

Dr.
Felipe
de
Jesús
García
Ruiz



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.”

2022

“Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

Presenta:

Dr. Felipe de Jesús García Ruiz

Dirigido por:

Dr. José Juan García González

Co-Director

Dra. María Eugenia Mansilla Echevoyen

Querétaro, Qro. a 22 De Febrero de 2022



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Geriatría

“Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Geriatría

Presenta:

Dr. Felipe de Jesús García Ruiz

Dirigido por:

Dr. José Juan García González

Co-dirigido por:

Dra. María Eugenia Mansilla Echevoyen
Dra. Rocío Berenice Rodríguez Montoya
Dra. Daniela Carolina Fernández Ibarra
Dra. María de los Ángeles Ramos Reyes

Dr. José Juan García González
Presidente
Med. Esp. Guillermo Antonio Lazcano Botello
Secretario
Med. Esp. Juan Carlos Márquez Solano
Vocal
Med. Esp. Rocío Berenice Rodríguez Montoya
Suplente 1
Dr. Miguel Ángel Alexandro Rangel Alvarado
Suplente 2

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario Febrero 2022.
México.

DEDICATORIA

A todos los que han creído en mí a lo largo de estos años, mi cariño y aprecio incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social, por permitirme ser parte de tan noble Institución, por brindarme las herramientas como Médico Residente, para formarme de manera íntegra y competente como especialista en Geriatría, así como el apoyo para lograr el presente trabajo de Tesis.

Al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, Delegación Querétaro, por ser mi casa estos cuatro años, al personal del mismo por contribuir a mi formación como médico especialista. Al Dr. Juan García González, por su apoyo y guía para lograr esta tesis, al Dr. Márquez S. profesor titular de la especialidad, por dar ejemplo y fijar altos estándares de calidad humana y académica para la atención Geriátrica. Al Dr. Lazcano por su voluntad incansable de formar Geriatras comprometidos y humanos.

A la Universidad Autónoma de Querétaro, por su apoyo durante todo el ciclo académico.

De manera especial a Ilse Serratos, por su apoyo incondicional para iniciar este viaje, mi mayor aprecio y gratitud.

A mis amigos, Lupita R, Laura F, Mafer R, Marissa S, y todos mis amigos y compañeros que hicieron más llevadera la aventura de la Residencia.

A mis Hermanos Miguel, Raúl y Diego, por su apoyo incondicional.

Por último a Andrea, por estar en este momento decisivo; por sufrir y disfrutar conmigo este capítulo final. Por todo tu amor y comprensión. Por ayudarme a crecer y ser mejor ser humano. Mi eterno amor y gratitud.

ÍNDICE

1. Portada externa.....	1
2. Portada interna.....	2
3. Dedicatoria.....	3
4. Agradecimientos.....	4
5. Índice.....	5
6. Índice de cuadros	5
7. Índice de Tablas y figuras.....	5
• Tabla 1.....	34
• Tabla 2.....	36
• Tabla 3.....	35
• Figura 1.....	33
• Figura 2.....	35
8. Abreviaturas y siglas.....	7
9. Resumen en español.....	8
10. Abstract.....	9
11. Introducción/planteamiento del problema.....	10
12. Antecedentes.....	10
• Definición.....	11
• Epidemiología.....	11
• Depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral.....	13
• Factores de riesgo para depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral.....	13
• Deterioro funcional.....	14
• Impacto en el estado de salud.....	14
• Asociación entre depresión y demencia.....	15
• Depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral y suicidio.....	15

• Depresión y otros desenlaces adversos en el estado de salud.....	15
• Fisiopatología.....	16
• Escalas para identificar pacientes con depresión y afasia....	16
• Tratamiento afasia asociada a EVC.....	20
• Escalas para evaluar afasia en pacientes con EVC.....	22
13. Hipótesis.....	25
14. Objetivos.....	25
15. Metodología	
• Diseño de la investigación.....	26
-Tabla 1.....	28
• Variables a considerar e instrumentos utilizados.....	29
-Tabla 2.	30
-Tabla 3.....	32
-Tabla 4.....	33
• Consideraciones éticas.....	33
• Procedimiento.....	36
• Análisis estadístico.....	37
16. Resultados.....	38
-Figura 1.....	38
-Tabla 5.....	39
-Figura 2.....	40
- Figura 3.....	40
- Tabla 6.....	41
- Figura 4.....	41
-Figura 5.....	42
17. Discusión.....	43
18. Conclusiones.....	45
19. Propuestas.....	46
20. Bibliografía citada.....	47
21. Anexos.....	49

- Carta de consentimiento informado para el paciente.....49
- Carta de consentimiento informado para el cuidador principal.....51
- FAST.....53
- SAD-Q10.....56
- GDS.....57
- Hoja de recolección de datos FAST.....58
- Hoja de recolección de Datos GDS-SADQ-10.....64

Abreviaturas:

Abreviatura Significado

EVC	Evento Vascular Cerebral
GDS	Geriatric Depression Scale
FAST	Frenchay Aphasia Screening Test
SADQ-10	Stroke Aphasia Depression Questionnaire-10
USA	United States of America
5-HT	5- hidroxitriptamina
IL-6, IL1B, IL8, TNF	Interleucinas 1, 1b, 6, 8, Factor de necrosis Tumoral
BDA	Boston Diagnostic Aphasia
WAB	Western Aphasia Battery
PICA	Porch Index Communicative Abilities
ISRS	Inhibidores Selectivos de Receptores de Serotonina
HAS	Hipertensión Arterial Sistemica
DT	Diabetes
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
HGR1	Hospital General Regional Numero uno
SAOS	Sindrome de Apnea Obstructiva del Sueno

RESUMEN.

*La alta prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en la población general y uno de sus principales factores de riesgo que es el envejecimiento, no solo debido a la edad sino a las comorbilidades cardiovasculares concomitantes, constituye una de las principales causas a nivel mundial de discapacidad y mortalidad. La combinación de depresión-evento vascular cerebral, es un predictor de mal pronóstico y pobre recuperación del nivel funcional. Además, en el presente trabajo se explora la hipótesis de que aquellos pacientes que presentan algún tipo de alteración del lenguaje tienen una mayor prevalencia de depresión. **OBJETIVO GENERAL:** Determinar la prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo, observacional y retrolectivo. Criterios de inclusión: pacientes adultos mayores de 60 años y más con antecedente de EVC isquémico o hemorrágico entre 3 y 6 meses previos al estudio. Se aplicó la escala de GDS de 15 puntos para identificar los pacientes con depresión, la aplicación del Frenchay Aphasia Screen Test para identificar paciente con afasia y la escala de SADQ-1 para identificar pacientes con depresión y afasia. **RESULTADOS:** Se analizaron 37 individuos, adultos mayores con una edad promedio de 70.7 años. Al analizar los tipos del evento vascular cerebral, resultaron ser hemorrágicos 24.3%, y fueron isquémicos en 75.7% del total. En cuanto a la lateralidad del evento se observó izquierdo en 16 casos, correspondiente a 43.2% y derecho en 21 pacientes igual al 56.8% de la muestra. Al aplicarse la herramienta FAST, un total de 10 pacientes se encontraron con afasia, lo que representó el 27%, así como 27 pacientes sin afasia equivaliendo al 73% de la población estudiada. De los 27 pacientes sin afasia los que se les aplicó la herramienta GDS; 12 que representan 32.4% resultaron con puntuación compatible con depresión, y 15 pacientes que representan el 40.5% del total, sin depresión De los pacientes con afasia y en los cuales se aplicó el SADQ-10 se obtuvo un 50 % de los pacientes con puntuación compatible con depresión.*

Palabras clave: *adultos mayores, afasia, depresión, evento vascular cerebral.*

ABSTRACT

The high prevalence of cerebrovascular disease in the general population and one of its main risk factors, which is aging, not only due to age but also to concomitant cardiovascular comorbidities, constitutes one of the main causes of disability worldwide and mortality. The combination of depression-cerebrovascular event is a predictor of poor prognosis and poor recovery of functional level. In addition, in the present work the hypothesis is explored that those patients who present some type of language alteration have a higher prevalence of depression. GENERAL OBJECTIVE: To determine the prevalence of depression with aphasia in older adults who suffered a cerebrovascular event in the last 6 months. MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional descriptive, observational and retrolective study. Inclusion criteria: adult patients aged 60 years and older with a history of ischemic or hemorrhagic stroke between 3 and 6 months prior to the study. The 15-point GDS scale was applied to identify patients with depression, the application of the Frenchay Aphasia Screen Test to identify patients with aphasia, and the SADQ-1 scale to identify patients with depression and aphasia. RESULTS: 37 were analyzed individuals, older adults with an average age of 70.7 years. When analyzing the types of cerebral vascular event, 24.3% were hemorrhagic, and 75.7% of the total were ischemic. Regarding the laterality of the event, left was observed in 16 cases, corresponding to 43.2%, and right in 21 patients, equal to 56.8% of the sample. When applying the FAST tool, a total of 10 patients were found to have aphasia, which represented 27%, as well as 27 patients without aphasia, equivalent to 73% of the study population. Of the 27 patients without aphasia who were applied the GDS tool; 12, representing 32.4%, had a score compatible with depression, and 15 patients, representing 40.5% of the total, without depression. Of the patients with aphasia and in whom the SADQ-10 was applied, 50% of the patients with a score were obtained consistent with depression.

Keywords: **older adults, aphasia, depression, cerebral vascular event.**

Introducción/Planteamiento del problema

Hasta el momento, se desconoce cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con afasia en población mexicana. Por una parte las personas que presentan EVC están en mayor riesgo de presentar depresión, sin embargo, aquellas personas que presentan afasia tienen problemas para expresar los síntomas depresivos, quedando así expuestas a no ser identificadas. El instrumento de medición de depresión en pacientes con afasia o SADQ, fue desarrollado para detectar el estado de ánimo depresivo en pacientes con un evento vascular y afasia significativa que viven en comunidad; este cuestionario ha sido validado y está diseñado para ser contestado por el cuidador del paciente, en el presente estudio, se identificarán pacientes con EVC, así como identificar aquellos que presentan afasia a través del cuestionario FAST los que presentan depresión por GDS y los que presentan depresión y afasia por medio del cuestionario SADQ, de tal forma que se pueda tener un panorama integral de la depresión en pacientes con EVC incluidos aquellos que tienen afasia. De esta forma establecemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses?

ANTECEDENTES

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es sumamente común, una de cada cuatro personas se verá afectadas durante el transcurso de la vida, representa la segunda causa de muerte y la tercera causa de discapacidad en adultos alrededor del mundo. Se estima que ocurren 9.6 millones de episodios isquémicos y 4.1 millones de eventos hemorrágicos alrededor del mundo cada año, incrementando la incidencia absoluta en pacientes de mayor edad. (1) En México, la EVC es responsable de 5.8% de las defunciones y 1% de todas las causas de hospitalización, siendo la tercera causa de muerte a nivel mundial. Es una de las principales enfermedades neurológicas que desarrollan depresión, la que se presenta por las limitaciones y secuelas que deja en el paciente o bien por lesiones directas que ocurren en el sistema nervioso central. (2) Reportes de

la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México han mostrado que seis de cada 20 mexicanos presentan algún trastorno mental durante su vida y tres de cada 20 son por depresión; su frecuencia es de 12% en mujeres y 7% en hombres, aunque la cifra varía cada año. (2)

Definición.

El evento vascular cerebral se define como un déficit neurológico atribuido a una lesión aguda y focal del sistema nervioso central. La gran mayoría son de origen isquémico, debido a la oclusión arterial del flujo cerebral; los hemorrágicos son secundarios a lesiones que alteran la integridad de los vasos sanguíneos y ocasionan sangrado. El diagnóstico inicial es clínico, con la presentación súbita de un déficit neurológico, el territorio de la circulación afectada, dará cuenta de las manifestaciones clínicas del paciente.

La afasia es la pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una disfunción en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral. (1)

Epidemiología.

Estimaciones indican que alrededor del 90% de los eventos vasculares cerebrales son atribuibles a factores de riesgo modificables: el principal es la hipertensión arterial sistémica, seguidos por tabaquismo, diabetes, dislipidemia e inactividad física. La fibrilación auricular constituye también un factor de riesgo para EVC isquémico en personas de edad avanzada. Aproximadamente el 89% de los pacientes tendrán afectación en cara, extremidades o lenguaje. (2)

Dentro de la esfera afectivo-cognitiva, la depresión es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente tras un ictus, además pueden aparecer tras un ictus: ansiedad, irritabilidad, agitación, incontinencia emocional, modificación de la experiencia emocional, alteraciones del sueño, alteraciones del comportamiento como desinhibición, apatía, fatiga y síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. (3)

La depresión en los adultos mayores tiene características especiales pues la o los mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. (4) La depresión mayor es más frecuente en personas con antecedentes de depresión en etapas previas de su vida en comparación con personas sin antecedente (10,3% vs 1,8%). (4) Un estudio reciente en población de adultos mayores (n=17 000) utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria (5). Cabe recalcar que las cifras son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Euro-dep. (4)

En México, la incidencia es de 22 por cada 10,000 personas en edades entre 45 a 54 años y aumenta a 83 por cada 10,000 en personas con edades de 65 a 74 años. (4) Existe asociación entre depresión y mortalidad por EVC; estudios en el Alameda County, California han demostrado durante seguimiento de 29 años, que la presencia de cinco o más síntomas depresivos se asocia un riesgo 50% mayor en comparación con personas que no tiene depresión. (2) En Italia, en el 2004, Angelelli et al. comprobaron la aparición de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EVC, y que los mismos se presentaban con frecuencia, coexistiendo varios de ellos tales como: depresión (61%), irritabilidad (33%), trastornos alimentarios (33%), agitación (28%), apatía (27%) y ansiedad (23%). (5)

De 70 a 80% de los pacientes con EVC son de tipo isquémico y hemorrágico del 20 a 30%; el 40% de los supervivientes permanecen con secuelas que los llevan a la dependencia parcial o total y un 30% llega a desarrollar demencia. Existe una incidencia similar en México; en un reporte de 669 enfermos de 39 a 99 años de edad (media: 72 años), 488 casos fueron de tipo isquémico (72.94%), 135 fueron hemorragias parenquimatosas (20.17%) y

46 hemorragias subaracnoideas (6.8%); la zona más afectada fue la de la arteria cerebral media (84.30%). (5) Así como la prevalencia de la enfermedad vascular cerebral ha ido aumentando en los países en desarrollo, debido a la edad avanzada y a los factores de riesgo cardiovascular. La depresión post EVC es una secuela común, que empobrece el pronóstico y causa discapacidad. La prevalencia se estima muy variable alrededor del mundo, siendo de 14.3-62.2%. (6)

Si bien la prevalencia ha sido ampliamente descrita por múltiples estudios, se ha visto una importante heterogeneidad entre más de 50 estudios de cohorte, reportando la frecuencia de la depresión entre un 2% a un 55%, y entre un 29-31% en distintos meta análisis. (2)

Depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral.

Sin embargo, existe poca evidencia entre la asociación de la depresión posterior a un EVC con factores sociodemográficos, de estilo de vida, de acuerdo a la presentación del EVC. (2) En este estudio se evidencia también un aumento en la mortalidad con un hazard ratio de 1.52, para los pacientes que presentaron depresión post EVC.(5)

La evidencia actual, sugiere que la depresión post EVC es una forma de depresión vascular, y aunque los caso de depresión post EVC se asocian a la oclusión de grandes vasos, y la depresión vascular se asocia a la enfermedad de pequeño vaso, se han encontrado similitudes entre estas dos condiciones, como una menor frecuencia familiar y personal en la historia de depresión, disfunción ejecutiva importante y una discapacidad mayor comparada con la depresión no asociada a enfermedad vascular en la población geriátrica.(7)

Factores de riesgo para depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de

explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía.(3)

Deterioro funcional

La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. (3) En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción. (3) El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. Nazemi et al., en Irán, reportaron 90% de depresión en adultos mayores asilados. En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales. (3)

Impacto en el estado de salud.

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia; aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores, como lo demostraron Schoevers et al., en un seguimiento a 10 años de 3 746 adultos mayores. (3) Los gastos de salud en adultos mayores con depresión se incrementan de manera importante por complicaciones en enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca y diabetes. (3)

Asociación entre depresión y demencia.

La depresión de inicio tardío se asocia más a menudo con deterioro cognitivo que la depresión temprana. Hashem et al., encontraron que la

depresión de inicio tardío era más severa y afectaba mayormente la cognición en cuanto a memoria, fluidez verbal y habilidades visuoespaciales. (3)

Depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral y suicidio.

El suicidio es una importante causa de muerte en USA y las tasas aumentan en hombres blancos mayores de 75 años. Después de los 85 años, las tasas son 5 veces más altas que la población general y el consumo de alcohol eleva aún más el riesgo. (3) En un estudio realizado en Brasil, los participantes presentaron una mayor frecuencia (porcentaje) de puntuaciones en los ítems de Pérdida de energía, Cambios en el patrón de sueño, Cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo, según el Inventario de depresión de Beck-II.(8)

Depresión y otros desenlaces adversos en el estado de salud.

La presencia de depresión a los 3 meses de EVC es un factor de riesgo para mortalidad y un predictor de pobres resultados funcionales. (9) Los principales factores socioeconómicos que pueden contribuir al desarrollo de la depresión por EVC es el vivir solo y contar con pocos contactos sociales. Un estado socioeconómico adverso previo al EVC.(9) En este estudio se incluyeron 250 pacientes, en Budapest y otras dos ciudades de Hungría, cabe mencionar que estos pacientes no fueron candidatos a trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica. (9)

El diagnóstico suele ser complejo, por lo que la identificación de factores de riesgo puede mejorar la certeza diagnóstica y permitir la implementación de intervenciones oportunas que mejoren el resultado del EVC.(10). Para el abordaje de dicha patología se ha propuesto un enfoque de múltiples biomarcadores, cuya combinación puedan predecir el riesgo de discapacidad, muerte, eventos vasculares y recurrencia del EVC. (10)

Fisiopatología.

Se demostró que los pacientes con depresión pos EVC tenían mayores concentraciones séricas de beta (2)-glycoprotein, anticuerpos anticardiolipinas,

GDF-15, aPS (anti Fosfatidilserina) y MMP-9 (metaloproteinasa de matriz 9), concluyendo que los pacientes con estos 4 biomarcadores elevados, tenían 7.7 veces más riesgo de desarrollar depresión pos EVC. (10)

Dentro de los mecanismos fisiopatológicos e hipótesis para explicar la depresión post EVC se encuentra la hipótesis monoaminérgica, en la que la lesión isquémica de los axones ascendentes aminérgicos, del tronco encefálico a la corteza, lo que conducirá a una reducción en la producción de 5-HT y Norepinefrina en las áreas límbica, frontal, así como en el lóbulo temporal y los ganglios basales.(11) Influye también una respuesta neuro inflamatoria, mediada por citocinas liberadas por astrocitos y microglía que se activan en respuesta a la lesión, liberando IL-1b, IL-6, IL-8, y TNF-a.(11)

También se ha postulado que esta activación de citocinas puede regular al alza la expresión de la indolamina 2,3 dioxigenasa o IDO, que metaboliza el triptófano a kynurenina, por ello disminuyendo la concentración de 5-HT en la corteza frontal y los ganglios basales e incrementando los metabolitos tóxicos derivados del triptófano.(11)

Escalas para identificar pacientes con depresión y afasia.

La versión original del SADQ y la versión corta (SADQ-10) fue desarrollada por Sutcliffe and Lincoln en 1998. (12) El cuestionario de depresión en pacientes con afasia o SADQ, fue desarrollado para detectar el estado de ánimo depresivo en pacientes con un evento vascular y afasia significativa que viven en comunidad. Está diseñado para ser contestado por el cuidador del paciente. (12) El cuestionario, Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ-10) en un punto de corte de 14/30, tuvo una sensibilidad de 70% y una especificidad de 77% para detectar depresión, esta medida demostró una buena consistencia interna, pero solo una modesta correlación con el GDS-15 ($r = 0.40$, $p < 0.001$). (12)

En el estudio Danés de Terese S. H. Jørgensen, MSc et al se estimó que la incidencia de depresión en los pacientes que sufrieron un evento vascular

cerebral fue de hasta 25.4% entre los 3 meses y los dos años en que se les dio seguimiento, con un riesgo relativo en comparación con la población de referencia de 8.99. Los principales factores que se asociaron a la aparición de la depresión en este estudio fueron la edad, el sexo femenino, paciente que vivían solos, menor escolaridad, diabetes, el historial de depresión y la severidad del EVC. (5)

Entre las diversas deficiencias cognitivas producidas por los ECV, la afasia es la más devastadora para el individuo. Se define afasia como la pérdida o el deterioro de los procesos complejos de interpretación y formulación del lenguaje simbólico debido al daño cerebral adquirido que afecta la red, ampliamente distribuida, de estructuras corticales y subcorticales del hemisferio dominante del lenguaje. La afasia es un trastorno polimodal que afecta la comprensión auditiva, la lectura, el lenguaje oral y escrito. (13)

La afasia se produce en 21% a 38% de las personas con EVC. En individuos diestros, la afasia secundaria al EVC es casi siempre consecuencia de lesiones en el hemisferio izquierdo y sólo raramente (2% a 10%) del hemisferio derecho. (13) El daño vascular del hemisferio izquierdo, causal de afasia, generalmente comprende la corteza perisilviana y estructuras subyacentes como los ganglios basales, la cápsula interna y la sustancia blanca periventricular, que están perfundidos por la arteria cerebral media. Los infartos isquémicos explican aproximadamente el 80% de los casos. (13)

Los estudios a gran escala demostraron que la afasia secundaria al EVC se asocia con aumento de la mortalidad tanto a corto como a largo plazo. (13) Algunas de las baterías estandarizadas actualmente en uso combinan la información recogida por diferentes pruebas que evalúan el habla espontánea, la comprensión, la repetición y el nombramiento para obtener un perfil gráfico de desempeño tales como el Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), que valoran la gravedad de la afasia como la Western Aphasia Battery (WAB) o que miden la capacidad comunicativa como el Porch Index of Communicative Abilities (PICA). (13)

La afasia es un trastorno discapacitante del lenguaje, que aún en sus formas leves puede afectar de manera negativa los resultados funcionales, la calidad de vida, la participación social y el retorno al trabajo. (14) Hasta una tercera parte de los pacientes con diagnóstico de EVC desarrollan afasia, que es un trastorno adquirido del lenguaje en el que el paciente experimenta dificultad en varios aspectos del lenguaje, ya sea fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático. No es un trastorno singular sino que, difiere de paciente a paciente. El perfil del trastorno del lenguaje que presenta el paciente dependerá de los múltiples factores, incluyendo el tamaño y localización del EVC, las comorbilidades previas, el tratamiento posterior al EVC y el tiempo transcurrido tras el evento vascular cerebral. (14)

Clasificación de la Afasia: El sistema más popular es la clasificación de Boston, desarrollada en los 60s por Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goddard y Edith Kaplan: los dividieron en 8 subtipos de afasia, 1) De Broca, 2) Motor transcortical, 3) Global, 4) Mixta transcortical, 5) de Wernicke, 6) Sensorial transcortical, 7) de Conducción, 8) Anómica, cada uno de estos subtipos se basaba en la fluencia del lenguaje, la comprensión del lenguaje, y la habilidad de repetición. (14) Típicamente, la evaluación de la afasia está enfocada en identificar las áreas con el déficit más profundo. (14)

1.- La afasia de Broca, comúnmente referida como una afasia expresiva, se caracteriza por un habla vacilante, con mucho esfuerzo, no fluente, no melodiosa, y una disminución de palabras por minuto, el lenguaje, hablado y escrito es agramático, el contenido del habla con pocas palabras. La repetición está alterada. La comprensión de frases simples suele estar conservada, mientras que las oraciones sintácticamente complejas suelen estar alteradas. Suele haber un rango de alteraciones para leer y escribir. La afección cuando es crónica suele no solo afectar el área de Broca, sino que se extiende a áreas frontales, la ínsula y estructuras subcorticales. (14)

2.- La afasia motora transcortical es muy similar a la afasia de Broca, con la diferencia que la repetición está relativamente conservada. El habla es fluente, pero con dificultad para iniciar y frecuentemente se presenta ecolalia; se relaciona con lesiones anterior y superior al área de Broca en la corteza frontal medial y el área motora suplementaria. (14)

3. Afasia global, es el subtipo más severo de afasia, en el que el paciente experimenta dificultades en todos los aspectos del lenguaje, sin embargo, otras modalidades de comunicación como expresiones y gestos pueden utilizarse para comunicar los sentimientos básicos. (14)

4.- Afasia transcortical mixta, es similar a la afasia global, con la excepción que la capacidad de repetición está conservada, las lesiones suelen estar entre las áreas de Broca y Wernicke. (14)

5.- Afasia de Wernicke, suele denominarse afasia receptiva, pues está caracterizada por un habla fluente, con importantes dificultades a la comprensión, nominación y repetición mientras que, el ritmo y la velocidad del habla se mantiene, pero lleno de parafasias semánticas y neologismos. La lectura y la escritura se encuentran afectadas. (14)

6.- Afasia sensitiva transcortical, es similar a la afasia de Wernicke, pero las habilidades de repetición se encuentran intactas, las lesiones suelen ser en zonas irrigadas por la arterial cerebral media. (14)

7.- Afasia anómica, es la más menos severa de las afasias, si bien hay una dificultad para nominar, no existen déficits profundos en la comprensión y expresión del lenguaje. (3)

8.- Afasias subcorticales, se dividen dos grupos, la afasia talámica y la afasia estriato capsular, la afasia talámica se caracteriza por anomia severa, parafasias verbales, y una capacidad reducida para iniciar la conversación. La

afasia estriato-capsular, se asocia con lesiones en los ganglios basales, la investigación sugiere que las lesiones que involucran a los ganglios basales pueden tener también un componente de daño por hipoperfusión a zonas corticales, lo cual explica los síntomas de afasia. (14)

El tiempo en el que se evalúa la afasia es importante, pues los síntomas del paciente pueden variar durante el tiempo, por ejemplo, un paciente con afasia de Broca inicialmente, con el tiempo puede recuperarse y ser diagnosticado con una afasia nominal crónica (3)

Los trastornos del lenguaje suelen ser más severos en la etapa aguda y tiene un porcentaje de recuperación a lo largo del tiempo, por lo general este periodo de recuperación no sobrepasa los primeros 3 meses. (14)

Tratamiento afasia asociada a EVC.

El donepezilo, un agente inhibidor de acetilcolinesterasa utilizado para la enfermedad de Alzheimer, ha mostrado mejorar la calidad del lenguaje espontáneo, la nominación y comprensión en pacientes con afasia post EVC, solo parece tener un beneficio en la etapa aguda. (14) La memantina también se ha utilizado con éxito relativo para mejorar la severidad de la afasia post EVC. (14)

Los ISRS son ampliamente usados en pacientes con depresión post EVC y parecen tener un efecto benéfico en estos pacientes, mejorando la nominación, reduciendo perseveraciones y el ánimo en 4 semanas tras el inicio del tratamiento. (14) Los estudios a gran escala muestran que la afasia post EVC se asocia a una mortalidad aumentada a corto y largo plazo, cerca de una tercera parte de los pacientes con afasia aguda mueren durante la estancia hospitalaria y la mitad de las muertes puede atribuirse a la causa cardiovascular tromboembólica del EVC. (13)

Se estima que hasta el 50% de los casos, son afasias no clasificadas, que no entran o cumplen criterios para estar en las 8 de la clasificación de Boston. El periodo de recuperación suele ser entre 2-3 meses, y aproximadamente al año, la afasia se encuentra en una meseta. (13) El lenguaje es una función casi exclusiva del hemisferio cerebral izquierdo, excepto en 35% de los zurdos, que representan el 3% de la población mundial. (15)

Las principales comorbilidades encontradas en los pacientes que presentaron un EVC y afasia posterior fueron HAS en 28.9%, DT 29%, adultos mayores, 13.3%, tabaquismo 22.7%, obesidad 18.3, Dislipidemia 13.3%.(15) La frecuencia de afasia post EVC fue registrada en un 20% de los casos, y la fibrilación auricular como el principal factor para la aparición de la afasia, la afasia global se observó en 27.7% de los casos, la afasia se sensitiva en 11%, la afasia nominal en 2.8%.(15) La afasia global fue más frecuente en pacientes con lesiones oclusivas de la arteria cerebral media. (15)

Previamente se ha estimado que la afasia global representa 20-40% de las afasias, mientras que las de Broca o Wernicke representan un 25% y las no clasificables de manera inicial representan un 10-15%.(15) Por lo que, se concluyó que la presencia de síntomas depresivos al inicio de la depresión es un indicador de peor resultado funcional al alta hospitalaria de rehabilitación y a los 6 meses de seguimiento. (16)

Escalas para evaluar afasia en pacientes con EVC

El FAST (Frenchay Aphasia Screen) Test es una prueba de tamizaje diseñada por Pamela Enderby, Victorine Wood y Derick Wade, en el Reino Unido, y publicada en el International Journal for Rehabilitation Medicine en 1987, y posteriormente validada en el año de 1996 por los mismos autores, en su versión al inglés. Al -Khawa et al. reportaron una sensibilidad del 87% y una

especificidad de 80% para El Frenchay Aphasia Screen Test, utilizando los puntos de corte según la edad. (17)

En su versión al inglés. Consta de 4 dominios:

- Comprensión.
- Expresión.
- Lectura.
- Escritura.

También consta de:

- 2 imágenes (una en un río y otra con figuras geométricas –Anexo 1; Figuras 1 y 2)
- 5 tarjetas de lectura.

Se ha demostrado una buena correlación entre el FAST y otras pruebas para el abordaje de la afasia, tales como el Test de Sheffield, el Test de Minnesota y el Test de Orientación, Memoria y Concentración. (18) De los diferentes instrumentos utilizados hasta ahora para tamizaje de afasia, es el que ha reportado un menor tiempo de aplicación. Tiene una buena sensibilidad y especificidad y es de fácil ejecución tanto para evaluador como para el evaluado. (18)

La interpretación de la prueba consiste en que, al sumar el total del puntaje, si éste es de 27 o más para pacientes hasta 60 años, es negativo para afasia. Si el paciente tiene 61 o más años, el punto de corte es 25. (18) Hubo una muy buena relación entre el FAST y el Test de Boston. (18) El tiempo de aplicación de la prueba fue bastante aceptable, entre 5 y 10 minutos.

El FAST no requiere equipo especial y la sencillez en su aplicación hace que pueda ser utilizada por personal no entrenado en trastornos comunicativos. (18)

La versión del Frenchay en español es una herramienta confiable para la detección de alteraciones en la comunicación en pacientes adultos con evento cerebrovascular agudo de primera vez. (18)

Se ha visto en estudios a largo plazo que la prevalencia de depresión se mantiene a lo largo del tiempo, en seguimiento a 15 años, se ha visto una prevalencia de hasta 30, sin embargo hay otros estudios que sugieren que esta prevalencia va disminuyendo con el paso del tiempo, o puede ser dinámico, con episodios de recuperaciones y recurrencias. (19)

En el estudio de la historia natural y trayectoria de los síntomas en los pacientes post EVC a largo plazo, se siguieron a 761 pacientes, de 3 meses hasta 15 años y se observaron distintos patrones, el patrón I, que correspondió al 15.51% de los pacientes, no presentaban síntomas depresivos. en patrón II, son síntomas leves y con tendencia a incrementar en el transcurso del tiempo, que fueron el 49.54% de los pacientes, el grupo III, con síntomas depresivos moderados, con tendencia a deteriorarse con el transcurso del tiempo y que correspondió a 28.65% de los pacientes, y el grupo IV, que correspondió a 6.31% de los pacientes, con síntomas severos. (19)

En el estudio sobre la depresión post-ictus y los resultados funcionales, 31,5 % de los pacientes presentaron inicialmente síntomas depresivos y 69,6 % de ellos se encontraban dentro de las categorías de dependencia. (16) A los 6 meses, de los 51 pacientes que acabaron el estudio, el 41,5 % presentaban síntomas depresivos, pero sólo 14,3 % de ellos presentaban valores de FIM por debajo de 91. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el FIM a los 6 meses y la depresión inicial. (16)

La prevalencia también varía dependiendo del momento evolutivo en que se hace la valoración, con un 20 % a las tres semanas, 53 % a los tres meses y un 42 % a los doce meses post EVC. (16) Incluso después de un EVC menor o un ataque isquémico transitorio, la prevalencia de depresión es de hasta 43.9%,

al año baja hasta 8.6% de los pacientes, sin embargo en otras publicaciones se encontró que la depresión se mantiene entre los 12 a 18 meses posteriores al EVC. (9)

La presencia de depresión por EVC, se asocia con una disfunción cognitiva severa, poca respuesta a la rehabilitación y calidad de vida, así como se asocia con mayor mortalidad y riesgo de recurrencia del EVC. (10) La mayor frecuencia de discapacidad moderada a severa al mes y a los 6 meses se encontró en aquellos pacientes que presentaban depresión post EVC a los 6 meses. A pesar de que >50% de los pacientes presentaron una lesión isquémica en el hemisferio derecho, aquellos que tuvieron lesiones en el hemisferio izquierdo, se asoció con un mayor deterioro cognitivo que los que tuvieron un EVC en hemisferio derecho, hasta un 42.6% a 6 meses y 53.2 % a 2 años. (20) La presencia de depresión post EVC no se asoció a una mayor recurrencia de Evento vascular cerebral en un seguimiento a 5 años. (21)

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

La prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron eventos vasculares cerebrales en los últimos 6 meses es mayor al reportado en la literatura.

Hipótesis estadística.

Para construir las hipótesis estadísticas se tomó en consideración una prevalencia de depresión con afasia en pacientes con enfermedad vascular cerebral del 38%

Ho: El 38% o menos de los pacientes con evento vascular cerebral y depresión presentan afasia.

Ha: Más del 38% de los pacientes con evento vascular cerebral y depresión presentan afasia.

Objetivo General.

Determinar la prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

Objetivos específicos:

No aplica

MATERIAL Y MÉTODO.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Estudio transversal descriptivo.

Por las características del diseño es observacional y retrolectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Universo de estudio.

Adultos mayores de 60 años derechohabientes del IMSS y usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital General Regional No.1

Cuidadores de adultos mayores de 60 años que son derechohabientes del IMSS y usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital General Regional No.1

Población blanco.

Adultos mayores de 60 años derechohabientes del IMSS y usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital General Regional No.1, con EVC entre 3 a 6 meses previos al estudio.

Cuidadores de pacientes adultos mayores de 60 años derechohabientes del IMSS y usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital General Regional No.1, con EVC entre 3 a 6 meses previos al estudio.

Unidades de observaciones.

Pacientes con EVC.

Cuidadores de pacientes con EVC.

Expedientes clínicos para recabar información para describir la población de estudio.

Lugar.

Servicio de neurología, medicina interna y geriatría del HGR 1 IMSS, Querétaro.

Tiempo de recolección de la muestra.

Cuatro meses a partir de la aprobación del protocolo por parte del Comité Local de Investigación en Salud.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos mayores de 60 años.
- Pacientes con antecedente de EVC isquémico o hemorrágico entre 3 y 6 meses previos al estudio, demostrado por estudio de imagen del sistema nervioso central.
- Pacientes que acepten participar previa firma del consentimiento informado
- Que cuenten con un cuidador principal que también acepte participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

9.5.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con EVC previo.
- Pacientes con diagnóstico de depresión antes del EVC.
- Pacientes que tomen antidepresivos por cualquier motivo antes del EVC.
- Pacientes con hipoacusia severa o ceguera.
- Pacientes con antecedentes de demencia.

9.5.3. Criterios de eliminación.

- Pacientes que una vez que hayan firmado consentimiento informado desistan participar en el estudio.

9.6. Tamaño de muestra.

Se utilizó el programa EPI info, para calcular el tamaño de muestra para prevalencias en población finita. Se tomaron en consideración los siguientes supuestos para el cálculo del tamaño de la muestra,

Número de pacientes vistos en la consulta externa de neurología, geriatría y medicina interna en la consulta externa del HGR No1, Querétaro en 4 meses de 300 aproximadamente.

Número de pacientes estimados con depresión asumiendo una prevalencia reportada de la literatura del 30% de 90 aproximadamente, este dato se tomó en consideración como población finita.

Prevalencia de afasia del 38% en pacientes con depresión y EVC.

Error de 5%

Desarrollo del cálculo del tamaño de muestra.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:

Expected frequency: %

Acceptable Margin of Error: %

Design effect:

Clusters:

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	57	57
90%	67	67
95%	72	72
97%	75	75
99%	79	79
99.9%	83	83
99.99%	85	85

Tabla 1.

El número total de pacientes a estudiar con antecedente de EVC entre los últimos 3 y 6 meses es de 72.

Muestreo.

Aleatoria, obtenida por técnica aleatoria simple a partir de la lista de pacientes con Diagnostico de EVC y depresión obtenida de pacientes de la consulta de Especialidades del HGR 1 IMSS Querétaro.

Variables.

Variable de estudio.

- Depresión
- Afasia
- Depresión en pacientes con afasia.

Variables que describen la población de estudio.

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil
- Fecha del EVC
- Comorbilidad
- Medicamentos que toma

Cuadro de variables de estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
DEPRESIÓN	Trastorno del estado de ánimo, caracterizado por síntomas de tristeza, anhedonia acompañada de alteraciones del sueño, concentración, apetito, ideación de muerte, sentimientos de inutilidad.	Aplicación de escala de Geriatric Depression Scale de 15 puntos.	Cuantitativa discreta	Puntos 0 a 4 puntos = sin depresión. 5 ó más puntos = con depresión	Números absolutos Porcentajes
AFASIA	Trastorno del lenguaje, que se caracteriza por dificultad para expresar, comprender o ambas el lenguaje escrito o hablado	Aplicación de la escala Frenchay Aphasia Screen Test	Cuantitativa discreta	Puntos 0 a 24 puntos = sin afasia. 25 ó mas puntos = con afasia	Números absolutos Porcentajes
DEPRESION EN PACIENTES CON AFASIA	La presencia de depresión como secuela de afasia en pacientes con EVC.	Aplicación de la escala SADQ-10 Stroke Aphasia Depression Questionnaire	Cuantitativa discreta	0 a 13 puntos = sin depresión con afasia. 14 ó más puntos = con depresión y con afasia	Números absolutos Porcentajes

Tabla 2.

Cuadro de variables que describen a la población de estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
EDAD	Tiempo transcurrido de un individuo desde el nacimiento a la fecha de la entrevista	Lo reportado por el paciente, corroborado por identificación oficial en la cual exista fecha de nacimiento o información que permita identificar la fecha de nacimiento para hacer el cálculo de la edad.	Cuantitativa discreta	Años	* Promedio Desviación estándar IC 95%
SEXO	Características fenotípicas del individuo que lo identifican como hombre o mujer	Lo reportado por el paciente durante la entrevista	Cualitativa Nominal Dicotómica	Mujer Hombre	Números absolutos Porcentajes
ESCOLARIDAD	Grados obtenidos y terminados de educación en el sistema escolarizado institucional.	Lo reportado por el paciente durante la entrevista	Cualitativa Ordinal	Analfabeta y no sabes leer o escribir Analfabeta y sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato o equivalente Licenciatura Posgrado	Números absolutos Porcentajes
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad,	Lo reportado por el paciente durante la entrevista	Cualitativa Nominal	Soltero Viudo Divorciado Unión libre Casado	Números absolutos Porcentajes

	filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales				
FECHA DEL EVC	Día del inicio de los síntomas asociados al EVC	Lo reportado por el paciente corroborado en el expediente clínico y/o nota médica	Cualitativa Nominal	Mes/día/año	Descripción
TIPO DE EVC	Mecanismo que condiciona la lesión vascular en el sistema nervioso central	Lo reportado en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	Isquémico Hemorrágico	Números absolutos Porcentajes

Tabla 3.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	Sitio anatómico del SNC en donde se presentó la lesión isquémica o hemorrágica	Lo reportado en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	Frontal Temporal Parietal Occipital Temporoparietal Frontotemporal Hemorragia subaracnoidea Temporooccipital Frontoparietal Ganglios basales Cerebelo	Números absolutos Porcentajes
COMORBILIDAD	Presencia de dos o más enfermedades o trastornos crónicos al mismo tiempo en una persona	Lo reportado en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	Diabetes Hipertensión Dislipidemia Cardiopatía isquémica EPOC Enfermedad renal crónica Etc.	
MEDICAMENTOS	Es una sustancia cuya composición conocemos con precisión, que tiene la capacidad de producir efectos o alteraciones sobre una determinada propiedad fisiológica de quien la consume.	Lo reportado en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	Fármaco específico ejemplo: Captopril Enalapril Insulina Isosorbida Atorvastatina	Números absolutos Porcentajes

Tabla 4.

Aspectos Éticos:

De acuerdo al artículo 17 del reglamento en materia de investigación de la ley general de salud, en su artículo. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Por naturaleza de este estudio, se cataloga como de riesgo mínimo ya que se emplearán procedimientos comunes como exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos, sin emplear, técnicas o procedimientos que modifiquen las variables fisiológicas de los individuos.

Conciliación con el principio ético de autonomía.

Se respetará la decisión del paciente y de su cuidador de participar o no en el estudio. Se le dará a leer el consentimiento informado y en el caso de no saber leer o escribir, o bien que tenga déficit visual grave se le leerá el consentimiento informado al paciente y a su cuidador dando tiempo suficiente para su comprensión y toma de decisión y si es necesario, se le dará un tiempo extra (Días) para la toma de decisión. En caso de que el paciente no acepte participar en el estudio, no tendrá represalias de ningún tipo y el acceso a los derechos en términos de prestaciones de servicios de salud, económicos y sociales no se verán comprometidos, incluso si ya han firmado el consentimiento informado y los participantes en el estudio decidan ya no continuar participando.

La lectura del consentimiento informado, así como de la aplicación del cuestionario, se llevará a cabo en el consultorio número 8 asignado al servicio de geriatría de la consulta externa de geriatría del HGR No 1, respetando la confidencialidad de sus datos. Para fines de este estudio, se elaborarán dos consentimientos informados, uno dirigido al paciente y otro dirigido a su cuidador, ya que el cuestionario SADQ-10 va dirigido a el paciente. La firma del consentimiento informado del cuidador es indispensable, ya que, si se detecta la presencia de afasia, el paciente no tendrá la capacidad de entender y emitir una respuesta de participar o no en el estudio, siendo el consentimiento informado el cuidador quien valide la participación del paciente en el estudio.

Por otra parte, la base de datos contendrá un número de folio, pero no nombre, número de seguridad social o número de filiación que permitan identificar a los sujetos de investigación. Por otra parte, la base de datos se resguardará por el investigador principal en este caso el Dr. José Juan García González, quien la resguardará en la computadora institucional asignada que cuenta con los mecanismos de seguridad informática institucional que garantizan que la información se mantendrá en forma confidencial. El tiempo de resguardo será de 7 años.

En caso de publicación de los resultados, se mantendrá la confidencialidad de los participantes.

Conciliación con el principio ético de beneficencia.

La información generada permitirá justificar el establecimiento de estrategias para investigar la presencia de depresión en pacientes con afasia secundaria a EVC, ya que estos pacientes son extremadamente vulnerables, ya que al carecer de mecanismo de comunicación y expresión de síntoma depresivos pasan suelen ser no diagnosticados. Los resultados del estudio no solamente benefician a los sujetos de investigación, si no a todos los miembros de la sociedad. Aquellos pacientes detectados con depresión serán canalizados a psiquiátrica o psicología para su manejo.

Conciliación con el principio ético de no maleficencia.

El proceso de tamizaje no pone en riesgo la salud física o mental de los sujetos de estudio.

Conciliación con el principio ético de justicia.

Al existir un proceso de selección aleatoria de los sujetos, todos los individuos tienen la misma probabilidad de participar en el estudio. Por otra parte, a pesar de que los individuos se seleccionen en forma aleatoria, no se discriminara a ningún individuo a participar en el estudio por razón de sexo, género, preferencias sexuales, nivel socioeconómico, religión, etc.

Procedimiento.

Al término de la consulta del médico especialista se invitará a participar en el estudio.

Se procederá a la lectura del consentimiento informado tanto el paciente como a su cuidador primario. Una vez firmados los consentimientos, se les invitará a trasladarse al consultorio número 8 de la consulta externa del Hospital General Regional No 1. Se procederá a la administración del cuestionario de datos generales al paciente, corroborados por el cuidador y lo contenido en el expediente clínico. Se procederá a la aplicación de la escala de GDS y FAST al paciente para identificar pacientes con depresión y con presencia de afasia, y la aplicación del cuestionario SADQ-10 al cuidador primario. El tiempo estimado es de 20 minutos. Posteriormente se procederá a la búsqueda en el expediente clínico del tipo y localización de la lesión que condicionó la presencia de EVC.

La información será capturada en la hoja de recolección de datos y posteriormente descargada en el programa SPSS versión 26 para su análisis. Se resguardarán los consentimientos informados en la oficina del investigador responsable y la base de datos se trabajará en su computadora institucional.

Aquellos pacientes con depresión darán derivados con formato 4-30-200 a la CE de psiquiatría con resumen clínico y el resultado de las escalas. Los pacientes con trastornos del habla, serán derivados a rehabilitación con formato 4.30.200 a la CE de medicina física y rehabilitación del HGR 1 para su atención, también con un resumen clínico y con el resultados de las escalas.

Análisis estadístico.

Se utilizarán promedios y desviaciones estándar para la descripción de las variables cuantitativas con distribución normal y medianas, así como rangos intercuartilares para aquellas variables que no tengan distribución normal. Se utilizará el test de Kolmogorov-Smirnov. Para el caso de las variables cualitativas se emplearán números absolutos, frecuencias y a partir de los datos el cálculo de la población total de estudio la prevalencia

RESULTADOS

Se analizaron 37 individuos, adultos mayores con una edad promedio de 70.7 años, +- 8.1 años, siendo el paciente analizado más joven de 61 y el de mayor edad contando con 86 años.

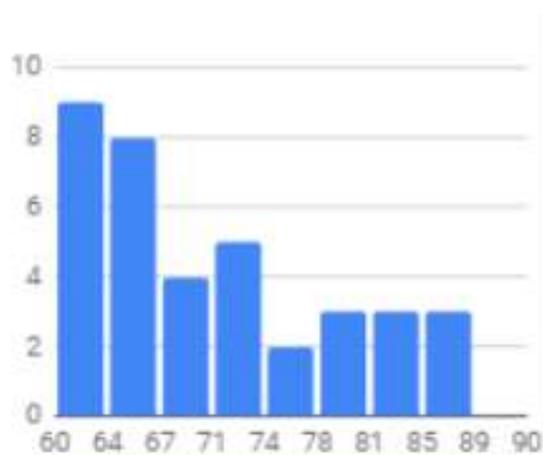


Figura1. Distribución de acuerdo a edad

Fuente: Base de datos del protocolo de investigación *Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores*

que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

En cuanto a la distribución por sexos, del total de los individuos 9 fueron mujeres, siendo equivalente a 24.3.% de la población estudiada, el mayor número de individuos fueron hombres con 28 pacientes, equivalente al 75.7% del total de la muestra.

Respecto al estado civil; la mayoría de los pacientes estaban casados al momento del estudio, representando el 70,3%; viudos en segundo lugar con un 9%.

Las enfermedades crónico degenerativas más frecuentemente encontradas en los paciente fueron las siguiente: 34 pacientes hipertensos, corresponde al 91.9% del total, Arritmia (Fibrilación auricular) 4 pacientes representa 10.8%, dislipidemia 6 pacientes igual al 16.2%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 1 2.7%, Enfermedad Renal Crónica 5 pacientes representando el 13.5%, SAOS 2 pacientes, igual al 5.4%, hipotiroidismo 1 un paciente representando el 2.7%, valvulopatía aórtica 1 paciente igual al 2.7% del total de la muestra.

Tabla 5

Enfermedad crónico degenerativa	Número de pacientes	Porcentaje %
Hipertensión arterial sistémica	34	91.9
Fibrilación auricular	4	10.8
Dsilpidemia	6	16.2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1	2.7
Enfermedad Renal Crónica	5	13.5
Síndrome apnea obstructiva del sueño	2	5.4
Hipotiroidismo	1	2.7
Valvulopatía aórtica	1	2.7

Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

Al analizar los tipos del evento vascular cerebral, 9 resultaron ser hemorrágicos, lo que representa el 24.3%, y en 28 casos el evento vascular fue isquémico, lo que representó el 75.7% del total.

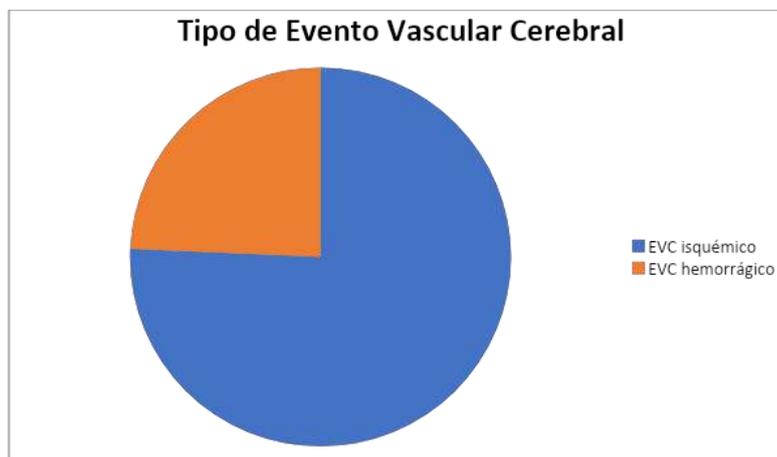


Figura 2

Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses

En cuanto a la lateralidad del evento se observó izquierdo en 16 casos, correspondiente a 43.2% y derecho en 21 pacientes igual al 56.8% de la muestra.

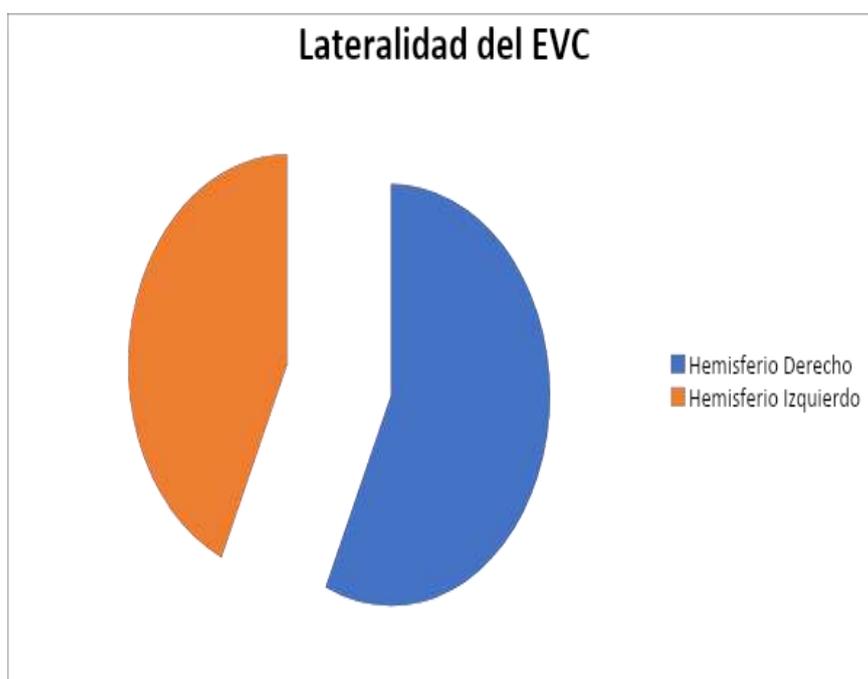


Figura 3.

Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

En cuanto a la localización anatómica y topográfica el sitio más común del evento vascular cerebral fue la región temporoparietal, en un 32.4% de los casos. Seguido por los ganglios basales, afectados en 6 pacientes correspondiendo al 16.2%. después en frecuencias la región frontal y parietal de manera individual en 10.8% de los casos, la región temporal y occipital con 5.4% de los pacientes, en cerebelo, temporoccipital y frontoparietal solo se encontró un caso representando el 2.7% cada uno.

Tabla 6.

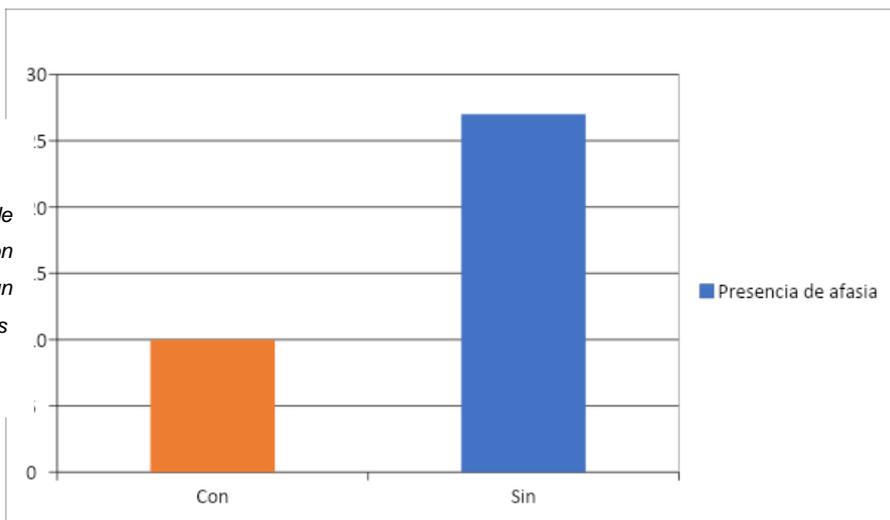
Localización:	Número de pacientes	Porcentaje
FRONTAL	4	10.8 %
PARIETAL	4	10.8%
TEMPORAL	2	5.4%
OCCIPITAL	2	5.4%
GANGLIOS BASALES	6	16.2%
CEREBELO	1	2.7%
TEMPOROPARIETAL	12	32.4%
FRONTOTEMPORAL	2	5.4%
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	2	5.4%
TEMPOROCCIPITAL	1	2.7%
FRONTOPARIETAL	1	2.7%

Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

Al aplicarse la herramienta FAST, un total de 10 pacientes se encontraron con afasia, lo que representó el 27%, así como 27 pacientes sin afasia equivaliendo al 73% de la población estudiada.

Figura 4.

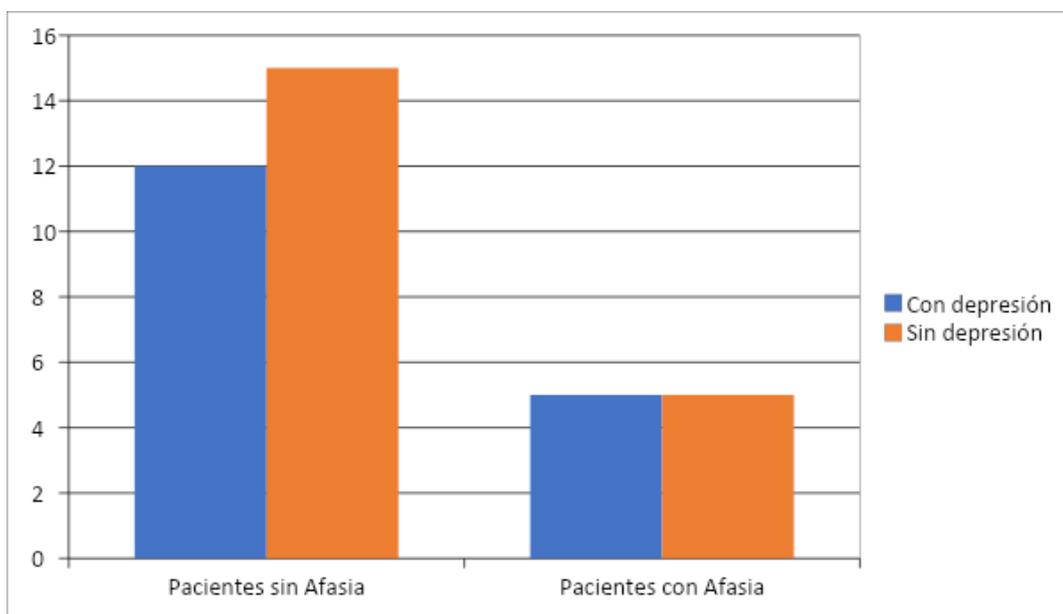
Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses



De los 27 pacientes sin afasia los que se les aplicó la herramienta GDS; 12 que representan 32.4% resultaron con puntuación compatible con depresión, y 15 pacientes que representan el 40.5% del total, sin depresión

De los pacientes con afasia y en los cuales se aplicó el SADQ-10 se obtuvo un 50 % de los pacientes con puntuación compatible con depresión.

Figura 5.



Fuente: Base de datos del protocolo de investigación Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.

DISCUSIÓN

Debido a la alta prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en la población de adultos mayores alrededor del mundo, se hace indispensable conocer las características demográficas de quienes la padecen, así como las principales comorbilidades asociadas a la aparición de tan temible enfermedad.

Dentro de los hallazgos se mantiene una congruencia respecto al tipo de evento vascular isquémico en 75.7% del total, y hemorrágicos en 24.3% de los casos.

La ubicación más frecuente de los eventos vasculares se ubicó en la región temporoparietal, seguida de los ganglios basales y la región frontal y parietal de manera aislada.

En el presente estudio se demuestra una congruencia en cuanto a los factores de riesgo para la aparición de un Evento vascular cerebral, principalmente la edad y la hipertensión, que si bien en series mucho más grandes a nivel internacional, esta última es reportada en un 80% de los pacientes, en la serie que presentamos la Hipertensión se encontró en un 91.9%, por lo que se reafirma como el principal factor de riesgo.

Siendo la depresión uno de los componentes principales de los trastornos del estado de ánimo en el adulto mayor, se hace esencial conocer la prevalencia de la misma en los pacientes que han sufrido un evento vascular cerebral, pues de manera tradicional el foco de las secuelas se fija en las secuelas motoras, sin embargo la depresión es un factor que predice una pérdida de la funcionalidad, mayor riesgo de deterioro cognitivo y mayor morbimortalidad en el anciano, la cual se encontró en un 32% de los pacientes que habían sufrido un evento vascular cerebral sin presentar afasia.

Más aún, en aquellos pacientes que de manera inicial y en el primer año se afecta el lenguaje secundario a la lesión vascular se encuentra una menor función social y mayor impedimento para la comunicación, que en el anciano suele conducir al aislamiento, la exclusión de las actividades familiares y muchas veces la depresión llega con mayor frecuencia a esta subpoblación de pacientes. La depresión fue encontrada con mayor frecuencia en estos pacientes, lo correspondiente al 50% de los mismos, significativamente mayor que en la literatura donde se reporta un máximo de 38% de depresión en pacientes con afasia

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en los pacientes que han sufrido un evento vascular cerebral y que tienen afasia, es un 12% mayor que lo reportado en la literatura.

El promedio de edad de 70 años es congruente con lo reportado en la literatura internacional

La hipertensión se mantiene como el principal factor de riesgo para la aparición de un evento vascular cerebral

PROPUESTAS

Dada la alta prevalencia de depresión que se encontró en el presente estudio en los pacientes adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral, se propone que se realice un screening para detectar depresión posterior a los 3 meses de haber sufrido un evento de dicha naturaleza.

Que se brinde especial atención y referencia a rehabilitación y Geriátrica en aquellos pacientes que muestren datos de afasia o abatimiento en sus actividades diarias.

Este estudio reafirma el papel tan importante que juega la Hipertensión Arterial Sistémica en la aparición de un evento vascular cerebral, y todas las consecuencias y secuelas físicas, emocionales, el desgaste familiar y el costo económico y social en atención médica y cuidados necesarios, hacen indispensable que se detecte y se trate desde primer nivel de atención y de manera óptima; alcanzando metas que permitan disminuir el riesgo de presentar esta catastrófica enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Campbell BCV, Khatri P. Stroke. *Lancet*. 2020;396(10244):129-42.
2. Zaide Hernández Becerril MGNG. Depresión en personas con EVC en los Servicios de Hospitalización en el INNyN “Manuel Velasco Suárez”. *Enf Neurol*. 2012;11(2):73-80.
3. Llorca GE, Castilla-Guerra L, Moreno MF, Doblado SR, Hernández MJ. Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*. 2015;30(1):23-31.
4. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018;29(3):182-91.
5. Anderson CS. Depression after stroke—frequency, risk factors, and mortality outcomes. *JAMA psychiatry*. 2016;73(10):1013-4.
6. Paul N, Das S, Hazra A, Ghosal MK, Ray BK, Banerjee TK, et al. Depression among stroke survivors: a community-based, prospective study from Kolkata, India. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(9):821-31.
7. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(3):221-31.
8. Pioli dos Santos D, de Carvalho Rodrigues J, Fumagalli de Salles J. Influencia de los síntomas de depresión en las funciones neuropsicológicas después del accidente cerebrovascular. *Ciencias Psicológicas*. 2019;13(1):56-66.
9. Mirolovics Á, Bokor M, Dobi B, Zsuga J, Bereczki D. Socioeconomic Factors Predicting Depression Differ in the Acute Stage and at 1 year After Ischemic Stroke or TIA. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2020;29(11):105241.
10. Che B, Zhu Z, Bu X, Yin J, Han L, Xu T, et al. Multiple biomarkers covering several pathways for the prediction of depression after ischemic stroke. *Journal of Affective Disorders*. 2021;280:442-9.
11. Villa RF, Ferrari F, Moretti A. Post-stroke depression: mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & therapeutics*. 2018;184:131-44.

12. Leeds L, Meara R, Hobson J. The utility of the Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ) in a stroke rehabilitation unit. *Clinical rehabilitation*. 2004;18(2):228-31.
13. Berthier ML. Poststroke aphasia. *Drugs & aging*. 2005;22(2):163-82.
14. Sheppard SM, Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2020:1-14.
15. Khedr EM, Abbass MA, Soliman RK, Zaki AF, Gamea A, El-Fetoh NA, et al. A hospital-based study of post-stroke aphasia: frequency, risk factors, and topographic representation. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2020;56(1):1-7.
16. Marco E, Muniesa JM, Duarte E, Belmonte R, Tejero M, Orient F, et al. Estudio prospectivo sobre la depresión post-ictus y los resultados funcionales. *Rehabilitación*. 2003;37(4):181-9.
17. Enderby P, Crow E. Frenchay aphasia screening test: validity and comparability. *Disability and Rehabilitation*. 1996;18(5):238-40.
18. Chaves Angarita CH, Tamayo Heredia MdIA. Validación de la prueba de tamizaje para afasia frenchay en adultos colombianos post evento cerebrovascular agudo. *Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*. 2014.
19. Ayis SA, Ayerbe L, Crichton SL, Rudd AG, Wolfe CD. The natural history of depression and trajectories of symptoms long term after stroke: The prospective south London stroke register. *Journal of affective disorders*. 2016;194:65-71.
20. Baccaro A, Wang Y-P, Brunoni AR, Candido M, Conforto AB, da Costa Leite C, et al. Does stroke laterality predict major depression and cognitive impairment after stroke? Two-year prospective evaluation in the EMMA study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2019;94:109639.
21. Cai W, Mueller C, Li Y-J, Shen W-D, Stewart R. Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2019;50:102-9.
22. Zeltzer L. Frenchay Aphasia Screen Test (FAST)

ANEXOS:

13. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, DIRIGIDO AL PACIENTE**

Buenos días.

Mi nombre Felipe de Jesús García Ruiz

Soy Médico y me encuentro haciendo la especialidad de geriatría en este hospital.

Le pido un minuto de su tiempo para invitarlo a participar en un estudio de investigación,

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	El nombre del estudio es "Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses".
Patrocinador externo (si aplica)*:	No tiene patrocinio de industria farmacéutica
Lugar y fecha:	Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro, Querétaro
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio lo estamos llevando a cabo, para ver que tan frecuente es que las personas que han tenido una embolia o hemorragia en el cerebro como es el caso de usted, tengan problemas de depresión y problemas para hablar.
Procedimientos:	Para ello, le aplicaré una serie de preguntas para identificar si usted tiene depresión y/o problemas para hablar y comprender cosas. Además, le preguntare algunos datos como su edad, sexo, escolaridad, estado civil. Esto lo haremos en completa confidencialidad en el consultorio 8 de la consulta de especialidades del Hospital General Regional No 1.
Posibles riesgos y molestias:	Nos tardaremos unos 20 minutos en aplicar las encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio usted contribuirá a identificar que tan frecuente es la depresión y los problemas de habla en pacientes adultos mayores de 60 años que han tenido una embolia o hemorragia cerebral. En caso de identificar que usted tiene depresión se le enviará al servicio de psiquiatría para terminar su evaluación y determinar si requieren de tratamiento y en caso de identificarse problemas de lenguaje se le enviará a rehabilitación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Le daremos a conocer los resultados de las encuestas que se le aplicaron.
Participación o retiro:	Usted está en la libertad de acepta o negarse a participar en el estudio. si Usted desea participar en el estudio no recibirá dinero o alguna otra gratificación. Si Usted no decide participar en el estudio, no tendrá repercusiones en los servicios médicos o de prestaciones como es su pensión, incapacidades, etc. Es más, si Usted ya firmo el consentimiento de participar en el estudio y en algún momento decide ya no participar puede retirarse en el momento que usted lo desee, sin que esto condiciones alguna represalia.
Privacidad y confidencialidad:	Se manejarán los datos de manera confidencial, su nombre y sus datos de manejaran de forma confidencial y son resguardados por lo investigadores bajo las normas de seguridad informática institucional.

Indique con una X, su decisión de participar o no en el estudio.

Si acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio.

Disponibilidad de Referencia al servicio de Psiquiatría para evaluación y manejo, así como a rehabilitación
tratamiento médico en según sea el caso.
derechohabientes (si aplica):

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con los investigadores responsables del proyecto o al Comité de Ética en Investigación:

Investigador Principal: Dr. Felipe de Jesús García Ruiz
Cargo: Médico Residente del 4 año de la especialidad en Geriatría
Adscripción: Hospital General Regional Número 1 IMSS Querétaro
Matricula: 99238289
Correo: darthfelpo@gmail.com
Teléfono: 477 276 23 29

Dra. Rocío Berenice Rodríguez Montoya
Cargo: Médico no Familiar
Adscripción: Hospital General Regional Número 1 IMSS Querétaro
Matricula: 99173862
Correo: drachiobrm@gmail.com
Teléfono 442 1581178

Dr. José Juan García González
Cargo: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud
Adscripción: Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Matricula: 11494646
Correo: jose.garciago@imss.gob.mx; josejuangarciagonzalez@gmail.com
Teléfono: Oficina 01 442 2162836 Ext 51110, Cel. 442 356 4994

Comité de Ética
en Investigación.

Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, ubicado en avenida 5 de Febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs, al teléfono 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico comiteticainvestigacionhgr1@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, DIRIGIDO AL CUIDADOR PRIMARIO

Buenos días.

Mi nombre Felipe de Jesús García Ruiz

Soy Médico y me encuentro haciendo la especialidad de geriatría en este hospital.

Le pido un minuto de su tiempo para invitarlo a participar en un estudio de investigación,

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	El nombre del estudio es "Prevalencia de depresión con afasia en adultos mayores que sufrieron un evento vascular cerebral en los últimos 6 meses".
Patrocinador externo (si aplica)*:	No tiene patrocinio de industria farmacéutica
Lugar y fecha:	Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro, Querétaro
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio lo estamos llevando a cabo, para ver qué tan frecuente es que las personas que han tenido una embolia o hemorragia en el cerebro como es el caso de su familiar, tengan problemas de depresión y problemas para hablar.
Procedimientos:	Para ello, le aplicaré una serie de preguntas para identificar si su familiar tiene depresión y/o problemas para hablar y comprender cosas. Además, le preguntare algunos datos como su edad, sexo, escolaridad, estado civil en caso de que su paciente no logre contestarme. Esto lo haremos en completa confidencialidad en el consultorio 8 de la consulta de especialidades del Hospital General Regional No 1.
Posibles riesgos y molestias:	Nos tardaremos unos 20 minutos en aplicar las encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio usted y su paciente contribuirán a identificar que tan frecuente es la depresión y los problemas de habla en pacientes adultos mayores de 60 años que han tenido una embolia o hemorragia cerebral. En caso de identificar que tiene depresión canalizaremos a su familiar al servicio de psiquiatría para terminar su evaluación y determinar si requieren de tratamiento y en caso de identificarse problemas de lenguaje se enviará a rehabilitación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Le daremos a conocer a Usted y su familiar los resultados de las encuestas que se le aplicaron.
Participación o retiro:	Usted está en la libertad de acepta o negarse a participar en el estudio. Si usted como cuidador primario o su familiar como paciente desea participar en el estudio no recibirá dinero o alguna otra gratificación. Si usted como cuidador primario o su familiar deciden no participar en el estudio, no tendrá repercusiones en los servicios médicos o de prestaciones como es su pensión, incapacidades, etc. Es más, si usted y su familiar ya firmaron el consentimiento de participar en el estudio y en algún momento decide ya no participar puede retirarse en el momento que usted lo desee, sin que esto condiciones alguna represalia.
Privacidad y confidencialidad:	Se manejarán los datos de manera confidencial, su nombre y sus datos de manejaran de forma confidencial y son resguardados por lo investigadores bajo las normas de seguridad informática institucional.

Indique con una X, su decisión de participar o no en el estudio.

Si acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio.

Disponibilidad de Referencia al servicio de Psiquiatría para evaluación y manejo, así como a rehabilitación según sea
tratamiento médico en el caso.
derechohabientes (si aplica):

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con los investigadores responsables del proyecto o al Comité de Ética en Investigación:

Investigador Principal:

Dr. Felipe de Jesús García Ruiz
Cargo: Médico Residente del 4 año de la especialidad en Geriatría
Adscripción: Hospital General Regional Número 1 IMSS Querétaro
Matricula: 99238289
Correo: darthfelpo@gmail.com
Teléfono: 477 276 23 29

Dra. Rocío Berenice Rodríguez Montoya
Cargo: Médico no Familiar
Adscripción: Hospital General Regional Número 1 IMSS Querétaro
Matricula: 99173862
Correo: drachiobrm@gmail.com
Teléfono 442 1581178

Dr. José Juan García González
Cargo: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud
Adscripción: Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Matricula: 11494646
Correo: jose.garciago@imss.gob.mx; josejuangarciagonzalez@gmail.com
Teléfono: Oficina 01 442 2162836 Ext 51110, Cel. 442 356 4994

Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, ubicado en avenida 5 de Febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs, al teléfono 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico comiteticainvestigacionhgr1@gmail.com

Comité de Ética
en Investigación.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

FAST (Frenchay Aphasia Screen Test)

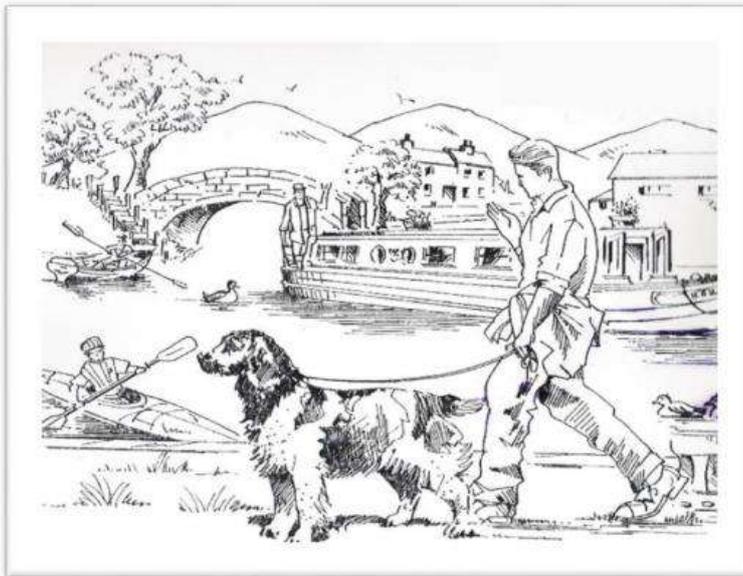
Comprensión: (22)

a) escena del río.

Práctica: se le pide al paciente que señale el río.

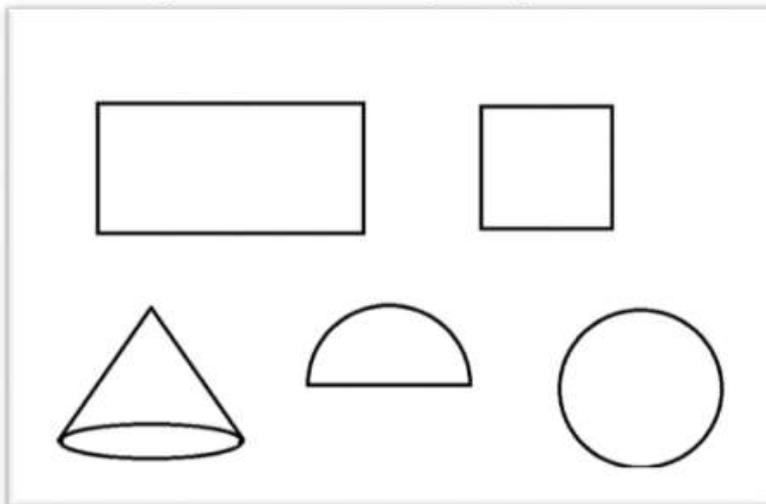
1. señale la canoa
2. señale el árbol más alto
3. señale al hombre y después señale al perro
4. señale la pierna izquierda del hombre y después señale la canoa
5. Antes de señalar el pato señale la montaña de en medio

Figura 1. Lámina para descripción "escena del río"



(16)

Figura 2. Lamina "figuras geométricas"



(16)

b) formas

punto de práctica: señale el círculo

1. señale el cuadrado
2. señale el cono
3. señale el rectángulo y después el cuadrado
4. señale el cuadrado y después el cono y después el semicírculo
5. señale la figura que parece una pirámide y luego la que parece una media naranja (22)

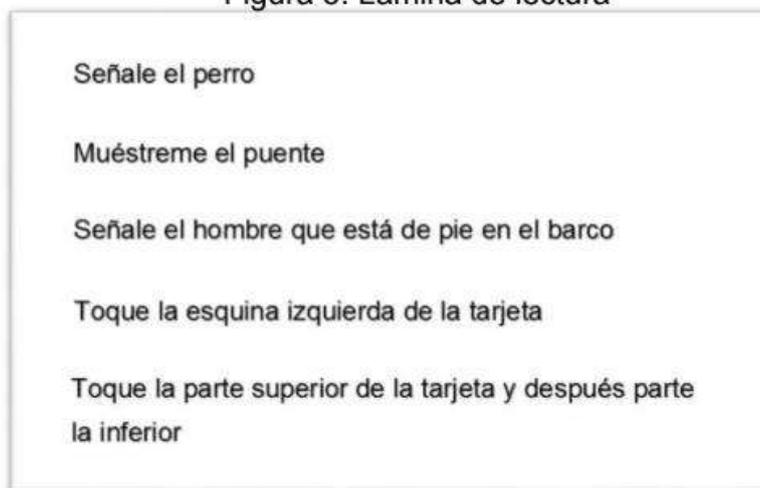
Expresión verbal:

- a) se muestra la imagen del río utilizada previamente y se le pide al paciente que la describa lo más detalladamente que pueda
- b) se retira la imagen y se pide al paciente que nombre todos los animales que pueda en 1 minuto(22)

Lectura:

- a). Se le dan 5 cartas de lectura y se pide que las lea para sí mismo, y haga lo que dicen las tarjetas, y así sucesivamente las cuatro tarjetas restantes. (22)

Figura 3. Lamina de lectura



(16)

Escritura:

- a) Se le muestra la imagen de la escena del río al paciente y se le pide que escriba tanto como puede sobre la imagen, lo más que vea, se le dan máximo 5 minutos para completar esta sección.(22)

Puntuación:

Comprensión, un punto por cada orden seguida correctamente

10 puntos en total

Expresión verbal

parte a) 1 punto si no puede nombrar objetos, 2 puntos si nombra 1-2 objetos, 3 puntos si nombra 3-4 objetos, 4 puntos si nombra 5-7 objetos, 5 puntos si nombra 8-9 objetos o usa frases para describir la imagen de manera adecuada.

parte b)

1 punto si no puedo nombrar

2 puntos si nombra 1-2 animales,

3 puntos si nombra 3-5 animales

4 puntos si nombra 6-9 animales

5 puntos si nombra 10-14 animales

6 puntos si nombra 15 o más

Lectura

Un punto por cada indicación completada con las tarjetas de lectura

Escritura:

1 punto si es incapaz de escribir o las palabras son ininteligibles

2 puntos si escribe 1 o 2 palabras apropiadas

3 si escribe los nombres de 3 objetos o una frase incluyendo 2 o 3 objetos

4 puntos si escribe el nombre de 4 objetos o 2-3 frases que incluya el nombre de 4 objetos

5 puntos si usa frases y oraciones, incluyendo el nombre de 5 objetos, pero no puede ser considerado normal, pues la oración no incluye personas y acciones

6 puntos si se considera un desempeño normal, con frases u oraciones que incluyan personas y acciones. (22)

Resultado: (_____)

Cuestionario de depresión en pacientes con afasia por ictus (SADQ10) – Versión Comunitaria

Por favor indique con cuánta frecuencia en la última semana, _____ ha mostrado los comportamientos siguientes:

1. ¿Tiene episodios de llanto?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

2. ¿Está inquieto por las noches o pasa malas noches?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

3. ¿Evita el contacto visual cuando habla con él/ella?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

4. ¿Rompe a llorar?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

5. ¿Se queja de alguna molestia o dolor?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

6. ¿Se enfada?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

7. ¿Rechaza la participación en actividades sociales (como visitas, relacionarse o entretenerse)?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

8. ¿Está agitado/a e inquieto/a?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

9. ¿Se queda sentado/a sin hacer nada?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

10. ¿Se mantiene ocupado/a durante el día?

Casi siempre A veces Rara vez Nunca

© University of Nottingham 2007

Por favor indique usted como se ha sentido en las últimas dos semanas, la mayor parte de los días, para las respuesta solo debe contestarme SÍ/NO.

Geriatric Depression Scale (GDS-15) Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No (0)

Resultado: _____ /15

Calificación:

- El puntaje máximo es de 15 puntos. Sumar los puntos por cada respuesta Sí o No en negritas.

Interpretación

Normal: 0 - 4 puntos.

Presencia de síntomas depresivos: 5 o más puntos.

Referencias:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

NSS _____ EDAD: ____ SEXO: _____
FOLIO: _____

PARTE 1		
COMPRESIÓN ESCENA DEL RÍO		
1. INDICACIÓN	0	1
2. INDICACIÓN	0	1
3. INDICACION	0	1
4. INDICACIÓN	0	1
5. INDICACIÓN	0	1
TOTAL		____/5

PARTE 1		
COMPRESIÓN FIGURAS GEOMÉTRICAS		
1. INDICACIÓN	0	1
2. INDICACIÓN	0	1
3. INDICACION	0	1
4. INDICACIÓN	0	1
5. INDICACIÓN	0	1
TOTAL	___/5	

PARTE 2		
EXPRESIÓN VERBAL PARTE1	PUNTOS	OBJETOS
AL DESCRIBIR LA IMAGEN DEL RÍO	1	0
	2	1-2
	3	3-4
	4	5-7
	5	8-9
TOTAL	___/5	

PARTE 2		
EXPRESIÓN VERBAL PARTE 2	PUNTOS	OBJETOS
AL MENCIONAR EL MAYOR NÚMERO DE ANIMALES POSIBLE EN UN MINUTO	1	0
	2	1-2
	3	3-5
	4	6-9
	5	10-15
	6	>15
TOTAL	____/6	

PARTE 3		
LECTURA DE LAS INDICACIONES EN LA TARJETA		
1. INDICACIÓN	0	1
2. INDICACIÓN	0	1
3. INDICACION	0	1
4. INDICACIÓN	0	1
5. INDICACIÓN	0	1
TOTAL	___/5	

PARTE 4		
ESCRITURA	PUNTOS	OBJETOS
AL PEDIRLE QUE DEESCRIBA CON EL MAYOR DETALLE LA ESCENA DEL RÍO EN 5 MINUTOS	1	NINGUNA PALABRA O ININTELIGIBLE
	2	PALABRAS U OBJETOS 1-2
	3	3 OBJETOS O UNA FRASE CON 2-3 OBJETOS
	4	4 OBJETOS O 2-3 FRASES CON 4 OBJETOS
	5	FRASES U ORACIONES, CON 5 OBJETOS, PERO SIN PERSONAS NI ACCIONES
	6	FRASES U ORACIONES, CON PERSONAS Y ACCIONES
TOTAL ____/6	TOTAL PARA AFASIA >25 PUNTOS/____	

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre

FOLIO: _____

NSSS

EDAD: _____ SEXO: M () H () ESCOLARIDAD: A() LYE() P() S() B() L() P() ESTADO CIVIL: S()
C() V() D() UL()

FECHA DEL EVC _____, TIPO EVC: I() H()

LOCALIZACIÓN EVC: F () P() T() O() GB() C() IZQUIERDO () DERECHO()

COMORBILIDAD: DT() HAS() CISQ() EPOC() ERC() DISLIP()

MEDICAMENTOS: _____

GDS(GERIATRIC DEPRESSION SCALE) 15 ÍTEMS

Por favor indique usted como se ha sentido en las últimas dos semanas, la mayor parte de los días, para las respuestas solo debe contestarme SÍ/NO

NÚMERO DE PREGUNTA	PUNTAJE	PUNTAJE
	0	1
	1	0
	1	0
	1	0
	0	1
	1	0
	0	1
	1	0
	1	0
.	1	0
.	0	1
.	1	0
.	0	1
.	1	0
.	1	0
TOTAL	___/15	

SADQ-10 (CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON AFASIA POR ICTUS)

NÚMERO DE PREGUNTA				
1	3	2	1	0
2	3	2	1	0
3	3	2	1	0
4	3	2	1	0
5	3	2	1	0
6	3	2	1	0
7	3	2	1	0
8	3	2	1	0
9	3	2	1	0
10	3	2	1	0
TOTAL	POSTIVO PARA SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON PUNTAJE >14 ___/30			