



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica

“DEPRESIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES POST
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOGAR CLÍNICA SAN
JUAN DE DIOS CUSCO, 2022”

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACION

Presentado por:

AUTOR: LIC. DURAN QUISPE, LUZ BRENDA

CODIGO ORCID: 0000-0001-5799-9757

ASESOR: Mg. Melgarejo Valverde, Jose Antonio

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud enfermedad y ambiente

LIMA – PERÚ

2022

ÍNDICE

1. EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación de la investigación.....	8
1.4.1. Justificación Teórica	8
1.4.2. Justificación Metodológica	8
1.4.3. Justificación Práctica	9
1.5. Delimitación de la investigación.....	9
1.5.1. Temporal.....	9
1.5.2. Espacial	10
1.5.3. Recursos.....	10
2. MARCO TEORICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2. Antecedentes nacionales	16
2.2. Bases teóricas	17
2.1.1. Accidente cerebrovascular	17
2.1.2. Depresión	18
2.1.3. Capacidad funcional	19
2.1.4. Clínica San Juan de Dios Cusco	20
2.1.5. Relación entre la depresión y capacidad funcional.....	20
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1. Hipótesis general.....	21
2.3.2. Hipótesis específicas.....	21

3. METODOLOGIA	22
3.1. Método de la investigación	22
3.2. Enfoque de la investigación	22
3.3. Tipo de investigación	22
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	23
3.6. Variables y operacionalización	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.7.1. Técnica.....	28
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	28
3.7.3. Validación.....	30
3.7.4. Confiabilidad	33
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	33
3.9. Aspectos éticos.....	35
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	36
4.1. Cronograma de actividades	36
4.2. Presupuesto	38
5. REFERENCIAS	39
ANEXOS	44
Anexo 1: Matriz de consistencia	44
Anexo 2: Instrumentos	45
Anexo 3: Formato de consentimiento informado.....	53
Anexo 4: Informe del porcentaje del Turnitin.....	55

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El accidente cerebrovascular (ACV), es un síndrome neurológico que ocurre súbitamente (1), provocando una interrupción del flujo sanguíneo, el cual afecta a diversas zonas del cerebro (2), el 87% son de tipo ACV isquémico y el 13% hemorrágicos. Existen factores de riesgo modificables como: la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el tabaquismo, entre otros y no modificables: la edad, el sexo y la raza (2). La sintomatología general que presentan son la parálisis, alteración de la marcha, pérdida sensitiva, deterioro de la memoria, deficiencia visual, afasia, disfagia (2) siendo las más frecuentes las alteraciones motoras, emocionales y cognitivas (3).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de personas sufren un ACV cada año; 5.5 millones mueren, el 10% de todas las muertes producidas y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente (4). Según estadísticas el ACV representa la segunda causa de mortalidad y la primera de discapacidad a nivel mundial (5) y en América Latina es la primera causa de muerte (1) e incapacidad física (6) (3). A nivel nacional la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, determinó la tasa de incidencia del ACV, donde se encontró que, en el año 2017 se registró 10 570 casos y en el año 2018 fue de 12 835; siendo el tipo de ACV isquémico, de sexo masculino con mayor frecuencia en los dos años de estudio (7) (8).

Por otro lado, también hablamos de la capacidad funcional que viene a ser la facultad del individuo en desarrollar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) de forma independiente. Para la valoración de esta, se utiliza el Índice de Barthel (IB) que es un instrumento Gold estándar, usado en pacientes adultos post ACV (7) (9).

Asimismo, la depresión post ACV es un trastorno afectivo común (10), es el principal factor de mal pronóstico en la recuperación funcional, afectando la vida social y la calidad de vida, de hasta 10 veces mayor que los sujetos que no la presentan (11) (12). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es uno de los trastornos que provoca más discapacidad, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. La prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en la población adulta (10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15% (13). La depresión después de un ACV alcanza un 30 a 40% de los pacientes (3), siendo los factores de riesgo la falta de apoyo, ansiedad, gravedad del cuadro clínico y dificultades cognitivas (3). Según estadísticas de cada 3 pacientes, 1 sufre depresión principalmente en los dos primeros años tras el evento; siendo el 14% en las zonas urbanas y el 12,5% en las zonas rurales (14).

Por otra parte, la población cusqueña vive una realidad distinta al de otras regiones, ya que no tiene información actualizada, ni estudios sobre estas dos variables, el cual serviría como base para tomar decisiones con respecto al cuidado de los pacientes (7). Esta situación es un gran reto para todos los profesionales de la salud porque debemos pensar en

mejorar todos los sistemas de atención, dando énfasis a la función física, cognitiva, emocional.

La clínica San Juan de Dios, es una institución que pertenece al sector privado y este brinda una atención a diversos tipos de pacientes con lesiones neurológicas otros. Muchos de ellos presentan dependencia funcional y sintomatología depresiva, por lo tanto, el rol del fisioterapeuta es relevante e importante en procesos de evaluación y tratamiento, realizando intervenciones oportunas para prevenir y disminuir las secuelas. Nuestros pacientes necesitan una rehabilitación integral temprana para mejorar su condición física, la cual es proceso complejo, que requiere del abordaje multidisciplinario de profesionales especializados (15) (16). Por lo antes expuesto es pertinente analizar la relación entre estas dos variables: DEPRESION Y CAPACIDAD FUNCIONAL en pacientes adultos post accidente cerebrovascular.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de **capacidad funcional** en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?
- ¿Cuál es el nivel de **depresión** en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?
- ¿Cuáles son las **características sociodemográficas** en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?
- ¿Cuáles son las **características clínicas** en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de **capacidad funcional** en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Determinar el nivel de **depresión** en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Determinar las **características sociodemográficas** en pacientes post accidente cerebrovascular.

- Determinar las **características clínicas** en pacientes post accidente cerebrovascular.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

Según Sánchez y Yance, el ACV genera secuelas motoras y dificulta la realización de las AVD (17), también presentan cambios psicológicos como la depresión (17), al tener este cuadro clínico conlleva a que estos pacientes sean dependientes, empeorando su condición física y mental produciéndose un círculo vicioso, el cual hace que sea más lenta su recuperación. Así también en otra investigación de los autores Mesa, Hernández y Parada, indica que existe una influencia negativa sobre los pacientes post ACV, ya que afecta a las esferas del individuo, impide su desarrollo de sus AVD o interfiere en sus relaciones sociales (18).

Por lo tanto, este estudio sobre la depresión y su relación con la capacidad funcional servirá para ampliar y profundizar el conocimiento de este tipo de alteraciones físicas y emocionales, estas deben ser tratadas de manera oportuna e integral, con adecuados profesionales de un equipo multidisciplinario.

1.4.2. Justificación Metodológica

La presente investigación es cuantitativa, correlacional, no experimental de corte transversal, se empleará los instrumentos válidos y confiables: uno de ellos es el Índice de Barthel (IB), este instrumento valorara la capacidad funcional de la persona dentro de sus

AVD y si este lo realiza de manera independiente o dependiente, esta escala es uno de los instrumentos de medición que más se está utilizando internacionalmente para valorar pacientes con ACV y también se utilizara la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (HDRS) en este tipo de pacientes con lesión neurológica.

1.4.3. Justificación Práctica

La presente investigación es de utilidad para los estudiantes, docentes, investigadores; quienes se beneficiarán de información con datos reales, ayudara a la realización de futuras investigaciones y toma de decisiones de manera cohesionada en el contexto. Puede servir para establecer medidas orientadas a detectar de manera precoz y tratar oportunamente; así la recuperación del paciente pueda ser de manera progresiva y rápida con la colaboración del equipo multidisciplinario en rehabilitación, que estarían conformados por el fisioterapeuta, médico, enfermera, psicólogo, entre otros. Los fisioterapeutas cumplimos un papel importante en la recuperación y mejora de su capacidad funcional del paciente y después del tratamiento que continúe se podrá observar la mejor reintegración a la familia, sociedad e incluso a su labor en el trabajo.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

La recolección de datos será obtenida durante un periodo de dos meses, en el mes de febrero y marzo del año 2022. Por otra parte, el proyecto general se ejecutará durante el mes de julio 2021 hasta junio del año 2022.

1.5.2. Espacial

La presente investigación se realizará en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hogar Clínica San Juan de Dios de Cusco.

1.5.3. Recursos

Para la producción de este trabajo de investigación se utilizará diversos recursos, como recursos humanos, están las personas que se requiere para cumplir esta investigación: el investigador, psicólogo, asesor metodológico, asesor estadístico. En los recursos materiales, están los equipos (laptop, celular) con acceso a internet, impresora, material de oficina. Para el acceso de la información se requirió de artículos, libros, copias, guías, escalas validadas y otros gastos administrativos.

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Sánchez, et al., (2021). En su investigación tuvieron como objetivo “*Analizar el estado cognitivo con relación a la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV)*”. Realizaron un estudio correlacional-transversal, como instrumentos utilizaron el IB, Mini Mental State Examination (MMSE) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Se tuvo como muestra 62 pacientes y como resultado dio que las AVD de mayor nivel de dependencia estaban subir y bajar gradas, bañarse, comer, vestirse y desvestirse; el nivel de dependencia en las AVD tuvo correlación con MMSE y el MoCA. En las conclusiones arribadas fue que la correlación refleja que los

pacientes post ACV con alto nivel de deterioro cognitivo muestra dependencia en sus AVD (19).

Sarmento, et al., (2020). En su investigación tuvieron como objetivo “*Analizar el impacto de la rehabilitación en el estado funcional y en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tras 8 semanas de sufrir un ictus, en una población de ancianos del noroeste de Portugal*”. Realizo un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, se agrupo a los pacientes en tres grupos según su tratamiento rehabilitador: no lleva rehabilitación, ligera rehabilitación, intensa rehabilitación. Se recolecto datos sociodemográficos-clínicos, estancia en el hospital, tratamiento en rehabilitación y la capacidad funcional que se midió con el IB. Se tomó una muestra de 350 pacientes, dentro de los resultados, presentan una edad media de 76 años, la estancia en el hospital fue mayor en el grupo de ligera rehabilitación 19,7%, aumento en la puntuación en el IB desde el ingreso hasta las 8 semanas post rehabilitación, la edad y la estancia dentro del hospital fueron factores de riesgo de presentar dependencia funcional, los grupos de ligera e intensa rehabilitación presentaron un riesgo menor de presentar dependencia en su función. La conclusión es que realizar una rehabilitación de manera intensa mejora la capacidad funcional en las AVD con respecto a otros tipos de rehabilitación como la ligera o no hacer después de las 8 semanas después de un ACV (16).

López, et al., (2020). En su investigación tuvieron como objetivo “*Valorar la calidad de vida (CV) a largo plazo en pacientes que presentaron un ictus y analizar si existen diferencias entre sexos*”. Esta investigación es descriptiva, transversal y observacional. Se recolecto datos sociodemográficos, factores de riesgo, estado de ánimo, calidad de vida y la capacidad funcional, se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida EuroQol-5D, ÍB, escala de Lawton y Brody, escala de Hamilton. La muestra fue de 124 pacientes. Dentro de los resultados se encontró que la edad media fue 71 años, en la dimensión para CV ansiedad y depresión fue el 66,7% y dolor- malestar 62,2%; se encontró diferencias significativas en el sexo masculino y femenino, dentro de las dimensiones actividades cotidianas y movilidad, la dependencia funcional, la calidad de vida y el estado de depresión se relacionan. Dentro de las conclusiones encontradas esta que la calidad de vida de los pacientes post ACV influye negativamente en un tiempo de largo plazo, el sexo femenino presenta peor CV en la dimensión movilidad y actividades cotidianas (20).

Morales (2019). En su investigación tuvieron como objetivo “*describir en forma retrospectiva los cambios en la dependencia funcional, tono y fuerza muscular que ocurrieron en tres adultos mayores institucionalizados que participaron de un programa de rehabilitación kinésica*”. Es un estudio descriptivo, retrospectivo. Fueron 3 casos. Se utilizo como instrumento el IB, Cuestionario de Pfeiffer, escala MRC, escala Ashworth. En los resultados obtenidos hubo aumento de 10 a 30 puntos en el IB, mejoro la movilidad en cama. Como conclusión refieren que la rehabilitación kinésica en estos pacientes post ACV

logran mejorar su tono, fuerza muscular, es decir disminuye la dependencia en la función (21).

Urrutia, et al., (2018). En su investigación tuvieron como objetivo “*evaluar una posible asociación entre la percepción que tienen las personas pacientes acerca de su afectación del miembro superior y su grado de dependencia funcional mediante dos instrumentos estandarizados de valoración*”. Es un estudio descriptivo, transversal y observacional, se utilizó dos instrumentos: el IB y el cuestionario de incapacidades del brazo, hombro y mano, la muestra está conformada por 23 pacientes. En el resultado se encontró que existe diferencias significativas entre el score del IB y las edades que tiene la muestra, dentro de la correlación de los dos instrumentos utilizados no se encontraron diferencias significativas. Las conclusiones son que el encontrar afectación en miembros superiores repercutirá en la capacidad funcional, pero aun así esta no es significativa (22).

Sánchez (2018). En su investigación tuvieron como objetivo “*valorar la discapacidad y la calidad de vida, a través de distintas escalas específicas de valoración, en los pacientes con ictus isquémico de nuestra área de población tras un programa específico de tratamiento rehabilitador; así como determinar los factores predictores de discapacidad y los factores significativos de destino al alta hospitalaria de estos pacientes*”. Es un estudio observacional prospectivo, con una muestra de 100 pacientes, se utilizó la Escala Modificada de Rankin (MRS), escala de Hamilton, escala de calidad de

vida EuroQol-5D. Como resultados se tiene que la edad media es 72 años, 50% sexo masculino y 50% sexo femenino, un 84,21% vivían con familiares, después de dar el alta hospitalaria el 50,51% continuo el tratamiento rehabilitador en un centro y el 49,49% en su domicilio, la hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente 68%, el 53,49% presento depresión al mes de haber sido dados de alta hospitalaria. La relación de la gravedad inicial y al alta con la discapacidad específica del ictus, con la gravedad de la depresión y con la calidad de vida resultaron estadísticamente significativas; así, una mayor gravedad del ictus se asoció a una mayor discapacidad, a una mayor gravedad de la depresión y a problemas mayores en la dimensión de actividades cotidianas, esto se redujo al tercer mes. Se encontró una asociación significativa entre la aparición de complicaciones, la gravedad inicial, la presencia de depresión, la discapacidad, la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), y el destino al alta. Dentro de las conclusiones se tiene que hubo una reducción significativa de pacientes con discapacidad que realizan un programa de rehabilitación. La relación de la gravedad inicial y el alta con la gravedad de depresión y calidad de vida resultaron significativas, una mayor gravedad del ACV se asoció a una mayor discapacidad, una mayor depresión y dependencia de la función (23).

Idiáquez, et al., (2017). En su investigación tuvieron como objetivo “*evaluar los distintos déficits funcionales que pueden afectar actividades de la vida diaria en pacientes hipertensos sin y con presencia de un accidente cerebrovascular isquémico menor sintomático*”. Es un estudio observacional, epidemiológico (caso y control). Se obtuvo una muestra de 45 pacientes de 3 a 12 meses post ACV, se utilizó diversos instrumentos como

el IB, Escala de Hamilton, T-ADLQ, MRS, MMSE. Se obtuvo los siguientes resultados: en pacientes post ACV la capacidad de realizar AVD se redujo significativamente en comparación con otros pacientes que tuvieron hipertensión y no son post ACV, la disminución en la función cognitiva y los síntomas depresivos se asociaron con un menor rendimiento de AVD, se encontró síntomas depresivos en los pacientes post ACV, dentro de la puntuación se encontró de 8 a más síntomas en un 35,5% de los pacientes y de los pacientes hipertensos sin ACV un 12,7%. Dentro del estudio la relación entre las AVD y la depresión tuvo un promedio de 4,81 puntos en los pacientes que no presentan compromiso de AVD y un 10,85 puntos de promedio en pacientes con compromiso de AVD.

Conclusión: la dependencia de la capacidad funcional afecta la realización de las AVD con presentación de deterioro de la cognición y síntomas de depresión, esto debe ser tomado en cuenta en el trabajo conjunto de la evaluación, y rehabilitación del paciente, el T-ADLQ es útil para medir el nivel de AVD con ACV (9).

Vásquez (2017). En su investigación tuvieron como objetivo “*determinar qué variables afectan al pronóstico funcional del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y del hemorrágico*”. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, se utilizó el IB, 365 es la muestra que se tuvo, los resultados muestran que los pacientes tienen una edad media de 66, el sexo masculino corresponde un 62,2% y en el femenino 37,8%, el 70,1% son ACV isquémica y el 29,9% hemorrágica. El 49,9 viven en el área rural y el 50,1% del área urbana, la estancia en el hospital fue de 78 días, al analizar la funcionalidad la puntuación al ingreso hospitalario fue de 28 puntos y 62 en el alta hospitalaria. Se llega a la conclusión de

que el grado de independencia previa a sufrir un ACV es el factor que determinara el futuro al alta hospitalaria (24).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Herrera, et al., (2020). En su investigación tuvieron como objetivo “*Identificar los factores de riesgo de depresión post ictus isquémico (DPI) en pacientes adultos*”. Este es un estudio observacional, analítico, tipo caso y control no pareado. Se tomó una muestra de 81 casos y 81 controles de pacientes. Se tomaron en cuenta las variables clínicas y epidemiológicas mediante una ficha de datos, se usó el instrumento de Hamilton. se encontraron variables relacionadas a la depresión post ACV: el tabaquismo, el ACV localizado en el hemisferio izquierdo, con deterioro cognitivo. El estudio llegó a las siguientes conclusiones: los pacientes con ACV isquémico, con mayor factor de riesgo de tabaquismo, con la localización del ACV en el hemisferio izquierdo y deterioro cognitivo se asocia en mayor medida a contraer depresión (25).

Ortiz y Santos (2018). En su investigación tuvieron como objetivo “*Evaluar el logro de la independencia funcional post tratamiento fisioterapéutico en pacientes con accidente cerebro vascular de tipo hemipléjico en un hospital de rehabilitación de Lima, periodo enero a junio del 2017*”. La muestra fue de 72 pacientes, el estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental descriptivo, cohorte longitudinal y retrospectivo, se utilizó el instrumento IB. Dentro de los resultados, todos los pacientes presentaron mayor nivel de independencia funcional, en un 65.3% son pacientes con ACV isquémico, el 66.7% son de sexo femenino, el 47.2% están dentro del rango de edad 60 y 79 años, el 52,8%

son pacientes con el hemicuerpo izquierdo afectado. Se llega a la conclusión que todos los pacientes que pertenecen al estudio pasaron a ser dependientes totales, luego pasaron a una independencia moderada y posterior a una leve (26).

2.2. Bases teóricas

2.1.1. Accidente cerebrovascular

El accidente cerebrovascular es una alteración encefálica secundaria a un trastorno vascular (27), afecta a diversas regiones del sistema nervioso, debido a un cuadro patológico, se caracteriza por la presencia de una disfunción focal del tejido cerebral (28). Produce un número considerable de morbilidad y discapacidad (29). Es la causa de discapacidad neurológica más habitual en el adulto afectando con mayor frecuencia a las personas mayores de 65 años (27) de sexo masculino (30).

Nuestra unidad funcional son las neuronas que necesitan suficiente aporte de energía y oxígeno para poder conservar su función, estructura y sus gradientes. Cuando ocurre un ACV el flujo sanguíneo puede aumentar o disminuir (31) causando una cascada de mecanismos bioquímicos dentro del tejido. el proceso inflamatorio incrementa la permeabilidad, dañando al tejido cerebral, produciendo una apoptosis celular. El principal factor de riesgo es la edad mayor de 65 años, pero aun así el 25% de los pacientes con ACV son menores de 65 años. Otro factor de riesgo importante es la hipertensión arterial (HTA) (32), estos factores se pueden dividir en las siguientes categorías: (33) **Categoría Factores**

de riesgo Modificables: hipertensión arterial, consumo de tabaco, inactividad física,

régimen alimentario, consumo excesivo de alcohol, sobrepeso, diabetes. **Categoría**

factores de riesgo Ambientales: tabaquismo, acceso a tratamiento médico. **Categoría**

factores de riesgo Inmodificables: edad, sexo, antecedentes familiares, genética.

Asimismo, el ACV puede ser clasificados: **Por su perfil temporal:** se encuentran los

Ataques Isquémicos Transitorios (AIT), con una duración entre 5 a 15 minutos, sus

síntomas se disipan antes de las 24 horas (34). **Por su patogenia:** los cambios que

ocasionan al tejido cerebral pueden ser de tipo isquémico y hemorrágico (34). **La**

hemorragia intracraneal: en este caso su subdivisión es en hemorragia subaracnoidea y la

hemorragia intracerebral (34). Las manifestaciones en el ACV incluirán uno o más

alteraciones, como: deficiencia motora, alteración sensitiva, afasia de Broca o Wernicke o

disfasia, hemianopsia, apraxia ataxia.

2.1.2. Depresión

Según la DSM-IV es un trastorno del ánimo (35) que altera las emociones,

ocasionando cambios del humor, tristeza, disminuye la autoestima, fatiga, insomnio, y

ocasionando pensamientos negativos que impiden el desarrollo de las AVD (36). La

depresión es una de las complicaciones más frecuentes del ACV.

Después de un ACV los síntomas inician con su aparición en los 3 primeros meses y

menos frecuente cuando es posterior a los 3 meses. (11). Las personas que presentan

depresión tienen síntomas psicológicos y físicos, la presencia e intensidad puede variar en

cada persona (37). **Síntomas psicológicos:** tristeza, pérdida de interés, ansiedad, vacío

emocional, pensamientos negativos, problemas de concentración o de memoria, delirios, alucinaciones, ideas de suicidio (37). **Síntomas físicos:** problemas de sueño, enlentecimiento mental y físico, aumento o disminución del apetito, aumento o disminución de peso, pérdida de interés en el sexo, fatiga, estreñimiento, alteración menstrual (37). Según diversos estudios los tipos de trastornos depresivos son muchos, los que todos consideran son a la depresión por niveles: **Depresión leve, moderada, severa** (38). Son muchos los factores de riesgo que podrían iniciar la depresión, incluso en los pacientes post ACV podría agravar su condición, como: genes, personalidad, familia, género, enfermedad crónica y problemas económicos (39).

2.1.3. Capacidad funcional

La capacidad funcional o también llamada funcionalidad, se refiere a la facultad de las personas para realizar las AVD y así sean capaces de realizar tareas y cumplir roles (40). Para su evaluación en pacientes post ACV, el instrumento más utilizado es el Índice de Barthel, el cual mide la capacidad de cada persona para realizar diez actividades, obteniendo como resultados la dependencia o independencia. El IB es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, cuya aplicación no causa molestias (41). Cada una de las AVD evaluada tienen un valor distinto, clasificada entre 0, 5, 10, 15 puntos; al realizar la suma total, el rango global varía desde 0 que es un paciente dependiente completo o 100 que es una paciente independiente y se puede utilizar al inicio o final del tratamiento (42).

2.1.4. Clínica San Juan de Dios Cusco

Esta institución presta servicios de salud como: diagnóstico, tratamiento clínico, tratamiento quirúrgico y rehabilitación multidisciplinaria, es una de las clínicas más reconocida a nivel del departamento de Cusco. La atención brindada es humanizada tratando de ayudar a toda la población quienes acuden a la clínica. Estos últimos años la clínica San Juan de Dios tiene mayor número de casos en pacientes neurológicos (post ACV) que requieren atención multidisciplinaria para poder mejorar su calidad de vida.

2.1.5. Relación entre la depresión y capacidad funcional

Muchos pacientes al presentar síntomas depresivos tienen un pronóstico poco favorable, demorando así su recuperación de la capacidad funcional. por ello requerirán mayor atención de salud. así como la rehabilitación, también debemos tener en cuenta que los síntomas depresivos, pero no siempre estarán en la fase aguda del ACV, pero si afectaran en su nivel cognitivo, social, físico y mental. Las personas que sobreviven después de un ACV y que padecen depresión pueden ser menos propensos a seguir los planes de tratamiento, así como tener mayor irritabilidad o cambios de personalidad. Un estudio en Perú encontró asociación de depresión con problemas físicos e incapacidad (43).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Existe relación significativa entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **Nula:** No existe relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.

2.3.2. Hipótesis específicas

- **H1:** El nivel de **capacidad funcional** es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **H1 Nula:** El nivel de **capacidad funcional** no es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **H2:** El nivel de **depresión** es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **H2 Nula:** El nivel de **depresión** no es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **H3:** La depresión y la capacidad funcional influye significativamente según **características sociodemográficas** en pacientes post accidente cerebrovascular.
- **H3 Nula:** La depresión y la capacidad funcional no influye significativamente según **características clínicas** en pacientes post accidente cerebrovascular.

3. METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

El método de la investigación es hipotético-deductivo, genera hipótesis a partir de dos premisas: universal y empírica, para llegar a una conclusión en particular, su fin es comprender los fenómenos y explicar su origen o causas que este genera, el objetivo principal de este método es predecir y controlar, también este puede ampliar los conocimientos como a través de este método generar leyes científicas que permitan la explicación de las causas de los fenómenos (44).

3.2. Enfoque de la investigación

Es de enfoque cuantitativo, se les denomina también investigaciones analíticas, porque la cuantificación que hacen se refiere a propiedades o características que poseen los objetos o hechos que son estudiados, buscando la comprobación o confirmación de estos mismos (45).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de proyecto es aplicado, ya que esta investigación transforma el saber puro, a un saber que resuelva y mejore la situación actual de la realidad, su propósito es hallar conocimientos útiles, que pueden ser organizadas, implementadas y ejecutadas al saber puro (46). La investigación es de alcance correlacional, ya que mide la relación entre las variables estudiadas: depresión y capacidad funcional, la investigación está interesada en la determinación del grado de relación existente entre dos variables de interés en una misma muestra de sujetos, o el grado de relación existentes entre los fenómenos o eventos observados en base a coeficientes de correlación (45).

3.4. Diseño de la investigación

Tiene un diseño no experimental-transversal, son estudios que se realizan sin manipular deliberadamente las variables independientes, en los que solo se observa los fenómenos tal como se dan en su ambiente natural para después analizarlos (45) y es transversal ya que es una investigación que recopila datos en un único momento.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población en este caso se considera a los pacientes post accidente cerebrovascular que pertenezcan a la clínica San Juan de Dios Cusco, un total de 150 pacientes.

3.5.2. Muestra

La muestra comprenderá a todos los pacientes que tengan un post accidente cerebrovascular y que sean adultos, asisten al servicio de rehabilitación de la clínica San Juan de Dios Cusco. Para calcular la muestra se tendrá en cuenta tamaño de la población, nivel de confianza, proporción y error máximo, se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

z = nivel de confianza (95%)

p = porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = porcentaje complementario (1-p)

N = tamaño de la población

E = error máximo permitido (5%)

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo para esta investigación será probabilístico con mayor rigor científico y cumple con los principios de probabilidad, este permite conocer la probabilidad que cada unidad de análisis tiene de ser integrada a la muestra mediante la selección al azar (47).

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico post accidente cerebrovascular.
- Pacientes post accidente cerebrovascular que recibirán terapia física y rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios Cusco.

Exclusión:

- Pacientes menores de 18 años con diagnóstico post accidente cerebrovascular.
- Pacientes post accidente cerebrovascular con deterioro cognitivo severo.
- Pacientes post accidente cerebrovascular que tengan antecedentes de tumor cerebral o enfermedades neurológicas degenerativas previas.

- Pacientes post accidente cerebrovascular que no pertenezcan a la clínica San Juan de Dios Cusco.
- Pacientes post accidente cerebrovascular que abandonaron el estudio.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Depresión

Definición operacional: Según la OMS, la depresión “es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (48).

Matriz operacional de la variable 1: Depresión

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
No presenta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido 2. Sentimientos de culpa 3. Suicidio 4. Insomnio inicial 5. Insomnio medio 6. Insomnio tardío 7. Trabajo y actividades 8. Inhibición 9. Agitación 10. Ansiedad psíquica 11. Ansiedad somática 12. Síntomas somáticos gastrointestinales 13. Síntomas somáticos generales 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Depresión: 0-6 • Depresión ligera: 7-17 • Depresión moderada: 18-24 • Depresión grave: 25-52

	14. Síntomas genitales		
	15. Hipocondría		
	16. Pérdida de introspección		
	17. Pérdida de peso		

Variable 2: Capacidad funcional

Definición operacional: la capacidad funcional es la “facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad" (49).

Matriz operacional de la variable 2: Capacidad funcional

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
No presenta	1. Alimentación 2. Lavado (baño) 3. Vestido 4. Aseo 5. Deposición 6. Micción 7. Retrete 8. Traslado sillón-cama 9. Deambulaci3n 10. Escalones	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total: 0-20 • Dependencia severa: 21-60 • Dependencia moderada: 61-90 • Dependencia escasa: 91-99 • Independencia: 100

Variable interviniente: Características sociodemográficas y clínicas

Definición operacional: las características sociodemográficas son el conjunto de características biológicas, sociales, económicos y culturales, que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (50). Las características clínicas son el conjunto de dificultades que el paciente presente durante la etapa clínica (49).

Matriz operacional de la variable interviniente: características sociodemográficas y clínicas

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Características sociodemográficas	Sexo	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
	Edad	Razón- interválica	<ul style="list-style-type: none">• 18- 34 años• 35-51 años• 52-68 años
Características clínicas	Tipo de accidente cerebrovascular	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Hemorrágico• Isquémico
	Estado de la enfermedad	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Agudo• Subagudo• Crónico
	Lado afectado	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Derecho• Izquierdo
	Antecedentes	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• HTA• Diabetes• Enfermedad cardíaca

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica viene a ser entendida como un conjunto de diversas herramientas, instrumentos y procedimientos que se utilizara durante la investigación para poder obtener información, una vez que seleccionamos la metodología de investigación apropiada y la muestra adecuada, de acuerdo con nuestro problema de estudio, en este caso mediante la técnica de encuestas, que son métodos de obtención de información de los pacientes Post ACV de la Clínica San Juan de Dios Cusco, para las variables depresión y capacidad funcional (IB, escala de Hamilton), para las características sociodemográficas y clínicas se utilizará la técnica de análisis documental (ficha de recolección de datos).

3.7.2. Descripción de instrumentos

INDICE DE BARTHEL-CAPACIDAD FUNCIONAL

Para esta investigación se utilizará como instrumento, el Índice de Barthel (IB), fue realizada por Mahoney y Barthel en 1955 y publicada en 1965, consta de 10 ítems de las AVD, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebrovascular aguda y sus complicaciones, se realizó una traducción al español por Baztán et al. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación. A continuación, se describirá la ficha técnica del instrumento a utilizar.

La ficha técnica del instrumento 1: INDICE DE BARTHEL
• Nombre: Índice de Barthel (IB)
• Autores: Sha et al.
• Objetivo: Estimación cuantitativa de su grado de independencia

<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al español: Baztán et al
<ul style="list-style-type: none"> • Población: Adultos post accidente cerebrovascular
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación: Forma individual
<ul style="list-style-type: none"> • Momento de la aplicación: Antes o después del tratamiento en rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de duración: Aproximadamente 15 min
<ul style="list-style-type: none"> • Validez: Tiene una alta validez a comparación con el Índice de Katz, también tiene predicción en cuanto a la mortalidad, tiempo de hospitalización, nivel funcional en los servicios de rehabilitación, resultados con puntuaciones finales, capacidad funcional de seguir con la rehabilitación en la comunidad y la reinserción en su centro de trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidad: Su reproducibilidad es excelente con coeficiente de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.
<ul style="list-style-type: none"> • Numero de ítems: 10 actividades: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras; control de esfínteres y la movilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación: se asigna una puntuación de 0, 5, 10,15. La puntuación total varía entre 0 y 100.
<ul style="list-style-type: none"> • Baremos (niveles, grados) de la variable: dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa, independencia.

ESCALA DE HAMILTON- DEPRESIÓN

Se utilizará como instrumento la escala de evaluación para la depresión de Hamilton fue realizada por Hamilton en 1960, en su versión original contaba con 24 ítems y posterior se realizó una modificación por el mismo autor a 21 ítems, luego se hizo una versión reducida con 17 ítems, se realizó una traducción al español por Ramos y Cordero. Su

aplicación es útil en hospitalizados y ambulatorios. A continuación, se describirá la ficha técnica del instrumento a utilizar.

La ficha técnica del instrumento 2: ESCALA DE HAMILTON
Nombre: Escala de evaluación para la depresión de Hamilton/ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
Autor: Vázquez C.
Adaptación española: Ramos- Brieva
Objetivos: Identificar personas depresivas
Población: Adultos
Tiempo: 20 min aproximadamente
Momento: Antes y después de realizar la rehabilitación
Validez: Muestra buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.
Fiabilidad: Esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclass es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.
Numero de ítems: 17
Puntuación: Valora a cada ítem de 0 a 2 y de 0 a 4 puntos en unos casos. Al sumar la puntuación total está en el rango de 0-52 puntos.
Baremo (niveles, grados) de la variable: sin depresión, depresión ligera, depresión moderada, depresión grave.

3.7.3. Validación

La validez se refiere a la eficiencia con que un instrumento mide lo que desea medir (45). A continuación, se explicará el proceso de validación de los instrumentos utilizados, para asegurar que pueden ser representativos de la población estudiada en el presente proyecto.

La escala de valoración de Hamilton es un instrumento utilizado a nivel mundial, su contenido se centra en aspectos somáticos y de comportamiento de la depresión, se utiliza en pacientes adultos, Son varios estudios que se realizó para validar:

- **Factores de riesgo de depresión post ictus isquémico (2020):** El instrumento fue validado previamente con los pacientes con ictus con una sensibilidad de 73,1%, especificidad de 81,6% y coeficiente alfa de Cronbach $> 0,80$ (25).
- **Actividades básicas de la vida diaria y depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular- Trujillo (2017):** el instrumento presenta una validez interna de 1 en base al indicador de correlación de Pearson, validez externa mediante el juicio de expertos, confiabilidad mediante la prueba estadística Alpha de Cronbach 0,741 concluyendo que el instrumento es confiable en el estudio (17).
- Según **“Banco de Instrumentos y Metodología en Salud Mental”**, posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. u correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

El Índice de Barthel, se utiliza en todos los países, no hay necesidad de traducción al español ya que se basa en la observación de las actividades específicas que realiza el paciente, no genera molestias ni en el paciente ni en el evaluador, es un instrumento fácil, sencillo. Esta escala se utiliza en centros de rehabilitación para evaluar la capacidad funcional de pacientes que presentan discapacidad, especialmente ACV, aplican profesionales de salud y otros. Son varios estudios que se realizó para validar el IB:

- **Validación del índice de Barthel en la población española (2018):** indica que es un instrumento más utilizado para la evaluación de la función, el objetivo fue evaluar la fiabilidad, la validez y la sensibilidad, los resultados fueron que los coeficientes alfa de Cronbach fue superior a 0,70, como discusión indica que el IB tiene buena fiabilidad, su validez estructural ha sido confirmada, como conclusión indican que este instrumento puede ser utilizado en la evaluación de la funcionalidad y las AVD en personas mayores con diferentes condiciones (51).
- **Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos (2022):** también refiere que un instrumento más usado para la independencia funcional y AVD es el IB, el objetivo de este estudio fue validar esta escala psicométricamente, identificar su estructura, se encontró una adecuada confiabilidad y correcto ajuste con un Alpha de Cronbach 0.96 y llega a la conclusión que el IB tiene propiedades psicométricas confiables y válidas para la evaluación de la independencia funcional en la población mexicana (52).

- Según “*Banco de Instrumentos y Metodología en Salud Mental*”, Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Ambos instrumentos están validados internacionalmente en trabajos científicos, estos cuentan con la claridad, objetividad, suficiencia, también son encontrados en la **Rehabilitation Measures Database** y el **Banco de Instrumentos y Metodología en Salud Mental**, están respaldadas por algunos de los mejores médicos, clínicos, terapeutas e investigadores de medicina física y rehabilitación del mundo.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad indica el grado de seguridad que demuestra el instrumento al medir (45). Para asegurar la representatividad de los instrumentos en el presente grupo poblacional se verificará el alfa de Cronbach, requiere de una sola toma del instrumento de medición y sus valores oscilan entre uno y cero. En este presente proyecto se plantea que para su confiabilidad se realizará una prueba piloto que consistirá en el uso de los dos instrumentos (Índice de Barthel y Escala de Hamilton) a una pequeña población con el fin de tener una buena confiabilidad y determinar el tiempo de aplicación de dichos instrumentos.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el proceso de recolección de datos:

- Se iniciará solicitando autorización al director general de la Clínica San Juan de Dios Cusco.
- Se brindará toda la información necesaria hacia los pacientes y sus familiares sobre la investigación.
- Una vez que el paciente acepte formar parte de la investigación se entregara a cada participante el consentimiento informado (ANEXO 3).
- Luego se recogerá los datos generales de cada paciente y se aplicaran los instrumentos.

Una vez obtenida toda la información de cada uno de los pacientes se hará el procesamiento de información:

- Se utilizará el programa Word para redactar el proyecto y el programa Excel para la creación de base de datos, tablas de frecuencia y gráficos.

Después se realizará el análisis de todos los datos obtenidos:

- Esta información pasará a ser procesado por el programa estadístico SPSS para la estadística descriptiva e inferencial y para comprobar la asociación de variables se utilizará la escala no paramétrica el χ^2 .
- Se aplicará una estadística descriptiva para las características sociodemográficas y clínicas estos serán presentados a través de frecuencias y porcentajes, tablas y gráficos con el análisis e interpretación.

3.9. Aspectos éticos

El presente proyecto cumplirá las normas brindadas a nivel nacional e internacional, sobre la investigación en seres humanos. Se cumplirá con la documentación necesaria dirigida a los responsables de la clínica San Juan de Dios Cusco, que sea necesaria para poder recoger los datos, se seguirá el procedimiento metodológico, así como el uso de un instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos. También se entregará un consentimiento informado a todos los pacientes que serán partícipes del proyecto de investigación. Se respetará los valores éticos establecidos por principios bioéticos universales, no se hará ningún daño a los pacientes, los datos que se obtendrá serán exclusivamente para la investigación.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2021		2022									
	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio-
I. PLANIFICACION												
Elaboración del protocolo	x											
Identificación del problema	x											
Formulación del problema	x											
Recolección de bibliografía	x	x										
Antecedentes del problema		x	x									
Elaboración del marco teórico objetivo e hipótesis			x	x								
Variables y su operacionalización				x								
Diseño de la investigación				x	x							
Diseño de los instrumentos					x							
Validación y aprobación, presentación al asesor de proyecto de tesis					x	x						
Presentación e inscripción del proyecto de tesis a EAPTM							x					
II. EJECUCION												
Plan de recolección de datos								x	x			
Recolección de datos encuesta								x	x			
Control de calidad de los datos									x	x		
Elaboración de la base de datos										x	x	
Digitación de datos											x	
Elaboración de los resultados											x	

Análisis de la información y discusión de resultados												x	x
Preparación de informe preliminar													x
III. INFORME FINAL													
Preparación del informe definitivo													
Presentación final de la tesis a la EAPTM													
Publicación													
Difusión													

4.2. Presupuesto

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Investigador	s/. 300	1	s/. 300
Psicólogo	s/. 100	1	s/. 100
Asesor temático	s/.100	1	s/.100
Asesor estadístico	s/. 100	1	s/. 100
Asesor Metodológico	s/. 100	1	s/.100
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Hojas bond-A-4	s/. 10	2 cientos	s/. 20
Material de consulta (libros, revistas, boletines)	s/. 10	10	s/. 100
Material de escritorio (lapiceros, lápiz, resaltador, folder, cuadernos, grapas, sobre manila, cuaderno)	s/. 2	10	s/.20
Laptop	s/. 1500	1	s/. 1500
Impresora	s/. 350	1	s/. 350
SERVICIOS			
Internet	s/. 79	1	s/. 79
Movilidad	s/. 1.00	180	s/. 360
Llamadas	s/.49.50	49.50	s/.49.50
Servicio de luz	s/.40	3	s/.120
GASTOS ADMINISTRATIVOS			
Trámites para sustentación de proyecto de investigación	s/.3500	1	s/.3500
TOTAL			s/.6798.50

5. REFERENCIAS

1. da Silva J, Dos Anjos K, Santos V, Boery R, Rosa D, Boery E. Intervenções para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42(114).
2. Sweet V, Foley A. Sheehy enfermería de urgencias. 7th ed. Esteve A, editor. Barcelona: Journal; 2021.
3. Pioli D, De Carvalho J, Fumagalli J. Influencia de los síntomas de depresión en las funciones neuropsicológicas después del accidente cerebrovascular. Cienc. Psicol. 2019; 13(1).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. [Online]; 2017. Acceso 24 de Marzode 2021. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com.
5. Ocampo J, Zambrano J, Balcazar C, Azudelo J, Reyes C. Mortalidad hospitalaria y riesgo de muerte al egreso por accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. Neurología Argentina. 2021; 13(4).
6. Avezum A, Costa F, Pieri A, Martins S, Marin J. Stroke in Latin America: Burden of disease and opportunities for prevention. Global Heart. 2015; 10(4).
7. Real RE, Jara GF. Pronóstico vital y secuelas neurológicas en los pacientes con accidente cerebrovascular del Hospital Nacional Paraguay. Revista cubana de medicina. 2016; 55(3).
8. Bernabé A, Carrillo R. Tasa de incidencia de accidente cerebrovascular en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021; 38(3).
9. Idiáquez J, Torres F, Madrid E, Vega J, Slachevsky A. Cuestionario de actividades de la vida diaria (T- ADLQ): utilidad en pacientes con accidente cerebrovascular menor. Rev. méd. Chile. 2017; 145(2).
- 10 Garcia H, Herrera H, Iriarte G, Shaik G, Vega M, Velásquez L. Presentacion de casos: depresion post-ictus en consultas del servicio de urgencias. Hospital Universidad del Norte, 2019. Universidad del Norte. 2018.
- 11 Espárrago G, Castilla L, Fernández M, Jiménez M. Depresión post ictus: una actualización. Sociedad española de neurología. 2015; 30(1).
- 12 Velasco C, Guancho A, Sánchez M. Competencias enfermeras para mejorar el abordaje de la depresion post ictus. Paraninfo Digital. 2020; 14(32).

- 13 Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria UyESMdS. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. [Online].; 2009. Acceso 20 de Abril de 2021. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>.
- 14 Villareal D. Tendencias de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú. [Online].; 2020. Acceso 15 de Julio de 2021. Disponible en: <http://ipops.pe/inicio/2020/08/>.
- 15 Alessandro L, Olmos L, Bonamico L, Muzio D, Ahumada M, Russo M, et al. Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina (B Aires). 2020; 80(1).
- 16 Sarmiento SC, Lopez F, Almendra MJ, Romao LS, Rico S. Neurorehabilitación y su impacto en el estado funcional en pacientes que han sufrido un ictus. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2021; 53(8-15).
- 17 Sanchez AY, Yance MT. Actividades básicas de la vida diaria y depresión en pacientes con secuela motora de enfermedad cerebrovascular Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
- 18 Mesa Y, Hernández T, Parada Y. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. Rev haban cienc med. 2017; 16(5).
- 19 Sánchez V, Abuín V, Rodríguez I. Análisis del estado cognitivo y su relación con la dependencia en las actividades de la vida diaria: un estudio transversal en pacientes con accidente cerebrovascular. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2021; 54.
- 20 López F, Portilla JC, Leno C, Párraga JM, Gamez G, Casado I. Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo. Sociedad Española de Neurología. 2020; 35(7).
- 21 Morales P. Rehabilitación post accidente cerebrovascular en adultos mayores institucionalizados: una serie de casos. J. health me. sci. 2019; 5(4).
- 22 Urrutia L, José E, Sánchez C. Estudio sobre la relación entre la dependencia funcional y la percepción de afectación de las extremidades superiores en pacientes con ictus a través de las herramientas de valoración Dash e Índice de Barthel. TOG (A Coruña). 2018; 15(28).
- 23 Sánchez M. Contribución de la rehabilitación en pacientes de la unidad de ictus en términos de discapacidad y calidad de vida. Universidad Complutense de Madrid. 2018.
- 24 Vázquez M. Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular. Universidade da Coruña. 2017.
- 25 Herrera M, Lama J, Dela cruz J. Factores de riesgo de depresión post ictus isquémico. Rev Med Hered. 2020; 31(3).

- 26 Ortiz OD, Santos KE. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebrovascular tipo hemiplejico post tratamiento fisioterapeutico en un hospital de rehabilitacion de Lima, periodo enero a junio del 2017. [Online]. Lima; [Tesis para optar el título de especialista en Neurorehabilitación]. Lima:Universidad Norbert Wiener;2018.. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1787>.
- 27 Ramirez G, Garrido EJ, Manso AM, Graña JL, Martinez A. Mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landin, Holguin, Cuba, 2012-2017. ccm. 2019; 23(1).
- 28 Sequeiros JM, Alva CA, Pacheco K, Huaranga MJ, Huaman C, Camarena CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Peru(EsSalud). Acta med. Perú. 2020; 37(1).
- 29 Benavides P, Sanchez L, Alvarez P, Manzano V, Zambrano D. Diagnóstico, imagenología y accidente cerebrovascular. Enferm Inv. 2018; 3(1).
- 30 Málaga G, De la Cruz T, Busta F, Carbajal A, Santiago K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. [Online].; 2018. Acceso 16 de Mayo de 2021. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>.
- 31 Cárdenas S, Rolando E. Anatomía y Fisiopatología de la enfermedad cerebrovascular a través de imágenes. [Online].; 2013. Acceso 25 de Marzo de 2021. Disponible en: https://educacion.sac.org.ar/pluginfile.php/9745/mod_resource/content/3/Cardenas_Anatomia_y.pdf.
- 32 Salas NM, Lam IE, Sornoza KM, Cifuentes KK. Evento cerebrovascular isquémico vs hemorrágico. Recimundo. 2019; 3(4).
- 33 Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares. [Online].; 2005. Acceso 27 de Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>.
- 34 Muñoz M. Enfermedad cerebrovascular. [Online].; 2010. Acceso 25 de Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>.
- 35 Robinson G. Neuropsychiatric Consequences of Stroke. Annu Rev Med. 1997; 48.
- 36 López MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna. 2007; 24(5).
- 37 San L, Arranz B. Comprender la depresión. [Online].; 2010. Acceso 25 de Marzo de 2021. Disponible en:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yC_1xY4jzNUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=depression+&ots=nKfKPaTRGR&sig=aqMbafv-vLXNe02eW41e21vpPVo#v=onepage&q=depression&f=false.

- 38 Villa D. Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo. AEMPPI. 2017.
- 39 Instituto Nacional de la Salud. Depresión y el accidente cerebrovascular. [Online]. Acceso 16 de Julio de 2021. Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/doi_stroke_sp_508.pdf.
- 40 Arana B, García M, Cárdenas L, Hernández Y. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública. Universidad Autónoma de México. 2015.
- 41 Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública. 1997; 71(2).
- 42 Govantes Y, Bravo T. Estado funcional en pacientes con ictus isquémico. Hospital "Julio Díaz González". Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2014; 6(2).
- 43 Paz V. Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima metropolitana y Callao. Anales de Salud Mental. 2010;(30-38).
- 44 Sanchez FA. Fundamentos epistemológicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2019; 13(1).
- 45 Dueñas E. Metodología de la investigación educativa. 1st ed. Cusco: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2012.
- 46 Aguirre E, Torre C. Metodología de la investigación científica un aprender a investigar. 1st ed. Cusco: Moshera S.R.L.; 2019.
- 47 Avila H. Introducción a la metodología de la investigación Chihuahua: eumed.net; 2006.
- 48 Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online]; 2021. Acceso 26 de Febrero de 2021. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/.
- 49 Ruiz F, Villanueva E. Dependencia y cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Universidad Científica del Perú. 2021.
- 50 Rabines AO. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. UNMSM. .
- 51 Bernaola I. Validación del índice de Barthel en la población española / Validation of the Barthel Index in the Spanish population. Enferm. clín. 2018; 28(3).

- 52 Duarte R, Velasco Á. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horizonte sanitario. 2022; 21(1).
- 53 McGinnis GE, Seward ML, Dejong G, Scout O. Program Evaluation os Physical medicine and rehabilitation departments using self-report Barthel. Arch Phys Med Rehabil. 1986; 67.
- 54 Granger C, Albrecht G, Hamilton B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by pulses profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil. 1979; 60.
- 55 Fernández Z, Broche Y. Moduladores psicologicos relacionados con el progreso de la capacidad funcional en pacientes afectados por accidente cerebrovascular. Fisioterapia. 2018; 40(1).
- 56 Yoshida HM, Barreira J, Fernandes PT. Habilidad motora, síntomas depresivos y funcion cognitiva en pacientes pos- ACV. Fisioter Pesqui. 2019; 26(1).
- 57 Consuelo C, Quispe MP, Oyola A, Potugal M, Lizarzaburu E, Rodriguez F, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. Revista cuerpo médico. 2017; 10(4).
- 58 Díaz A, Intriago C. Guía para un plan de egreso en personas con secuelas por enfermedad vascular cerebral. Enferm. univ. 2019; 16(4).
- 59 Gómez JF, Cursio CL, Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos Manizales. Universidad de Caldas. 1995;; p. 57.
- 60 Marco E, Muniesa JM, Duarte E, Belmonte R, Tejero M, Orient F, et al. Estudio prospectivo sobre la depresión post-ictus y los resultados funcionales. SERMEF. 2003; 37(4).
- 61 Paz DGdPdISESNdSMycd. Modulo de atencion integral en salud mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atencion. Modulo 6: La depresion. [Online].; 2005. Acceso 26 de Marzo de 2021. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf.
- 62 Runzer FM, Castro G, Merino A, Torres C, Diaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Revista Horizonte Médico. 2017; 17(3).
- 63 Mental BdlyMeS. Ficha tecnica del instrumento. [Online]; 2015. Acceso 25 de Juliode 2021. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=57>.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación: “DEPRESION Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS CUSCO, 2022”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general - ¿Cuál es la relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?</p> <p>Problemas específicos - ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022? - ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022? - ¿Cuál es la relación entre la depresión y la capacidad funcional según características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022? - ¿Cuál es la relación entre la depresión y la capacidad funcional según características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular del Hogar Clínica San Juan de Dios Cusco en el periodo de febrero y marzo 2022?</p>	<p>Objetivo general -Determinar el nivel de relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.</p> <p>Objetivos específicos -Determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular. -Determinar el nivel de depresión en pacientes post accidente cerebrovascular. -Determinar la relación entre la depresión y la capacidad funcional según características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular. -Determinar la relación entre la depresión y la capacidad funcional según características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular.</p>	<p>Hipótesis general - Existe relación significativa entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.</p> <p>Hipótesis específica - El nivel de capacidad funcional es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular. - El nivel de depresión es significativo en pacientes post accidente cerebrovascular. - La relación entre la depresión y la capacidad funcional influye significativamente según características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular. - La relación entre la depresión y la capacidad funcional influye significativamente según características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular.</p>	<p>Variable 1: Depresión</p> <p>Variable 2: Capacidad funcional</p> <p>Variables intervinientes: - Características sociodemográfica -Características clínicas</p>	<p>Tipo de investigación Aplicado, de alcance correlacional</p> <p>Método y diseño de la investigación Hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental</p> <p>Población y muestra P:150</p>

Anexo 2: Instrumentos

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: DEPRESIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOGAR CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS CUSCO 2022.

Estimado paciente:

Le aplicaremos dos instrumentos y una ficha de recolección de datos, cuyo objetivo es determinar el nivel de relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.

Es aplicado por la Lic. Luz Brenda Duran Quispe, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de Segunda Especialidad en Neurorehabilitación.

Usted es parte de una muestra que representara a la población que son el objetivo de estudio, por ello, son muy importantes sus respuestas. Completar con los instrumentos y la ficha de recolección le tomara 45 minutos. Además, se le alcanzara otro documento (**consentimiento informado**) en el cual usted aceptara o no la participación en el estudio.

La toma de datos es completamente voluntaria y confidencial.

Agradezco anticipadamente su participación.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse con:

Correo: Brendadurand76@gmail.com

Celular: 983120892

**UNIVERSIDAD NORBERT WIENER
E.P.G**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ENCUESTA/CUESTIONARIO

Este consta de preguntas e ítems sobre sus datos básicos (nombre, edad, etc.) y preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, le leeré con paciencia cada una de ellas y tómese el tiempo para contestarlas todas.

Leeré cada ítem y marcare con una X el casillero que mejor representa su respuesta.

Ante una duda, puede consultarla con el encuestador.

**RECUERDE: NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS,
SÓLO INTERESA SU OPINIÓN.**

INSTRUMENTO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La siguiente ficha tiene la finalidad de recolectar los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes post accidente cerebrovascular que ingresan al servicio de rehabilitación del Hogar clínica San Juan de Dios Cusco:

Código: _____

Fecha: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “DEPRESION Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS CUSCO, 2022”

Datos sociodemográficos:

1. Sexo: masculino () femenino ()
2. Edad:

Datos clínicos:

3. Tipo de accidente cerebrovascular: isquémico (), hemorrágico ()
4. Estado de la enfermedad: agudo (), subagudo (), crónico ()
5. Lado afectado: derecho (), izquierdo ()
6. Antecedentes: HTA (), Diabetes (), Enfermedad cardiaca ()

INSTRUMENTO 2: ESCALA DE HAMILTON

ESCALA DE HAMILTON		
Ítems	Criterios	Puntaje
1. Estado de ánimo deprimido	-Ausente	0
	-Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo	1
	-Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación	2
	-Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas	3
	-Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros	4
2. Sentimientos de culpa	-Ausente	0
	-Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente	1
	-Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención	2
	-Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece	3
	-Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias	4
3. Suicidio	-Ausente	0
	-Ligero: la vida no vale la pena vivirla	1
	-Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir	2
	-Intenso: ideas o amenazas suicidas	3
	-Extremo: serio intento de suicidio	4
4. Insomnio inicial	-Ausente	0
	-Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (1
	-Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches /semana)	2
5. Insomnio intermedio	-Ausente	0
	-Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (1
	-Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana)	2
6. Insomnio tardío	-Ausente	0
	-Ocasional: se despierta antes de lo habitual (1
	-Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana)	2
7. Trabajo y actividades	-Ausente	0
	-Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte	1

	-Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).	2
	-Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.	3
	-Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.	4
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	-Ausente	0
	-Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.	1
	-Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).	2
	-Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.	3
	-Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.	4
9. Agitación	-Ausente	0
	-Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos	1
	-Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos	2
	-Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.	3
	-Extrema: la entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y “desatado”.	4
10. Ansiedad psíquica	-Ausente	0
	-Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.	1
	-Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.	2
	-Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.	3
	-Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.	4
11. Ansiedad somática	-Ausente	0
	-Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.	1
	-Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.	2
	-Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.	3
	-Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.	4
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	-Ausentes	0
	-Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.	1

	-Intensos: pérdida de apetito, no come, aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.	2
13. Síntomas somáticos generales	-Ausentes	0
	Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.	1
	-Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.	2
14. Síntomas genitales	-Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).	0
	-Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).	1
	-Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.	2
15. Hipocondría	-Ausente	0
	-Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).	1
	-Moderada: preocupado por su salud.	2
	-Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.	3
	-Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.	4
16. Pérdida de introspección	-Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.	0
	-Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	1
	-Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.	2
17. Pérdida de peso	-Ausente	0
	-Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).	1
	-Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta).	2

INSTRUMENTO 3: INDICE DE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL		
Actividades	Situación	Puntaje
1. Alimentación	- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.	10
	- Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.	5
	- Dependiente: necesita ser alimentado	0
2. Lavado (baño)	- Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	5
	- Dependiente: necesita alguna ayuda	0
3. Vestido	- Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.	10
	- Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
	- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
4. Aseo	- Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.	5
	- Dependiente: necesita alguna ayuda.	0
5. deposición	- Contiente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.	10
	- Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	5
	- Incontinente	0
6. Micción	- Contiente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.	10
	- Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.	5
	- Incontinente	0
7. Retrete	- Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte	10
	- Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	5
	- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
8. Traslado sillón-cama	- Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.	15
	- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).	10
	- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.	5
	- Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0
9. Deambulación	- Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.	15
	- Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.	10

	- Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.	5
	- Dependiente: requiere ayuda mayor	0
10. Escaleras	- Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.	10
	- Necesita ayuda: supervisión física o verbal.	5
	- Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.	0

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para la segunda especialidad en Neurorehabilitación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómesese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con (la) investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: **“DEPRESION Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES
POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOGAR CLINICA SAN JUAN
DE DIOS CUSCO, 2022”**

Nombre del investigador principal: Luz Brenda Duran Quispe

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la depresión y la capacidad funcional en pacientes post accidente cerebrovascular.

Participantes: Pacientes Post Accidente Cerebrovascular

Participación voluntaria: si

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.

Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo brendadurand76@gmail.com y teléfono 983120892

Contacto con el Comité de Ética: comité.etica@uwiener.edu.pe

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:.....

Apellido y nombres:

Edad:

Correo electrónico personalo institucional:

Firma

Anexo 4: Informe del porcentaje del Turnitin

PROYECTO ESPECIALIDAD DURANDZ

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.cl Fuente de Internet	2%
2	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	1%
4	Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Ministerio de Defensa Trabajo del estudiante	1%
6	assets.website-files.com Fuente de Internet	1%
7	coek.info Fuente de Internet	1%
8	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	1%
10	idoc.pub Fuente de Internet	1%
11	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	1%
13	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
14	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
15	bvs.sld.cu Fuente de Internet	1%
16	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo