

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Rehabilitación estándar y psicoterapia grupal en la depresión post-ictus

Berta Massaguer Bardají

Tutor: Xavier Carbonell Sánchez

Curso: 2016-17

REHABILITACIÓN ESTÁNDAR Y PSICOTERAPIA GRUPAL EN LA DEPRESIÓN POST-ICTUS

Berta Massaguer Bardají
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Resumen

Los pacientes afectados por un ictus son una población de alto riesgo a la hora de padecer depresión y trastornos de ansiedad. El infradiagnóstico de la depresión post-ictus (DPI) es frecuente a pesar de ser una secuela que puede llegar a afectar al 30-40% de pacientes. El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de la rehabilitación estándar y la psicoterapia grupal en deterioro cognitivo y estado anímico en pacientes afectados por un ictus.

Participaron en el estudio 125 pacientes que recibieron una rehabilitación estándar a la que se añadió un grupo de psicoterapia semanal. Al finalizar el tratamiento estándar y el grupo de psicoterapia, el 76% reflejó una mejora anímica, y el 95% mejoró su nivel de deterioro cognitivo. En conclusión, es importante tratar el estado ánimo y deterioro cognitivo en pacientes afectados de ictus, con el fin de realizar una intervención holística. Como futura línea de trabajo, debería ofrecerse un servicio de carácter terapéutico que permitiese prevenir la aparición de la depresión post-ictus y realizar un buen seguimiento.

Palabras clave: Ictus, depresión post-ictus, psicoterapia grupal, terapia cognitivo-conductual, deterioro cognitivo.

Abstract

Patients affected by a stroke are a high risk population to suffer for depression and anxiety disorders. The underdiagnosis of post-stroke depression (PSD) is frequent in despite of being a sequel that can affect the 30-40% of patients. The aim of the present study was to analyze the changes in cognitive and mood deterioration of the subjects in the sample. The study included 125 patients who received a standard rehabilitation to which was added a weekly psychotherapy group. The results show that the 76% of the participants had an improvement in mood after the standard treatment and psychotherapy group, as well as 95% obtain an improvement in the level of cognitive impairment. In conclusion, it is important to treat the mood and cognitive impairment in patients affected by stroke, in order to perform a holistic intervention. As a future line of work, a therapeutic service should be offered to prevent the onset of post-stroke depression and follow-up.

Keywords: Stroke, post-stroke depression, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy, cognitive impairment.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad vascular cerebral es la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos en los países occidentales, siendo la primera causa de mortalidad en España. Así mismo, es el mayor motivo de incapacidad, ya que la mayoría de los pacientes sufre secuelas, que en el 30% de los casos los inhabilitan para realizar las actividades cotidianas (Arias-Rivas, Vivancos-Mora y Castillo, 2012). Además, según Arias-Rivas, Vivancos-Mora y Castillo (2012), la incidencia de la enfermedad vascular cerebral varía entre los diferentes países y entornos y tiene relación con factores genéticos y ambientales, la edad de la población y la prevalencia de factores de riesgo asociados.

Cabe destacar que según su naturaleza, tal y como indican Díez- Tejedor, Del Bruto, Álvarez Sabín, Muñoz y Abiusi (2001) la enfermedad cerebrovascular se puede presentar como isquemia o como hemorragia, con una proporción en torno al 85% y 15% respectivamente. A grandes rasgos, la diferencia entre ambos es que un ictus de tipo isquémico se produce cuando hay una falta de nutrientes y oxígeno ya que los vasos sanguíneos se obstruyen y en consecuencia, se afectan distintas partes del cerebro. Así mismo, esto daña las células cerebrales y estas empiezan a morir. Por otro lado, un ictus hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo se revienta y sangra dentro del cerebro y eso provoca daños en las células que consecuentemente comienzan a morir. Garcia-Molina, Roig-Rovira, Enseñat-Cantallops y Sánchez-Carrión (2014) apuntan que la persona que sufre un ictus, experimenta un amplio abanico de alteraciones, entre ellas destacan las físicas (motoras y sensitivas) y las neuropsicológicas (cognitivas, conductuales y emocionales). Son las alteraciones emocionales las que normalmente acostumbran a ocasionar las limitaciones más incapacitantes.

Debido a la incapacidad que provoca el hecho de sufrir un ictus, los pacientes que lo sufren son una población de alto riesgo a padecer depresión y trastornos de ansiedad. La depresión post-ictus (DPI) se encuentra frecuentemente infradiagnosticada a pesar de que es una secuela bastante común que puede llegar a afectar al 30-40% de pacientes (Quinn et al., 2009). Además, según Llorca, Castilla-Guerra, Moreno, Doblado y Hernández (2015) la DPI es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus y el principal factor que limita la recuperación y rehabilitación de los pacientes, además de poder incrementar su mortalidad hasta 10 veces.

Algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ictus son la mayor severidad del ictus, sufrir alteraciones cognitivas, el grado de discapacidad física resultante, restricción o dependencia funcional, incapacidad laboral, dificultad en establecer roles sociales. Así mismo, es más frecuente en mujeres, en aquellas personas con historia de depresión u otro trastorno psiquiátrico, disfagia y en personas con aislamiento social (Ouimet, Primeau & Cole, 2001). Aunque se puede padecer en cualquier momento, parece que los primeros meses al volver a casa, son los más críticos. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos se trata de depresiones leves, pero aun así, es cierto que la DPI dificulta la rehabilitación, la recuperación funcional y la reinserción en el entorno social del enfermo (Robinson et al., 2008).

Tal y como comentan Stenager, Madsen, Stenager y Boldsen (1998), a pesar de que la DPI se asocia con una pobre respuesta a la rehabilitación, una menor calidad de vida, y un riesgo mayor de suicidio, habitualmente son pocos los pacientes que reciben un tratamiento antidepressivo que sea efectivo. Es por esa misma razón, que la bibliografía apunta a efectos significativos positivos de la psicoterapia en DPI, aunque existe poca evidencia científica. Se plantea la aplicación de psicoterapia como abordaje del sufrimiento emocional, trabajo del duelo e intervención psicoeducativa.

Es importante tener en cuenta el deterioro cognitivo que presentan los pacientes tras haber sufrido un ictus, puesto que según Terroni, Sobreiro, Conforto, Adda, Guajardo, De Lucia et al. (2012) el deterioro cognitivo es frecuente y se estima entre el 35,2% y el 87% de los pacientes, y hasta un 25-31% de ellos puede llegar a sufrir demencia post-ictus. Así mismo, el nivel de deterioro cognitivo puede tener relación con variables sociodemográficas, como el nivel de estudios o de reserva cognitiva de cada uno, siendo menor el deterioro si el de estudios es más alto (Fernández-Rojas et al., 2008).

Se ha sugerido que la presencia de déficits cognitivos impide la utilización de la psicoterapia en personas con daño cerebral. Aun así, tal y como indican Garcia-Molina et al. (2014) la práctica clínica demuestra que los déficits cognitivos no constituyen barreras infranqueables que imposibilitan la psicoterapia, sino que actúan como agentes mediadores que condicionan la metodología de trabajo empleada por el profesional.

Por lo que respecta a los objetivos del presente trabajo, considerando la correlación existente entre padecer un ictus y sufrir una depresión, el objetivo principal es evaluar el cambio

registrado en depresión y deterioro cognitivo en pacientes afectados de ictus después de recibir un proceso de rehabilitación estándar y asistir a un grupo de psicoterapia. Para ello, se ha realizado una comparación entre los resultados obtenidos antes de la rehabilitación estándar y psicoterapia de grupo y al finalizar ambas. La hipótesis es que la rehabilitación y la psicoterapia de grupo mejorarán el estado de ánimo y el nivel de deterioro cognitivo.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 125 pacientes (76 hombres -60,8%- y 49 mujeres -39,2%) con edades comprendidas entre los 31 y 94 años (media: 64) que fueron ingresados a causa de un ictus en el centro Sociosanitari de Vallparadís de Mútua de Terrassa entre los años 2008 y 2015 (véase tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron varios y se fijaron con el objetivo de conseguir un mayor aprovechamiento de la intervención por parte de los pacientes. Primeramente, siguiendo el procedimiento habitual, se administró el MEC a todos los pacientes que ingresaron en el centro con el objetivo de conocer su estado cognitivo. Cabe destacar que uno de los criterios de inclusión para acceder al grupo de psicoterapia, es que en este test, obtuviesen una puntuación igual o superior a 20. Este criterio se fijó puesto que se consideró necesario un estado cognitivo mínimo para garantizar una buena interacción en el grupo y comprensión de las distintas pautas que va proponiendo el terapeuta.

Seguidamente, con el fin de registrar el estado anímico inicial de todos los pacientes, se les administró el BDI-II. Es a raíz de la puntuación que se registró en este test, y la obtenida en el MEC, así como la observación directa de los pacientes, que se consideró si los pacientes debían acceder a la psicoterapia grupal que se ofrece en el centro o bien no era necesario. Para acceder al grupo, se fijó como criterio que en el BDI-II los pacientes obtuvieran una puntuación que indicase que existía un estado anímico bajo y por lo tanto, la existencia de síntomas de depresión (puntuación mínima 10, que correspondería a una depresión leve). Aun así, es cierto que algunos pacientes sin obtener una puntuación que indicase depresión, accedieron al grupo, puesto que refirieron al terapeuta la voluntad de asistir al mismo. Al ser

un grupo de carácter abierto, fueron aceptados para añadirse al mismo, ya que existía una voluntad de cambio e un interés para trabajar su estado emocional.

Material

Con el objetivo de valorar la sintomatología depresiva se administró al conjunto de pacientes el *Beck Depression Inventory- II* (BDI-II), de Beck, Steer y Brown (1996), un autoinforme de fácil aplicación en formato lápiz y papel compuesto por 21 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuesta.

Para valorar el deterioro cognitivo y su seguimiento evolutivo, se administró el *Mini Examen Cognoscitivo* (MEC) de Lobo, Saz y Marcos (2002); éste es una versión adaptada y validada en España del *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang (2001). Se trata de un test de cribaje del deterioro cognitivo muy usado en el ámbito de las demencias y útil, así mismo, en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Procedimiento

Los pacientes asistieron a un programa de rehabilitación estándar, que incluye una rehabilitación a nivel físico (fisioterapia), terapia ocupacional, estimulación cognitiva y sesiones de psicoterapia individual. Al tratamiento estándar se añadió un grupo abierto de psicoterapia con una frecuencia semanal. Asistieron a una media de 12 sesiones terapéuticas en un grupo abierto de 45 min. de duración en el que se realizó trabajo psicoeducativo y se aplicaron técnicas de orientación cognitivo-conductual.

Con el fin de comprobar si las diferencias en el BDI-II y el MEC son estadísticamente significativas se decidió aplicar la prueba T-Student para muestras emparejadas. Esta prueba calcula la diferencia que existe dentro de cada par de mediciones de antes y después del mismo grupo de individuos evaluados en distintos momentos, y determina si ésta es estadísticamente significativa. Se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, por lo que todo valor de probabilidad igual o menor que 0,05 indicaría que la diferencia estudiada es estadísticamente significativa.

Cabe indicar que los datos obtenidos están destinados exclusivamente a su uso científico. Es por esa razón que en el momento de evaluar los resultados, a todos los participantes se les asignó un código de identificación numérico con la finalidad de mantener la absoluta confidencialidad. Los resultados registrados se trataron en una base de datos del programa IBM SPSS Statistics 21.0, en el que se introdujeron los datos pertinentes de cada uno de los individuos.

Resultados

Teniendo en cuenta que la franja de edad es muy amplia (31-94 años), se optó por añadir un gráfico que clarificase cómo fue la distribución de la edad en la muestra (véase Figura 1). A raíz de este gráfico pudo verse como hubo un pico de edad a los 64 años (13 pacientes) así como, otras edades en las que hubo un mayor número de pacientes que padecieron un ictus (59-67 años).

Respecto al tipo de ictus de los pacientes, un 66,4% de ellos padecieron un ictus de tipo isquémico y el 33,6% restante un ictus hemorrágico. El análisis de la puntuación en el inventario BDI-II de Beck mostró que el 76% de los pacientes presentó una mejora anímica. En la Figura 2 se plasman los cambios registrados en el estado de ánimo de los pacientes, éste refleja una mejora, puesto que la mayoría de pacientes al finalizar el período de rehabilitación estándar y de psicoterapia en el centro, obtuvieron puntuaciones más elevadas en estado de ánimo “Normal” o “sin depresión” y en depresión leve, reduciéndose notablemente las puntuaciones inicialmente elevadas en “depresión moderada” y “depresión severa” que indicarían una mayor gravedad.

Al comparar las puntuaciones en el BDI-II, cuando ingresaron al centro con las obtenidas al finalizar el período de rehabilitación, se observó que 11 pacientes (un 13,75%) puntuaron entre 0-9, lo que reflejaría una ausencia de depresión o estado de ánimo normal, frente a los 58 pacientes (un 72,5%) que obtuvieron esta puntuación al finalizar la rehabilitación y participación en el grupo de psicoterapia.

Seguidamente, 52 de ellos (un 65%) puntuaron entre 10 y 18, que correspondería a una depresión leve en el momento del ingreso, y 65 (un 81,25%) en el momento del alta terapéutica. Así mismo, 53 pacientes (un 66,25%) presentaron una depresión moderada (puntuación entre 19 y 29) al ingresar, a diferencia de los resultados obtenidos al finalizar el

tratamiento de rehabilitación estándar y grupo de psicoterapia, en los que únicamente 2 pacientes (un 2,5%) puntuaron en depresión moderada. Finalmente, en el momento del ingreso, 9 pacientes (11,25%) obtuvieron una puntuación que refería una depresión severa (puntuaciones entre 30 y 63), frente a la ausencia de pacientes que puntuó depresión severa en el momento del alta.

Se puede afirmar que se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en el estado de ánimo ($t = 16,53$ y $p < 0.05$) al comparar los resultados antes de iniciar el período de rehabilitación estándar y la psicoterapia grupal ($\bar{x} = 24,51$) y al finalizar todos los tratamientos ($\bar{x} = 9,22$) (véase Tabla 3).

En resumen, al finalizar el proceso rehabilitación estándar recibido en el centro y la psicoterapia grupal, un total de 30 pacientes mantuvieron su estado de ánimo, 95 reflejaron una mejora anímica y ninguno de ellos empeoró.

A continuación, por lo que respecta al nivel de deterioro cognitivo, medido a través del MEC, la media de puntuación de todos los pacientes registrada en el momento del ingreso al centro fue de 24,63 y de 28,35 en el momento del alta terapéutica. Es decir, se apreció una mejoría de casi 4 puntos. En cuanto al estado cognitivo, con un nivel de confianza del 95%, se observó una mejora ($t = -18,98$, $p < 0.05$) estadísticamente significativa entre las mediciones efectuadas antes de recibir la rehabilitación estándar y la psicoterapia grupal ($\bar{x} = 24,63$) y al alta ($\bar{x} = 28,35$), (véase Tabla 2).

Este resultado indica que los pacientes mejoraron su estado cognitivo, puesto que una puntuación más alta se relaciona con un estado cognitivo más preservado. La puntuación más alta que puede obtenerse en el MEC, a diferencia del MMSE que es de 30, es de 35 puntos, por lo que una media de 28, que es aquella registrada en el momento del alta terapéutica, se asociaría con un buen estado cognitivo.

A nivel cognitivo, se observó que 119 pacientes (95%) mejoraron sus puntuaciones en el MEC, seis pacientes obtuvieron la misma puntuación en el momento de ingreso al hospital y en el del alta del centro.

Respecto a la interpretación de los resultados obtenidos en el MEC, una puntuación situada entre 30-35 puntos indicaría un estado cognitivo normal, entre 24-29 equivaldría a *borderline* o justo en el límite de presentar un deterioro cognitivo, entre 29 y 23 puntos, indicaría un

deterioro cognitivo leve, 14-18 moderado y menos de 14 puntos un deterioro cognitivo severo. Se ha optado por adjuntar un gráfico en el que se plasman los resultados registrados mediante el MEC en referencia al estado de deterioro cognitivo de los pacientes. Por lo que en el momento del ingreso, 48 pacientes obtuvieron una puntuación que indicaría un deterioro cognitivo leve, 47 de ellos estarían en el límite entre deterioro cognitivo o ausencia de éste (*borderline*) y 11 de ellos registrarían una puntuación que se asociaría con un estado cognitivo normal (véase Figura 3). Respecto al momento del alta terapéutica, 23 de ellos reflejarían un deterioro cognitivo leve, 47 se encontrarían dentro de la etiqueta “*borderline*”, por lo que estarían en el límite de un deterioro cognitivo y 55 obtuvieron una puntuación que indicaría normalidad respecto a su estado cognitivo.

Con concisión, pasando estos resultados a porcentajes, en el momento del ingreso al centro, un 8,8% obtuvo una puntuación que indicaría un estado cognitivo normal, un 52,8% puntuó dentro de la etiqueta “*borderline*”, por lo que se situó en el límite de presencia de un deterioro cognitivo y finalmente, un 38,4% presentaría un deterioro cognitivo leve. Seguidamente, en el momento del alta terapéutica, al finalizar el período de rehabilitación y estándar y la psicoterapia grupal, un 44% indicaría un estado cognitivo normal, un 37,6% se encontraría bajo la etiqueta “*borderline*” y un 18,4% presentaría un deterioro cognitivo leve.

Discusión

Primeramente, cabe destacar que los datos obtenidos respecto al tipo de ictus en esta muestra, siguen la línea de la bibliografía consultada, puesto que tal y como indican Díez- Tejedor et al. (2001), un 85% de las personas que padecen un ictus es de tipo isquémico y un 15% hemorrágico. Es decir, se puede afirmar que tanto los valores que exponen dichos autores y los de la muestra analizada, plasman que existe una mayor proporción de personas que han sufrido un ictus de tipo isquémico.

Respecto a los resultados obtenidos en el estado de ánimo, registrados con el BDI-II, se ha registrado una mejora del 76% en los pacientes, lo que demuestra que la psicoterapia cognitivo conductual aplicada puede resultar útil en la prevención y tratamiento de la DPI. Viendo los cambios obtenidos, se destaca la importancia de trabajar el estado cognitivo y emocional de los pacientes, por lo que se da relevancia al papel del psicólogo en todo este proceso, con el fin de prevenir secuelas mayores y reducir los daños. Según Fernández, Marrero, Mesa, Santiesteban y Rojas (2012), sería interesante que en la valoración de las

consecuencias de un ictus, se incluyese la identificación de los síntomas depresivos, ya que el manejo de estas manifestaciones es usualmente olvidado en la práctica y se pierde entonces una buena oportunidad de ofrecer mejoría y recuperación a estos pacientes.

Téngase en cuenta la importancia del programa rehabilitador del ictus, ya que se hace referencia a un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario, siendo elementos claves el inicio precoz, la intensidad adecuada, la evaluación periódica y la participación activa de pacientes y cuidadores (Duarte et al., 2010).

En referencia a los datos obtenidos con el MEC, también se observa una mejora considerable, desde los 24.39 puntos iniciales a los 28 finales. Se destaca, entonces la importancia de una atención sanitaria que tenga en cuenta estas secuelas a nivel cognitivo, para así poder mejorar y proporcionar una atención más ajustada a las distintas necesidades de los pacientes y así mismo, holística.

La depresión post-ictus es un factor limitante en la calidad de vida de los supervivientes del ictus por su elevada prevalencia. Algunos autores postulan que la DPI puede conducir a un deterioro cognitivo y además, predisponer a un nuevo ictus, que a su vez, pueden conducir a un deterioro cognitivo de origen vascular, y provocar así mismo, nuevos síntomas depresivos. De este modo, se establecería una relación bidireccional entre la depresión y la isquemia cerebral (Dieguez, Staub, Bruggiman & Bogousslavsky, 2004).

Después de comprobar que existe una alta correlación entre haber sufrido un ictus y una depresión a posteriori, es interesante considerar la aplicación de la psicoterapia, además de la rehabilitación estándar, con el fin de trabajar a nivel emocional con los pacientes a modo de prevención de unas posibles secuelas anímicas de mayor gravedad. Así mismo, con el objetivo de prevenir la DPI y aumentar la conciencia de enfermedad, la psicoeducación que se realiza a nivel terapéutico adquiere una gran importancia ya que permite orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer además, una mejora en su calidad de vida (Bulacio, Vieyra & Mongiello, 2006).

Aún así, cabe destacar que a menudo la depresión aparece cuando los pacientes vuelven a su rutina y entorno natural, es decir, cuando ya no están ingresados en un centro sociosanitario, por ejemplo. En este caso, se hace referencia según Carod-Artal (2006), a lo que llamaríamos

DPI “tardía”. Este autor diferencia la DPI “precoz” que sería aquella que aparece en los primeros tres meses tras el ictus, y la DPI “tardía”. Los pacientes con DPI precoz parecen presentar más signos depresivos somáticos que síntomas psicológicos.

Por lo que respecta a las limitaciones del presente estudio, cabe mencionar que los resultados obtenidos en el mismo no son generalizables, puesto que éstos no se han comparado con pacientes que pertenezcan a otro centro, la muestra se centra únicamente en los pacientes del Centre Sociosanitari Vallparadís ingresados entre los años 2008 y 2015 que han sufrido un ictus. Además de que la poca literatura encontrada al respecto sobre psicoterapia grupal de características similares a esta impide una comparación con otros estudios. Así mismo, otra de las limitaciones, es el hecho de que estos no han sido comparados con un grupo control, esto es debido a la falta de ética que supondría tener a un grupo de personas que ha sufrido un ictus sin rehabilitación y tratamiento psicoterapéutico.

En este estudio se ha destacado la importancia del trabajo emocional con pacientes que han sufrido un ictus. En este caso, uno de los servicios ofrecidos en el Centro Sociosanitari Vallparadís es la terapia en formato grupal que, añade el valor terapéutico del grupo a la psicoterapia individual, además de rentabilizar horas de dedicación del profesional, puesto que se trabaja con más pacientes en una menor proporción de tiempo (Visser, Heijenbroek-Kal, Van'tSpijker, Oostra, Busschbah & Ribbers , 2015).

Debido a las dificultades en la investigación acerca de la eficacia terapéutica en este tipo de grupos clínicos, en parte por la amplia heterogeneidad de participantes y variables, se plantean como líneas futuras de investigación la necesidad de establecer mayor control de variables, y la mejora del análisis y correlación entre ellas (estado de ánimo y tipo de lesión, soporte social, edad, grado de anosognosia entre otras).

Finalmente, como futura línea de trabajo, cabe destacar que sería de gran utilidad y debería considerarse, un servicio de carácter terapéutico para aquellos pacientes que han recibido el alta hospitalaria, con el fin de trabajar su estado emocional una vez vuelven a su casa y entorno natural, y de esta forma, poder prevenir la aparición de la DPI y realizar así mismo, un buen seguimiento.

Referencias

- Arias-Rivas, S., Vivancos-Mora, J., & Castillo, J. (2012). Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Revista de Neurología* 54(7): 385-393.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., & Mongiello, E. (2006). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Recuperado de: http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf.
- Carod-Artal, F. J. (2006). Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Revista de Neurología*, 42(3), 169-75.
- Concepción, O. F., Fleita, M. M., Barrero, Y. M., Velázquez, N. D. J. S., & Fuentes, J. R. (2012). Depresión post-ictus: Frecuencia y factores determinantes. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 2(1), 9-16.
- Dieguez, S., Staub, F., Bruggimann, L., & Bogousslavsky, J. (2004). Is poststroke depression a vascular depression? *Journal of the neurological sciences*, 226(1), 53-58.
- Díez-Tejedor, E., Del Bruto, O., Alvarez J., Muñoz, M., & Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista de Neurología*, 33(5), 455-64.
- Duarte, E., Alonso, B., Fernández, M. J., Fernández, J. M., Flórez, M., García-Montes, I., ... & Vidal, J. (2010). Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. *Rehabilitación*, 44(1), 60-68.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR & Fanjiang G.(2001). *MMSE. Mini- Mental State Examination. User's Guide*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources; 2001.
- Fernández-Concepción, O., Rojas-Fuentes, J., Pando, A., Marrero-Fleita, M., Mesa-Barrero, Y., Santiesteban-Velázquez, N., & Ramírez-Pérez, E. (2008). Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *Revista de Neurología*, 46, 326-30.

- García-Molina, A., Roig-Rovira, T., Enseñat-Cantallops, A., & Sánchez-Carrión, R. (2014). Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral. *Revista de Neurología* 58 (3): 125-132.
- Llorca, G. E., Castilla-Guerra, L., Moreno, M. F., Doblado, S. R., & Hernández, M. J. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31.
- Lobo A, Saz P & Marcos G. (2002). Grupo de Trabajo ZARADEMP. *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ouimet, M. A., Primeau, F., & Cole, M. G. (2001). Psychosocial risk factors in poststroke depression: systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(9), 819-828.
- Quinn, T. J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K. S., Sivenius, J., Walker, M. F., Toni, D., & Lees, K. R. (2009). Evidence-based stroke rehabilitation: An expanded guidance document from the European Stroke Organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 99-111.
- Robinson, R. G., Jorge, R. E., Moser, D. J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S. L., ... & Arndt, S. (2008). Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: A randomized controlled trial. *Jama*, 299(20), 2391-2400.
- Stenager, E. N., Madsen, C., Stenager, E., & Boldsen, J. (1998). Suicide in patients with stroke: Epidemiological study. *British Medical Journal*, 316(7139), 1206-1210.
- Terroni, L., Sobreiro, M. F., Conforto, A. B., Adda, C. C., Guajardo, V. D., Lucia, M. C., & Fráguas, R. (2012). Association among depression, cognitive impairment and executive dysfunction after stroke. *Dementia & Neuropsychologia*, 6(3), 152-157.
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., van'tSpijker, A., Oostra, K. M., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2015). Coping, problemsolving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1492-1498.

Tabla 1. Resumen de las características de la muestra.

PARTICIPANTES		
Sexo	76 hombres	49 mujeres
Edad	31-94 años	Media: 64,17
Tipo de ictus	66,4% isquémico	33,6% hemorrágico

Tabla 2. Prueba de muestras emparejadas BDI-II

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 BDI pre - BDI post	15,2880	10,3385	,9247	13,4578	17,1182	16,533	124	,000

Tabla 3. Prueba de muestras emparejadas MEC.

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	MEC - MEC b	-3,7200	2,1909	,1960	-4,1079	-3,3321	-18,984	124	,000

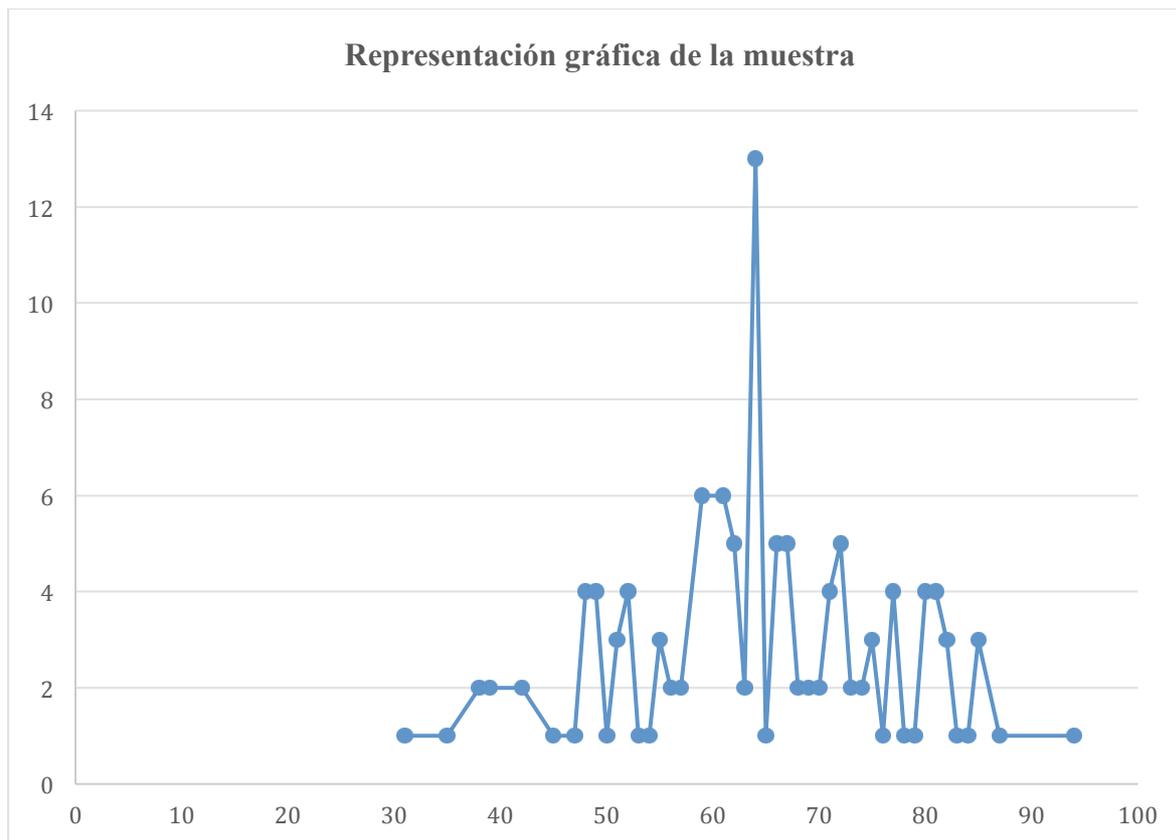


Figura 1. Curva de la distribución de la edad de los pacientes de la muestra.

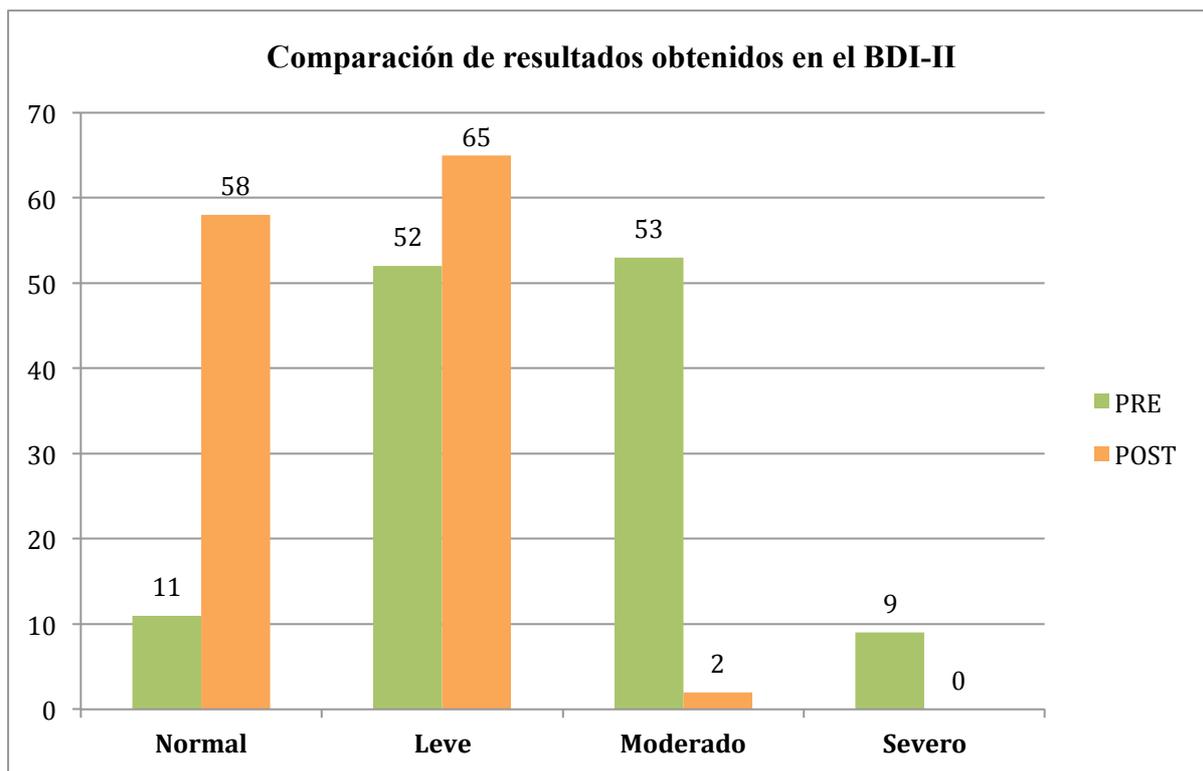


Figura 2. Cambios registrados en el estado de ánimo (BDI-II).

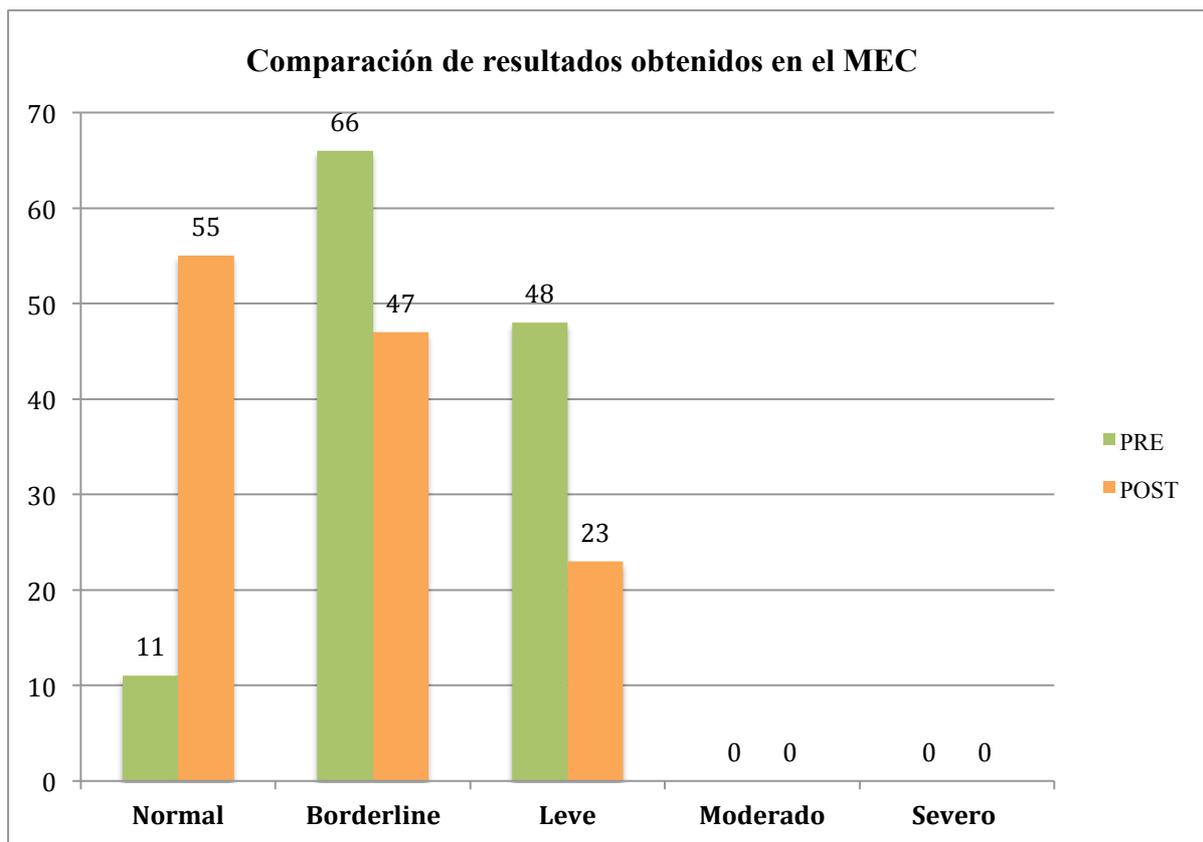


Figura 3. Representación gráfica de la comparación de resultados obtenidos en el deterioro cognitivo con el MEC.