

UCSS



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE
PSICOLOGÍA**

**“Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes
adultos post Accidente Cerebro Vascular en el Hospital
Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016”**

Tesis para optar el título académico de licenciatura en psicología

AUTORA:

María del Milagro Figueroa Céspedes

ASESOR:

José Rodríguez Encalada

LIMA – PERÚ 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios por las fuerzas brindadas en el camino que recorrí durante esta investigación, a mi familia por el gran apoyo y amor que me expresaron en mi carrera universitaria y a todos los profesionales que gentilmente colaboraron en la elaboración de este trabajo.

Resumen

El principal objetivo de esta investigación consiste en determinar si existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes que hayan sido afectados por un accidente cerebro vascular o ictus, para ello se realizará un estudio correlacional de tipo transversal. El estudio radica a partir de la experiencia en la práctica clínica donde se descubre que un gran número de pacientes que han padecido un Accidente Cerebro Vascular tienen en común una sintomatología depresiva que por consiguiente afecta en la calidad de vida estas personas; es ahí donde parte la importancia de la investigación, que aportará mayores conocimientos empíricos a la asociación de ambas variables.

Se han realizado numerosos estudios sobre la sintomatología depresiva, sin embargo, no ha habido mayores evidencias o certezas que apunten hacia las repercusiones que dicha enfermedad trae a la calidad de vida del paciente que sufrió un accidente cerebro vascular, es por ello que con un adecuado seguimiento la investigación se tornará interesante y dará luz a próximos proyectos acerca del tema.

Abstract

The main objective of this research is to determine if there is a significant relationship between depressive symptomatology and quality of life in patients who have been affected by a cerebrovascular accident or stroke, for which a cross-sectional correlational study will be carried out. The study is based on the experience in clinical practice where it is discovered that a large number of patients who have suffered a cerebrovascular accident have in common a depressive symptomatology that consequently affects the quality of life of these people; This is where the importance of research starts, which will bring greater empirical knowledge to the association of both variables.

There have been numerous studies on depressive symptomatology, however, there has been no greater evidence or certainties pointing to the repercussions that this disease brings to the quality of life of the patient who suffered a cerebrovascular accident, that is why with an adequate follow-up research will become interesting and will shed light on upcoming projects on the subject.

ÍNDICE

TITULO	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	9
1.1. Situación del problema	9
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Justificación de la investigación	12
1.4. Objetivos del estudio	13
1.5. Hipótesis	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO	14
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2 . Bases teóricas	18
2.2.1. Accidente Cerebro Vascular	18
2.2.2. Sintomatología depresiva	21
2.2.3. Calidad de Vida	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	26
3.1. Alcance de la investigación	26
3.2. Diseño de la investigación	27
3.3. Población, muestra y muestreo	27
3.4. Criterios de inclusión y exclusion	28
3.5. Variables	29
3.6. Plan de recolección de datos e instrumentos	35
3.7. Plan de Análisis- Procesamiento de Datos	40
3.8. Aspectos Éticos	41
3.9. Ventajas y Limitaciones	42
CAPITULO IV: RESULTADOS	43
CAPITULO V	47
5.1. Discusión	47
5.2. Conclusiones	49
5. 3 Recomendaciones	50

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Anexo 1- Matriz de consistencia de la investigación

Anexo 2- Ficha de registro de datos sociodemográficos

Anexo 3- Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Anexo 4- Cuestionario de la salud SF-36

Anexo 5- Consentimiento informado

Índice de Figuras

Figura 1: Calidad de Vida de la OMS	24
-------------------------------------	----

Índice de Tablas

Tabla 1: Criterios Diagnósticos según el Inventario de Depresión de Beck	30
Tabla 2: Criterios diagnósticos del cuestionario de la Salud SF-36	31
Tabla 3: Operacionalización de las variables	32
Tabla 4: Operacionalización de la variable Sintomatología depresiva	33
Tabla 5: Operacionalización de la Variable Calidad de vida	34
Tabla 6. Descripción de las variables principales y sociodemográficas	43
Tabla 7. Asociación de la depresión con la calidad de vida	44
Tabla 8. Asociación de la calidad de vida con las variables sociodemográficas	46

Introducción

El accidente cerebro vascular (ACV) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y en el contexto nacional, además de ello la población sobreviviente a esta enfermedad se ve afectada por secuelas incapacitantes que alteran la calidad de vida y nivel de participación en las actividades personales y sociales del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el accidente cerebro vascular es la segunda causa de muerte en el mundo y la tercera causa de discapacidad, además se muestra un aumento en la incidencia de la enfermedad entre los años 2000 y 2012. En nuestro país se ha reportado una prevalencia de 6.8% en la zona urbana y 2.7% en la población rural, donde la mayoría de los casos se presenta en personas mayores de 65 años.

En el siguiente estudio se pretende hacer un seguimiento a las hipótesis planteadas por medio de la observación en el campo clínico. ¿Qué tan significativa puede ser la enfermedad estudiada en la calidad de vida de la persona? ¿Cuánto puede repercutir en el estado anímico del paciente? O tal vez solo se deba a meramente un problema biológico y de localización de la lesión; estas son algunas de las incógnitas que se irán resolviendo a medida que avance el estudio. Es necesario realizar un proceso serio de investigación para obtener información relevante y que aporte al conocimiento del tema, integrando uniformemente todas las áreas de desarrollo del individuo, pues poco se sabe de cuan significativo podría ser para el estado de la salud integral padecer un accidente cerebro vascular y no solamente reducir dicha enfermedad a signos y síntomas.

El principal objetivo de la investigación radica en descubrir existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en los pacientes adultos post accidente cerebro vascular, utilizando instrumentos de medición psicométricas, complementadas con la entrevista al paciente lo que nos brindará un resultado confiable y eficaz para los intereses de la investigación científica.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Situación del problema

La sintomatología depresiva se encuentra relacionada con el accidente cerebro vascular pues existen factores psicológicos que propician su aparición como, por ejemplo, la frustración del paciente por no poder expresarse con fluidez como lo hacía anteriormente, las dificultades físicas que conlleva el proceso, la parálisis y la excesiva preocupación por el avance de la enfermedad. Existen también, factores biológicos que intervienen en la depresión post ACV como la alteración de los neurotransmisores, la localización en el polo frontal anterior izquierdo o en cabeza del núcleo caudado que se relaciona con síntomas depresivos en más del 75% de los casos (Robinson y cols, 1984; Herbert y Brayne, 1995).

Se plantea la interrogante si los accidentes cerebro vasculares provocan cambios en el estado de ánimo de manera directa o si estos son consecuencia del sufrimiento causado por la incapacidad repercutiendo en la calidad de vida de la persona. Existiendo tipos de manifestaciones depresivas en pacientes post ACV, la primera se da luego de suceder un accidente cerebro vascular que se puede presentar como un trastorno depresivo; la segunda es de inicio tardío y hace referencia a los pacientes que después de los 65 años presentan la sintomatología. En general, ambas manifestaciones clínicas de la sintomatología depresiva post ACV son similares con la excepción de que en el primer caso hay mayores secuelas psicomotoras.

Sin duda, el accidente cerebro vascular es un tema de gran importancia clínica, social y económica, ya que por la discapacidad y secuelas que deja esta enfermedad el paciente se vuelve inactivo en cuanto al ámbito laboral y alrededor de un 40% de ellos requerirá de un cuidador permanente y ello supone una afectación en la economía de la familia del paciente. Además de estas dificultades, no todos los centros de salud nacional cuentan con la infraestructura necesaria para atender los casos de urgencia, un correcto seguimiento de la enfermedad del paciente y la adecuada terapia física y ocupacional. Por otro lado, según un estudio realizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el 2014, muestra que el paciente al ser dado de alta se enfrenta con una realidad distinta al descubrir que ahora tendrá una secuela discapacitante, además en nuestro medio se ha reportado que el 28% permanece con incontinencia urinaria y el 40% muestra dificultades

para ponerse de pie y caminar por lo menos 1 kilómetro, lo que implica una caída en su estado anímico y su calidad de vida.

Por lo tanto, el problema surge a partir de una inquietud propia en la práctica clínica, pues se puede observar que la mayor parte de pacientes que pasaron por un accidente cerebro vascular que son derivados al departamento de psicología presentan, además de secuelas incapacitantes, síntomas depresivos que limitan su participación en las actividades propias de la persona. Este estudio tiene como objetivo determinar si existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en pacientes adultos mayores de 30 años que hayan sufrido un accidente cerebro vascular y definir esta relación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?

1.2.2. Problema Específico

- ¿Cuál es el nivel de la sintomatología depresiva que presentan los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?
- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?

1.3. Justificación de la investigación

La importancia de esta de investigación consiste básicamente en aportar mayores conocimientos sobre la sintomatología depresiva y la calidad de vida que poseen aquellos pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular , puesto que se han realizado diferentes estudios relacionados a la sintomatología depresiva, sin embargo , no hay muchas evidencias y certezas de las repercusiones que trae dicha enfermedad en la calidad de vida de los pacientes y en su nivel de participación, es por ello que con un seguimiento adecuado al tema planteado en la investigación será útil para futuras investigaciones que correlacionen ambas variables de estudio.

Por otro lado, los resultados que arroje la investigación servirán para un mejor abordaje terapéutico al paciente post ACV, pues se definirá que tanto influye la aparición de la enfermedad en la vida del paciente y las repercusiones emocionales y de participación que trae consigo. La calidad de vida está muy relacionada con la búsqueda del sentido que tiene nuestra vida, el cual depende de los valores, la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas. Además, a largo plazo podría ser útil para generar estrategias preventivas con la población expuesta al riesgo

Finalmente, al concluir la investigación se debe de brindar estrategias preventivas para poder estar alertas frente a las consecuencias emocionales y sociales que trae para el paciente sufrir un accidente cerebro vascular y con ello para la intervención, no solo del paciente, si no tambien, de todo el personal de salud que los atiende pues ellos deben estar capacitados para brindar una mejor atención integral que beneficie al paciente y contribuya con su recuperación.

1.4. Objetivos del estudio

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de la sintomatología depresiva que presentan los pacientes adultos post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar el nivel de calidad de vida que presentan los los pacientes adultos post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

HG: Sí existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

H0: No existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.5.2. Hipótesis Específicas

- Sí existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Sí existe relación significativa entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de los estudios Nacionales:

Rojas Huerto, Edgar (2002). Influencia de la Depresión en la recuperación física de los pacientes con secuencias motoras de enfermedad vascular cerebral en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Esta investigación consistía en establecer de qué manera influye la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora producido por una enfermedad cerebro vascular en pacientes asegurados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen que fueron estudiados y seguidos durante seis meses posterior a la enfermedad cerebro vascular. Fue un estudio longitudinal de tipo comparativo de dos grupos. Los pacientes fueron evaluados por la Escala de Depresión de Hamilton y el Índice Barthel en un primer control antes del mes de iniciada la enfermedad, estos datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos para cada paciente. Posteriormente se hizo un segundo control pasado los tres meses de la enfermedad, tanto la Escala de Hamilton como para el índice de Barthel, para evaluar si persistía la depresión y limitaciones en la vida diaria del paciente. Se arrojó las siguientes conclusiones: La presencia de la depresión en pacientes con secuela motora producida por una enfermedad cerebro vascular dentro de los primeros treinta días de ocurrida la enfermedad, fue de 66.7% en la muestra estudiada, disminuyendo en porcentaje a los dos o tres meses de ocurrida la enfermedad a un 33.7%. Una segunda conclusión fue que el tiempo de recuperación física de los sujetos deprimidos tardó más en comparación a pacientes no deprimidos, por lo tanto, se concluyó que la depresión influye de manera negativa en la recuperación física de estos pacientes.

Barreda, Dennys (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. El objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación significativa entre la depresión y los estilos de afrontamiento al estrés. Para este estudio se empleó el método descriptivo y fue de tipo correlacional. La población estuvo conformada por el total de pacientes atendidos en el servicio de neurología del Hospital Daniel Alcides Carrión que tengan el diagnóstico de enfermedad cerebro vascular, la muestra estuvo comprendida por 50 personas de ambos sexos (35 hombres y 15 mujeres). Se utilizó El Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE Breve en su forma disposicional de Carver (1997) y El Inventario de Depresión de Beck. Se obtuvieron tres conclusiones: No se encontró relaciones estadísticamente significativas entre las variables, depresión y estilos de afrontamiento al estrés enfocados al problema.

Por otro lado, tampoco se encontró relación significativa entre las variables depresión y estilos de afrontamiento al estrés enfocados en la emoción. Y, por último, se comprobó que existen relaciones estadísticamente significativas y positivas, entre las variables Depresión y estilos de afrontamiento al estrés evitativos, en un grupo de pacientes con enfermedad cerebro vascular del servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

Anicama, Ángel. , Vásquez, Karen. , Pineda, Adán. (2012). Calidad de vida en pacientes con Accidente Cerebro Vascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. El objetivo de esta investigación fue determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes que padecieron accidente cerebro vascular y que acudieron a consulta externa del servicio de Neurología en el Hospital Regional de Ica durante los años 2010- 2011, a través de la aplicación del Cuestionario de la Salud SF-36. Se realizó una investigación aplicada, no experimental, transversal, descriptiva. La población estuvo compuesta por pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebro vascular los años 2010-2011. La muestra se constituyó por 56 pacientes, donde el 52% eran de sexo masculino, con una media de edad de 72.66 años, el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial. Se llegó a la conclusión de que el rol físico fue la dimensión más afectada en ambos sexos. Las dimensiones dolor corporal y función social mostraron mejores condiciones con respecto a las otras.

Internacionales:

Fernández, O., Fiallo, C., Álvarez, M. (2001). La calidad de Vida del paciente con accidente cerebrovascular: Una visión desde sus posibles factores determinantes. El objetivo principal de esta investigación fue evaluar los efectos clínicos y psicosociales en la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebro vascular. Para ello, se realizó un estudio transversal no experimental donde se tomó como muestra 39 pacientes con accidente cerebro vascular en el Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana. Se recogieron datos sobre las siguientes variables: edad, sexo, la raza, enfermedades previas, tipo de accidente cerebrovascular, territorio vascular, la clasificación de pronóstico y la etiopatogenia; además, sobre las variables psicosociales (patrón de comportamiento, ansiedad como rasgo y estado, la depresión, la forma de hacer frente y el apoyo social recibido). De las variables clínicas no hubo correlación con la edad, el sexo femenino se relaciona con un mayor aislamiento y la presencia de diabetes mellitus con menor energía. Se observó un mayor aislamiento que se correlaciona con una mayor puntuación en la escala de Rankin, pero esta asociación no fue estadísticamente significativa.

Del mismo modo la característica clínica de ansiedad fue relacionada con una mayor dificultad para dormir, como también se produjo en la depresión. Este último también se asoció con menor energía y mayor aislamiento social. Las características de auto-control, la aceptación de la responsabilidad y la reevaluación positiva tuvieron una positiva relación con la energía y la movilidad física. Se llegó a la conclusión de que los aspectos psicosociales tenían más influencia en la calidad de vida de estos pacientes que los factores clínicos.

Franco, Jorge. (2007). Enfermedad Cerebro Vascular y depresión. Según este estudio, la enfermedad cerebro-vascular (ECV) y la depresión son dos entidades que presentan una relación bidireccional, es decir, existen numerosos hallazgos que muestran que las personas que presentan ECV tienen mayor incidencia y prevalencia de depresión, comparadas con población sin ECV; a su vez, una buena cantidad de estudios muestran que la depresión es un factor de riesgo independiente para la presencia de enfermedad cardiovascular y ECV. El objetivo de esta investigación fue revisar la relación bidireccional entre la depresión y los trastornos neurológicos, para ello se compararon algunas diferencias clínicas entre la depresión post-ECV y la depresión primaria. Llegando a la siguiente conclusión: la depresión en pacientes con afecciones neurológicas continúa siendo una entidad subdiagnosticada, y es importante cambiar el enfoque y entender la depresión como una enfermedad cerebral, y no solamente como una respuesta a situaciones adversas de la vida.

Licona, Tania. , Aguilera, Menna. (2009). Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebro vascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. En Honduras los accidentes cerebro vasculares son la octava causa de muerte en los hospitales estatales. El objetivo de este estudio fue determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con accidente cerebro vasculares atendidos en el Instituto Hondureño de seguridad Social en Tegucigalpa. Se realizó un estudio transversal descriptivo incluyendo a 56 pacientes con diagnóstico de acv durante el periodo enero a diciembre del año 2006. Se obtuvo como resultados, la predominancia del acv isquémico en un 68%. La hipertensión arterial fue el antecedente de riesgo predominante, seguido de la diabetes mellitus. El 55% de las mujeres y el 36% de los hombres habían presentado un acv previo. Los resultados mostraron que el principal factor de riesgo relacionado al acv es la hipertensión arterial, predominando el acv isquémico.

López, Fidel. (2014). Estudio Longitudinal de la Calidad de Vida, Estado de Animo y Dependencia Funcional de los pacientes afectados por un ictus en Extremadura. El objetivo de esta tesis se centró en identificar los principales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud, establecer el grado de dependencia de estos pacientes y conocer la evolución y conocer qué factores influían sobre las variables propuestas pasados los 6 meses del ictus. Este fue un estudio prospectivo de pacientes consecutivos ingresados en una unidad de ictus, los pacientes fueron reclutados durante los meses de agosto del 2009 a diciembre de 2010. Se registraron datos sociodemográficos como la edad, sexo, grado de instrucción, diversos factores de riesgo, datos clínicos y comorbilidad. Por otro lado, también se recogieron datos sobre la gravedad del ictus, subtipo de ictus, tratamiento fibriomalgico y los referidos a la Calidad de Vida mediante el Cuestionario de Salud Short Form-12 y el estado de ánimo mediante la escala de depresión de Hamilton.

2.2 Bases teóricas

En principio se delimitará lo que es un Accidente cerebro vascular para poder comprender el cuadro clínico en su totalidad, estos datos están basados por las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posteriormente, se describirá las teorías tomadas para este estudio acerca de las variables de estudio Sintomatología depresiva y Calidad de Vida.

2.2.1 Accidente Cerebro Vascular

Definición: El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una enfermedad que se da cuando el suministro de sangre de una zona determinada del cerebro se interrumpe ya sea por una embolia, trombosis, hemorragia, o cualquier anomalía en el cerebro como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos. El cerebro necesita oxígeno y nutrientes, la sangre se encarga de satisfacer estas demandas, por lo que si se interrumpe el curso normal de la irrigación sanguínea las células aledañas comienzan a morir, es por ello que el ACV es considerado una emergencia médica.

Para la OMS los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro, las causas más importantes son los malos hábitos alimenticios, la inactividad física, el consumo del tabaco y abuso del consumo de alcohol. El síntoma más común del accidente cerebro vascular es la pérdida súbita, por lo general suele ser unilateral, la fuerza muscular de los brazos, piernas o cara. Existen también otros síntomas que aparecen súbitamente como el entumecimiento de la cara, piernas o brazos; confusión, dificultad para hablar (Afasia de broca) o comprender lo que se le dice (Afasia de Wernicke), problema visual en uno ambos ojos, dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o coordinación, dolor de cabeza intenso de causa desconocida y debilidad o pérdida de conciencia.

Clasificación:

Los accidentes cerebrovasculares están clasificados en dos tipos: Isquémico y Hemorrágico.

ACV Isquémico: Los accidentes cerebrovasculares Isquémicos se dividen en dos Tipos: Trombocito y Embólico. Estos dos tipos de ataques Isquémicos representan el 88% aproximadamente de todos los ataques cerebrales.

ACV Trombótico: Se produce cuando un coágulo sanguíneo, también llamado “Trombo” obstruye el flujo de la sangre a ciertas partes del cerebro. Este coagulo se puede formar en una arteria afectada por aterosclerosis, esta patología se caracteriza por la acumulación de placa en el interior de la arteria por lo que vuelve más gruesa la pared arterial estrechando el vaso sanguíneo. La placa está compuesta de grasa, colesterol, fibrina (sustancia coagulante) y de calcio, a medida que estos elementos se acumulan en las arterias, la sangre circulará más lentamente y con gran dificultad facilitando la coagulación.

ACV Embólico: Es causado cuando un coagulo sanguíneo se origina en otro lugar del cuerpo, generalmente el corazón, y por la sangre hasta llegar al cerebro. El accidente cerebrovascular embólico se da cuando se desprende una parte del coagulo, llamado “embolo”, el cual transportado por el flujo sanguíneo hasta el cerebro. El embolo llega a un momento donde ya no puede seguir avanzando y queda atascado, obstruyendo una arteria cerebral y por lo tanto interrumpiendo el paso normal de la sangre.

ACV Hemorrágico: Los accidentes cerebrovasculares Hemorrágicos están clasificados en dos tipos: Hemorragia Cerebral o intracerebral y Hemorragia Subaracnoidea.

- **Hemorragia Cerebral o Intracerebral:** Es causada por un aneurisma cerebral, que se produce cuando se dilata, de manera anormal, una zona débil de un vaso sanguíneo dentro del cerebro. Al romperse el aneurisma se produce un derrame de sangre en el cerebro, su gravedad estará condicionada por la cantidad de sangre derramada y la localización del derrame. En muchas ocasiones las personas que han padecido una hemorragia cerebral mueren debido al aumento de la presión sanguínea en el cerebro, sin embargo, las que sobreviven suelen recuperarse mejor y padecer menos discapacidades que las personas afectadas por una Isquemia.
- **Hemorragia Subaracnoidea:** Se produce cuando se rompe un vaso sanguíneo en la superficie del cerebro, este vaso sanguíneo roto derrama sangre entre el cerebro y el cráneo (espacio subaracnoideo).

Prevalencia:

Según la Organización mundial de la salud (OMS), el ACV es la segunda causa de muerte a nivel mundial y la tercera en discapacidad, además, se muestra un aumento en la incidencia entre los años 2000 y 2012. En el Perú se ha reportado una prevalencia de 6.8% en la zona urbana y un 2.7% en la población rural, donde la mayoría de los casos se presenta en personas mayores de 65 años. El ministerio de salud (MINSA) anunció un incremento en la mortalidad por ACV entre los años 2000-2006 y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se reportó una mortalidad hospitalaria de 20% entre los años 2000-2009, esto nos revela el impacto como uno de los principales problemas de salud pública.

Factores de Riesgo:

Los principales factores de riesgo están relacionados a características biológicas del individuo (edad y sexo), a características fisiológicas como la presión arterial, el colesterol sérico, obesidad, cardiopatías y glicemias. Por otro lado, existen factores de riesgo relacionados a las conductas del individuo: Consumo de alcohol, tabaco, uso de anticonceptivos orales, etc. Además, algunas características sociales y étnicas contribuyen a una mayor incidencia del ACV.

Factores de Riesgo Sociales: Las poblaciones afrocaribeñas presentan las tasas más altas de ACV en comparación con las poblaciones de raza blanca. Esto se explica debido a que la raza negra presenta una mayor incidencia de hipertensión arterial. Por otro lado, en los estratos socioeconómicos bajos también se ha encontrado mayor incidencia debido a los malos hábitos alimenticios.

Factores de Riesgo Individuales: Dentro de los factores de riesgo individuales se presentan: La hipertensión arterial, el colesterol sérico, el sobrepeso, la diabetes mellitus. Además de factores comportamentales como el consumo excesivo de alcohol, el tabaco y los malos hábitos alimenticios.

2.2.2 Sintomatología Depresiva

Existen diferentes teorías que describen y pretenden explicar la sintomatología depresiva, sin embargo, la siguiente investigación se centrará en la perspectiva cognitivo-conductual de Aaron Beck.

En la actualidad la mayoría de los trabajos empíricos se basan en la teoría cognitiva de Aaron Beck, que sostiene que la depresión es el resultado de una interpretación errónea de acontecimientos y situaciones que afronta el individuo. Esta perspectiva teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La primera se refiere al contenido, proceso y estructura de los pensamientos, percepciones y representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que se encuentran en su pensamiento.

Por último, los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información que proviene del medio.

El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro; a este esquema se le conoce como la triada cognitiva (Aaron Beck, 1967). La persona se percibe a sí mismo como incapaz e inútil, en cuanto a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas significativas la mayor parte de sus experiencias de vida por lo que cree que el futuro vendrá acompañado de frustraciones y fracasos. Por otro lado, dado que la persona con depresión presenta una profunda desesperanza, creerá que las situaciones venideras serán incontrolables y responderá con pasividad y resignación de no poder modificarlas.

Los pensamientos automáticos negativos son cogniciones negativas específicas que desencadenan una activación emocional que caracteriza al paciente depresivo. Estos pensamientos automáticos suelen ser repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60- 80% automáticos tienen valor negativo (Friedman y Thase, 1995).

Todas las personas presentan pensamientos negativos de vez en cuando, sin embargo, en personas con problemas de depresión grave estos pensamientos no son irrelevantes, sino que, por el contrario, predominan en su consciente (Beck, 1991). El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo de la información que llega del medio (Beck 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991).

Beck sostiene, que los errores más importantes que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas son: La inferencia Arbitraria, lo que significa que una persona llega a una conclusión sin que exista una evidencia que lo apoye; La abstracción selectiva, donde la persona saca una conclusión en base a un fragmento sesgado de la información.

La sobregeneralización, elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados. La magnificación y minimización, que es cuando se sobrestima o infravalora la significancia de un acontecimiento; La personalización, donde el individuo se atribuye fenómenos externos sin tener evidencia de ello; y por último, El pensamiento absolutista dicotómico, que es la tendencia a valorar los acontecimientos en función de dos categorías opuestas.

Estos errores mencionados, son reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que toman la forma de creencias centrales o “asunciones silenciosas” (Beck 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997).

Por otro lado, La teoría cognitiva de la depresión, también propone un modelo de diátesis-estrés. Este modelo sugiere que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos. Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que sean activados por un estímulo estresante en la vida del individuo. Los esquemas depresógenos pueden permanecer inactivos por mucho tiempo o para toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones estresantes, por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rusch, 1984).

No todos los aspectos que sostiene el modelo cognitivo están avalados (Coyne y Gotlib, 1986; Segal y Shaw 1986^a, 1986b; Haaga et al., 1991). Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel de las cogniciones en la etiología de la depresión son los aspectos que han recibido menor apoyo, además de ser los más difíciles de comprobar (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992).

2.2.3. Calidad de Vida

No existen definiciones únicas acerca de la calidad de vida, existen múltiples definiciones como, por ejemplo: La calidad de vida relacionada con las condiciones de vida, calidad de vida relacionada a la satisfacción con la vida, calidad de vida relacionada con las condiciones de vida más la satisfacción con la vida. Sin embargo, para esta investigación, se tomará la definición de la OMS que incluye, aparte de los criterios mencionados, los valores con los que cuenta el individuo.

Bajo esta perspectiva se define a la Calidad de Vida, como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores donde está inmerso el individuo y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. El modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud puede ser esquematizado como se observa en la siguiente figura.

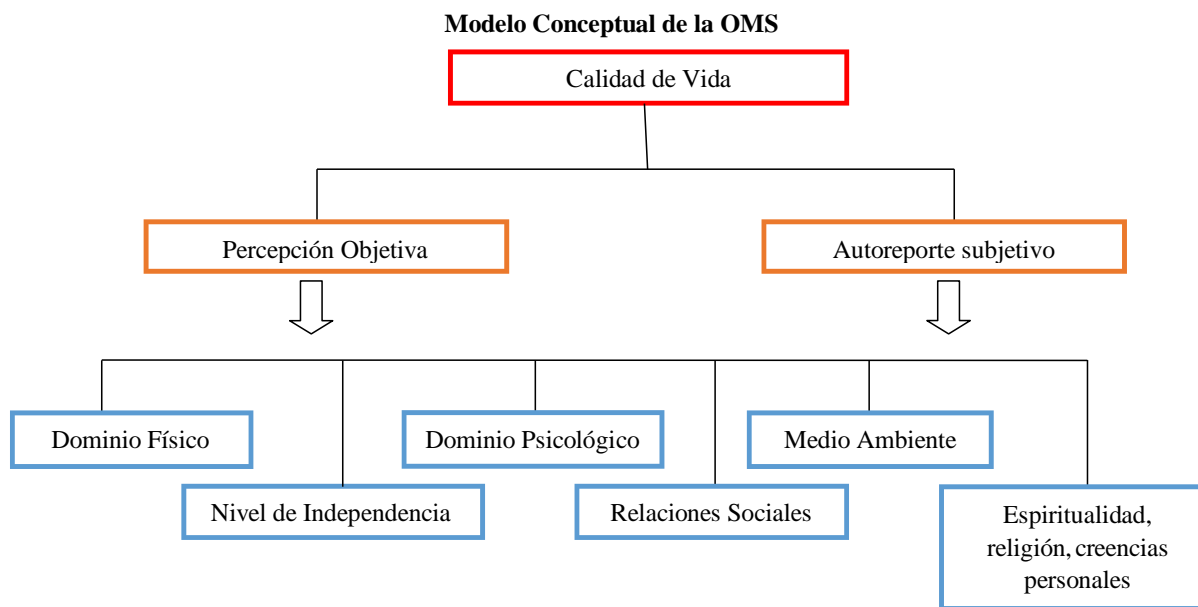


Figura 1: Calidad de Vida de la OMS

Esta definición conceptual diferencia de manera clara las evaluaciones del individuo de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los autoreportes subjetivos, en términos de satisfacción /insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Cada una de las dimensiones mencionadas está compuesta por subdominios (The WHOQOL Group, 1995). Este modelo propuesto por la OMS no es el único ni ha obtenido el respaldo de otros investigadores. Sin embargo, se le otorga importancia debido a que es de carácter integrador, ya que toma en cuenta los aspectos realmente significativos para la persona.

Como ya se mencionó, no existen criterios únicos para conceptualizar la calidad de vida, sin embargo, existen dentro de todas las definiciones, patrones comunes y palabras como: Bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar una perspectiva común a la diversidad de definiciones, pudiendo llegar a la conclusión. Esta conclusión define a la calidad de vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Alcance de la investigación

Este estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal pues se estudió a una población ubicada en un determinado espacio geográfico y en un tiempo establecido, además de analizar si las dos variables de estudio (Sintomatología depresiva y Calidad de vida) están relacionadas o no. Sampieri (2010), determinó que este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables como en el presente estudio, pero sin embargo se pueden realizar investigaciones con más de dos variables.

La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.

La correlación puede ser positiva o negativa, en este caso si la relación es positiva querrá decir que la Depresión está íntimamente ligada a la calidad de vida en los pacientes Post ACV, por otro lado, si no existe correlación entre dichas variables indicará que ambas fluctúan de manera independiente sin seguir un patrón sistemático entre sí.

3.2. Diseño de la investigación

De acuerdo a las caracterización que se observa en la obra de Hernández Sampieri “Introducción a la Metodología de la Investigación Científica” (2009), la presente investigación es de diseño no experimental, porque no se estimulará ninguna variable para medir su efecto en otra variable, además es transeccional o transversal, de acuerdo a lo mencionado por Hernández, et al. (2003) que refiere: “la investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variable independiente (Depresión), lo que se hace es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia en interrelación en un momento dado con la variable dependiente (Calidad de Vida)”.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: La población estuvo constituida por 100 Pacientes adultos mayores de años que hayan sufrido un accidente cerebrovascular con secuelas incapacitantes y que han asistido al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016.

Tamaño de la Muestra : Las muestras como extracto y conjunto de elementos en la que se centra la distribución de determinados caracteres en la totalidad de la población, está definida en forma no probabilística por conveniencia, siendo para la presente investigación la muestra constituida por el uso de la siguiente fórmula estadística.

$$N: \frac{Z^2 N (p.q)}{E^2(N-1) + Z^2 (p.q)}$$

Donde:

N: Es el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo. Es la variable que se desea determinar.

P y q: Representan la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra. De acuerdo a la doctrina, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios estadísticos, se asume que p y q tienen el valor de 0.5 cada uno.

Z: Equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra, por tanto, el valor $Z = 1.96$

N: El total de cada población. En este caso intervienen 100 pacientes adultos mayores de 30 años que hayan sufrido un accidente cerebrovascular con secuelas incapacitantes que asistan al servicio de psicología en la especialidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el mes de agosto del año 2016.

E: Representa el error relativo 0.07

El tamaño de la muestra para la encuesta se determina de la siguiente manera:

$$N = \frac{1.96^2 \times 100 (0.5 \times 0.5)}{0.07^2 (99) + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)} = 65$$

La muestra estuvo constituida por 65 pacientes

3.4. Criterios de inclusión y exclusion

Criterios de Inclusión

- Personas que hayan padecido un ACV durante los últimos tres meses previos a la recolección de datos.
- Hombres y mujeres que acudan a la especialidad de medicina física y rehabilitación.
- Instrucción Secundaria Completa
- Pacientes mayores de 30 años

Criterios de Exclusión

- Pacientes con Afasia
- Pacientes con secuelas cognitivas en el área de comprensión que lo limite a la realización de las pruebas.

3.5. Variables

Definición conceptual y operacionalización de las variables

Variable: Sintomatología depresiva

Definición Conceptual: La sintomatología depresiva es una alteración del estado de ánimo, llamada por el DSMV trastorno depresivo mayor, en este estado las personas suelen sentir una tristeza patológica (Dos semanas de continuidad) y pierden el interés en la realización de actividades cotidianas, aparecen sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza. Desde la perspectiva Cognitiva (Aarón Beck, 1967), el paciente depresivo presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, a este esquema Beck los llama la triada cognitiva. En esta triada el paciente se ve a sí mismo incapaz, inútil, despreciable y defectuoso; en relación al entorno tiene la percepción del futuro como catastrófico lleno de fracasos y frustraciones.

Definición Operacional: La sintomatología depresiva se puede definir operacionalmente a través de la utilización del Inventario para de depresión de Beck , este inventario consta de 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas se manifiestan a través de las respuestas marcadas, estos síntomas son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de interés, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Tabla 1: Criterios Diagnósticos según el Inventario de Depresión de Beck

Diagnóstico	Puntuación
Ninguna Depresión	0-13
Depresión Leve	14-19
Depresión Moderada	20-28
Depresión Severa	29-63

Este instrumento se encuentra validado en nuestro país en el año 2008, en un estudio con las madres gestantes de Lima metropolitana.

Variable: Calidad de Vida

Definición Conceptual: La organización mundial de la salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Desde el campo de la psicología la calidad de vida es un concepto que está referido principalmente al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Levi y Anderson (1980) enumeran componentes que constituyen la calidad de vida del ser humano como: Salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestidos, ocio y derechos humanos.

Definición Operacional: La calidad de vida se puede definir operacionalmente a través de los resultados obtenidos por el Cuestionario de Salud SF-36, según los siguientes criterios.

Tabla 2: Criterios diagnósticos según el Cuestionario de Salud SF-36

Diagnóstico	Puntuación
Buena calidad de vida	100 puntos a más
Mala calidad de vida	Menos de 100 puntos

Tabla 3: Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala de medición	Dimensiones
Sintomatología depresiva	Cuantitativo	Escarlar	- Cognitivo-afectivo - Somático-motivacional
Calidad de Vida	Cuantitativo	Escarlar	- Función Física - Rol Física - Dolor Corporal - Salud General - Vitalidad - Función Social - Rol Emocional - Salud Mental
Sociodemográfica Edad	Cuantitativo	Razón	- 30-49 años - 50-59 años - 60-69 años - 70-79 años
Sociodemográfica Sexo	Cualitativo	Nominal	- Masculino - Femenino
Sociodemográfica Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	- Secundaria - Técnico - Universitario
Sociodemográfica Estado Civil	Cualitativo	Nominal	- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Conviviente
Sociodemográfica Lugar de procedencia	Cualitativo	Nominal	- Lima - Provincia

Tabla 4: Operacionalización de la variable Sintomatología depresiva

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y Rangos	Instrumento
Cognitivo- Afectivo	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Perdida de Placer 5. Sentimientos de culpa 6. Sentimientos de castigo 7. Disconformidad con uno mismo 8. Autocrítica 9. Pensamiento Suicida 10. Llanto 14. Desvalorización	P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P14	✓ Mínimo : 0-13 pt ✓ Leve: 14-19 pt ✓ Moderado : 20-28 pt ✓ Severo : 29-63pt	Inventario de depresión de Beck
Somático- Motivacional	11. Agitación 12. Pérdida de interés 13. Indecisión 15. Pérdida de energía 16. Cambios en hábitos del sueño 17. Irritabilidad 18. Cambios en el apetito 19. Dificultad en la concentración 20. Cansancio o Fatiga 21. Pérdida de interés al sexo	P11 P12 P13 P15 P16 P17 P18 P19 P20 P21	✓ Mínimo : 0-13 pt ✓ Leve: 14-19 pt ✓ Moderado : 20-28 pt ✓ Severo : 29-63pt	Inventario de depresión de Beck

Tabla 5: Operacionalización de la Variable Calidad de vida

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Instrumento
Función Física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.	P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Rol Físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias	P12 P13 P14 P15 P16	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Dolor Corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	P21 P22	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Salud General	Valoración personal de la salud	P1 P33 P34 P35 P36	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	P23 P27 P29 P31	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Función Social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida.	P20 P32	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Rol Emocional	Grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo o actividades diarias.	P17 P18 P19	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36
Salud Mental	Salud mental general que incluye a la depresión, ansiedad, etc.	P24 P25 P26 P28 P30	0-100= Mala 100 a más= Buena	Cuestionario De la Salud SF-36

3.6. Plan de recolección de datos e instrumentos

- Se obtuvo la autorización por parte del jefe de servicio de rehabilitación Neurotraumatológico y ocupacional: Dr. Marcos Céspedes Ramírez y el apoyo de la Dra. Gloria Díaz quien amablemente accedió a brindar un espacio para la administración de las pruebas.
- Se utilizó un tiempo de 6 semanas para la recopilación de datos y aplicación de los instrumentos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tiempo que los jefes del servicio brindaron para la investigación según el cronograma de actividades.
- Se les explicó a los pacientes que asistían a consulta externa en qué consistían ambas pruebas a tomar y a partir de ello se obtuvo su consentimiento.
- Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de la salud SF 36.

A continuación, se presenta los instrumentos que se utilizaron en la investigación:

Inventario de Depresión de Beck Ficha técnica:

El principal objetivo del inventario de Beck es la evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM-V, el margen de aplicación es en individuos de 13 años en adelante (Adolescentes y adultos), en cuanto al tipo de aplicación puede ser individual o colectiva y el tipo de administración es de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Concepto:

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

Forma de Aplicación:

Se le dijo al paciente: “En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.”

Validación:

Se validó en el Perú en el 2008 en un estudio realizado en madres gestantes. Este estudio de tipo analítico observacional transversal, fue aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y se desarrolló en la ciudad de Lima-Perú, en las instalaciones del servicio de Medicina fetal (área de monitoreo electrónico fetal) de dicho centro hospitalario. Se les propuso ingresar al estudio a todas las gestantes que acudieron a dicho servicio durante los meses de mayo y junio de 2008 excepto en el caso que contasen con un antecedente psiquiátrico diagnosticado. De un total de 810 mujeres gestantes, 352 aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. De este total, se excluyeron 45 cuestionarios debido a fallas en el llenado, resultando una muestra de estudio de 307 gestantes. Los datos sociodemográficos y psiquiátricos fueron recolectados luego de la firma del consentimiento informado. Se evaluó la presencia de síntomas depresivos mediante el inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC).8, 11,12 Cada Ítem se presenta con una respuesta de opción múltiple de cuatro grados. El puntaje total fue la suma de los puntajes parciales de cada ítem.

Con la finalidad de evaluar la validez concurrente del BDI-PC se realizó a la misma muestra la escala de depresión de Edinburgo (EPDS) la cual consta de 10 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos psicológicos y que ha sido validada para su utilización en población obstétrica (Lam, N., & Contreras, H., & Mori, E., & Gil, E., & Espinoza, E., & Córdova, G, 2009).

Cuestionario de Salud SF-36 Ficha Técnica:

El nombre original es Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form diseñada a principios de los noventa y validada en el Perú en el año 2012 en un estudio realizado por la universidad Cayetano Heredia.

Concepto:

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluyen 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

Forma de aplicación:

Los cuestionarios de CVRS pueden ser autoadministrados o realizarse mediante entrevista personal o telefónica, el cuestionario tiene dos partes: La primera parte contiene unas instrucciones de administración para el paciente o el entrevistador si los datos se recogieran mediante entrevista, el formulario debe ir también acompañado de una declaración explícita de confidencialidad y garantía de anonimato. La segunda parte es el cuestionario propiamente dicho, que consta de unas dimensiones de la CVRS y unos ítems o preguntas que describen los diferentes niveles de estas dimensiones, cada pregunta es respondida en forma de una escala. Al describir las respuestas obtenidas o compararlas entre grupos de individuos, pueden utilizarse los ítems originales, las dimensiones de salud específicas o incluso una medida global de CVRS.

Validación:

La Validación peruana se dio en el 2012, en un estudio realizado por la universidad Cayetano Heredia. Este estudio evaluó las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en una muestra de 4.344 personas peruanas de 15 a 64 años. La consistencia interna fiabilidad se calculó mediante el coeficiente α de Cronbach, validez de constructo mediante comparación grupos conocidos definida con respecto a las características sociodemográficas clave y estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio (CFA) a nivel de artículo. Coeficiente α de Cronbach para el cuestionario completo era 0.82 y osciló entre 0,66 y 0,92 por escalas. Las 8 escalas discriminan bien entre sexos, edad y grupos socioeconómicos. CFA mostró que un modelo con 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden (es decir, la salud física y mental) era una representación posible de la estructura factorial SF-36 y tuvo un mejor ajuste a los datos que las estructuras de los factores alternativos. El SF-36 mostró propiedades psicométricas apropiadas con respecto a la consistencia interna, validez de constructo y estructura factorial cuando se prueba en el Perú. Los estudios futuros deberían centrarse en probar otras propiedades psicométricas de la SF-36, como la validez convergente y discriminante (US National Library of Medicine National Institutes of Health,2012).

3.7. Plan de Análisis- Procesamiento de Datos

A través de una encuesta compuesta por 3 partes en donde se analizan los resultados obtenidos en la investigación para determinar la influencia de la depresión en la calidad de vida: la primera parte contiene 5 preguntas relacionadas con datos demográficos, la segunda contiene 21 preguntas relacionada con el inventario de la depresión de BECK, y la tercera compuesta por 36 preguntas relacionado con el cuestionario de la salud SF-36.

Cada una de las preguntas es el resultado de la correlación de las variables, que previamente fueron estructuradas en dimensiones y después en indicadores. Pues cada indicador y cada dimensión fueron incluidos en la encuesta mediante la formulación de preguntas de manera precisa, para conocer el estado de salud de los 65 pacientes

Para el análisis y el procesamiento de datos de esta investigación se utilizó, en primera instancia, el programa de Excel 2013 para el llenado de la base datos. Posteriormente para el análisis de los resultados obtenidos en la base de datos se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 21 en español. Este programa estadístico informático es muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado, para elaborar la información que permita lograr los objetivos de la investigación. El programa SPSS ordena, clasifica y analiza los datos usando la estadística descriptiva, y presenta los datos procesados en tablas de frecuencias o gráficos para poder interpretar adecuadamente el resultado de cada una de las preguntas.

Con la información ingresada en la data, el SPSS, se procede a realizar el análisis descriptivo, se realizó frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las cuantitativas. Para el análisis inferencial se calculó en primer lugar la prueba de normalidad, luego, la prueba de T-Student, Anova y Correlación de Pearson para determinar la significancia estadística. La significancia estadística en esta investigación fue ≤ 0.05 .

3.8. Aspectos Éticos

Ya que la investigación se realizó con personas que comparten cierta característica en común como el haber sufrido un ACV y posteriormente la depresión, se tuvo un mayor cuidado en la integridad de cada individuo pues se muestran más propensos a cualquier tipo de daño psicológico, es por ello que se les informó detalladamente en qué consistía la aplicación de ambos instrumentos (Escala del inventario de Depresión de Beck y El Cuestionario de Salud SF-36) , y tuvieron la plena autonomía y libertad en decidir participar o no de la investigación, no se les coaccionó ni engañó respecto a los fines de la investigación cuidando así la integridad física y psicológica de cada paciente. Por otro lado, también se resaltó la confidencialidad de la prueba y que sus datos personales no estarán expuestos, si no que por el contrario serán protegidos y no divulgados. Se les dijo también que los datos obtenidos serán revisados por personas identificables, incluidos el asesor de tesis y el investigador, además de ello los resultados obtenidos serán revisados exclusivamente por el investigador en su computadora portátil con la debida contraseña para evitar algún tipo de divulgación.

En cuanto al respeto por la privacidad, se puso mayor énfasis a la no violación de los derechos de cada paciente, dándoles las condiciones adecuadas para la realización del estudio y la cantidad de información que desean compartir, se garantizó que la administración de los instrumentos ya mencionados, se den en locales adecuados como fue en el consultorio psicológico del servicio. No se excluyeron a las personas por su género, grupo étnico o condición social en relación con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se les informó de manera clara y detallada acerca de la finalidad y las características que tiene el estudio para posteriormente solicitar el consentimiento informado y la realización del estudio.

3.9. Ventajas y Limitaciones Ventajas:

- La principal ventaja fue la accesibilidad al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por contar con el apoyo de los doctores del lugar.
- Otra de las ventajas es que se contó con instrumentos adaptados y utilizados en el Perú lo que permitió que se tornen comprensibles a la población objetivo.
- Se obtuvo el permiso para utilizar uno de los ambientes del servicio para la administración de las pruebas y así los pacientes se encontraran más cómodos durante el proceso de evaluación.
- Según las características del estudio permite estimar la prevalencia de la enfermedad estudiada tanto en grupos específicos como en la población general.
- Bajo coste del estudio debido a que es transversal.

Limitaciones:

- Que los pacientes no acudan a las citas programadas en el horario de la mañana que es el que se utilizó para la investigación.
- No poder contar con las estadísticas exactas de los pacientes que acudieron al servicio durante el mes anterior a la administración de los instrumentos de investigación.
- Por ser un estudio transversal, no se puede hacer un seguimiento a la población estudiada para observar como avanza el fenómeno encontrado.
- Según las características del estudio existe una imposibilidad para identificar las relaciones causales de la enfermedad.
- Al utilizarse pruebas autoaplicadas pueden existir sesgos en la información obtenida.

CAPITULO IV: RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados de esta investigación.

Tabla 6.

Se presentan los datos sociodemográficos de la muestra estudiada tales como: Sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, estado civil y edad. Lo más resaltante de esta sección es que la población en su mayoría es de sexo femenino, se puede apreciar que representan el 63.08%. Además, el 72.38% de ellos son de Lima y el promedio de edad es de 59 años. Se aprecia también, la media de ambas variables estudiadas y sus respectivas dimensiones. Se evidencia que en la variable sintomatología depresiva, la media de acuerdo a las categorías diagnósticas es de 40.6 y en cuanto a la calidad de vida el promedio da como resultado un 52.4.

Descripción de las variables principales y sociodemográficas

	N	(%)
Sexo		
Masculino	24	36.92
Femenino	41	63.08
Lugar de procedencia		
Lima	49	75.38
Provincia	16	24.62
Instrucción		
Secundaria	22	35.38
Técnico	23	33.85
Universitario	20	30.77
Estado Civil		
Casado	45	69.23
Soltero	7	10.77
Viudo	1	1.54
Divorciado	4	6.15
Conviviente	8	12.31
Edad (media / DS)	59.35	(8.94)
Sintomatología depresiva (media / DS)	40.6	(5.57)
Cognitivo-Afectivo (media / DS)	18.7	(3.39)
Somático-Motivacional (media / DS)	21.9	(3.22)
Calidad de Vida (media / DS)	52.4	(10.35)
Función Física (media / DS)	12.53	(2.67)
Rol Físico (media / DS)	5.38	(0.62)
Dolor Corporal (media / DS)	3.95	(1.37)
Salud General (media / DS)	6.75	(1.87)
Vitalidad (media / DS)	7.31	(3.52)
Función Social (media / DS)	3.84	(1.17)

Tabla 7.

Se realiza la asociación entre la variable sintomatología depresiva con las variables sociodemográficas y la segunda variable que es la calidad de vida con sus respectivas dimensiones.

Los datos más significativos que nos muestra esta tabla son los siguientes:

A mayor grado de instrucción mayor promedio en la dimensión cognitivo-afectivo de la sintomatología depresiva, existe mayor relación entre las dimensiones de la calidad de vida tales como la función social y el rol emocional con respecto a la depresión y finalmente de acuerdo a la correlación de Pearson si existe relación entre la calidad de vida y la depresión, como se observa existe una correlación negativa lo que significa que a mayor grado de depresión menor calidad de vida.

Tabla 7. Asociación de la sintomatología depresiva con la calidad de vida

		Sintomatología Depresiva		Cognitivo – Afectivo		Somático – Motivacional	
		m (DS)	p-value	m (DS)	p-value	m (DS)	p-value
Sexo			0.30		0.23		0.58
	Masculino	41.54 (5.56)		19.37 (3.38)		22.17 (.17)	
	Femenino	40.05 (5.57)		18.34 (3.38)		21.70 (3.29)	
Estado civil			0.74		0.85		0.1
	Casado	40.22 (5.96)		18.89 (3.47)		21.33 (3.36)	
	Soltero	42.85 (6.14)		18.28 (4.15)		24.57 (2.76)	
	Viudo	37.0 (0)		18.0 (0)		19.0 (0)	
	Divorciado	40.0 (1.15)		17 (2.16)		23.0 (1.41)	
	Convivente	41.5 (4.31)		19.12 (3.18)		22.37 (2.39)	
Grado de instrucción			0.13		0.04		0.68
	Secundaria	39.22 (5.32)		17.61 (2.95)		21.61 (3.11)	
	Tecnico	40.27 (6.40)		18.59 (3.37)		21.68 (4.08)	
	Superior	42.55 (4.49)		20.15 (3.53)		22.4 (2.23)	
Lugar de procedencia			0.69		0.64		0.86
	Lima	40.75 (0.83)		18.84 (3.51)		21.92 (3.34)	
	Provincia	40.12 (1.20)		18.37 (3.09)		21.75 (2.95)	
Edad (Rho)		-0.054	0.67	-0.162	0.19	0.077	0.54
Calidad de Vida (Rho)		-0.280	0.02	-0.123	0.32	-0.354	0.00
Función Física (Rho)		-0.037	0.76	0.102	0.41	-0.173	0.167
Rol Físico (Rho)		-0.276	0.02	-0.139	0.27	-0.329	0.01
Dolor Corporal (Rho)		-0.347	0.00	-0.257	0.03	-0.328	0.00
Salud General (Rho)		-0.324	0.00	-0.182	0.14	-0.368	0.00
Vitalidad (Rho)		-0.125	0.31	-0.023	0.86	-0.193	0.12
Función Social (Rho)		-0.529	0.00	-0.516	0.00	-0.371	0.00
Rol Emocional (Rho)		-0.527	0.00	-0.354	0.00	-0.538	0.00
Salud Mental (Rho)		-0.069	0.58	-0.134	0.28	-0.134	0.28

Tabla 8.

Se observa la relación de la variable calidad de vida y sus dimensiones con las variables sociodemográficas. Los datos más significativos de esta tabla tienen que ver con los siguientes hallazgos: Existe relación entre la edad y la vitalidad, lo que hace suponer que a mayor edad existe menor vitalidad; existe relación entre el grado de instrucción y la vitalidad, se aprecia que las personas que tienen como grado de instrucción la primaria presentan mayor vitalidad; existe relación entre el lugar de procedencia y la salud mental, lo que indica que las personas que son de provincia tienen mayor promedio en la salud mental; existe relación entre el sexo y la función física, este dato demuestra que los hombres tienen mayor función física en comparación con las mujeres encuestadas. Finalmente, existe relación entre la edad y la salud mental lo que significa que a mayor edad de las personas perciben tener una menor salud mental.

Asociación de la calidad de vida con las variables sociodemográficas

		Calidad de vida		Función Física		Rol Físico		Dolor Corporal		Salud general		Vitalidad		Función Social		Rol Emocional		Salud Mental	
		m (DS)	p-value	m (DS)	p-value	m (DS)	p-value	m (DS)	p-value	M (DS)	p-value	M (DS)	p-value	m (DS)	p-value	m (DS)	p-value	m (DS)	p-value
Sexo			0.24		0.04		0.12		0.06		0.79		0.32		0.94		0.40		0.88
	Masculino	54.42 (13.36)		13.42 (3.51)		5.54 (0.78)		4.37 (1.76)		6.83 (2.84)		7.87 (3.74)		3.83 (1.23)		3.08 (0.41)		9.79 (3.68)	
	Femenino	51.29 (8.07)		12.0 (1.90)		5.29 (0.51)		3.71 (1.03)		6.71 (1.00)		6.97 (3.38)		3.85 (1.15)		3.02 (0.15)		9.95 (4.53)	
Estado civil			0.88		0.86		0.74		0.3		0.73		0.97		0.86		0.94		0.79
	Casado	53.29 (11.75)		12.73 (3.01)		5.42 (0.69)		4.04 (1.44)		6.82 (2.12)		7.44 (3.79)		3.78 (1.26)		3.07 (0.33)		10.24 (4.61)	
	Soltero	51.43 (5.19)		12.42 (1.71)		5.14 (3.38)		4.28 (1.38)		6.71 (1.11)		6.86 (2.54)		4.14 (1.34)		3.0 (0)		9.0 (3.46)	
	Viudo	49.0 (0)		12.0 (0)		5.0 (0)		2.0 (0)		8.0 (0)		6.0 (0)		3.0 (0)		3.0 (0)		10.0 (0)	
	Divorciado	51.75 (6.29)		11.25 (1.5)		5.25 (0.5)		4.25 (0.5)		7.25 (0.95)		6.5 (3.69)		4.0 (0)		3.0 (0)		10.5 (3.69)	
	Conviviente	49.37 (7.30)		12.25 (1.90)		5.5 (0.53)		3.25 (1.03)		6.0 (1.19)		7.5 (3.29)		4.0 (0.92)		3.0 (0)		8.37 (2.77)	
Grado de instrucción			0.33		0.65		0.73		0.74		0.41		0.02		0.12		0.57		0.4
	Primaria	53.0 (8.61)		12.13 (1.96)		5.39 (0.58)		3.78 (1.20)		6.34 (0.98)		8.43 (3.98)		4.0 (1.09)		3.04 (0.21)		10.21 (4.19)	
	Técnico	54.36 (14.42)		12.68 (3.39)		5.45 (0.80)		4.0 (1.74)		7.09 (2.86)		7.68 (3.78)		4.09 (1.41)		3.09 (0.43)		10.5 (4.21)	
	Superior	49.7 (5.71)		12.85 (2.58)		5.3 (0.47)		4.1 (1.129)		6.85 (1.18)		5.6 (1.67)		3.4 (0.88)		3.0 (0)		8.85 (4.24)	
Lugar de procedencia			0.72		0.11		0.06		0.27		0.87		0.41		0.53		0.44		0.05
	Lima	52.18 (1.59)		12.84 (2.94)		5.47 (0.68)		4.06 (1.45)		6.77 (2.06)		7.10 (3.48)		3.89 (1.21)		3.06 (0.31)		9.31 (3.70)	
	Provincia	53.25 (1.93)		11.62 (1.26)		5.12 (0.34)		3.62 (1.09)		6.69 (1.19)		7.93 (3.68)		3.68 (1.08)		3.0 (0)		11.68 (5.21)	
Edad (Rho)		-0.180	0.14	0.030	0.81	0.045	0.722	0.099	0.43	0.074	0.56	-0.333	0.01	0.012	0.92	0.107	0.39	-0.27	0.02

CAPITULO V

5.1. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes adultos post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se estudiaron ambas variables y se determinaron, en el caso de la sintomatología depresiva, cual fue la categoría que más prevalecía en los pacientes, así también, el nivel de calidad de vida que percibían los pacientes respecto a su estado de salud actual. Además, se obtuvo información valiosa con respecto a las variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, procedencia y estado civil; estos datos servirán para poder identificar las características de la población afectada producto de un ACV. En cuanto a la variable depresión el principal hallazgo es que la mayor parte de la población estudiada percibe un grado de afectación emocional ligado al nivel de “severo” según el inventario de la depresión de Beck. Rojas Huerto, Edgar (2002) en su estudio llamado “Influencia de la Depresión en la recuperación física de los pacientes con secuencias motoras de enfermedad vascular cerebral en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen” encontró que el 66.7% de la muestra presentó depresión, por lo que se concluyó, que la depresión influye de manera negativa en la recuperación física de estos pacientes. Al realizarse la correlación de la variable sintomatología depresiva con las variables sociodemográficas se encontró que las personas que tienen un grado de instrucción superior evidencian mayor promedio en la dimensión cognitivo-afectivo relacionada a la depresión, por lo que sería de gran interés para futuras investigaciones indagar porqué una persona que tiene mayor instrucción tiende a deprimirse más en relación a las personas con menor instrucción. En cuanto a la relación de la sintomatología depresiva con las dimensiones de la calidad de vida se encontró que existe relación significativa entre la depresión con dos dimensiones en particular que son: la función social y el rol emocional. Estos datos son lógicos debido a que los pacientes que han sufrido un ACV consideran que no solo existe afectación intrapersonal si no también que su desenvolvimiento social no volverá a ser el mismo probablemente por las secuelas motoras y cognitivas que deja la patología.

La percepción de los pacientes respecto a su calidad de vida, según este estudio, evidencia que el 98% de ellos la califica como “mala” siendo la media de la variable un 52.4 relacionada con el cuestionario de la salud SF-36. Fernández, O., Fiallo, C., Álvarez, M. (2001) En su estudio llamado: “La calidad de Vida del paciente con accidente cerebrovascular: Una visión desde sus posibles factores determinantes” encontró que los aspectos psicosociales determinan, en muchos de los pacientes, la percepción de su calidad de vida. Como se mencionó en el párrafo anterior, todo ello se puede producir debido a la afectación física y emocional que son consecuencia de un ACV. En esta investigación, lo más resaltante que se encontró respecto a la calidad de vida, fue que existe relación significativa entre la edad y la vitalidad, por lo que se puede inferir que las personas de mayor edad perciben que su calidad de vida es mala. Pablo, Jessica (2016) en su estudio llamado “Calidad de vida del adulto mayor de la casa polifuncional palmas reales” los olivos lima 2016” evidencia que el 87% de los adultos mayores percibe una baja en su calidad de vida, esta información se puede contrastar con los datos obtenidos en este estudio, debido a que el promedio de edad de pacientes encuestados fue de 59 años. Por lo tanto, se puede deducir que la edad es un factor importante en la percepción que tienen las personas acerca de su bienestar bio-psico-social. Un hallazgo importante también fue la relación entre el lugar de procedencia y salud mental, se demostró que los pacientes que provienen de provincia muestran una mejor salud mental, este dato es importante debido a que la capital en la actualidad se ha convertido en una ciudad generadora de estrés y ello repercute directamente en el bienestar integral de las personas. Finalmente se comprueba la hipótesis de investigación, se rechaza la hipótesis nula y se demuestra que si existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes adultos post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016. De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que la sintomatología depresiva es un fenómeno presente en la muestra estudiada producto de haber padecido un accidente cerebro vascular, repercutiendo a la vez en la calidad de vida de las personas, que para la OMS es un estado bienestar biopsicosocial. En la actualidad, no existen investigaciones que se interesen en estudiar las repercusiones de una ACV, por lo que se recomienda continuar con la exploración para ampliar la literatura y conocer más ampliamente la patología y sus consecuencias a lo largo del tiempo.

5.2. Conclusiones

Después de lo anteriormente expuesto en este estudio se concluye que si existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes adultos post ACV en el hospital Edgardo Rebagliati Martins y de esta manera se reafirma la hipótesis de investigación propuesta.

En cuanto a los objetivos específicos que ayudaron a cumplir con el objetivo general, se determinó que, en cuanto a los niveles de la sintomatología depresiva, el que más prevalece es el nivel “severo”. Debido a ello, se puede aceptar la concepción de que los pacientes que han padecido un ACV presentan una baja en su estado emocional. Así también, en relación a la calidad de vida, se determinó que los pacientes perciben que tienen una calidad de vida en un nivel de “mala” y con ello se puede deducir que es producto de la incapacidad que genera padecer esta patología, principalmente las secuelas motoras que imposibilitan a la gran mayoría de personas a tener un buen desenvolvimiento físico y social.

Lo que hace a este estudio interesante para el contexto de salud en la que muchos de los profesionales estamos inmersos, es lo valioso de los datos sociodemográficos que se pueden recoger en una investigación, así pues, lo que se encontró respecto a ellos resultan importantes para futuras investigaciones acerca del tema. Se puede empezar mencionando que las personas que tienen un grado de instrucción superior tienden a deprimirse más en comparación con las personas que tienen un grado de instrucción menor, lo que hace suponer que el bienestar emocional no está ligado a los grados académicos, si no también, a otros factores trascendentales para la vida del ser humano. Es por ello, que también muestran relación significativa las dimensiones función social y rol emocional con la depresión, se pudo concluir al tener esa información que las personas presentan un mayor estado de ánimo y por ende una mayor calidad de vida no solo en función a un aspecto aislado de su bienestar integral, si no también, es necesario reconocer que la persona no solo es una patología y evitar etiquetarlas como tales.

Finalmente es importante reconocer que este estudio estuvo compuesto por una muestra pequeña pero significativa, debido a que las características de ellas son particulares y hace que esta investigación sea el punto de partida para otros científicos investigadores que deseen estudiar, principalmente, las repercusiones que trae consigo un ACV para las personas.

5. 3 Recomendaciones

Es importante que se continúen realizando investigaciones en el área de la salud relacionadas a la patología del Accidente Cerebro Vascular, debido a que es una realidad constante en nuestro país. Asimismo, promover la participación activa de los pacientes a las investigaciones a través de charlas informativas que incidan en la importancia del conocimiento del fenómeno.

Por otro lado, se recomienda que se realicen estudios longitudinales para poder comprender el fenómeno a través del tiempo y poder hacer un mejor seguimiento de los casos estudiados. Debido a que la depresión es un problema de salud pública en nuestro país y como se demostró en la investigación incide también en los pacientes post ACV, es de gran importancia que se tomen medidas preventivas para el abordaje de la comorbilidad que tiene el ACV con los trastornos del estado de ánimo, especialmente los que tienen que ver con síntomas depresivos, pues ello limita la motivación de los pacientes para seguir acudiendo a sus terapias y mejorar su calidad de vida. Así también, sería conveniente tener información con respecto al estado emocional del paciente, previo al accidente cerebro vascular, es decir, si hubo episodios anteriores de depresión, así se podría constatar con mayor precisión si los síntomas depresivos aparecen producto del ACV.

Finalmente, brindar capacitación al personal de salud que está constantemente en contacto con los pacientes, para tener un mejor trato hacia ellos y tenga repercusiones positivas sobre el estado emocional y, por tanto, calidad de vida de los asegurados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Fernando L., Muñoz Ricardo F., Becoña Elisardo (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, 2000, pp. 417-449.

2. Fernández, O., Fiallo, C., Álvarez, M. (2001). La calidad de Vida del paciente con accidente cerebrovascular: Una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev. Neurol*, 2001, 32(8), 725-731.

3. Rojas Huerto, Edgar (2002). Influencia de la Depresión en la recuperación física de los pacientes con secuencias motoras de enfermedad vascular cerebral en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (Tesis Post Grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

4. Ruíz-Giménez, González Ruano, Suárez (2002). Abordaje del accidente Cerebrovascular. *Sistema Nacional de Salud* Vol. 26No 4- 2002.

5. Valle Valverde, Luis (2002). Ataque Cerebro Vascular Isquémico con criterios de Trombolisis en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-ESSALUD Agosto – Diciembre (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú.

6. Gana J. Juan José, Sobarzo G. Mauricio (2006). Estudio de Calidad de Vida en Pacientes con Accidente Cerebrovascular Isquémico (Tesis de pregrado). Universidad de Chile. Facultad de Medicina.

7. Franco, Jorge. (2007). Enfermedad Cerebro Vascular y depresión. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 36(1), 92-99.

8. Olea, Verónica., Olivares, Mariela. (2007). Perfil del Paciente con Accidente Cerebro Vascular egresado del Complejo Asistencial Barros Luco entre enero y junio, 2007 (Tesis Pregrado). Universidad de Chile.

9. Licona, Tania., Aguilera, Menna. (2009). Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebro vascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev. méd, Honduras*, 77(3), 99-152.

10. Gómez Gonzales Juan Vicente (2010). Estudio descriptivo de la enfermedad cerebrovascular isquémica: Zona del poniente almeriense (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Departamento de Medicina. Granada, España

11. Sociedad Argentina De Cardiología (SAC) (2011). Guía de Actualización en Accidente Cerebrovascular. *Campaña: "Ataque Cerebral, llegue a tiempo"*. Colfarma PP. 1-26
12. Anicama, Ángel., Vásquez, Karen., Pineda, Adán. (2012). Calidad de Vida en pacientes con Accidente Cerebro vascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. *Rev.méd, Panacea, 2(2), 45-49.*
13. Barreda, Dennys (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista de Investigación en Psicología, 15(2), 204-2015.*
14. Soto Vidal, Concepción (2012). Percepción de la calidad de vida en pacientes que han sufrido Ictus. (Tesis de doctorado). Universidad de Alcalá. Departamento de Fisioterapia. Programa de Doctorado en Fisioterapia Manual. Alcalá de Henares, Madrid, España.
15. Urzúa M. Alfonso, Caqueo-Urizar Alejandra (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto (Quality of life: Atheoretical review). *Terapia psicológica 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71.*
16. Villarreal Reyna, Gustavo (2012). Accidente Cerebrovascular (ACV). *Endovascular Vol. 1, pp. 1-22.*
17. Davalos Long F., Málaga Germán (2014). El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(2):393-401.*
18. López, Fidel. (2014). Estudio Longitudinal de la Calidad de Vida, Estado de Animo y Dependencia Funcional de los pacientes afectados por un ictus en Extremadura (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
19. Vega-Dienstmaier Johann M. V, Coronado-Molina Oscar, Mazzotti Guido (2014). Validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de neuro- psiquiatría Vol. 77, núm. 2 (2014) pp. 95 – 103.*
20. Bernabé Eduardo, Salazar Fernando. (2015). The Spanish SF-36 in Peru Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pac J.Public Health. vol. 27 no. 2 NP2372-NP2380*

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: “Síntomatología depresiva y calidad de vida en pacientes adultos post Accidente Cerebro Vascular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>General: ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016?</p>	<p>General: Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016</p>	<p>General: Sí existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>Variables 1: <u>Síntomatología depresiva</u> Cognitivo - Afectivo Somático–Motivacional</p> <p>Variable 2: <u>Calidad de Vida</u> - Función Física - Rol Físico - Dolor Corporal - Salud General - Vitalidad - Función Social - Rol Emocional - Salud Mental</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada Diseño: No experimental de tipo correlacional Metodología: Uso de técnicas estandarizadas</p>	<p>Población: La población estuvo constituida por 100 pacientes que hayan sufrido un accidente cerebro vascular que hayan asistido al servicio de medicina física y rehabilitación del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016. Muestra: 65 pacientes</p>

<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de la sintomatología depresiva que más prevalece en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016? • ¿Cuál es el nivel de calidad de vida que más prevalece en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016? • ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016? • ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016? 	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de la sintomatología depresiva que más presentan los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el años 2016. • Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el años 2016. • Determinar la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en los pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el años 2016. 	<p>Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. • Sí existe relación significativa entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas en pacientes post ACV en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. 			
--	---	--	--	--	--

ANEXO

FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

I. Datos de filiación:

Edad: _____

Sexo: () Femenino ()

Masculino Lugar de nacimiento: () Lima

()

Provincias

Grado de Instrucción: () Superior () Técnico () Secundaria Estado Civil: () Soltero ()

Casado () Viudo () Divorciado

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio de Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito). La puntuación es de 0 al 4.

1. Tristeza
0 No me siento triste.
1 Me siento triste todo el tiempo.
2 Estoy triste todo el tiempo.
3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado (a) respecto de mi futuro.
1 Me siento más desalentado (a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso
0 No me siento como un (a) fracasado (a).
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un (a) fracasado (a) total.
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que estoy siendo castigado(a).
1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
2 Espero ser castigado(a).
3 Siento que estoy siendo castigado(a).
7. Disconformidad con Uno Mismo
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
3 No me gusto a mí mismo(a).
8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo.
2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores.
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos suicidas
0 No tengo pensamientos de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2 Quería matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10.Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11.Agitación
0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.
12.Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
13.Indecisión
0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14.Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso(a).
1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme.
2 Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a).
3 Siento que no valgo nada.
15.Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía que la que solía tener.
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16.Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17.Irritabilidad
0 No estoy más irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.
18.Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3a No tengo apetito en lo absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo.
19.Dificultad de concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20.Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21.Pérdida de interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Por favor, asegúrate de que has contestado todas las preguntas.

Muchas gracias.

ANEXO 4

Cuestionario de la Salud SF-36

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para participar en un estudio de investigación-Población pacientes adultos
post Accidente Cerebro Vascular)

Institución : Universidad Católica Sedes Sapientiae.

Investigadora : Figueroa Céspedes María del Milagro

Propósito del estudio:

Lo invito a participar en un estudio para identificar sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes post Accidente Cerebro Vascular.

Procedimientos:

Tendrá que responder a las preguntas propuestas en dos cuestionarios.

El primero es el Inventario de Depresión de Beck que está compuesto por 21 categorías donde usted deberá responder de acuerdo a cómo se ha sentido durante la últimasemana, incluyendo el día de hoy, escogiendo las afirmaciones que más se acerquen a su estado de ánimo. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere que se puede aplicar a su caso, márquela también.

El segundo es el Cuestionario de la Salud SF-36 que consta de 36 preguntas que valoran los estados tanto negativos como positivos de la salud, donde usted deberá marcar la respuesta que más se acerque a su salud física y mental (solo se puede escoger una alternativa).

Riesgos:

No existen riesgos por participar en esta investigación debido a que no se dañará su integridad física, no se le realizará ningún examen auxiliar (Análisis de laboratorio en general, toma de muestra de sangre, Resonancia Magnética o alguna prueba de diagnóstico por imágenes).

Beneficios:

Usted contribuirá al mejor conocimiento de los estudiantes/trabajadores de la institución de salud. Los costos de esta investigación serán cubiertos por la investigadora y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor comprensión de la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes de post ACV del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Confidencialidad:

La información obtenida se guardará con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio, la información será manejada solo por la investigadora.

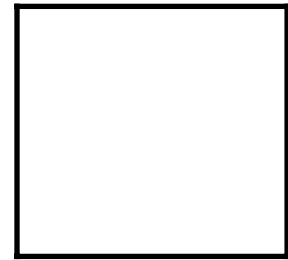
Si decide participar en el estudio, usted tendrá total libertad de retirarse de éste si así lo considera pertinente, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tienes alguna duda adicional o acerca de los aspectos éticos y cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, teléfono 533-0079 y a la Investigadora María del Milagro Figueroa Céspedes al teléfono: 7469152 o al correo electrónico mily.figueroa04@gmail.com.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, habiendo resuelto todas mis dudas y/o preocupaciones sobre mi participación en el proyecto de investigación, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si lo considero necesario, comprendo, además, que no tengo ningún beneficio económico al respecto.

Nombre y
Apellido
Participante

N° DNI: _____



HUELLA DIGITAL

Investigadora Principal

Nombre: María del Milagro Figueroa Céspedes

DNI: 74610633

e-mail: mily.figueroa04@gmail.com