1122

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE REHABILITACION
SECRETARIA DE SALUD

LA DEPRESION COMO INDICADOR PRONOSTICO EN EL TRATAMIENTO DE REHABILITACION EN LOS PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION

P R E S E N T A:

DRA. BLANCA LUZ JIMENEZ HERRERA

PROFESOR TITULAR
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Servs. Escolares
MEXICO, D. F.
MAR 14 2007
Unidad de Servicios Escolares
PPL de Posgrado

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
1997

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
Introducción	1
Material y Métodos	6
Resultados	19
Discusión	24
Conclusiones	27

INTRODUCCION

La esperanza de vida del mexicano se ha visto incrementada en los últimos 20 años. En 1970 la esperanza de vida era de 62 años, situación que se ha modificado y así para 1996 se incremento a 74 años.

El estado actual de salud en la población de México, ha sufrido importantes cambios durante los últimos 20 años, debido al proceso de Transición Epidemiológica. Dejando de ser las primeras causas de muerte los padecimientos infectocontagiosos dando paso a las enfermedades crónicodegenerativas, dentro de las cuales encontramos a las Enfermedades del Corazón, Tumores malignos, Accidentes, Diabetes mellitus y Enfermedad Cerebrovascular que ocuparon los cinco primeros lugares durante 1995.

Como una de las principales complicaciones de la Hipertensión Arterial Sistémica tenemos a la Enfermedad Vascular Cerebral (E.V C.) que ocupó el 5to lugar como causa de muerte durante 1995 con 23 400 defunciones, con una tasa de 25.5 por 100 000 habitantes.

En Estados Unidos de Norteamérica (U.S.A.) se reportó en el año de 1993 una incidencia de 500 000 casos de Enfermedad Vascular Cerebral de los cuales sobrevivió el 75%. Situación importante si consideramos que la calidad de vida de estos pacientes se ve seriamente afectada debido al gran número de incapacidades físicas y mentales que trae consigo dicha entidad patológica

En la clínica mayo se definió a la embolia, como un evento de rápida aparición, caracterizada por síntomas focales o somatización generalizada que indica alteración de las funciones cerebrales, durante un tiempo no menor a 24 horas sin ninguna causa aparente que no sea la vascular. (3)

Identificar los factores de riesgo durante la rehabilitación tiene un importante valor pronóstico y preventivo. Dentro de los factores de riesgo se incluye la hipertensión (sistólica y diastólica), tabaquismo, ataque de Isquemia Cerebral Transitoria Diabetes Mellitus, Hipertrofia Ventricular izquierda, Cardiopatía Congestiva y Fibrilación Articular. (4)

Existen otros factores de riesgo considerados como potencialmente modificables, dentro de los que se encuentran: el consumo de alcohol, de drogas, sedentarismo, dieta rica en lípidos y obesidad; dentro de los factores no modificables se encuentran la edad, sexo y raza, así como los antecedentes familiares de Cardiopatías o Embolias. (5)

Las causas de la Enfermedad Vascular Cerebral (E V.C.) se pueden categorizar en dos tipos : Isquémica y Hemorrágica la embolia isquémica se puede dividir en 2 grandes grupos, la de tipo trombótico que ocupa el 40 - 45% de todos los E.V C. o la de tipo embólico que ocupa del 15 al 30%, las de tipo hemorrágico ocupan del 5 al 20% de las E.V.C., las cuales se dividen a su vez en hemorragias intracerebrales y las de origen subaracnoidea (6,3)

Las causas, los efectos y la incidencia de la E V C varia en los diferentes grupos de edades; así tenemos que en los neonatos la Parálisis Cerebral puede ser causada por una alteración cerebro vascular. ya sea por hipertensión cerebral, hemorragia, embolia o malformación arterio venosa (7) Durante la infancia la causa puede ser idiopatica una manifestación de una alteración vascular primaria, cardiopatia congénita. sindromesneurocutaneos o policitemias hereditarias (8)

Las mismas causas que encontramos en los niños podemos encontrarlas en los adultos jóvenes; la ateroesclerosis es poco frecuente en los adultos jóvenes no así las alteraciones cardioembólicas, malformación arterial, vasculitis sistémica, embolismo paroxístico, persistencia del foramen oval, o coagulopatías (9)

Posterior a la isquemia disminuye el flujo sanguíneo cerebral, desencadenando una cascada de eventos dentro de los que se incluyen. disminución en el aporte de oxigeno cerebral, aumento de la concentración de dióxido de carbono con producción de ácido láctico como consecuencia del metabolismo anaerobio que se lleva acabo como mecanismo compensador volviendo permeable la barrera hemato encefálica. (10) Conociendo la patofisiologia de la isquemia se pueden tomar medidas de intervención que la impidan o reduzcan sus alteraciones colaterales.

La isquemia puede ser global o focal. La isquemia focal causa daños tisulares irreversibles; el flujo sanguíneo colateral se incrementa tratando de mantener la integridad celular pero no la función. En los dos tipos de isquemia se produce edema citotóxico como resultado de la alteración de la bomba de iones, a su vez o en forma aislada pueden presentar edema vasogénico por modificaciones en la permeabilidad del endoletio capilar, el edema se presenta posterior al evento isquémico; este edema va a depender del retorno del flujo sanguíneo al área afectada. (6.10)

Las manifestaciones clínicas que se presentan posterior a una E.V.C. dependen de la severidad de la lesión y del territorio afectado. En el síndrome de circulación anterior, se ve afectado el tejido cerebral irrigado por el sistema carotídeo; en el síndrome de circulación posterior se afecta el territorio del sistema vertebral basilar Las lesiones en el territorio de la cerebral producen

síndromes afásicos; la arteria cerebral produce síndromes afásicos; y la arteria cerebral anterior es la más comúnmente afectada. (11)

El síndrome Lacunar Múltiple puede incluir hemiparesia motora pura, sensitiva pura, alteraciones sensomotoras, hemiparesia atáxica y disartria. El infarto lacunar tradicionalmente se atribuye a microateromas o lipohialinosis asociados a hipertensión y diabetes. (11)

El síndrome Estriado Capsular es un ejemplo de infarto subcortical que involucra vasos tanto intracraneales como extracraneales, siendo totalmente diferente a los infartos lacunares (12)

El diagnóstico de la E.V.C se puede realizar atraves de la Historia Clínica identificando los factores de riesgo asocia a sus síntomas y signos obtenidos a través de la exploración física así como realizando estudios de laboratorio y gabinete, la topografía computarizada (TC) nos da imágenes confiables de los eventos hemorrágicos. La resonancia magnética (MR) es sensible para la isquemia aguda, permite visualizar lesiones cercanas al hueso y dentro de la fosa posterior . La topografía por emisión de positrones (PET) provee información concerniente con la actividad de flujo sanguíneo así como de la función metabólica (6,13)

El tratamiento depende del resultado de la evaluación clínica y de los estudios de gabinete; siempre debe considerarse la etapa en la que se encuentra ya que de ello dependerá el tipo de tratamiento, siempre debe considerarse el estado mental del paciente así como su estado cognitivo; el tratamiento de rehabilitación debe iniciarse en forma temprana para limitar las secuelas y reincorporarlo tempranamente a su medio social, laboral y familiar (14)

La principal complicación psicológica de la E.V.C es la Depresión la cual se encuentra hasta un 20 a 63% de los pacientes sobrevivientes a la enfermedad (15).

La DSM - IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) agrupa a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo considerando al ánimo como un estado emocional que interfiere en la conducta del individuo (16).

La personalidad premorbida, la inacapacidad física, el apoyo familiar y comunitario, la pérdida de respeto así mismo, el sentimiento de culpa, de castigo divino y el consiguiente deterioro intelectual, contribuyen a exacerbar el estado depresivo del sujeto (177). Toedter menciona que la depresión se presenta como una respuesta a la serie de eventos y pérdidas incontrolables que acompañan a la E.V.C. Este estado mental puede encontrarse presente por corto tiempo o persistir por largos años (18)

Algunos autores como David Sinyor de la Universidad de Oxford, estableció durante 1986 una correlación entre el estado mental de los pacientes que habían sobrevivido a una E.V.C. y la localización de la lesión así como el grado de la misma (19). Posteriormente House Allan en 1990 continua con dichos estudios confirmando la relación que guarda el estado mental del paciente y el nivel de localización de la lesión, estableciendo como característica permanente la depresión en cualquiera de sus grados (20). Siguiendo en la misma línea Herrmann realiza un estudio en el que menciona la existencia de diferentes hipótesis concernientes al estado depresivo del paciente posterior a haber sufrido una E V.C., el cual tiene bases orgánicas y bioquímicas.

Los pacientes deprimidos posterior a una E.V.C muestran alteraciones en los receptores sensitivos corticales. así como disminución en la concentración cerebroespinal de los neurotransmisores (21,22,23) también se encontraron alteraciones en los parámetros electrofisiológicos (acortamiento de las latencias en el sueño MOR).

Robinson desde 1982 estableció dicha relación anatomopatológica con el grado de depresión en los pacientes post E V.C , demostró que las lesiones del hemisferio derecho se realcionaban con una baja incidencia de depresión; contrariamente a lo que ocurre con las lesiones del hemisferio izquierdo, las cuales se relacionaban con una alta incidencia de depresión en grandos severos; las lesiones del lóbulo frontal izquierdo se relacionaban con estados depresivos severos en comparación con otras áreas del cerebro.

La pronta implantación de un tratamiento de rehabilitación que considere las tres esferas del individuo permitirá una pronta reincorporación del sujeto a su medio (24).

La negación de dichos eventos frecuentemente se implementan como mecanismos de defensa para evitar caer en un estado depresivo mayor, situación que ocurre frecuentemente en los pacientes que no han recibido tratamiento de rehabilitación. una vez que se les confronta con su situación actual algunos pacientes toman actitudes indiferentes o tienden a restarles importancia a la gravedad de su incapacidad (15)

El 32% de los pacientes manifiestan ansiedad; enojo con una gran incertidunbre en cuanto a su recuperación Además reacciones emocionales exageradas y explosivas con manifestaciones físicas y verbales, negándose a participar de su tratamiento (25)

Entre los fenómenos sociales encontramos alejamiento de su núcleo social hasta un 56%, pérdida de interés por los problemas de la comunidad en un 43% déficit económico 40%. así como desintegración familiar el 52% (26,27)

Es importante que los especialistas en Rehabilitación identifiquen de manera temprana el estado depresivo del paciente con secuelas de una E.V.C. y el grado de los mismos ya que de esto dependerá el tratamiento específico para cada paciente así como el éxito del mismo (28) Los sobrevivientes de una Enfermedad Vascular Cerebral requieren de un diagnostico psicológico temprano así como del monitoreo periódico de su estado mental, para lo cual se pueden utilizar los criterios diagnósticos de la DSM - IV, *así como la escala de Hamilton* para Depresión (29.30)

Los resultados que se obtiene en la escala de Hamilton para Depresión están influenciados por el estado cognitivo del paciente, así como en el perceptual se debe considerar la personalidad premorbida del sujeto ya que es de gran valor pronóstico Se debe dar un tratamiento en el que exista una adecuada *retroalimentación entre el paciente y el médico, el cual indicara una adecuada* psicoterapia, dinámica de grupo que disminuya la ansiedad y el grado de frustración Se considera conveniente iniciar las dinámicas de grupo lo más pronto posible (las que permitan las condiciones generales del paciente) (31)

Es aconsejable atender en forma temprana el estado mental del paciente con secuelas de E V.C. En la medida que se de un tratamiento temprano será *más pronta su reintegración* sin olvidar los factores que predisponen al estado depresivo aparte de sus secuelas tal es el caso de la edad, el sexo, el estado civil y su escolaridad sin restarle importancia a la personalidad premorbida. El éxito del tratamiento de Rehabilitación va a depender de la atención temprana del paciente utilizando al máximo sus capacidades a pesar de sus incapacidades para reincorporarlo a su medio social familiar y laboral (32)

MATERIAL Y METODO

Se realizó el presente estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, para el cual se incluyeron a todos los pacientes con secuela de Enfermedad Vascular Cerebral, que acudieron en forma regular al programa de plasticidad Cerebral dentro del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación en México Distrito Federal, en un período comprendido entre el 1° de Enero y el 30 de Noviembre de 1996.

Los criterios de Inclusión fueron:

-Pacientes con secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral de ambos sexos
-Pacientes de 35 a más años de edad
-Pacientes que hayan asistido en forma regular al tratamiento dentro del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación
-Pacientes que cumplan los criterios para el diagnóstico de Depresión según la DSM - IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales de la Sociedad Americana dePsiquiatría)

Los criterios de Exclusión fueron:

-Pacientes menores de 35 años de edad
-Pacientes foráneos
-Pacientes que no hayan asistido en forma regular al tratamiento
-Pacientes con alteraciones cognitivas en la atención y comprensión
-Pacientes bajo tratamiento farmacológico antidepresivo.

Se consideraron diversas variables propias a la población con el fin de describirlas estadísticamente y establecer la influencia de estas sobre nuestras variables dependientes que eran grado de depresión e independencia funcional como resultado de un diagnóstico adecuado y un tratamiento de rehabilitación temprano.

Las variables consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, empleo anterior y actual, dependencia económica, tiempo de evolución de la Enfermedad Vascular Cerebral, tiempo de tratamiento de rehabilitación y padecimientos agregados.

Para establecer el diagnóstico de depresión en la población estudiada se consideraron los criterios de DSM - IV; la cual considera a la depresión dentro de las alteraciones del estado de ánimo con las siguientes caracteristicas:

A.- Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período mínimo de 2 meses que representa un cambio importante en la actividad previa con pérdida de interés y de la capacidad para obtener placer

1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o casi todos los días.
2) Disminución de interés o de la capacidad en todas o casí todas las actividades la mayor parte del día.
3) Pérdida o aumento importante de peso sin someterse a ningun régimen.
4) Insomnio o hipersomnia todos los días.
5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6) Fatiga o pérdida de energía.
7) Sentimiento de culpa o inutilidad excesiva.
8) Disminución de la capacidad de concentración e indecisión en problemas simples.
9) Pensamiento recurrente de muerte o ideación suicida.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad humana.
C Los síntomas no son debidos a la ingesta de alguna sustancia.
D Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo.

Una vez que se estableció el diagnóstico de depresión, se evaluó el grado de la misma bajo los criterios de la escala de Hamilton siendo está la más adecuada para pacientes geriátricos con alteraciones cognitivas. La HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) se modificó durante 1990, adecuandola para pacientes con problemas de comprensión y síntesis.

La escala de Hamilton consta de 21 items, los cuales evaluan los siguientes conceptos:
1 - Estado de ánimo depresivo: tristeza, pesimismo, desesperanza y autodevaluación.
2 - Sentimientos de culpa: autoreproche, autocastigo.
3 - Ideación suicida.
4.- Insomnio inicial. Dificultad para dormir al momento de acostarse.
5.- Insomnio intermedio Dificultad para mantener el sueño.
6 - Insomnio final. Despertar antes de lo habitual.
7.- Motivación e interés.
8.- Retardo psicomotor y de pensamiento.
9 - Agitación psicomotora.
10 - Ansiedad psíquica con irritabilidad síntomas fóbicos y episodios de pánico.
11.- Ansiedad somática: urgencia en la micción, sudoración, hiperventilación, etc.
12.- Pérdida o incremento del apetito.
13.- Astenia y adinamia
14 - Pérdida de la libido.
15.- Síntomas hipocondriácos.
16 - Pérdida o incremento de peso.

17.- Introspección. Niega el proceso mórbido restando importancia a la incapacidad física
18.- Variación de la sintomatología por horario.
19.- Despersonalización. Ideas nihilistas.
20 - Síntomas paranoides
21.- Síntomas obsesivo - compulsivos.

La prueba de Hamilton establece 3 niveles clasificandolos en leve, moderado y severo según el puntaje quedando de la siguiente forma:

De 10 a 18 puntos se considera una depresión leve
De 19 a 25 puntos se considera una depresión mederada
De 26 en adelante se considera una depresión severa.

Para evaluar la respuesta del paciente al tratamineto de rehabilitación, se midió su independencia funcional así como su reincorporación social y familiar; para lo que se utilizó el Indice de Barthel; aplicando en cada uno de los pacientes está escala, considera 6 áreas de adaptación funcional, que son.

1.- Cuidado personal
2.- Control de esfínteres
3.- Movilidad (tranferencias)
4.- Locomoción
5.- Comunicación.
6.- Percepción de su entorno

Cada una de esas áreas incluye 2 a 6 parámetros específicos, haciendo un total de 18 parámetros evaluados; la calificación usada es de 4 puntos donde cada parámetro da un rango mínimo de calificación de 1 y un máximo de 4.

Se establecieron 4 niveles de graduación para la independencia funcional los cuales son:

4 puntos Independencia completa en forma apropiada y cuidadosa
3 puntos Independencia modificada, requiere el uso de órtesis
2 puntos Dependencia modificada, requiere de la supervisión de otra persona.
1 punto Completa dependencia

Para hacer el análisis estadístico de los resultados se utilizó el paquete estadístico de computo de excel.

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES:

1.- Nombre del paciente.
Edad.
Ocupación
Escolaridad:
Domicilio:
Fecha de evento
Inicio de tratamiento de rehabilitación.
Otros tratamientos

CALIFICACION Puede considerarse una calificación total entre 10 y 18 como una depresión leve, de 19 a 25 como una moderada y de 26 en adelante como severa.

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

1. ANIMO DEPRESIVO. (Tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial)

0.- Sin depresión.
1.- Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece solo al momento de preguntar específicamente.
2.- Leve: llanto ocasional; sentimientos de tristeza que aparecen sólo al interrogatorio.
3.- Moderado. evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea
4 - Severo: exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal

II. SENTIMIENTOS DE CULPA: (culpabilidad patológica y no sólo autoculparse)

0.- Ausentes.
1.- Dudosos o triviales: sentimientos de autorreproche
2.- Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.
3 - Moderado: creencias de que la enfermedad puede ser un castigo rumiaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos
4.- Severo: delirios de culpa, se acusa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que lo denuncian o acusan. convencido de que su presencia genera enfermedades en otros

III. SUICIDIO: (ideas o actitudes durante la última semana)

0.- Ausente.
1 - Dudoso o trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida esta vacía o que no tiene sentido vivirla
2 - Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.
3.- Moderada:incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas
4.- Severo: intento de suicidio.

IV. INSOMNIO INICIAL: (Dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse)

0.- Ausente.

1.- Leve, trivial infrecuente: tarda menos de 30 min
2.- Obvio y severo: más de 30 min. La mayoría de las noches.

V INSOMNIO INTERMEDIO: (dificultad para mantener el sueño)

0.- Ausente.
1.- Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, y se levanta al baño y tarda mucho en volver a dormir.
2.- Obvio y severo: El paciente se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño, y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y fumar, se debe calificar como 2.

VI INSOMNIO FINAL: (despertar temprano antes de lo habitual).

0 - Ausente
1 - Leve, infrecuente. se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.
2 - Obvio y severo: despierta 1 - 3 hrs. Antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño

VII TRABAJO E INTERESES: (apatía, pérdida de intereses en actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa No considerar en este reactivo fatiga o poca energía).

0.- Sin alteraciones.
1 - Dudoso o trivial: se siente incapaz y poco eficiente.
2 - Leve: tiene que esforsarze para realizar actividades habituales, no tiene intereses, o tiene pocas satisfacciones.
3 - Moderado disminución y clara deficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas, califique 3 si el paciente no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.
4.- Severo: dejó de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que se ha motivado por otras personas.

VIII. RETARDO (psicomotor, lentitud en pensamientos, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente.

0.- Ausente
1.- Leve: aplanamiento afectivo, poco expresivo.
2.- Moderado: voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.
3.- Severo: retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimiento, tarda excesivamente en contestar.
4 - Extremo: estupor depresivo, entrevistarlo es imposible.

IX. AGITACION: (psicomotora, en forma leve puede presentarse combinada con leve retardo, pueden coexistir agitación motora y retardo en el leguaje, calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente)

0 - Ausente.
1.- Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.
2.- Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.
3.- Severo: incluye elementos de 2 más, inquietud extrema que no permite dar continuidad a la entrevista.

X. ANSIEDAD PSIQUICA. (tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprehensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico)

0.- Ausente
1.- Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo pocos síntomas y poco frecuentes.
2.- Leve, expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas a ella, buen control y no lo incapacitan.
3.- Moderado· evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o en frecuencia
4.- Severo: la expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodio de pánico.

XI. ANSIEDAD SOMATICA· (concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia en la micción en síntomas de pánico

0.- Ausente.
1.- Dudoso o trivial: síntomas menores y sólo expresados bajo cuestionamiento.
2.- Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados e incapacitantes.
3.- Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en 2, que se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual
4 - Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes

XII. PERDIDA DE APETITO:

0.- Ausente.
1.- Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros Cantidad normal.
2.- Obvio y severo· reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos

XIII. ANERGIA (Fatiga, se siente cansado y exhausto, pérdida de la energía, pesado, sin fuerza de brazos y piernas)

0 - Ausente.
1.- Leve: poco frecuente. lo nota pero no demasiado marcado.
2.- Obvio y severo. se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea

XIV - PERDIDA DE LA LIBIDO· (califique solamente los cambios relacionados con la enfermedad)

0.- Ausente.
1.- Leve o infrecuente: baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.
2.- Obvio y severo: pérdida completa del deseo sexual.

XV - HIPOCONDRIASIS· (preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas).

0.- Ausente
1.- Leve ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí, si son triviales o dudosamente patológicas.
2.- Moderado· presenta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.
3 - Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que expiica su condición actual (p.ej : cáncer, tumor cerebral, etc), en ausencia de evidencia real para ello.
4 - Extremo· delirio hipocondriáco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa (p.ej · Sífilis, SIDA, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.).

XII. PERDIDA DE APETITO:

0.- Ausente.
1.- Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.
2.- Obvio y severo: reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

XIII. ANERGIA: (Fatiga, se siente cansado y exhausto, pérdida de la energía. pesado. sin fuerza de brazos y piernas).

0.- Ausente.
1.- Leve· poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.
2.- Obvio y severo se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea

XIV.- PERDIDA DE LA LIBIDO: (califique solamente los cambios relacionados con la enfermedad)

0.- Ausente.
1.- Leve o infrecuente: baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.
2.- Obvio y severo pérdida completa del deseo sexual.

XV.- HIPOCONDRIASIS· (preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas).

0.- Ausente
1 - Leve· ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí, si son triviales o dudosamente patológicas.
2.- Moderado: presenta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.
3.- Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual (p.ej.· cáncer, tumor cerebral, etc), en ausencia de evidencia real para ello.
4.- Extremo: delirio hipocondriáco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa (p.ej.· Sífilis, SIDA, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.).

XVI. PERDIDA DE PESO· Deberá evaluarse: A) por historia, desde que comenzó la enfermedad ó B) por cuantificación, desde la última visita)

(A).-
0 - Sin pérdida de peso según el paciente.
1.- Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
2.- Pérdida de peso definitiva, según el paciente.

(B).-
0.- Pérdida menor a 0.5 kgs de peso en el período evaluado.
1.- Más de 0 5kgs de peso.
2.- Más de 1 kg de peso

XVII. INTROSPECCION: (niega enfermedad "nerviosa", atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como de origen emocional)
0 - Ausente.
1.- Leve.
2 - obvio

*1.- Peor por las montañas
2.- Peor por las tardes

* Anotar pero no contabilizar.

XIX DESPERZONALIZACION Y DESREALIZACION (sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas)

0.- Ausente
1 - Leve
2.- Moderado
3.- Severo
4.- Extremo.

XX. SINTOMAS PARANOIDES: (sospecha que le quieren hacer daño, que lo persiguen, etc)

0.- Ausente
1.- Leve ciertas sospechas dudosas.
2.- Moderado evidencia clara de suspicacia.
3.- Severo: presencia de ideas definitivas de referencia.
4.-Extremo: delirios de referencias y / o persecución.

XXI. SINTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS:

0 - Ausente
1.- Leve
2 - Moderado

Tabla 1 Medición de la Independencia Funcional basado en el Indice de Barthel.

CUIDADO PERSONAL

A. Alimentación
B. Apariencia personal.
C Baño / ducha.
D Vestido de la región superior del cuerpo.
E. Vestido de la región inferior del cuerpo.

CONTROL DE ESFINTER

F. Manejo de vejiga
G. Manejo de intestino.

MOVILIDAD

TRASLADO
H. Cama a silla, silla a cama
I. Retrete
J. Tina, baño

LOCOMOCION

K. Caminar / silla de ruedas.
L. Subir escaleras.

COMUNICACION

M Comprensión
N. Expresión.

PERCEPCION SOCIAL

O. Interacción social.
P Solucionar problemas.
Q Memoria.

NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

A. Actividades de alineación. Puntuación

1.- Come en la mesa _____
2.- Come en la cama _____
1.- Corta la carne _____
2.- Enmantecar el pan _____
3.- Comer con tenedor _____
4.- Comer con cucharita y cuchara _____
5.- Beber en vaso _____
6.- Beber en una taza _____
7 -Revolver el azúcar de café, té. _____

B. Actividades de arreglo personal.
1.- Peinarse y cepillarse el cabello
2.- Baño de tina. _____
3.- Afeitarse o maquillarse. _____
4.- Lavarse y secarse las manos y la cara.
5.- Lavarse y secarse las extremidades. _____

C. Actividades de baño en tina o regadera.
1.- Tomar un baño de regadera _____
2.- Baño de tina. _____
3.- Habilidad para secarse después del baño. _____
4.- Habilidad para enjabonarse y lavarse

D Actividades de vestirse y desvestirse.
Parte superior del cuerpo:
1 - Ponerse ropa interior
2.- Quitarse ropa interior. _____
3 - Ponerse una camisa o blusa con botones o cierres _____
4.- Quitarse una camisa o blusa abotonada _____
5.- Ponerse la ropa exterior _____
6.- Quitarse la ropa exterior (abrigo)

E. Parte inferior del cuerpo.
1 - Ponerse ropa interior. _____
2.- Quitarse ropa interior. _____
3 - Ponerse las medias. _____
4.- Quitarse las medias _____
5 - Ponerse los pantalones. _____
6.- Quitarse los pantalones. _____
7.- Atarse los zapatos (agujetas, hebillas)

F. Uso del excusado.
1 - Arreglarse la ropa para usar el excusado _____
2.- Arreglarse la ropa después de usarlo _____
3 - Manipular el cómodo. _____
4 - Aplicarse el urinal o pantalón especial. _____
5.- Aseo anal después de ir al baño _____

G. Control Vesical.
1.- Control vesical hasta llegar al lugar adecuado. _____

H. Control Intestinal.
1.- Control de la defecación hasta llegar al lugar adecuado _____

I Traslados
1.- De la cama a la silla de ruedas _____
2.- De la silla de ruedas a la cama _____
3.- De la silla de ruedas a una silla orinaria ordinaria. _____
4.- De la silla ordinaria a una de ruedas. _____

J. 1 - De la silla de ruedas al excusado. _____
2.- Del excusado a la silla de ruedas _____

K. 1.- Dela silla de ruedas al excusado. _____
2.- De la tina o regadera a la silla de ruedas. _____

L. Movilidad.

Actividades caminando.
1 - Caminar dentro de la casa. _____
2.- Abrir, atravesar y cerrar puertas. _____
3 - Caminar en el exterior _____
4.- Caminar sobre grava. _____
5.- Caminar sobre cemento _____
6.- Terreno accidentado. _____
7.- Subir y bajar banquetas _____
8.- Caminar llevando algo _____
9 - Uso de muletas o baston _____

Actividades en sillas de ruedas.
1.- Levantar y bajar los estribos. _____
2.- Propulsar la silla de ruedas para adelante y frenar 10 metros. _____
3 - Frenar y desenfrenar la silla. _____
4.- Abrir y cerrar una puerta en silla de ruedas, cruzar y regresarse _____

M. Subir escaleras.
1.- Subir y bajar escaleras en un tramo con barandal de un lado . 6 escalones. _____
2.- Subir y bajar un tamo de escaleras sin barandal de un lado. 6 escalones. _____

N. Comprende instrucciones.
1.- Instrucciones sencillas. _____
2.- Instrucciones complicadas. _____

O. Expresa necesidades.
1 - Pide de comer. _____
2.- Avisa para ser llevado al baño. _____

P Realiza actividades en familia o en la comunidad
Q. Opina para resolver problemas familiares _____

R. Memoria
Pasada _____
Presente _____
Futura _____

FIGURA (1)
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

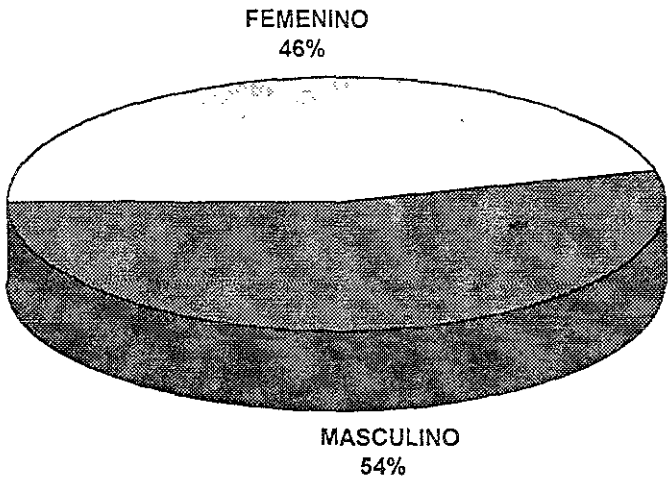
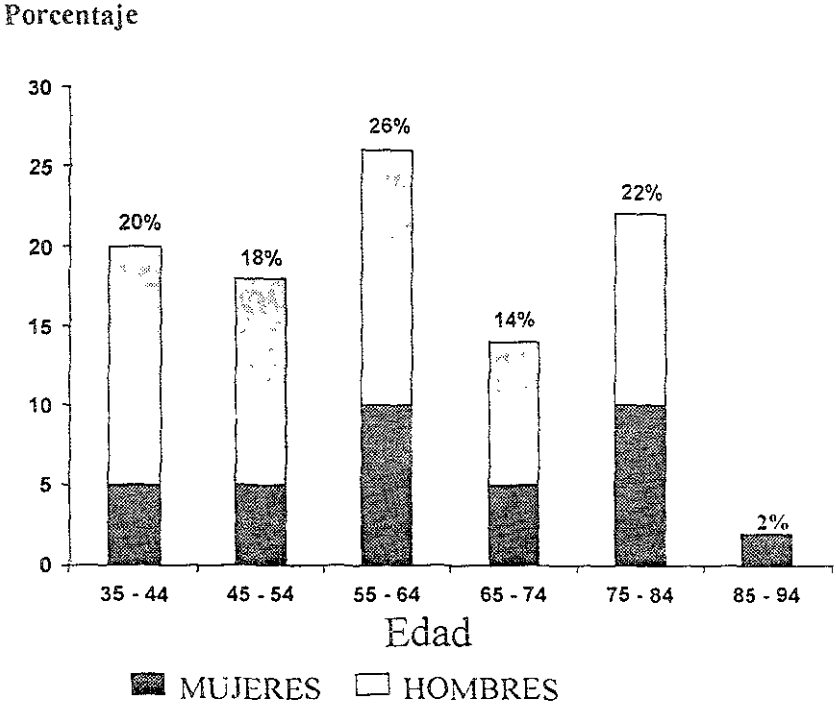


FIGURA 2
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL



CUADRO I

RELACION DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ANTES Y DESPUES DEL EVENTO Y SU ESTADO CIVIL

SITUACION NUMERO (Y PORCENTAJE)

ESTADO CIVIL	CASADOS	SOLTEROS	VIUDOS	SEPARADOS
ANTES DEL EVENTO	37(74%)	5(10%)	8(16%)	0(0%)
DESPUES DEL EVENTO	25(50%)	5(10%)	8(16%)	12(24%)

CUADRO 2

RELACION DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL Y EL GRADO ESCOLAR

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETAS	10	24
PRIMARIA	20	40
SECUNDARIA	9	18
BACHILLERATO	8	16
LICENCIATURA	2	4
POSTGRADO	1	2

CUADRO 3

RELACION DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EDAD PRODUCTIVA Y SU SITUACION EN EL TRABAJO

SITUACION	NUMERO	PORCENTAJE
REINTEGRACION AL EMPLEO ANTERIOR	10	20
CAMBIO DE EMPLEO	5	10
JUBILADOS	4	8

CUADRO 4

SITUACION LABORAL ANTES Y DESPUES DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTES CON EDAD PRODUCTIVA

NUMERO DE PACIENTES	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ACTUAL
2	EMPLEADOS	EMPLEADOS
1	MECANICO	COMERCIANTE
3	ACTIVIDADES DOMESTICAS	ACTIVIDADES DOMESTICAS
3	COMERCIANTE	COMERCIANTE
1	LICENCIADO EN DERECHO	LICENCIADO EN DERECHO
3	OBRERO	EMPLEADO Y JUBILADOS
1	COSTURERA	DESEMPLEADA
1	ELECTRICISTA	COMERCIANTE
2	SECRETARIA	COMERCIANTE
1	PSICOLOGA	PSICOLOGA
1	CHOFER	COMERCIANTE

CUADRO 5

SITUACION ECONOMICA DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EDAD PRODUCTIVA

SITUACION	NUMERO	PORCENTAJE
JUBILADOS	13	26
DEPENDIENTES DEL INGRESO FAMILIAR	18	36

CUADRO 6

PADECIMIENTOS AGREGADOS EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

PADECIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
HIPERTENSION ART. SISTEMICA	19	38
VALVULOPATIAS	13	26
DIABETES MELLITUS	10	20
HIPERTENSION ART. SISTEMICA Y DIABETES MELLITUS	3	6
NINGUNO	5	10

CUADRO 7

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACION DE PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

TIEMPO(MESES)	NUMERO	PORCENTAJE
3 - 6	6	12
7 - 10	23	46
11 - 14	12	24
15 - 18	9	18

CUADRO 8

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

TIEMPO(MESES)	NUMERO	PORCENTAJE
2 - 6	26	52
7 - 11	18	36
12 - 16	3	6
17 - 21	2	4
22 - 26	1	2

CUADRO 9

NIVELES DE GRADO DE DEPRESION

GRADO DE DEPRESION	NUMERO	PORCENTAJE
LEVE	32	64
MODERADA	17	34
SEVERA	1	2

CUADRO 10

CLASIFICACION FUNCIONAL EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

GRADO	NUMERO	PORCENTAJE
I	1	2
II	15	30
III	28	56
IV	6	12

CUADRO 11

COMPARACION DEL TIEMPO DE EVOLUCION DEL EVENTO VASCULAR CEREBRAL Y DEL TIEMPO DE TRATAMIENTO CON BASE A LA CLASIFICACION FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESION

TIEMPO(MESES) CLASIFICACION FUNCIONAL GRADO DE DEPRESION

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	I	II	III	IV	LEVE	MODERADA	SEVERA- B
2 - 6	-	9	15	2	-	-	-
7 - 11	-	5	9	11	15	11	-
12 - 16	-	1	2	-	15	3	-
17 - 21	-	-	2	-	2	1	-
22 - 26	1	-	-	-	-	2	1
TRATAMIENTO DE REHABILITACION							
3 - 6	1	4	1	-	-	5	1
7 - 10	-	9	11	3	18	5	-
11 - 14	-	1	8	3	6	6	-
15 - 18	-	1	8	-	8	1	-

CUADRO 12

CUADROS COMPARATIVOS DE VARIABLES Y CLASIFICACION FUNCIONAL EN RELACION AL GRADO DE DEPRESION

SEXO

VARIABLE	CLASIFICACION FUNCIONAL				GRADO DE DEPRESION		
	I	II	III	IV	LEVE	MODERADA	SEVERA
FEMENINO	1	9	10	3	12	10	1
MASCULINO	-	6	18	3	20	7	-

EDAD

VARIABLE	CLASIFICACION FUNCIONAL				GRADO DE DEPRESION		
EDAD	I	II	III	IV	LEVE	MODERADA	SEVERA
35-44	-	4	5	1	8	2	-
45-54	-	3	4	2	8	1	-
55-64	-	2	10	1	10	3	-
65-74	-	3	3	1	5	2	-
75-84	-	3	6	1	1	9	-
85-94	1	-	-	-	-	-	1

ESTADO CIVIL

VARIABLE	CLASIFICACION FUNCIONAL				GRADO DE DEPRESION		
SITUACION	I	II	III	IV	LEVE	MODERADA	SEVERA
CASADO	-	10	14	1	20	5	-
SOLTERO	-	-	3	2	2	3	-
VIUDO	1	2	4	1	2	5	1
SEPARADO	-	5	5	2	8	4	-

GRADO DE ESCOLARIDAD

VARIABLE	CLASIFICACION FUNCIONAL				GRADO DE DEPRESION		
SITUACION	I	II	III	IV	LEVE	MODERADA	SEVERA
ANALFABETA	1	7	2	-	4	5	1
PRIMARIA	-	2	17	1	14	6	-
SECUNDARIA	-	2	5	2	6	3	-
BACHILLERATO	-	4	3	1	6	2	-
LICENCIATURA	-	-	1	1	1	1	-

RESULTADOS.

Durante el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1996, ingresaron 120 pacientes al programa de plasticidad cerebral, de los cuales solo 50 pacientes reunierón los criterios de inclusión para dicho estudio; correspondiendo el 54% (27) al sexo masculino y el 46% (23) al sexo femenino. (Fig.1)

El promedio de edad en la población estudiada fue de 60 2 años siendo el caso de mayor edad de 92 años y el de menor edad de 35 años con un rango entre 35 y 92 años de edad.

El mayor número de casos se presentó en el grupo de edad de 55 a 64 años, siendo el 26% (13) del total de la población estudiada. el segundo lugar lo ocupó la población entre 75 y 84 años, correspondiendole el 20% (10); al igual que a la población entre 35 y 44 años de edad con un porcentaje del 20% (10) y por último: se encuentra en tercer lugar, el grupo de 45 a 54 años de edad, siendo el 18% (9). (Fig. 2)

Encuanto al estado civil encontramos que, el 74% (37) de los pacientes era casado antes del evento vascular, el 10% (5) eran solteros, seguidos de un 16% (8) que eran viudos; posterior a la Enfermedad Vascular Cerebral el 50% (25) de los pacientes continuaba casado, el otro 24% (12) se habian separado de sus parejas El resto de los pacientes se encontraba en la misma situación civil previo al evento. (Cuadro 1)

El nivel de escolaridad de la poblacion estudiada demostraba que el 20% (10) eran analfabetas, el 40% (20) habian terminado la primaria, El 18% (9) tenían estudios de secundaria, El 16% (8) habian concluido el bachillerato o alguna carrera técnica; encontrandose unicamente el 4% (2) con estudios de licenciatura y el 2% (1) con posgrado en Ciencias Biológicas. (Cuadro 2)

En cuanto a su situación económica; el 34% (17) de los pacientes estudiados dependia de su jubilación, la cual era de dos tipos ya sea por su edad 26% (13) o por invalidez siendo el 8% (4).

Del total de la población el 38% (19) se consideraban económicamente productivos; por lo que el 20% (10) se reincorporo nuevamente a su empleo previo al evento vascular, sin ninguna variación en cuanto a su ingreso percapita. Entre estos pacientes se encontraban: empleados de oficina a 2. comerciantes 3, empleados domésticos 3, licenciado en derecho 1, y licenciado en psicología 1; el 10% (5) de esta población tuvo que cambiar de empleo, debido a que las

características del anterior. no eran compatibles con su estado físico actual de los pacientes. (Cuadros 4 y 5)

El resto de la población 36% (18) eran dependientes en su totalidad de la economía familiar; siendo el 64% (32) participativos de la economía familiar ya sea por su jubilación. reincorporación al empleo anterior o cambio del mismo. (Cuadros 4 y 5)

Durante la realización del estudio no se pudo establecer la etiología real de la Enfermedad Vascular Cerebral tanto por desconocimiento del paciente, como por no ser un dato que se pudiese localizar en el expediente clinico Sin embargo se investigó acerca de las patologías agregadas más frecuentes; encontrandose las siguientes en primer lugar la Hipertensión Arterial Sistémica en el 38% (19) de los pacientes, siguiendo en forma decreciente las valvulopatías de origen reumático en un 26% (13), Diabetes mellitus 20% (10) también se encontró en forma asociada la Diabetes mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica el 6% (3) y el 10% (5) que no referían ningun tipo de patologia asociada (cuadro 6)

En cuanto al tiempo que habian recibido tratamiento de rehabilitación, se hicierón los siguientes grupos, considerando desde el inicio del tratamiento hasta el momento de la entrevista, obteniendose los siguientes resultados· e 12% (6) se encontraban en el primer grupo de 3 a 6 meses, en el segundo grupo de 7 a 10 meses se encontraba el 46% (23), de 11 a 14 meses el 24% (12) y por ultimo de 15 a 18 mese el 18% (9) (Cuadro 7)
El 52% (26) de los pacientes tenian de 2 a 6 meses de evolucion de la Enfermedad vascular cerebral, el 36% 9(18) tenian entre 7 y 11 meses, el 6% (3) tenian de 12 a 16 meses de evolución del evento, de 17 a 21 el 4% (2) y de 22 a 26 meses el 2% (1). (Cuadro 8)

La evaluación del estado depresivo nos llevo a los siguientes resultados· el 64% (32) presentaba una depresion leve, el 54% (27) moderada y el 2% (1) severa (Cuadro 9)

En cuanto a la independencia funcional se encontro que la mayoria de los pacientes se encontraban en el grado III representando el 56% (28). seguido el grado II con un 30% (15) posteriormente los que se encontraban dentro del grupo IV con un 12% (6) y al final con un 2% (1) los del grupo 1 con una mayor incapacidad funcional con respecto alos otros grupos (Cuadro 10)

En la valoración de la respuesta del paciente al tratamiento de rehabilitación se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a la clasificación funcional · el 2% (1) de los pacientes se encontraba en el grado I, el 30% (15) en el grado II, 56% (28) grado III y el 12% (6) en el grado IV. (Cuadro 10)

En la comparación con el tiempo de evolución de la enfermedad; en primer lugar el mayor número de pacientes tenía de 2-6 meses de evolución, siendo el 52% (26) y de estos el 30% (15) se encontraban en un grado III de funcionalidad; el 18% (9) con un grado de funcionalidad II; y el 4% (2) en el grado IV. En cuanto al grado de depresión la mayoría de estos pacientes se encontró con un grado leve, siendo el 30% (15) y con un grado moderado el 22% (11).
En segundo lugar se encontraron los pacientes con un tiempo de evolución de 7-11 mese en un 36% (18) y de estos el 18% (9) con un grado de funcionalidad III; el 10% (5) un grado II y el 8% depresión leve y el 6% (3) una depresión moderada. El 10% (5) de los pacientes restantes se encontraron con un tiempo de evolución mayor, pero aun así con un grado de funcionalidad II y III y con un grado de depresión leve y moderada; solo el 2% (1) con un tiempo mayor (25 meses) y con un grado de depresión severo. (Cuadro 11)

Estos resultados en correlación con el tratamiento de rehabilitación muestra que siendo un menor tiempo de evolución de la enfermedad, con un tratamiento por consiguiente iniciado más tempranamente y ya con mayor tiempo de realizarlo, el grado de funcionalidad en entre el II, III y IV; cuantificando esto de la forma siguiente la mayoría tenía un tiempo de evolición de la enfermedad entre 2 y 16 meses. asiendo el 42% (21) de los pacientes; el 46% (23) con un tiempo de 7 - 10 meses, de esos el 22% (11) con un grado de funcionalidad III, y el 8% (9) grado II, el 6% (3) restan con un grado IV En cuanto al grado de depresión éstos pacientes precentaron en un 36% (18) una depresión leve, y el 10% (5) restante una depresión moderada

El 24% (12) con un tiempo de tratamiento de rehabilitación de 11 - 14 meses, de los cuales el 16% (8) un grado funcional III, el 6% (3) grado IV y solo el 2% (1) con un grado II. Así mismo el grado de depresión fué leve moderado con el 12% (6) para cada grado.

El 6% "8" con un tiempo de tratamiento entre 15 - 18 meses se encontro un grado funcional de III y el 2% (1) con un grado II; y el cual el grado de depresión el 16% (8) con un grado leve y el 2% (1) con un grado moderado.

Con un tiempo más corto de tratamiento en 3 - 6 meses, solo se encontro el 12% (6) del total de los pacientes, de éstos el 8 (4) con grado funcional II. grado III y solo el 2% (1) restante con un grado funcional I, mismo que presentó una depresión severa: el resto de éstos pacientes el 10% (5) un grado moderado.
(Cuadro 11)

Al analizar comparativamente con la clasificacion funcional y el grado de depresión en las diferetes variables investigadas en este estudio, se encontraron los siguientes resultadados:

Del 46% (27) corresponden al sexo masculino, el 36% (18) se clasificó con un grado funcional III, el 12% (6) con un grado II y el 6% (3) con grado IV. En cuanto al grado de depresión el 40% (20) se encontro con una depresión leve y el 14% (7) con un grado moderado. (Cuadro 12)

En cuanto a la edad el mayor número de pacientes el 26% (13) tuvieron entre 55 y 64 años, de los cuales el 20% (10) se clasifico en un grado funcional III el 4% (2) grado II y el 2% (1) con un grado IV. El grado de depresión fué leve el 20% (10) y moderado en el 6% (3).

El 20% (10) de los pacientes estudiados con una edad entre 75 - 84 años se clasificó con un gradi funcional II y en un 12% (6), el 6% (3) grado II y el 2% (1) grado IV. El grado de depresión fué leve y moderado en un 2% (1) grado IV El grado de depresión fué leve y moderado en un 2% y 18% respectivamente.

El grupo de edad entre 35 y 44 años tambien con un 20% (10) el totall de la población mostro el 10% (5) con un grado III en la clasificación funcional; el 8% (4) con un grado II y el 2% (1) con grado IV El grado de depresión en el 16% (8) fué leve y en el 4% (2) moderado

El quinto grupo de edad compredendido entre los 65 - 74 años con el 4% (7) del total de la población, también fueron clasificados en el grado II, III y IV defuncionalidad con el 6% (30) respectivamente en los grados II y III y en un 2% (1) en el grado IV Así mismo con el grado de depresión fué leve en un 10% (5) y moderado en un 4% (2).

En el último grado de edad entre 85 - 94 años solo se encontro un paciente de 92 años, con 25 meses de evolución de la enfermedad con un inicio tardío del tratamiento (6 meses) y por consiguiente con un grado funcional I y con una depresión severa. (Cuadro 13)

En el estado civil de los pacientes en relación con la clasificación funcional y en el grado de depresión mostró que el 50% (25) de los pacientes erán casados, y de estos el 28% (14) tenían un grado de funcionalidad III; el 20% (10) con grado II y el 2% (1) un grado de IV; la depresión fué leve en el 40% (20) y moderada en el 10% (5).

El 24% (12) se encontraban separadas, clasificados en un grado funcional II y III con un 10% (5), y en grado IV el 4% (2); su clasificación en cuanto al grado de depresión fué en un 16% (8) leve y en 8% (4) moderada.

Hubo un 10% (5) de pacientes solteros con clasificación funcional III y IV en un 6% (3) y 4% (2) respectivamente y con depresión leve en el 16 % (8) y moderada en el 8% (4).

Los pacientes viudos fueron en un total de 16% (8) clasificados en grados funcionales II y III en su mayoria excepto en el 2% (1) que presentó grado I, además de una depresión severa, el resto con depresión leve y moderada. (Cuadro 14).

Con respecto a la escolaridad el 40% (20) contaba con primaria, encontrandose clasificados en dos grados fduncionales II, III y IV, en un 4%, 34% y 2% respectivamente; con una depresión leve en el 28% y moderada en el 12%

El 20% (10) eran analfabetas con grado funcional I y en el 2%, grado II en el 14% y grado IV en el 4%. La depresión leve en el 8% moderada en el 10% y severa en el 2%.

El 18% (9) tenia secundaria, de los cuales el 8% (4) con grado II y IV de funcionalidad en un 4% respectivamente, y con un 10% (5) en clasificación funcional III. En cuanto a la depresión esta fué leve en un 12% (6) y moderada en 6% (3).

El nivel bachillerato se encontro en el 16% (8), de los cuales 8% (4) tenia un grado funcional II; el 6% (3) grado III; y el 2% (1) grado IV. Con una depresión leve en el 12% (6) y moderada en el 4% (2).

El nivel licenciatura solo fué encontrada en un 4% (2) del total de la población, con clasificación funcional III y IV y con grado de depresión leve y moderado.

Y por ultimo un paciente de post - grado, correspondiendo al 2% (1) con nivel funcional IV y grado de depresión leve. (Cuadro 15)

DISCUSION.

Los 50 pacientes incluidos en el presente estudio corresponde al 41.6% del total de la poblacion que ingreso al programa de plasticidad cerebral durante el perio estudiado en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

El promedio de edad del grupo estudiado fué del 60 2 años
El sexo más afectado fué el masculino no siendo este un dato muy significativo, ya que la diferencia fue solo del 8 con el sexo femenino: por lo que esta variable no represento un factor determinante en el grado de depresión

Es importante hacer notar que la mayoria de los pacientes incluidos en el estudio eran casados correspondiendo al 74%, antes del evento vascular cerebral: y que posterior al mismo la cifra disminuyó en un 24% que se encontraban separados de sus parejas, lo que fué un factor determinate en su evolución para presentar un grado de depresión que pasara del leve a moderado, sin presentarse ningun caso de depresión severa en relación a este aspecto pero no fue así en el único paciente que se encontró con una depresión severa, quien era del sexo femenino y la cual era viuda y dependiente economicamente de sus familiares apoyando este hecho la importancia de la relación con la pareja

El grado de escolaridad en nuestra población en primer lugar fué a nivle primaria en un 40% y en segundo lugar correspondio al analfabetismo con un 24% A este respecto se observó que los pacientes que tuvieron un nivel de escolaridad superior como fué bachillerato, licenciatura y post-grado, que aunque fueron fueron pocos pacientes los encontrados en este nivel, nos permitio observar que ha mayor nivel de preparación escolar, menor el grado de depresión y mayor el grado en cuanto a clasificación funcional.

La situación en el trabajo en nuestra población mostró un 62% en edad no productiva, y un 38% en edad productiva; sifra que se encuentra en relación a que la mayoria de los pacientes tenian entre 55 y 64 años de edad. En esta aspecto fué notorio que los pacientes en edad productiva se reintegraron a su trabajo en su mayoria y los que no lo icieron desempeñaron otro oficio; minoria eran jubilados, lo que les permitia de alguna manera participar en la economia familiar otorgándoles así mayor seguridad y deseos de mejorar, despertando asé el interes por la ralización de su tratamiento. Este echo contribuyó a que la mayoría solo presentará un grado de depresión leve y con una independencia funcional en grado III.

La reintegración del paciente con secuelas de alguna enfermedad vascular cerebral, no solo está en relación a la edad sino que también se encuentra en relación con el nivel de escolaridad, en donde la mayoria solo cuenta con la primaria seguidos de los que son analfabetas; dos factores que los colocan en desventaja para un mejor empleo y remuneración. Así también el ser un trabajador

eventual y no formar parte de un sindicato o un medio que defienda sus derechos lavorales

Otro hecho que apoya esta situación es el desconocer sus habilidades y actitudes en el trabajo lo que no les permite considerar otras alternativas, cantrandose en empleos que no satisfacen sus necesidades personales y económicas, facilitando estos hechos la presencia de la afectación del área psicológica como son el estado de ánimo, y la aparición de síntomas como insomnio ansiedad. tanto de ánimo, y la aparición de síntomas como insomnio, ansiedad pérdida del apetito y pérdida de peso entre otros; los cuales son factores considerados para la presencia de depresión.

Cabe señalar que existe otros factores limitantes en la reintegración del *paciente al trabajo. tales como sus criterios de contratación por la empresa, que* apesar de la capacidad del individuo, no contratan personas mayores de 50 años o no lo recontratan por su incapacidad física, sino que consideran las enfermedades agregadas como un riesgo constante en el trabajo menor producción y un mayor gasto indemnización.

En este estudio la depresión fué diagnosticada en todos los pacientes, siendo en su mayoría en un grado leve, que correspondio al 64; un grado moderado con el 34 y solo un 2 con un grado severo.

Al relacionar la presencia de depresión con el tiempo de evolución de la enfermedad y el tiempo de tratamiento de rehabilitación, se comprobó que aquellos pacientes con un tiempo de evolución menor y un mayor tiempo de tratamiento. así como inicio temprano del mismo se encontraban con una depresiónleve y en menor número con una moderada.

Otro factor importante que determina el grado de depresión en la independencia funcional, siendo mayor en aquellos con un grado de depresión leve

El presente estudio mostró buenos resultados en la independencia funcional clasificándolos principalmente en los grados III y II sucesivamente.

En esta serie de pacientes se observaron actitudes en el paciente que limitan o impiden su reavilitación temprana y su rehintegración a una vida normal; iniciando por un desconocimiento y falta de información acerca de la existencia de los diferentes centros de rehabilitación ignorar el tipo de servicio y tratamiento que en ellos se da. así como la importancia de realizarlo; lo que causa que en muchas ocasiones se acuda tardíamente, aunque en la actualidad se está observado que los pacientes acuden más tempranamente por indicación de los médicos tratantes durante la estancia intrahospitalaria y una muestra es este

CONCLUSION.

El estudio mostró que los pacientes con secuelas de enfermedad vacular cerebral cursan con diferentes grados de depresión, lo cual depende de diversas variables sociales y culturales, como son la edad, el grado de escolaridad, la situación laboral y el estado civil, actividades sociales y culturales que fallan después de una enfermedad vascular cerebral.

Así mismo el nivel de independencia funcional con el cual queda el paciente posterior al evento vacular Determinará el grado de depresión, siendo mayor la independencia funcional en aquellos con menor grado de depresión ya que muestran una mejor respuesta e intervención para el tratamiento de rehabilitación Por tal motivo la independencia funcional es también afectada por el grado de depresión , ya que con menor participación del paciente por encontrarse deprimido, los programas serán mal realizados por consiguiente afectarán la buena evolución hacia un grado de independencia funcional mayor .

De aquí que es importante un diagnóstico temprano de la depresión en este tipo de pacientes, para ortogar un tratamiento oportuno de la mismsy así mejorar el estado psicológico y afectivo de los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral. Y así de esta manera entender los cambios en la naturaleza social y emocional después del evento vascular y poder realizar medidas que intervengan para lograr un menor efecto sobre la rehabilitación de estos pacientes.

Todo esto con el objetivo siempre de otorgar una mejor calidad de vida al paciente hecho que es considerado como objetivo principal en la rehabilitación

El trabajo que aquí se presenta, en este grupo demostró que es un hecho la presencia de la depresión en los pacientes con secuelas de una enfermedad vascular cerebral y que esta depende de varios factores, pero lo más importante es que nos permite considerarlo como un trabajo preliminar en la detección de la depresión y su intervención en el tratamiento de la rehabilitación Y por consiguiente tener presente que el estudio y diagnóstico de depresión depende además de muchos otros factores que sería importante investigar en estos pacientes, como sería el tipo de personalidad previa a la enfermedad

REFERENCIAS

1.- S. S: El perfil de la Salud en México 1996
2.- Sandin K. J: Stroke Rehabilitation, Aspectos Epidemiology. Arch Phys Med Rehabil. 1994, 75· S35 - S42
3.- Mayo Clin. Epidemiology and recovery. Phys Med Rehabil. 1993; 7(1): 1 -25
4.- Wolf P. A Belanger A J· Management of risk factors Neurol Clin. 1992; 10(1): 177 - 191
5 - Goldberg G. Secondary stroke prevention. Phys Med Rehabil Clin North Am: 1991; 2(3): 517 - 527
6.- Penning B: Pathophysiologylogy of stroke. Neuroimag Clin North Am 1992, 2(3). 389 -408
7.- Allan W C. Riviello J.J Jr. Perinal cerebrovascular disease in the neonate. Clin Pediatr Nort Am: 1992; 39 (4) 621 - 50
8.- Dusser A: Ischemic stroke in children: J. Child Neurol 1986, 2. 131 - 36
9.- Bogousslausky J: Ischemic stroke in patient under age 45: Neurol Clin: 1992; 10(1) 63 - 85
10.- Milden L.N: Pathophysiology of ischemic brain injury. Crit Care Clin:1989; 5(4) 729 - 53
11.- Kawalick M· Stroke syndromes. Phys Med Rehabli: 1985; 3(3) 469 - 77
12.- Donnan G.A: The stroke sysndrome of striatocapsular infartion. Brain: 1991; 114; 51 -70
13.- Caplan L.R: Diagnosis and treatment of ischemic stroke JAMA 1991, 266; 2413 - 2418
14.- Jamieson: Acute management of the stroke patient Phys Med Rehabil Clin North Am: 1991; 2(3) 437 - 55
15.- Karl J. Sandin: Stroke Rehabilitation; Arch Phys Med Rehabil 1994; 75S52 - S55
1.- DSM - IV Manual Diagnostica y Estadistico de las trastornos mentales De la Sociedad Americana de Psiciatia 1994
17.- Malec J.F: Types of affective response to stroke Arch phys Med Rehabil: 1990; 1; 279 - 84
18.- Toedter L.J. Psychological Meassures· Reliability in Assessment of stroke. Arch Phys Med Reahalil: 1995; 76. 719 -725
19.-David Sinyor: Poststroke depression and lesion location Brain: 1986; 109: 537 - 46
20.- Allan House: Disorders after stroke and their ralation to lesion location: Brain. 1990; 113: 1113 - 1929
21.- Barry S. Alpha 2 adrenergic receptor function in poststroke depression. Psychol Med 1990; 20: 305 - 309
22.- Bryer J. B. Reduction of C5F monoaminometabolites. In stroke depression J. Neuropsychiatry Clin Neurosci 1992; 4 440 - 42

23 - Manfred Herrmann. Stroke 1995; 26: 850 - 56
24.- Margaret Kelly. Assessnent and psychologic factors in stroke rehabilit. Neurology, 1995 45 suppll 529 - 535
25.- Evans R.L. The familys role in stroke rehabil Am J Phys Med Rahabil. 1992, 71 135 - 139
26.- FFriedland J.F Social Support Intervention after stroke Arch Phys Med Rehabil. 1992; 73: 572 - 581
27.- Franco Angeleri. The influence of depression social activity and family stress on functional outcomeafter stroke
28 - Manfred Herrmann. Depressive changes in stroke patients Disability and Rehabilitation: 1993; 15: 55 - 66
29 - G A. Fava. The Hamilton depression rating scale in normals and depresives Acta Psychiat Scand. 1982; 66 - 32
30 - Jerome A. Development and validation of a geriatric depression screening scale. J Psychiatry Res 1983; 17. 37 - 47
31.- Lyn Jongbloed. Adaption to a stroke. The American Journal of Occupational Theraphy 1994; 48 1006 - 1013
32 - Pamela W Duncan Stroke Disability. Physical Therapy 1984: 74: 399 - 4077

SALA DE LA BIBLIOTECA