

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**TESIS**

Prevalencia y grado de depresión post ictus isquémico

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

Autores:

**Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomón**

**Sandoval Carrasco, Diego Jomel**

Asesora:

**Dra. Compén de Rojas, Lucrecia**

**Trujillo - Perú**

**2022**

## Dedicatoria

*A mi abuelita por servir de inspiración  
para la elección del tema de este estudio*

*A Flor, Víctor, Maria  
por preocuparse por mí,  
cuidarme y apoyarme siempre*

*A Guechi y Dollar por su amor incondicional  
y compañía durante estos años*

## Dedicatoria

*Dedico este trabajo principalmente a mi madre  
Silvia, quien es el pilar elemental de mi vida y  
ser la fuente infinita de apoyo todos estos  
años.*

*A mi padre Wilder y mi hermana Elaine,  
por complementar a mi madre y ser juntos la motivación  
e impulso que mueven el sueño de ser médico.*

*A mis abuelos, a toda mi familia, a mis amigos  
y a quienes partieron y no pudieron celebrar  
conmigo terminar esta hermosa etapa de mi vida.*

## Agradecimientos

*A nuestra maestra y asesora, Dra. Lucrecia Compén Kong  
Por sus enseñanzas, correcciones y paciencia  
desde que empezamos a trabajar en este estudio*

*A mi compañero y amigo Diego Sandoval  
por su apoyo incondicional y los buenos momentos  
durante el desarrollo del trabajo*

## Agradecimientos

*A la nuestra asesora, Dra. Lucrecia Compén Kong  
por guiarnos y mostrarnos las herramientas  
para culminar esta investigación.*

*A Víctor Alejandro, amigo y compañero de tesis,  
por todo el tiempo y apoyo brindado,  
fundamental para el correcto rumbo de este trabajo.*

## ÍNDICE

Resumen .....	7
Abstract.....	7
I. Introducción .....	7
II. Materiales y métodos .....	8
III. Resultados .....	8
IV. Conclusiones.....	12
V. Referencias .....	12

## RESUMEN

La depresión es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente tras un accidente cerebro vascular (ACV). La prevalencia de depresión post ictus (PSD) afecta a 1 de cada 3 pacientes con ictus. La frecuencia es alta durante el primer año y disminuye posteriormente. La historia natural de PSD es dinámica. La depresión afecta a la mayoría de los pacientes con ictus con episodios de corta duración, pero con alto riesgo de recurrencia a largo plazo. Distintos factores pueden estar asociados a la persistencia de PSD más allá del año post-evento. Un tamizaje correcto e instrumentos validados permitirían un diagnóstico oportuno y mejor manejo médico de la PSD en estos pacientes.

*Palabras clave: Depresión post ictus, enfermedad cerebrovascular.*

## ABSTRACT

Depression is the most common neuropsychiatric complication after a stroke. The prevalence of post stroke depression (PSD) affects 1 in 3 stroke patients. The frequency is high during the first year and decreases thereafter. PSD's natural history is dynamic. Depression affects the majority of stroke patients with episodes of short duration, but with a high risk of long-term recurrence. Different factors may be associated with the persistence of PSD beyond the post-event year. Correct screening and validated instruments would allow a timely diagnosis and better medical management of PSD in these patients.

*Keywords: Post-stroke depression, stroke.*

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad/accidente cerebro vascular (ECV/ACV) es la tercera causa de muerte en todo el mundo y la principal causa de discapacidad crónica grave en adultos.<sup>1,2,3</sup> Hay 16 millones de accidentes cerebrovasculares al año, con 6 millones

de muertes y otros 5,5 millones quedan con una discapacidad significativa con un enorme impacto sanitario, social y económico en el mundo<sup>4</sup>. La depresión post ictus (PSD) es una complicación común, seria pero poco reconocida del ECV<sup>5</sup>. Tanto el ECV como la depresión se han asociado con una mayor activación inflamatoria del sistema inmunológico que causa impactos negativos en la salud en ambas afecciones<sup>6</sup>. Nuestro objetivo en esta revisión es explorar la prevalencia, severidad y la variabilidad temporal de la PSD debido a su influencia en el aumento de la mortalidad y pobres resultados funcionales en los sobrevivientes<sup>6,7</sup>.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline – Pubmed y Cochrane Library. Se utilizó la siguiente combinación de términos MeSH: (prevalence OR frequency OR severity) AND (post-stroke depression) sin límite de tiempo en la búsqueda. Se seleccionaron los artículos científicos originales tipo revisiones, revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos los cuales reporten información acerca la prevalencia o grado de depresión post-ictus. Además, se seleccionaron aquellos que incluían pacientes ambulatorios de ambos sexos con rango de edad entre 30-75 años. Se descartaron los estudios donde se especificaban alguna otra comorbilidad psiquiátrica en la muestra estudiada y aquellos artículos no originales como comentarios o protocolos de ensayos clínico. Se realizaron búsquedas manuales adicionales en las bibliografías de los estudios individuales.

## III. RESULTADOS

La depresión es común en adultos y muy particularmente en pacientes con enfermedades neurológicas.<sup>8,9</sup> Bullock y col<sup>10</sup>, en su estudio poblacional a gran escala reciente encontraron una prevalencia de la depresión que va del 18% al 30%, dependiendo de la condición neurológica de que se trate. La asociación de la



depresión con los trastornos neurológicos es más compleja que con otras enfermedades crónicas (la depresión es el segundo contribuyente principal a la carga de enfermedades crónicas<sup>11</sup>). La explicación de esta complejidad se debe a que las enfermedades del cerebro tienen el potencial de modificar el estado de ánimo de la persona afectada, ya que el cerebro es el último controlador del comportamiento<sup>8</sup>. La forma más común de depresión es el trastorno depresivo mayor (TDM), que se caracteriza por la disminución persistente del estado de ánimo o la pérdida de interés o placer presente la mayor parte del tiempo, casi diario todos los días durante 2 semanas, junto con síntomas depresivos adicionales<sup>12</sup>. PSD es similar al TDM, pero existen diferencias importantes. PSD tiende a presentar con más frecuencia fluctuaciones del ánimo, irritabilidad o apatía mientras que la anhedonia o las alteraciones cíclicas del sueño son menos frecuentes.<sup>13</sup> Los pacientes con PSD tienen una mayor prevalencia de discapacidad física como afasia, alteraciones de la marcha y pérdidas sensoriales.<sup>14,15</sup> Por lo tanto, el abordaje terapéutico de la PSD no es igual al TDM y la PSD debe abordarse específicamente.<sup>15</sup> La prevalencia de la PSD ha sido estudiada en varias ocasiones. En 2005, Hackett et al.<sup>16</sup> realizaron un metaanálisis que incluyó 51 estudios donde se informó que la frecuencia combinada de depresión estuvo presente en el 33% (IC del 95%, 29% a 36%) de todos los supervivientes de ACV. Todos los estudios incluyeron ictus isquémico, la mayoría incluyó hemorragia intracerebral y además en la mayoría excluyó la hemorragia subaracnoidea y el ataque isquémico transitorio. Posteriormente en 2014, este estudio se actualizó con nuevo metaanálisis de 61 cohortes<sup>17</sup>, el cual indicó que el 31% (IC del 95%, 28% al 35%) de los pacientes desarrollaron depresión en algún momento hasta 5 años después del ACV. La prevalencia de PSD disminuyó significativamente más allá del año post-evento: 25% (IC 95%, 16% -33%) entre 1 a 5 años, y 23% (IC 95%, 14% - 31%) después de 5 años. Esta cifra más reciente de la frecuencia de PSD no es significativamente diferente a la anterior de 2005 (del 2%, 95% IC <1 al 3%). Esto

podría señalar la ineficacia de herramientas de tamizaje, diagnóstico, prevención y tratamiento utilizadas en los últimos años<sup>17</sup>.

Asimismo, Ayerbe et al.<sup>18</sup> reportó una frecuencia combinada de PSD similar del 29% (IC 95%, 25% - 32%). Las frecuencias registradas disminuyeron paulatinamente conforme aumentaba el intervalo entre el ACV y la evaluación: 28% (IC 95%, 23% - 34%) dentro del primer mes del ACV; 31% (IC 95%, 24% - 39%) en 1-6 meses; 33% (IC 95%, 23% - 43%) desde los 6 meses al 1 año; y 25% (IC 95%, 19%-32%) después de 1 año. Se informó, además, una tasa del 15-50% de recuperación espontánea de PSD un año después del ictus. Ayerbe et al.<sup>19</sup> también reportó una prevalencia estable de PSD de aproximadamente 30% (29-39%) a lo largo de 15 años de seguimiento en los pacientes del *South of London Stroke Registry*. Un tercio de los casos de PSD se desarrolló dentro de los primeros 3 meses después del accidente cerebrovascular, y la mitad de estos remitieron al año.<sup>19</sup> En un estudio más reciente, Mitchell et al.<sup>20</sup> determinó que cualquier forma de depresión estuvo presente en el 33.5% de pacientes sobrevivientes a ictus (IC 95%, 30.3% - 36.8%). Este estudio a diferencia de los anteriores metaanálisis pudo diferenciar la prevalencia entre depresión mayor (17.7%; IC 95%, 15.6% - 20.0%) y depresión menor (13.2%; IC 95%, 10.9% - 15.8%). La prevalencia también fluctúa de acuerdo al entorno del paciente: es menor en pacientes ambulatorios o en la comunidad (28.5%; IC 95%; 24.7% - 32.5%), aumenta en entornos hospitalarios (33.9%; IC 95% 29.0% - 39.0%) y es mucho mayor en pacientes en rehabilitación (43.6%; IC 95% 34.5% - 52.9%)<sup>20</sup>. La variación de la prevalencia entre los estudios (Tabla 1) se debe a varios factores, como pueden ser, el entorno estudiado (ya sea hospitalario, ambulatorio o en rehabilitación)<sup>21,22,23</sup>, distintos intervalos entre el ictus y la evaluación de la PSD (las tasas de PSD son más altas en el primer año después del ACV)<sup>20</sup>, la variación de la presentación clínica (ACV más graves se asociaron con síntomas depresivos más graves 4 años después del ACV) o el tipo de ictus (isquémico o hemorrágico), la dificultad de toma de datos debido a la gravedad de

secuelas asociadas (deterioro cognitivo severo, afasia severa o anosognosia)<sup>21,24</sup> y la no estandarización de métodos diagnósticos de PSD entre los distintos estudios seleccionados para el análisis<sup>16,17,21,25</sup>. Estas dificultades diagnósticas hacen que hasta el 50-80% de los casos de DPI no sean identificados por médicos no psiquiatras y por otro lado, síntomas como el insomnio y la pérdida de apetito pueden llevar a un aumento en las puntuaciones de depresión falsos positivos<sup>25</sup>.

Tabla 1. Prevalencia de PSD

Autor, año	Diseño de estudio	PSD (P): Prevalencia
Hackett et al; 2014	Meta-análisis 61 cohortes N = 25 488	P= 31% (IC 95%,28%-35%) 1 - 5 años: 25% (IC 95%, 16% -33%) >5 años: 21% (IC 95%, 14% - 31%)
Ayerbe et al; 2013	Meta-análisis 43 cohortes N = 20 293	P=29% (IC 95%, 25% – 32%) <1m: 28% (IC 95%, 23% -34%) 1 – 6m: 31% (IC 95%, 24% -39%) 6m- 1año: 33% (IC 95%, 23% -43%) >1 año: 25% (IC 95%, 19% - 32%)
Mitchell et al; 2017	Meta-análisis, Meta- regresión 128 estudios N= 15 573	Cualquier tipo de depresión ~ P=33.5% (IC 95%, 30.3% - 36.8%)

En cuanto al curso natural de la enfermedad, diferentes estudios longitudinales han mostrado resultados contradictorios. Por ejemplo, según los metaanálisis anteriores<sup>17,18</sup>, la tasa de prevalencia se mantuvo estable durante el primer año, pero disminuyó posteriormente. El *South of London Stroke Registry* encontró que la incidencia de PSD varió entre el 7% y el 21% en los 15 años posteriores al ACV, con una incidencia acumulada del 55%<sup>19</sup>. Los episodios de PSD tuvieron una duración corta, pero una alta tasa de recurrencia a lo largo de los años. Estos estudios revelaron una historia natural dinámica, con nuevos casos y recuperación de la depresión que ocurren con el tiempo.<sup>26</sup> A diferencia de los anteriores, Kwon et al.<sup>27</sup> encontró en 222 pacientes que la prevalencia de PSD aumentó significativamente en el largo plazo (promedio de 5 años). Algunos factores como la falta o el bajo apoyo social al paciente o la baja tasa de tratamiento antidepresivo podrían estar asociados al aumento de la prevalencia de la PSD en el largo plazo.<sup>27</sup> Por otro lado, una revisión reciente informó que el curso natural de la PSD mostró un patrón bifásico, con un aumento de los síntomas depresivos dentro de los primeros seis meses (PSD temprana) y un nuevo aumento dentro del segundo año después del accidente cerebrovascular (PSD tardía).<sup>29</sup> La PSD temprana o fase 1 está asociada a factores relacionados al ACV (severidad, localización, discapacidad motora/cognitiva) y también a ACV previos, riesgo cardiovascular o antecedentes de trastornos depresivos. Según Schöttke et al.<sup>30</sup> los individuos que experimentaron PSD en la fase aguda exhibieron un riesgo cinco veces mayor de PSD en el seguimiento. Los factores asociados a PSD tardía o fase 2 se relacionan más al enfrentamiento de los pacientes a la rehabilitación y las secuelas persistentes.<sup>29</sup>

#### IV. CONCLUSIONES

PSD afecta a un tercio (29 – 33.5%) de los pacientes con ACV. La frecuencia es alta durante el primer año. El curso natural de la PSD es dinámico y existen ciertos factores asociados a su incidencia ya sea temprana o tardía.

## V. REFERENCIAS

1. Feigin V, Forouzanfar M, Krishnamurthi R, Mensah G, Connor M, Bennett D et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2014;383(9913):245-255.
2. Villa R, Ferrari F, Moretti A. Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*. 2018;184:131-144.
3. Moretti A, Ferrari F, Villa R. Neuroprotection for ischaemic stroke: Current status and challenges. *Pharmacology & Therapeutics*. 2015;146:23-34.
4. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. GBD 2016 Stroke Collaborators. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):439-458.
5. Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48:e30–43.
6. Wijeratne T, Sales C. Understanding Why Post-Stroke Depression May Be the Norm Rather Than the Exception: The Anatomical and Neuroinflammatory Correlates of Post-Stroke Depression. *J Clin Med*. 2021;10(8):1674.
7. Bartoli F, Lillia N, Lax A, Crocamo C, Mantero V, Carrà G, et al. Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Res Treat*. 2013:862978.
8. Baquero M. Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. *World Journal of Clinical Cases*. 2015;3(8):682.

9. Adamson B, Ensari I, Motl R. Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adults With Neurologic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015;96(7):1329-1338.
10. Bulloch AG, Fiest KM, Williams JV, et al. Depression: a common disorder across a broad spectrum of neurologic conditions: a cross-sectional nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:507–512.
11. Otte C, Gold S, Penninx B, Pariante C, Etkin A, Fava M et al. Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2(1).
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. American Psychiatric Association, 2013.
13. Zhao F, Yue Y, Li L, Lang S, Wang M, Du X et al. Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2018;40(3):325-334.
14. de Man-van Ginkel J, Hafsteinsdóttir T, Lindeman E, Geerlings M, Grobbee D, Schuurmans M. Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations? *PLOS ONE*. 2015;10(12):e0144450.
15. Medeiros G, Roy D, Kontos N, Beach S. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*. 2020;66:70-80.
16. Hackett M, Anderson C. Predictors of Depression after Stroke. *Stroke*. 2005;36(10):2296-2301.
17. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9(8):1017-1025.
18. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe C, Rudd A. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.

19. Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe C, Rudd A. The Natural History of Depression up to 15 Years After Stroke. *Stroke*. 2013;44(4):1105-1110.
20. Mitchell A, Sheth B, Gill J, Yadegarfar M, Stubbs B, Yadegarfar M et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2017;47:48-60.
21. Ferro J, Caeiro L, Figueira M. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology*. 2016;12(5):269-280.
22. Robinson R, Jorge R. Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(3):221-231.
23. Kellermann M, Berecz R, Bereczki D. Does the severity of depressive symptoms after stroke affect long-term survival? An 18-year follow-up. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0209157.
24. Khedr E, Abdelrahman A, Desoky T, Zaki A, Gamea A. Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients—hospital-based study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2020;56(1).
25. Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno M, Ruiz Doblado S, Jiménez Hernández M. Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*. 2015;30(1):23-31.
26. Das J, G.K. R. Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018;90:104-114.
27. Kwon B, Lee E, Park S, Lee J, Lee M, Jeong D et al. Long-Term Changes in Post-Stroke Depression, Emotional Incontinence, and Anger. *Journal of Stroke*. 2021;23(2):263-272.
28. Werheid K. A Two-Phase Pathogenetic Model of Depression after Stroke. *Gerontology*. 2015;62(1):33-39.

29. Schöttke H, Gerke L, Düsing R, Möllmann A. Post-stroke depression and functional impairments – A 3-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry*. 2020;99:152171.

Facultad de Medicina - UNT



## CONSTANCIA DE ASESORIA

Yo, Lucrecia Compén de Rojas, docente principal, tiempo completo, con código UNT 1916, del Departamento Académico de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

### CERTIFICO:

Ser asesora de la monografía para obtener el Título profesional, titulada: “Prevalencia y grado de depresión post ictus isquémico”, cuyos autores son los estudiantes Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomón con N° Matrícula: 1021801415; y Sandoval Carrasco, Diego Jomel con N° Matrícula: 1021801115. Ambos alumnos de la promoción LIV de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo

Se expide la presente para los fines correspondientes.

Trujillo, 5 de febrero de 2022



-----  
*Lucrecia Compén Kong*  
Médico Neuróloga  
CMP. 10837 RNE. 3407

---

Dra. Lucrecia Compén de Rojas

Médico Neurólogo

Código UNT 1916

## ANEXO N° 6



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824

## FACULTAD DE MEDICINA

Inaugurada el 29 de Diciembre de 1957



## Unidad de Investigación

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA

Aspectos	Puntajes
<b>1. TITULO</b>	
a. Contiene las variables del tema a tratar. No es mayor a quince palabras.	1
b. El título refiere de manera general al tema a tratar. Tiene más de 15 palabras	0.5
c. El título no refleja el contenido del trabajo.	0.1
<b>2. RESUMEN</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras o no tiene palabras clave.	0.1
<b>3. ABSTRACT</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras en idioma inglés o no tiene palabras clave o uso incorrecto del idioma inglés.	0.1
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	
a. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. Está bien sustentado científicamente.	3.5
b. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente.	2
c. No explica el tema con claridad, ni porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente..	1
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	
a. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en 150 palabras.	3
b. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en más de 150 palabras.	2

c. No indica las fuentes de información usadas, tampoco como desarrolla la investigación. No usa 150 palabras.	1
<b>6. RESULTADOS</b>	
a. Presenta los resultados en forma sistemática en función del tema propuesto e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	4.5
b. Presenta los resultados en forma general e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	2.3
c. Presenta los resultados en forma general. No incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	1.1
<b>7. ANALISIS Y DISCUSION</b>	
a. Discute los resultados, busca hacer generalizaciones y establecer las posibles implicancias de la información presentada.	4
b. Discute los resultados de modo general y no hace generalizaciones.	2
c. No discute los resultados y no hace generalizaciones.	1
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
a. Formula conclusiones lógicas y emite recomendaciones viables.	2
b. Formula conclusiones genéricas y emite recomendaciones viables.	1
c. No formula conclusiones lógicas y tampoco emite recomendaciones viables.	0.5
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
a. Presentan citas justificables y asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	1
b. No presenta citas justificables que están asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.5
c. Presenta citas que no se justifican o usa más de un sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.2
<b>CALIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA</b>	<b>15</b>



Mg. MANUEL SANCHEZ LANDERS  
Miembro

## ANEXO N° 6



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824

## FACULTAD DE MEDICINA

Inaugurada el 29 de Diciembre de 1957



## Unidad de Investigación

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA

Aspectos	Puntajes
<b>1. TITULO</b>	
a. Contiene las variables del tema a tratar. No es mayor a quince palabras.	1
b. El título refiere de manera general al tema a tratar. Tiene más de 15 palabras	0.5
c. El título no refleja el contenido del trabajo.	0.1
<b>2. RESUMEN</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras o no tiene palabras clave.	0.1
<b>3. ABSTRACT</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras en idioma inglés o no tiene palabras clave o uso incorrecto del idioma inglés.	0.1
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	
a. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. Está bien sustentado científicamente.	3.5
b. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente.	2
c. No explica el tema con claridad, ni porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente..	1
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	
a. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en 150 palabras.	3
b. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en más de 150 palabras.	2

c. No indica las fuentes de información usadas, tampoco como desarrolla la investigación. No usa 150 palabras.	1
6. RESULTADOS	
a. Presenta los resultados en forma sistemática en función del tema propuesto e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	4.5
b. Presenta los resultados en forma general e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	2.3
c. Presenta los resultados en forma general. No incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	1.1
7. ANALISIS Y DISCUSION	
a. Discute los resultados, busca hacer generalizaciones y establecer las posibles implicancias de la información presentada.	4
b. Discute los resultados de modo general y no hace generalizaciones.	2
c. No discute los resultados y no hace generalizaciones.	1
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
a. Formula conclusiones lógicas y emite recomendaciones viables.	2
b. Formula conclusiones genéricas y emite recomendaciones viables.	1
c. No formula conclusiones lógicas y tampoco emite recomendaciones viables.	0.5
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
a. Presentan citas justificables y asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	1
b. No presenta citas justificables que están asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.5
c. Presenta citas que no se justifican o usa más de un sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.2
<b>CALIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA</b>	<b>15</b>



Mg. HANS EDGARDO SCHULZ CACEREZ  
Presidente

## ANEXO N° 6



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824

## FACULTAD DE MEDICINA

Inaugurada el 29 de Diciembre de 1957



## Unidad de Investigación

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA

Aspectos	Puntajes
<b>1. TITULO</b>	
a. Contiene las variables del tema a tratar. No es mayor a quince palabras.	1
b. El título refiere de manera general al tema a tratar. Tiene más de 15 palabras	0.5
c. El título no refleja el contenido del trabajo.	0.1
<b>2. RESUMEN</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras o no tiene palabras clave.	0.1
<b>3. ABSTRACT</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras en idioma inglés o no tiene palabras clave o uso incorrecto del idioma inglés.	0.1
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	
a. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. Está bien sustentado científicamente.	3.5
b. Explica claramente el tema y porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente.	2
c. No explica el tema con claridad, ni porque es importante la revisión. No está bien sustentado científicamente..	1
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	
a. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en 150 palabras.	3
b. Indica las fuentes de información usadas y como desarrolla la investigación, en más de 150 palabras.	2

c. No indica las fuentes de información usadas, tampoco como desarrolla la investigación. No usa 150 palabras.	1
6. RESULTADOS	
a. Presenta los resultados en forma sistemática en función del tema propuesto e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	4.5
b. Presenta los resultados en forma general e incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	2.3
c. Presenta los resultados en forma general. No incluye figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	1.1
7. ANALISIS Y DISCUSION	
a. Discute los resultados, busca hacer generalizaciones y establecer las posibles implicancias de la información presentada.	4
b. Discute los resultados de modo general y no hace generalizaciones.	2
c. No discute los resultados y no hace generalizaciones.	1
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
a. Formula conclusiones lógicas y emite recomendaciones viables.	2
b. Formula conclusiones genéricas y emite recomendaciones viables.	1
c. No formula conclusiones lógicas y tampoco emite recomendaciones viables.	0.5
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
a. Presentan citas justificables y asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	1
b. No presenta citas justificables que están asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.5
c. Presenta citas que no se justifican o usa más de un sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.2
<b>CALIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION MONOGRAFICA</b>	<b>15</b>



Mg. WILMER JARA GARCÍA  
Secretario

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Siendo *las quince horas* del día *veintitrés de Abril del 2022*, en el aula de la Plataforma Virtual, se reunió el Jurado de Tesis conformado por los siguientes Docentes: Mg. **HANS EDGARDO SCHULZ CACEREZ** (Presidente), Mg. **MANUEL SANCHEZ LANDERS** (miembro), Mg. **WILMER JARA GARCÍA** (Secretario), para evaluar la exposición y sustentación del Trabajo de Investigación titulado: **“PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN POST ICTUS ISQUÉMICO”** de los alumnos **VICTOR ALEJANDRO SALOMON RODAS SALINAS Y DIEGO JOMEL SANDOVAL CARRASCO**, con el fin de optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

De acuerdo al Reglamento vigente, se desarrollaron los siguientes acontecimientos:

- a) El Presidente del Jurado invitó al candidato a leer las conclusiones de la tesis y sustentarla a través de una exposición resumida del trabajo.
- b) Se pidió que respondiera a las preguntas que planteo el Jurado.
- c) Se invito al tesista a retirarse del aula, para la deliberación del Jurado
- d) Luego de deliberar sobre la evaluación del Trabajo de Investigación, los miembros del jurado llegaron a la siguiente conclusión:

El trabajo es **APROBADO POR UNANIMIDAD** con el calificativo de:

**QUINCE**

Se comunica al tesista los resultados; siendo las *dieciséis horas* del mismo día se levanta la sesión de sustentación.

De esta forma se dio por concluida la labor del Jurado y se remite la documentación respectiva al Señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.



**Mg. WILMER JARA GARCÍA**  
Secretario



**Mg. MANUEL SANCHEZ LANDERS**  
Miembro



**Mg. HANS EDGARDO SCHULZ CACEREZ**  
Presidente





UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

UNT

RECTORADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

## DECLARACIÓN JURADA

Los **AUTORES** suscritos en el presente documento **DECLARAMOS BAJO JURAMENTO** que somos los responsables legales de la calidad y originalidad del contenido del Proyecto de Investigación Científica, así como del Informe de la Investigación Científica realizado.

TITULO:

## PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN POST ICTUS ISQUÉMICO


## PROYECTO DE INVESTIGACION CIENTÍFICA INFORME FINAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	( )	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (PREGRADO)	( )
PROYECTO DE TESIS PREGRADO	( )	TESIS DE PREGRADO	( x )
PROYECTO DE TESIS MAESTRÍA	( )	TESIS DE MAESTRÍA	( )
PROYECTO DE TESIS DOCTORADO	( )	TESIS DE DOCTORADO	( )

Equipo Investigador Integrado por:


APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomon	Medicina	-----	-----	1021801415	Autor
Sandoval Carrasco, Diego Jomel	Medicina	-----	-----	1021801115	Autor
Compén de Rojas, Lucrecia	Medicina	MEDICINA	PRINCIPAL	1916	Asesor

Trujillo, 03 de mayo de 2022

  
 Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomon


70001007

DNI

  
 Sandoval Carrasco, Diego Jomel

73692586

DNI

  
 Lucrecia Compén Kong

17828218

DNI

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons - Compartir bajo la misma licencia versión Internacional. Para ver una copia de dicha licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Este formato debe ser llenado, firmado, adjuntado al final del documento del PIC, del informe de Tesis,

Trabajo de Investigación respectivamente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

UNT

RECTORADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN EN REPOSITORIO DIGITAL RENATI-SUNEDU**

Trujillo, 3 de mayo de 2022

Los **AUTORES** suscritos del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA**TITULADO:**

PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN POST ICTUS ISQUÉMICO

AUTORIZAMOS SU PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL, REPOSITORIO RENATI- SUNEDU,

ALICIA - CONCYTEC CON EL SIGUIENTE TIPO DE ACCESO:

A. Acceso Abierto:

B. Acceso Restringido:

(Datos del Autor y resumen del trabajo)

C. No autorizo su Publicación:

Si eligió la opción restringido o NO autoriza su publicación sírvase justificar.

**ESTUDIANTE DE PRE GRADO:**TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN:PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN:

TESIS:

**ESTUDIANTE DE POSTGRADO:**

TESIS DE MAESTRÍA

TESIS DE DOCTORADO:

**DOCENTES:**

INFORME DE INVESTIGACIÓN:

OTROS:

El equipo investigador integrado por:

APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomon	Medicina	-----	-----	1021801415	Autor
Sandoval Carrasco, Diego Jomel	Medicina	-----	-----	1021801115	Autor
Compén de Rojas, Lucrecia	Medicina	MEDICINA	PRINCIPAL	1916	Asesor

\_\_\_\_\_  
Rodas Salinas, Víctor Alejandro Salomon

\_\_\_\_\_  
70001007

DNI

\_\_\_\_\_  
Sandoval Carrasco, Diego Jomel

\_\_\_\_\_  
73692586

DNI

\_\_\_\_\_  
*Lucrecia Compén Rojas*  
Médico Neuróloga  
CMP. 10837 RNE. 3407

\_\_\_\_\_  
17828218

DNI

Este formato debe ser llenado, firmado, adjuntado en el Informe de Tesis y/o Trabajo de Investigación respectivamente

Este formato en el caso de Informe de Investigación científica docente debe ser llenado, firmado, scaneado y adjuntado en el sistema de [www.picfedu.unitru.edu.pe](http://www.picfedu.unitru.edu.pe)

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons - Compartir bajo la misma licencia versión Internacional.  
Para ver una copia de dicha licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>