular, observándose que en el grupo de pacientes dependientes en las actividades básicas de la vida diaria, la mayoría (78.3 por ciento) muestran depresión, mientras

que del grupo de pacientes independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria la mayoría (64.7 por ciento) se encuentran sin depresión. Al someterse estos estudios a la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado ($\chi^2=7,519$) con probabilidad 0.006, existe relación entre las variables de estudio siendo altamente significativo.

Estos resultados obtenidos pueden contrastarse con el estudio de: Rojas-Huerto (2000), quien demostró la relación entre la depresión y la recuperación física de los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular en Perú, donde demostró que de los pacientes dependientes en las actividades básicas de la vida diaria el 70.6 por ciento tuvo depresión; y por otro lado de los pacientes independientes el 69.6 por ciento no tenían depresión, con un valor de $p= 0,0000001$.

Rodríguez y Urzúa (2009), refiere que la enfermedad cerebrovascular trae consigo una disminución de la autonomía del paciente, ya que aspectos como la funcionalidad del sistema locomotor se ven reducidos, originando limitación para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Esta dependencia para realizar las actividades por sí mismo es un factor de riesgo que llevará a los pacientes a la depresión, empeorando su condición de salud física y mental.

Los resultados encontrados en el presente estudio de investigación demuestran que las secuelas motoras de la enfermedad cerebrovascular afectan a la mayoría de los pacientes, por ello se ve alterada la autonomía y la capacidad de la persona para realizar por sí mismo las 10 actividades básicas de la vida diaria originando problemas sociales y psicológicos, que influirán negativamente en la aparición de trastornos afectivos como la depresión (Alcántara y Ortega, 2000).

Por lo tanto, el déficit motor secuelar de los pacientes con enfermedad cerebrovascular es medible a través de su desempeño en las actividades de la vida diaria y el resultado afectará en varios aspectos de la vida del paciente generando aislamiento social, pérdida de contacto con los amigos, pérdida gradual del reconocimiento, del poder, de la autoridad, y sentimientos de ser relegados a una condición inferior por no ser útiles, todo esto influirá negativamente tanto en la salud física como mental de los pacientes.

Teniendo en cuenta que la enfermedad cerebrovascular constituye el problema neurológico grave más frecuente, es la tercera causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados, es una de las causas más importantes de morbilidad con grandes implicancias económicas y familiares, y considerando que con el paso de los años a

medida que el nivel de vida ascienda en los países desarrollados, una mayor parte de la población alcanzará una edad en la que esta enfermedad se haga más frecuente, se deduce la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con la intervención de un equipo multidisciplinario, promoviendo que los pacientes se comprometan con su autocuidado. Así mismo, todos los pacientes antes de ser dados de alta, deberían tener una adecuada evaluación de los factores psicosociales que influyan en la depresión y de la incapacidad de sus secuelas, con la finalidad de realizar un abordaje integral curativo y sobre todo preventivo.

La enfermera constituye parte del equipo multidisciplinario que se ocupa de la restauración neurológica de los pacientes que sufren enfermedad cerebrovascular; y desempeña múltiples funciones en su accionar por su proximidad e interacción continua con el paciente, la enfermera es el personal idóneo para la detección precoz de secuelas motoras y mentales, ya que interviene de forma directa en todas las actividades que el paciente realiza, teniendo en cuenta en todo momento la promoción de la autonomía y prestación de la menor asistencia posible con una finalidad rehabilitadora global.

v. CONCLUSIONES

1. El 57,5 por ciento de los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular, son dependientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, y el 42.5 por ciento son independientes.
2. El 60 por ciento de los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular se encuentran con depresión, mientras que el 40 por ciento de los pacientes se hallan sin depresión.
3. Existe relación altamente significativa (valor $p=0.006$) entre las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular que participaron en el estudio.

VI. RECOMENDACIONES

En base a lo investigado, resultados obtenidos y conclusiones, se recomienda:

1. Para las instituciones de salud, tomar en cuenta los resultados con el fin de elaborar protocolos y estrategias enmarcadas a brindar un cuidado de calidad que promueva la recuperación de la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes con enfermedad cerebrovascular.
2. Para el personal de enfermería, capacitarse en la aplicación de los diferentes instrumentos de valoración para identificar precozmente la presencia de factores de riesgo y/o problemas de salud mental vinculados a la depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular.
3. Para los investigadores, utilizar los resultados de la presente investigación como referencia para realizar otras investigaciones cualitativas y trabajos interdisciplinarios, considerando las actividades básicas de la vida diaria y los problemas de salud mental que afectan a los pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular orientados a la prevención de enfermedades no transmisibles.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar, H. y Olivera, J. (2009). Psicopatología del accidente cerebrovascular: el estado de la cuestión. Viguera: SL.
- Aguilar, P. (2008). *Manual de Terapéutica de Medicina Interna*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Alcántara, B. (2000). Transtornos afectivos en el paciente con ictus y desajustes familiares. Elsevier. 34(6), 492-499.
- Álvarez, M. y Alaiz, A. (1992). Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Aten Prim*. 10, 812-815.
- Alvaro, M. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Clín Univ Chile*. 21, 55 – 348.
- Arboleda, A. y col. (2008). Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores de coeducar comcaja (Tesis de pregrado). Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda.
- Asociación americana del corazón. (2014). Estadísticas de infartos y enfermedades al corazón: un reporte de la asociación americana del corazón.
- Azevedo, F., Araujo, D. (2006). Condición funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefálico. *Neurol*, 42 (10), 591-595.

- Beare, M. (2001). *Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos cerebrovasculares*. Madrid, España: Harcourt,
- Bech, P. (1975). Escalas y cuestionarios para la depresión. *Psicopatología*, (2), 185-194.
- Bendezú, C. (2015). Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con ictus del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Tesis de especialidad). Lima, Perú.
- Carod, F. y González, J. (2015). Depresión post-accidente cerebrovascular: Factores predictivos al año de seguimiento. *ELSEVIER*. 30 (1), 23-31. Doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.008.
- Carvalho, E., Lessa, F., Gonzales, F., Silva, J., Lima, M., Melo, J. (1998). El proceso de transición epidemiológica e inequidad social. En Paixao, T. y Silva, L. (2009). Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enfermería global*. 15, 1-10.
- Castillo, J. y Alvarez, J. (1990). *Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales*. España: Prous Science.
- Cruz, A. (2006). *El uso de escalas de valoración geriátrica*. España: Prous Science.

- Ferri, C. (2011). Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 82 (10), 82-1074.
- Franco, J. (2007). Enfermedad cerebrovascular y depresión. *Colombiana de psiquiatría*. (1), 92- 100.
- González, J. y Mendlewicz J. (2000). Factor predictivo del flujo sanguíneo cerebral en el tratamiento precoz y rehabilitación del paciente psicogeriatrico con depresión post- ACV. *Comunicaciones Psiquiátricas*. Vol. 18, 335-336.
- Hernandez, R., Fernández, C., Bautista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. (5° ed.). Mexico: Mc Graw Hill Interamericano.
- Hernández, Z. y Nava, M. (2012). Depresión en personas con EVC en los Servicios de Hospitalización en el INNyN “Manuel Velasco Suárez”. *Medigraphic*. 11(2), 72-80.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. (23), 56-62.
- Huff, W. y Cooper, D. (2004). Post-stroke depression. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 69(12), 581-91.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2011). *Depresión*. EE.UU. Recuperado en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>. Fecha de acceso [23-08-2016].

Jackson, W. (1996). Historia de la melancolía y la depresión. Madrid: Turner.

Lawton, M. y Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 9 (3). 179-186.

Looney, C. y Keneeth, N. (1955). Post stroke depression: outcome following rehabilitation. *J Psychiatry*, 29(4):609-14.

Martins, T. y Ribeiro, J. (2006). Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. Oporto. *NEUROL*, 42 (11): 655-659.

Martínez, E. y Murie, M. (2011). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*. 11 (73). 4357-4363.

Mercier, L. y Audet, T. (2001). Impact of motor, cognitive, and perceptual disorders on ability to perform activities of daily living after stroke. *Stroke*. 32(11), 2602-8.

MINSA. (2013). *Análisis de situación de salud del Perú*. Perú.

MINSA. (2014). *Análisis de vulnerabilidad territorial y el estado de salud. Priorización de problemas de salud*. Análisis de Situación de Salud. La Libertad. Perú. Recuperado en en: http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?option=com_phocad

ownload&view=category&id=9:documentos-asis). Fecha de acceso [23-08-2016].

Mussenden, O. (2014). Diagnóstico clínico de la enfermedad cerebrovascular extracraneal. *Angiol.* 15(2).

Olea, C. y Olivares, G. (2007). *Perfil Del Paciente Con Accidente Cerebro Vascular Egresado Del Complejo Asistencial Barros Luco Entre Enero Y Junio 2007* (Tesis de pregrado) Universidad de Chile, Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares/enfermedades no transmisibles y salud mental*. Recuperado en: www.paho.org/spanish/AD/dpc/nc/steps-stroke.pdf). Fecha de acceso [20-08-2016].

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 23(10), 433-41.

Puentes, I. (2014). Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares de origen extracraneal. *Angiol Cir Vasc.* 15(2). Recuperado en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_2_14/ang02214.htm. Fecha de acceso [19-02-2017].

- Rangel, S. (2010). Desarrollo de depresión mayor posterior a un evento vascular cerebral en pacientes internados en el Servicio de Urgencias Adultos en el Hospital Regional 1 de Octubre (Tesis de especialidad). Instituto politécnico Nacional. D.F. México.
- Rodríguez, F. y Urzúa, A. (2009). Funciones superiores en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 4. (1), 20-27.
- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria-Universidad de Castilla. *Anales de psicología*. 23 (2), 264-271.
- Rojas, E. (2002). Influencia De La Depresión En La Recuperación Física De Los Pacientes Con Secuela Motora De Enfermedad Vascular Cerebral. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 1999-2000. Lima-Perú. *Rev Per Neurol*. 12 (1). 15- 19.
- Saposnik, G., Del Brutto, O. (2003). Revision sistematica de la incidencia, prevalencia y tipos de infarto en Sudamerica. *Stroke*.34, 7-2103.
- Shah, S. y Vanclay, F. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 42(8), 9- 73.
- Shah, M. (2006). Rehabilitation of the Older Adult with Stroke. *Clin Geriatr Med*. 22(2), 89- 469.
- Solís, D. y Armas, D. (2009). Influencia de los Factores Pronosticos en la Recuperacion del Paciente con Enfermedad Cerebro Vascular.

Haban cienc méd. 8 (1). Recuperado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100007. Fecha de acceso [25-08-2016].

Velásquez, A. y Cachay, C. (2008). *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Lima. Perú Recuperado en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Emfermedad.pdf. Fecha de acceso [20-08-2016].

ANEXOS

ANEXO 1:

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER

Pfeiffer E. (1975).

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

ANEXO 2:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INDICE DE BARTHEL PARA LA VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

BASICAS DE LA VIDA DIARIA

Mahoney y Barthel (1965).

Instrucciones:

El presente instrumento es personal y anónimo tienen por finalidad obtener información sobre las actividades básicas de la vida diaria, por lo que se le pide su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas formuladas marcando con una "X" la alternativa con la que Ud. se identifique.

1. Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

2. Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño.
---	---------------	--

		Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

3. Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

4. Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

5. Deposición

10	Contiene la deposición	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de contener su deposición.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda con enemas o supositorios
0	No contiene la deposición	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

6. Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Contiene la orina	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	No contiene la orina	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

7. Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

8. Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y
----	---------------	--

		puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado.

9. Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

10. Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa
----	---------------	--

		para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos.
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

PUNTUACIÓN	
TOTAL	

ANEXO N°3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA MODIFICADA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

M. Hamilton (1960)
Modificada por Ramos-Brieva y Cordero (1986).

Instrucciones:

El presente instrumento es personal y anónimo tienen por finalidad obtener información sobre la depresión en los pacientes, por lo que se le pide su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas formuladas marcando con una "X" la alternativa con la que Ud. se identifique.

1. Humor Depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento e inutilidad)

- No presenta	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente.	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	4

2. Sentimientos de culpa

- No tiene sentimientos de culpa	0
- Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores	2

pasados o malas acciones	
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de gente que lo amenaza	4

3. Suicidio

- Se siente con ganas de seguir viviendo	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

4. Insomnio precoz (al inicio del sueño)

- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño.	1
- Dificultad para dormir cada noche.	2

5. Insomnio intermedio (durante el sueño)

- No tiene dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).	2

6. Insomnio tardío (al terminar el sueño)

- No tiene dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	2

7. Trabajo y actividades

- Realiza sus actividades normalmente	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad (trabajos, pasatiempos).	1
- Perdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y duda).	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades que antes solía realizar.	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda de alguna persona.	4

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración, disminución de la actividad motora)

- Palabras y pensamientos normales y claros	0
- Ligero retraso al hablar	1
- Evidente retraso al hablar	2
- Dificultad para expresarse	3
- No es capaz de expresarse	4

9. Agitación psicomotora (alteración del comportamiento que se evidencia en movimientos corporales)

- No tiene	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.	4

10. Ansiedad psíquica (alteración del comportamiento mental)

- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva o irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementados; transpiración)

- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no se le insiste.	3
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	4

13. Síntomas somáticos generales

- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad	2

14. Síntomas genitales (tales como: disminución del deseo sexual y trastornos menstruales)

- No tiene	0
- Algunas veces	1
- Siempre	2

15. Hipocondría (preocupación y miedo a tener una enfermedad grave)

- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (por su cuerpo)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.	3

16. Pérdida de peso

- Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg en una semana	2

17. Introspección (cómo se evalúa a sí mismo)

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

PUNTUACIÓN TOTAL	
---------------------	--

ANEXO N°4

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Yo, _____ Enfermera asistencial y docente del área de _____, he revisado los instrumentos: índice de Barthel y Escala Modificada de Hamilton, presentados por las estudiantes de Enfermería, **ALITHU YAJAIRA SÁNCHEZ MAXIMILIANO** y **MARÍA TERESA YANCE LEÓN**, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, para fines de realizar la investigación cuyo título es: **“ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR – TRUJILLO”**

Trujillo, 05 de Noviembre del 2016

CEP: _____

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Yo, **Magaly Collave Salas**, Enfermera del área de Cirugía de Mujeres del Hospital Belén de Trujillo, he revisado los instrumentos: índice de Barthel y Escala Modificada de Hamilton, presentados por las estudiantes de Enfermería, **ALITHU YAJAIRA SÁNCHEZ MAXIMILIANO** y **MARÍA TERESA YANCE LEÓN**, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, para fines de realizar la investigación cuyo título es: **“ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR – TRUJILLO”**

Trujillo, 05 de Noviembre del 2016

Lic. Magaly Collave Salas

CEP: 33893

ANEXO N°5

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo,identificado con DNI N°..... manifiesto mi consentimiento para participar en la Investigación titulada “Actividades básicas de la vida diaria y depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular”.

El objetivo fundamental de este estudio es conocer las actividades básicas de la vida diaria y la depresión en los adultos con secuela motora de enfermedad cerebrovascular que asisten al servicio de rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo.

Manifiesto, que mi participación consistirá en la determinación del objetivo fundamental antes señalado, mediante una ENCUESTA/ENTREVISTA.

Es mi derecho, de retirarme del estudio en cuestión, en cualquier momento que lo considere pertinente, sin que ello afecte la atención médica que pueda recibir en el Hospital Belén de Trujillo.

Se me ofrece, la seguridad de que los datos que se obtengan del estudio, serán manejados en forma confidencial, y serán utilizados únicamente para los fines antes mencionados.

Firma del Paciente

Firma del encuestador

ANEXO N°6

Actividades básicas de la vida diaria según ítems evaluados en pacientes con secuela motora de Enfermedad Cerebrovascular del servicio de Rehabilitación del Hospital Belén de Trujillo, 2017

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA				
	Dependientes		Independientes	
	N° de personas	%	N° de personas	%
ITEM 1	13	32.5	27	67.5
ITEM 2	25	62.5	15	37.5
ITEM 3	18	45	22	55
ITEM 4	18	45	22	55
ITEM 5	3	7.5	37	92.5
ITEM 6	2	5	38	95
ITEM 7	9	22.5	31	77.5
ITEM 8	7	17.5	33	82.5
ITEM 9	9	22.5	31	77.5
ITEM 10	18	45	22	55

Fuente. Índice de Barthel.

ANEXO N°7

CONSTANCIA DE ASESORIA

Yo, **DRA. ZOILA ESPERANZA LEITON ESPINOZA**, Profesora del Departamento Académico de Enfermería del Adulto y Anciano, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo; hago constar mi participación como Asesora de la Tesis titulada: “ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR – TRUJILLO”, cuyas autoras son las bachilleres en Enfermería: **ALITHU YAJAIRA SÁNCHEZ MAXIMILIANO** y **MARÍA TERESA YANCE LEÓN**.

Expido la presente para los fines que las interesadas crean conveniente.

Trujillo, 20 de Febrero del 2017

Dra. Zoila E. Leitón Espinoza

COD: _____