

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA



**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PARKISON”

MELANIE THALÍA NAVARRETE PEÑAFIEL

DIRECTOR: DR. CARLOS ALBERTO RAMOS GALARZA, Ph.D.

QUITO 2021

Quito, 29 de junio del 2021

CARTA DE AUTORIZACIÓN

El Prof. Dr. Carlos Alberto Ramos Galarza, PhD. en su calidad de Guía de Tesis de la estudiante Melanie Thalía Navarrete Peñafiel con CI 1720726783, candidata al grado académico de Psicóloga Clínica, declara que la Disertación titulada “LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PARKINSON. INVESTIGACIÓN REALIZADA DESDE LA TEORÍA NEUROPSICOLÓGICA CON ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS HOMBRES Y MUJERES ATENDIDOS EN LA CIUDAD DE QUITO DISTRITO METROPOLITANO”, cumple con todos los requisitos establecidos dentro del proceso de titulación. Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Cordialmente,

Dr. Carlos Ramos Galarza, PhD

Profesor Titular Principal

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Dedicatoria

Un día te despiertas y vez lo lejos que llegaste, sin importar lo difícil que fue, sino todo el esfuerzo, dedicación y el corazón que pusiste para lograrlo. Hace 5 años, comenzó una de las etapas más lindas y retadoras de mi vida, y recordando todo el camino, sé que sin estas personas no lo hubiese logrado, es por eso que quiero dedicarles esta investigación con todo mi corazón. A Dios, mi luz, mi guía, mi compañía y mi ser incondicional. A mis abuelitos: Jorge y Rosa Moreno, la razón de cada uno de mis esfuerzos, por ser el amor de mi vida y por siempre tener los consejos y los abrazos precisos en cada momento, y más aun, cuando siento que mi mundo se cae en pedazos. A mi mamá, por ser mi ejemplo de lucha, y valentía, y por demostrarme que todas las guerras pueden ser vencidas, por ese amor incondicional que me hace fuerte y feliz día a día. Por estas personas que son tan importantes en mi vida, es que soy la persona que ahora soy, mi corazón y mis logros siempre serán dedicados a ustedes.

Agradecimientos

No todo el esfuerzo fue mío, necesité de ustedes para lograrlo. Dios, abrió caminos para que todo pueda surgir de la manera correcta y adecuada, puso en mi camino al mejor tutor Dr. Carlos Alberto Ramos Galarza, PhD, gracias por la paciencia, por cada enseñanza y sobre todo por su tiempo, guía y dedicación. A mis Papis: Jorge y Rosa, les agradezco infinitamente su esfuerzo para que yo pueda terminar mi carrera. Gracias a mi padre Klever Navarrete por el apoyo brindado. A mi madre que fuera de todo a estado conmigo en cada segundo de mi vida y mi carrera. A Andrea E. Torres, el regalo más lindo que me dejó la universidad, mi persona, mi colega, mi consejera y una de las personas que siempre me repitió “Tú puedes, ya falta poco” siendo un apoyo y una gran compañía. Finalmente, a mi hermano Leonardo, mis ñaños Jhos, Rony, Emi y Gabo, porque son esos cómplices de vida, travesías, viajes, locuras, y millón de cosas más, soy feliz de tenerles junto a mí. A mis tíos y familia en general que me vieron crecer y son un apoyo siempre, que han estado conmigo en días buenos y malos, acompañándome en cada proceso y siendo una parte muy linda de mi vida. A cada uno de mis amigos, que me han sido parte de grandes cosas de mi vida. Por eso y muchísimo más les doy gracias totales.

Tabla de contenido

1. RESUMEN	9
2. ABSTRACT	9
3. INTRODUCCIÓN.....	10
4. ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO	11
4.1. Definición de envejecimiento normal.....	12
4.2. Definición de envejecimiento patológico	14
4.3. Enfermedades neurodegenerativas.....	15
5. ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	16
5.1. La enfermedad de Parkinson desde la teoría neuropsicológica	17
5.2. Consideraciones de la enfermedad de Parkinson según el DSM V y CIE 10..	18
5.3. Evaluación diagnóstica y fases de la enfermedad.....	20
5.4. Tipos de tratamientos para la enfermedad de Parkinson	25
5.5. Influencia de la depresión en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson..	25
6. DEPRESIÓN	26
6.1. Definición de depresión	26
6.2. Tipos de depresión	28
6.3. Consideraciones de la depresión según el DSM V y CIE 10.....	28
6.4. Factores clínicos desencadenantes del trastorno de depresión	39
7. METODOLOGÍA.....	41
7.1. Problema de investigación	41
7.2. Objetivos de investigación e hipótesis.....	42
7.2.1. Objetivo general	42
7.2.2. Objetivos específicos.....	42
7.3. Hipótesis de investigación	42

7.4. Metodología y técnicas aplicadas para el procedimiento de la presente disertación.....	42
7.5. Técnicas	43
7.6. Universo o muestra	43
7.7. Participantes.....	43
7.8. Instrumentos.....	53
7.9. Procedimiento	54
7.10. Plan de análisis de datos.....	54
8. RESULTADOS	54
9. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
10. BIBLIOGRAFÍA.....	83
11. ANEXOS	87

<i>Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 3: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 4: Criterios clínicos para el diagnóstico de EP (Marín, et al, .2018).</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 5: Estadios de Braak y sus manifestaciones clínicas en pacientes EP (Briceño, et al. , 2011).</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 6: Criterios diagnósticos del CIE-10. Adoptado de "Trastornos de depresión" por Clasificación Internacional de Enfermedades, 1994, págs. 89-108.</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 7: Respuestas de pacientes con la enfermedad de Parkinson en la escala PDQ-39</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 8: Respuestas de pacientes sin la enfermedad de Parkinson frente a la escala PDQ-39.</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 9: Datos estadísticos de la suma total de la encuesta de calidad de vida en PCP Y PSP</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 10: Respuestas de pacientes con la enfermedad de Parkinson a la escala de depresión de Hamilton.</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 11: Respuestas de la escala de depresión de Hamilton de pacientes sin la enfermedad de Parkinson</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 12: Datos estadísticos de la escala de depresión de Hamilton.</i>	<i>78</i>

Tabla de ilustraciones

<i>Figura 1: Correlación de los estadios de Braak, Hoehn, y Yahr, estructuras involucradas y manifestaciones clínicas (Briceño, et al., 2011).</i>	24
<i>Figura 2: Representación de género en PCP</i>	43
<i>Figura 3: Rango de edades de los participantes con PCP</i>	44
<i>Figura 4: Representación de porcentajes según el estado civil de PCP</i>	44
<i>Figura 5: Porcentaje del número de hijos de los participantes con PCP</i>	45
<i>Figura 6: Tipo de colegio en PCP</i>	45
<i>Figura 7: Nivel de estudios de PCP</i>	46
<i>Figura 8: Representación de con quién viven PCP</i>	46
<i>Figura 9: Tipo de vivienda de PCP</i>	47
<i>Figura 10: Otras enfermedades de PCP</i>	47
<i>Figura 11: Representación de recursos de PCP</i>	48
<i>Figura 12: Representación de género en PSP</i>	48
<i>Figura 13: Rango de edad de PSP</i>	49
<i>Figura 14: Porcentaje de estado civil de PSP</i>	49
<i>Figura 15: Número de hijos de PSP</i>	50
<i>Figura 16: Nivel de estudios de PSP</i>	50
<i>Figura 17: Tipo de colegio de PSP</i>	51
<i>Figura 18: Representación de con quién viven los PSP</i>	51
<i>Figura 19: Tipo de vivienda de PSP</i>	52
<i>Figura 20: Porcentaje de otras enfermedades en PSP</i>	52
<i>Figura 21: Recursos en PSP</i>	53

<i>Figura 22: Media de la calidad de vida</i>	67
<i>Figura 23: Media de depresión.....</i>	78

1. RESUMEN

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa común en adultos mayores, la cual muchas veces está conjugada con depresión, afectando la calidad de vida del paciente. En esta investigación se verá la diferencia de la calidad de vida en pacientes con Parkinson y depresión, frente a pacientes que no padecen ninguna de estas enfermedades. El objetivo de este estudio es analizar los efectos de la depresión en personas con Parkinson mediante la aplicación de la Escala de Hamilton y la ejecución de un estudio comparativo transversal, aportando así evidencia a favor de la calidad de vida de las personas con estos trastornos. Se trabajó con una muestra de 10 pacientes, 5 de ellos con Parkinson y 5 sin Parkinson. En el grupo de pacientes con Parkinson el 80% son hombres y el 20% son mujeres, entre 70 y 87 años de edad ($M_{edad}=77.4$, $DE=6.76$). En el grupo de pacientes sin Parkinson el 60% son mujeres y el 40% son hombres, entre los 64-76 años de edad ($M_{edad}=73$, $DE=3.24$). El diseño de investigación con el que se trabajó es cuantitativo. Se encontraron resultados significativos entre la calidad de vida de un paciente con Parkinson ($M_{calidad\ de\ vida}=92$, $DE=7.58$), frente a pacientes sin la enfermedad de Parkinson, ($M_{calidad\ de\ vida}=24.4$, $DE=15.26$) determinando una mejor calidad de vida en las personas que no padecen enfermedad de Parkinson ni depresión. En cuanto a los resultados de la escala se encontró que, en pacientes con Parkinson existe mayor riesgo de depresión ($M_{depresión}=18.4$, $DE=3.71$), mientras que, en pacientes sin Parkinson no se encontró mayor signo de depresión ($M_{depresión}=6.6$, $DE=3.78$). Se observa que los pacientes con Parkinson son mucho más vulnerables a presentar depresión y deterioro de su calidad de vida, frente a los pacientes que no padecen enfermedad de Parkinson.

Palabras claves: Parkinson, depresión, calidad de vida, escala de Hamilton, escala PDQ-39.

2. ABSTRACT

Parkinson's is a common neurodegenerative disease in older adults, which is often conjugated with depression, affecting the patient's quality of life. In this research

we will see the difference in the quality of life of patients with Parkinson's and depression, compared to patients who do not suffer any of these diseases. The objective of this study is to analyze the effects of depression in people with Parkinson's by applying the Hamilton Scale and carrying out a cross-sectional comparative study, thus providing evidence in favor of patient's quality of life with these disorders. We worked with a sample of 10 patients, 5 of them with Parkinson's and 5 without Parkinson's. In the group of patients with Parkinson's, 80% are men and 20% are women, between 70 and 87 years of age (M age = 77.4, SD = 6.76). In the group of patients without Parkinson's, 60% are women and 40% are men, between 64-76 years of age (M age = 73, SD = 3.24). The research design with which we worked is mixed (quantitative-qualitative). Significant results were found between the quality of life of a patient with Parkinson's (M quality of life = 92, SD = 7.58), compared to patients without Parkinson's disease, (M quality of life = 24.4, SD = 15.26) determining a better quality of life in people without Parkinson's disease or depression. Regarding the results of the scale, it was found that in patients with Parkinson's there is a greater risk of depression (M depression = 18.4, SD = 3.71), while in patients without Parkinson's no greater sign of depression was found (M depression = 6.6, SD = 3.78). It is observed that patients with Parkinson's are much more vulnerable to present depression and deterioration of their quality of life, compared to patients who do not suffer from Parkinson's disease.

Key words: Parkinson's, depression, quality of life, Hamilton scale, PDQ-39 scale.

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace mayor énfasis en la enfermedad de Parkinson y en cómo esta afecta a la calidad de vida de los pacientes y la susceptibilidad de los mismos para padecer depresión. La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común en adultos mayores (de 60 años en adelante), por todas las características que esta enfermedad conlleva, afecta directamente a la calidad de vida de las personas. En primera instancia, en la evolución de la enfermedad se presentan síntomas motores, sin embargo, al pasar del tiempo se presentan síntomas no motores como puede ser la depresión, siendo esta la más común, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes. La tesis se organiza de la siguiente manera; el primer capítulo habla acerca del envejecimiento normal y patológico y se explica de mejor manera conceptos relacionados con la edad, haciendo una definición más puntual de

cada uno. El segundo capítulo, habla estrictamente de la enfermedad de Parkinson, tomando en cuenta diferentes teorías como la neuropsicológica y explicando los criterios establecidos en el DSM V para su diagnóstico. El tercer capítulo, explica sobre el trastorno de depresión, tomando en cuenta los criterios establecidos en el DSM V y CIE 10 para su diagnóstico, los diferentes tipos de depresión y los factores que desencadenan esta enfermedad.

El cuarto capítulo, habla acerca del método utilizado. La investigación es de tipo comparativo, con enfoque cuantitativo de manera teórico práctico. Se trabajó con una muestra de 10 pacientes, 5 de ellos con la enfermedad de Parkinson y 5 sin la enfermedad de Parkinson, hombres y mujeres con más de 60 años de edad. . Se utilizaron dos escalas cuantitativas: la escala PDQ-39 que valora el nivel de calidad de vida de pacientes con la enfermedad de Parkinson y la escala de Hamilton que valora si existe o no depresión y el nivel o grado del trastorno. En el quinto capítulo se describen los resultados encontrados, identificando que, la diferencia de calidad de vida de los pacientes con Parkinson se encuentra mucho más deteriorada y vulnerable a comparación de los pacientes que no presentan enfermedad de Parkinson. El Parkinson, hace que la persona sea mucho más propensa a tener depresión, ya que, la autonomía, movilidad entre otras características, se ven gravemente afectadas, provocando que la persona se encuentre más sensible a cambios anímicos.

En el sexto capítulo, se hace una breve discusión, conclusión, y recomendaciones. Concluyendo así, que, el Parkinson es una enfermedad que ya ha sido investigada mucho tiempo atrás, sin embargo, se ha dejado de lado otros trastornos y enfermedades que este puede traer de la mano, en este caso investigado, la depresión. No se ha dado la importancia que requiere este trastorno, el cual demanda de un tratamiento para que los síntomas no se agraven y afecten de más formas al paciente. El deterioro de la calidad de vida de un paciente con Parkinson es muy notable, sin embargo, no ha tenido la atención y el cuidado suficiente para que este no sea un agravante más para la persona. A continuación, se hablara a detalle de todos los puntos tratados hasta el momento.

4. ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO

García (2014), menciona que el envejecimiento es un cambio progresivo y característico de un organismo que conlleva riesgo y vulnerabilidad a la pérdida de

vigor, enfermedad y muerte. Este puede aparecer en un órgano, una célula o como tal en el organismo durante el ciclo vital de un individuo.

El envejecimiento se puede definir como: un proceso universal y definitivo que establece una disminución de capacidades de adaptación de forma gradual, de la misma manera, se puede decir que, es un fenómeno influido por varios factores relacionados con el contexto genético, social e histórico del desarrollo del ser humano de manera variable. Es importante tener en cuenta los parámetros culturales y sociales que son desarrollados a lo largo del ciclo vital del individuo, por lo que no hay un estadio preciso en el que una persona puede ingresar a la etapa de la vejez, de esta manera se puede acotar que el envejecimiento es una estructura individual y social de cada persona (García, 2014).

Este trastorno hace referencia a los cambios físicos, químicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se da normalmente en la persona a partir de los 50 años de edad, sin embargo, hay que tomar en cuenta que estos cambios varían dependiendo de la persona, y sus diferentes factores como son: la genética, la alimentación, el estilo de vida, entre otros. La enfermedad de Parkinson es un proceso dinámico, progresivo e irreversible que ocurre en el transcurso del tiempo por lo que los cambios se producen en los órganos y en la disminución de las funciones y capacidades de los mismos. Existe un sistema de reparación de lesiones que son producidas en los órganos, el cual actúa en función reparadora para no perder las capacidades de los mismos, en la edad posmadura, estos sistemas ya no son capaces de eliminar completamente las lesiones que produce el envejecimiento de las células, tejidos y órganos, produciendo así, el deterioro progresivo de los sistemas (Molina, 2010).

4.1. Definición de envejecimiento normal

Al hablar de envejecimiento, se habla de un proceso progresivo que también se encuentra en enfermedades, produciendo cambios fisiológicos y metabólicos en el transcurso del tiempo. Este fenómeno ha sido considerado como la pérdida de capacidad adaptativa a los cambios que genera el desarrollo natural de la vida del ser humano (Portellano, 2005). Es importante tomar en cuenta que la edad como tal, no es la responsable de la pérdida o disminución de las capacidades intelectuales, como son: pérdida de memoria, falta de concentración, entre otras; muchas veces son a causa de algún proceso patológico.

García (2014) hace una definición psicológica de envejecimiento, indicando que la etapa de la vejez se da desde los 65 años en adelante. La teoría menciona que existe una crisis de integridad frente a la desesperación, sobresaliendo las virtudes como la prudencia y la sabiduría. Otra teoría es la de la continuidad, la cual expresa que no existe una ruptura total entre la edad adulta y la tercera edad, ya que se trata del paso a la vejez, prolongando las experiencias, proyectos y hábitos de vida, sin embargo, la personalidad y los valores se mantienen en el individuo. En la vejez el individuo desarrolla las estrategias de adaptación que le permiten a reaccionar de manera positiva a las dificultades que se presentan en la vida (García, 2014).

Continuando con lo dicho previamente es importante mencionar que existen cuatro tipos de edades según García (2014):

- Edad cronológica, la cual se define en el número de años que se dan desde el nacimiento de la persona.
- Edad biológica, refiere al nivel de deterioro de los órganos.
- Edad psicológica, significa el comportamiento y la adaptación del individuo frente a las circunstancias negativas o positivas en la vida.
- Edad social que trata sobre el desempeño y desenvolvimiento social del individuo.

Frente a las definiciones de edades dadas anteriormente, se debe tener en cuenta que el proceso de envejecimiento no sólo se da en el aspecto cronológico, sino que también tiene relación los factores personales y ambientales. Vaillant y Mukamal citados por García (2014), presentan tres dimensiones en el envejecimiento, la disminución que hace referencia al deterioro de la función de los órganos con la disminución de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción frente a estímulos presentados. El cambio se da en la apariencia física, con la aparición de canas, arrugas y la distribución de grasa corporal, se da un cambio importante en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. El desarrollo es un factor importante de la vejez, ya que permite que el individuo tenga una mejor recepción sobre la aceptación del otro, también le permite tener mayor experiencia frente a situaciones nuevas y le permite experimentar la vida de una manera diferente (García, 2014).

Por último, Peña & Lillo (2012) hablan del “Síndrome de Deterioro” haciendo referencia a una pérdida significativa del rendimiento intelectual, mucho más grande de

lo esperado para la edad del sujeto, por lo cual se le conoce como sintomático de una patología cerebral. Este síndrome tiene la característica de conservar la autocrítica sin alterar la normalidad del juicio ni la comprensión de la realidad.

Hasta aquí se ha descrito lo que es el envejecimiento normal y como afecta progresivamente al individuo con el paso de los años, a continuación, se hablará acerca del envejecimiento patológico.

4.2. Definición de envejecimiento patológico

Se habla de envejecimiento patológico cuando el acontecimiento de procesos sobre todo en la enfermedad, alteran varios parámetros y dificultan o paralizan la eficaz adaptación produciendo la incapacidad funcional de los órganos y transformando de esta manera el envejecimiento normal en patológico (Córdoba & Mantilla , 2015).

El envejecimiento patológico ocurre cuando la enfermedad causa alteraciones, impide o dificulta la adecuada adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea. Cuando se presenten situaciones especiales que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el envejecimiento normal se transforma en envejecimiento patológico (Molina, 2010).

Ridruejo (2004) describe tres tipos de envejecimiento patológico:

1. Envejecimiento primario y secundario: El envejecimiento primario es característico del organismo mismo deteriorando los procesos fisiológicos consecuentes de la edad, mientras que el secundario hace referencia a las discapacidades creadas por el ambiente en el individuo.
2. Envejecimiento eugérico y patogérico: Patogérico hace referencia al conjunto de fenómenos relativos a la edad que son secundarios al proceso mórbido actual, mientras que, eugérico hace referencia para el que es generalmente distribuido en concordancia con la edad.
3. Patología mental en el anciano y patología mental del anciano: La patología mental en el anciano refiere a aquella que ha sido descubierta en el adulto, cuando esta es descubierta en el anciano sea más fuerte por la vulnerabilidad de edad. Se habla de patología mental del anciano cuando es propia de la edad, por lo que es directamente vinculada con la edad tomando en cuenta su condición psicobiológica y psicosocial.

Se encontraron tres tipos comunes de causas para un envejecimiento patológico, las cuales radican en cognitivas, afectivas y conativo-reactivas. El ámbito cognitivo refiere al déficit significativo de las capacidades cognitivas como son: la memoria, el lenguaje, la atención, el pensamiento, entre otras. Es aquí donde aparecen también las demencias, los síndromes contusionales y los trastornos amnésicos (Ridruejo, 2004).

El envejecimiento patológico en el área afectiva se puede evidenciar una pérdida del ánimo. Aquí se encontrarán algunas alteraciones como la distimia, la depresión mayor y el trastorno bipolar. En el ámbito conativo-reactivo, conativo refiere al esfuerzo y tendencia hacia un objetivo, mientras que reactivo trata de la modificación del organismo frente a un estímulo. Por otro lado, cuando se habla del lado patológico se va a ver afectado la psicomotricidad, trastornos de adaptación y las reacciones al estrés grave (Ridruejo, 2004).

En este apartado se ha explicado acerca del envejecimiento patológico como un proceso degenerativo, al mismo tiempo se presentaron tres tipos de envejecimiento patológico y las causas de su desarrollo. A continuación, en el siguiente apartado se va a explicar acerca de las enfermedades neurodegenerativas.

4.3. Enfermedades neurodegenerativas

Es importante hacer una definición sobre la neurodegeneración, por lo tanto, se la va a definir como una característica debilitante y sin cura de algunas enfermedades, como la enfermedad de Parkinson (Gitler, Paraminder, & James, 2017). Las enfermedades neurodegenerativas afectan principalmente al sistema nervioso central (SNC) y son caracterizadas por la pérdida progresiva de neuronas (Vallespín, 2015). La característica más común de estas enfermedades es el deterioro neurológico progresivo acompañado de la depreciación de la funcionalidad e independencia personal. Cuando las enfermedades neurodegenerativas están avanzadas se necesita psicoeducación familiar, con el propósito de que la familia elabore una reestructuración de la dinámica, ya que aparece en el paciente la necesidad de un cuidador principal (Carrereets et al. , 2004).

Las enfermedades neurodegenerativas se dan mientras exista un aumento de edad. Algunas de las enfermedades neurodegenerativas más comunes son la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington entre otras. Las enfermedades neurodegenerativas tienen diversas fisiopatologías, ya que algunas se

encuentran afectadas en el área de la memoria y el área cognitiva, mientras que otras son afectadas en su capacidad de movilidad, y de habla (Gitler et al. , 2017).

El párrafo descrito anteriormente definió lo que son las enfermedades neurodegenerativas y como estas afectan al individuo en el desarrollo de las actividades cotidianas, también se mencionó algunas de las más comunes. A continuación, se presenta un apartado de lo que es la enfermedad de Parkinson.

5. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Desde este momento nos vamos a referir a la enfermedad del Parkinson como (EP) entendidas como sus siglas.

La enfermedad de Parkinson (EP) fue descrita en 1817 por James Parkinson (1755 – 1824), al principio fue llamada “Patterson” por German Sée ya que la relacionó con una enfermedad reumática del corazón y fue Jean Martin Charcot quién tiempo después especifica algunos conceptos de la enfermedad y lo acuña con el nombre de “Parkinson” (Fresquet, 2005). Se le conoce como un trastorno cerebral que es caracterizado por temblor, dificultad de la marcha, movimiento y la coordinación (Fresquet, 2005).

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer, su prevalencia es del 1% en personas mayores a 65 años (Segovia & Mora, 2002). En el Ecuador se realizó un estudio puerta a puerta en la provincia de Manabí sobre la prevalencia de la enfermedad de Parkinson, obteniendo como resultado una prevalencia de 243 casos por 100.000 habitantes. También se pudo encontrar una leve diferencia en porcentajes de la enfermedad entre sexos, ya que en el sexo masculino es mayor con un (56.14%) y en el sexo femenino es levemente menor con un 43.86%) (Herdoíza, Perero, Toala, Mercado, & Vera, 2017). Se pueden describir algunas características fundamentales de la enfermedad como la rigidez, bradiquinesia, y temblores (Segovia & Mora, 2002).

Se conocen algunos de los posibles factores de la incidencia de la EP, como son las personas que trabajan en el campo y la agricultura con pesticidas. Otro factor asociado es la alta ingesta de hierro, anemia crónica, trauma craneoencefálico grave y trabajos de alta complejidad cognitiva. Se conocen también factores comunes como el café y el tabaquismo, mientras que la vitamina E, alcoholismo, tè, o ejercicio vigoroso, sumado con factores genéticos son explicativos para la mayor parte de casos de EP

(Marín, Carmona, Ibarra, & Gámez, 2018). Las causas genéticas atribuyen al 5-10% de los casos, explicando la aparición de la enfermedad antes de los 50 años de edad (Marín, et al. , 2018).

5.1. La enfermedad de Parkinson desde la teoría neuropsicológica

En la enfermedad de Parkinson se presentan manifestaciones neuropsicológicas y conductuales ya que existe un riesgo mayor en el deterioro cognitivo, presentándose entre un 20 y 40% de los casos. Por lo tanto, Portellano (2005) expone algunas de las más comunes alteraciones neuropsicológicas de la EP:

- Bradipsiquia: Refiere a la lentificación de la velocidad del pensamiento y del procesamiento de información. Existen casos en los que los pacientes preservan la capacidad de resolver problemas pero su respuesta tarda en generarse.
- Quejas subjetivas de pérdida de memoria: Muchos de los pacientes que presentan la EP refieren tener pérdida de memoria, sin embargo, no existe tal disminución, sino más bien la pérdida de fluidez del recuerdo y la evocación. Aquí se encuentra mayormente afectada la memoria a largo plazo, mientras que, la memoria episódica es levemente afectada. Comparación del Alzheimer, en la EP la memoria semántica y la memoria implícita se encuentran más preservadas.
- Síndrome disejecutivo: las alteraciones en el lóbulo frontal traen como consecuencia el síndrome disejecutivo en la EP, trayendo consigo la reducción de la capacidad para realizar secuencias, y dificultad para realizar tareas que requieren cambios. Existen cambios en la flexibilidad mental, la rigidez cognitiva, y pérdida de la creatividad.
- Trastorno de la atención: En la EP se presentan alteraciones de la atención activa y concentrada por un largo plazo de tiempo, causando una gran desmotivación y desmotivación emocional.
- Trastornos perceptivos: En la EP se encuentra alterada la percepción visoespacial, trayendo como consecuencia la dificultad para percibir distancias, identificar posiciones relativas en objetos, visión en tres dimensiones y la nitidez de imágenes. Para un paciente con EP existe mayor dificultad para recibir estímulos multisensoriales de manera

simultanea, por ejemplo, se les dificulta oír o ver al mismo tiempo ya que existe una interverencia de estímulos creando confusión.

- Trastornos emocionales: En pacientes que padecen este trastorno es muy característico que padezcan un aplanamiento de la personalidad, mostrando apatía, falta de atención, dificultades de concentración y pérdida de la memoria. Un 40% de pacientes con la EP presentan depresión mayor o distimias, es muy comun tambien que presentes el trastorno obsesivo compulsivo.

5.2. Consideraciones de la enfermedad de Parkinson según el DSM V y CIE 10

En este apartado se va a explicar mediante un cuadro las consideraciones y los criterios diagnósticos de la enfermedad del Parkinson según el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10).

Las tablas que se presentan a continuación describen los criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor y leve según el DSM V: en la tabla 1 se aprecian los criterios diagnósticos del DSM V del trastorno neurocognitivo mayor.

Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	
A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:	
1. Preocupación en el propio individuo.	
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado.	
B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria).	
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.	
D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.	
Especificar	
Sin alteración del comportamiento	Con alteración del comportamiento

Especificar la gravedad actual		
Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas.	Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas.	Grave: Totalmente dependiente

La tabla 2 se encuentran los criterios diagnósticos dados por el DSM V del trastorno neurocognitivo leve

Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE	
A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en: 1. Preocupación en el propio individuo. 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado.	
B. Los déficits cognitivos no interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria).	
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.	
D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.	
Especificar	
Sin alteración del comportamiento	Con alteración del comportamiento

Esta tabla 3 presenta los criterios diagnósticos de la Enfermedad de Parkinson establecidos por el DSM V:

Tabla 3: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 334-354.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido la enfermedad de Parkinson si se cumplen los criterios 1 y 2.	Se debe diagnosticar un trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido la enfermedad de Parkinson si solo se cumple el criterio 1 o 2.
1. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo). 2. La enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del trastorno neurocognitivo.	

Según el CIE 10 la enfermedad de Parkinson está dentro de los trastornos extrapiramidales y del movimiento (G20 – G26) (CIE 10, 1994).

5.3. Evaluación diagnóstica y fases de la enfermedad

La enfermedad de Parkinson (EP) como se había mencionado con anterioridad es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la bradicinesia, temblor en reposo y rigidez. Si se habla patológicamente la EP se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy. La EP puede tener sintomatología en trastornos neuropsiquiátricos, trastornos del sueño y disfunción autonómica (Briceño, Cervantes, & Rodríguez, 2011).

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se realiza por medio de la confirmación histopatológica, para este diagnóstico se utilizan tres pasos: el primero determina la presencia de un síndrome parkinsoniano mediante la presencia de bradicinesia o uno o más de los siguientes: rigidez, temblor en reposo o inestabilidad postural (Briceño, et al. , 2011). A continuación se va a hacer una breve descripción de cada una de estos síntomas expuestos para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson.

La bradicinesia es una de las características mas importantes en la EP. La bradicinesia es la lentificación progresiva de los movimientos, esta conlleva la dificultad de planeación, iniciación y ejecución de tareas que no necesitan de movimientos seriales ni simultáneos, es decir, la realización de tareas de la vida diaria o de motricidad fina. El temblor en reposo comienza por ser unilateral al realizar movimientos voluntarios durante el sueño y afecta mayormente a la parte distal de la extremidad. La rigidez es un aumento de la resistencia durante los movimientos pasivos de la extremidad, puede aparecer tanto proximal como distal y se relaciona con el dolor de hombro, mientras que la rigidez del cuello y de tronco tienen una postura flexionada conocida como camptocormia. La inestabilidad postural es uno de los síntomas más tardíos de la EP,

esta causada por el deterioro de reflejos posturales lo cual provoca riesgo en caídas de los pacientes (Marín, Carmona, Ibarra, & Gámez, 2018).

El segundo excluye otras causas de Parkinsonismo (medicación, alteraciones vasculares). El tercero da un diagnóstico definitivo de EP cuando existe presencia de al menos tres de estos datos: inicio unilateral, temblor de reposo, progresión, asimetría persistente, buena respuesta a levodopa (70 al 100%), corea severa inducida por levodopa, buena respuesta a levodopa por lo mínimo de 5 años y evolución clínica progresiva por al menos 10 años (Briceño, et al. , 2011). A continuación se explicara por medio de la tabla 4 de manera reducida los criterios clínicos para el diagnóstico de EP.

Tabla 4: Criterios clínicos para el diagnóstico de EP (Marín, et al, .2018).

PASO 1	PASO 2	PASO 3
Diagnóstico de Parkinsonismo	Excluir otras causas de Parkinsonismo	Criterios que apoyan el diagnóstico de EP.
Bradicinesia y, al menos uno de los tres siguientes:		Al menos tres de los siguientes:
• Rigidez • Temblor en reposo • Inestabilidad postural		• Inicio unilateral • Temblor en repos • Trastorno progresivo • Afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio. • Excelente respuesta a la levodopa. • Corea inducida por levodopa. • Respuesta a la levodopa durante 5años. • Curso clínico superior a 10 años.

En presencia de la enfermedad de Parkinson existen criterios diagnósticos no motores sino del área cognitiva, autonómicas y sensoriales, como son: la debilidad, fatiga, hiposmia, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo, psicosis,

alteraciones autonómicas; estos criterios pueden aparecer años después de los criterios motores o pueden desarrollarse progresivamente con la enfermedad (Vallespín, 2015).

En la tabla 5 se va a exponer los diferentes estadios y las manifestaciones clínicas de la enfermedad de parkinson.

Tabla 5: Estadios de Braak y sus manifestaciones clínicas en pacientes EP (Briceño, et al. , 2011).

<i>Estadios de la enfermedad de Parkinson</i>	Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Parkinson
<i>Estadio 1</i>	Braak: bulbo olfatorio, núcleo motor del vago, plexo mientérico • Estreñimiento (60-80% de paciente EP) • Afecciones en el corazón. • Problemas urinarios y disfunción eréctil en hombres. • Pérdida del olfato (90% en pacientes con EP).
<i>Estadio 2</i>	Braak: complejo coeruleus/subceruleus, núcleo magnocelular y núcleo posterior del rafe • Trastornos del sueño. • Depresión
<i>Estadio 3</i>	Braak: sustancia nigra pars compacta, núcleo pedúnculo pontino parte compacta y subnúcleo central de la amígdala. • Temblor, rigidez, bradicinesia (pérdida del 50% de neuronas en la sustancia nigra). • Trastornos de memoria, demencia o alucinaciones. •
<i>Estadio 4</i>	Braak: núcleo intersticial de la estría terminalis, núcleo accesorio cortical y basolateral de la amígdala, claustró ventral, • Síntomas cognitivos, emocionales y autonómicos.

	núcleo intralaminar del tálamo, sector CA2 del cuerno de Ammon y la corteza temporal anteromedial.	• Trastornos oculomotores. • Trastorno compulsivo, conducta de apuesta patológica o hipersexualidad. • Alteración de la memoria, emoción, olfacción.
Estadio 5	Braak: corteza prefrontal, áreas de asociación sensorial terciarias.	• Alteración al gusto.
Estadio 6	Braak: áreas primarias motoras y somatosensoriales.	• Demencia. • Postración

En la siguiente imagen se muestra la correlación entre los estadios de Braak, Hoehn y Yahr, las estructuras afectadas y sus manifestaciones clínicas (Briceño, et al. , 2011)

Tabla 1. Correlación entre los estadios de Braak, Hoehn y Yahr, estructuras involucradas y manifestaciones clínicas

Estadio de Braak	Estadio de Hoehn y Yahr	Estructuras afectadas	Manifestaciones clínicas
1	–	Bulbo olfatorio	Hiposmia
		Núcleo motor del X	Disautonomía
		Plexo mientérico	Estreñimiento
2	–	<i>Coeruleus/subceruleus</i>	Trastornos del sueño
		Núcleo magnocelular y posterior del rafe	Depresión
3	1	Sustancia nigra	Temblor , rigidez
		Núcleo pedúnculo-pontino	Alteración de la marcha
		Subnúcleo central de la amígdala	Alucinaciones Deterioro cognitivo
4	2	Núcleos accesorio y basolateral de la amígdala	Trastorno compulsivo
		Núcleo intralaminar de tálamo	Deterioro cognitivo
		Cuerno de Ammon	Alteración de la conducta
5	3 y 4	Corteza prefrontal	Trastorno del equilibrio
		Áreas de asociación	Deterioro cognitivo
6	5	Áreas primarias motoras	Postración
		Áreas somatosensoriales	Demencia

Figura 1: Correlación de los estadios de Braak, Hoehn, y Yahr, estructuras involucradas y manifestaciones clínicas (Briceño, et al., 2011).

En este apartado se habló acerca de las enfermedades neurodegenerativas, haciendo una amplia diferenciación del envejecimiento normal y patológico. Se explicó también acerca de la EP, haciendo una amplia definición desde el área clínica y el área neuropsicológica, describiendo las consideraciones clínicas desde el DSM-V y el CIE. La enfermedad de Parkinson se desarrolla en seis fases, las cuales fueron descritas desde la teoría de Braak, Hoehn y Yahr.

5.4. Tipos de tratamientos para la enfermedad de Parkinson

En este pequeño apartado se van a mencionar algunos de los diferentes tratamientos que pueden ser considerados para pacientes con enfermedad de Parkinson (Cárdenas, Hurtado, Cardenas, & León, 2016).

- **Farmacológico:** el tratamiento más utilizado en la actualidad para regular los síntomas motores que produce la enfermedad de Parkinson en la terapia con el precursor de dopamina Levodopa o L`Dopa. El tratamiento ayuda a mejorar la calidad de vida, ayudando a aliviar los síntomas motores de los pacientes. Por otro lado, se tiene que tener en cuenta que el uso excesivo y constante de este fármaco hace que el tratamiento vaya restando eficacia, a causa de la muerte neuronal. Este tratamiento también generan algunos síntomas secundarios como disquinesias que provocan incapacidad grave en ejercer actividades diarias o laborales.
- **Estimulación cerebral profunda (ECP):** es la estimulación eléctrica en áreas corticales o subcorticales, los criterios y parámetros para pacientes con EP varían grandemente dependiendo del diagnóstico neurológico. Ha sido utilizado exitosamente en cuadros de obsesivo compulsivo, epilepsia, depresión, y síndrome de Tourette.
- **Terapia de apoyo y complementarios:** entre este tratamiento se encuentran técnicas fisioterapéuticas, ocupacionales y de lenguaje para evitar la pérdida de capacidades como trastornos de la marcha, temblores, rigidez, pérdida de la voz o el habla, y el deterioro cognitivo (Stroke, 2016).

5.5. Influencia de la depresión en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson

La EP más allá de todos los síntomas motores que posee, es afectada por síntomas psicoemocionales, siendo el más frecuente la depresión. Este síntoma es uno de los mayores determinantes en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad de Parkinson, dando como resultado un empeoramiento en cada uno de los síntomas (Rodriguez & Ibarra, 2019).

6. DEPRESIÓN

A continuación se va a exponer acerca de la depresión, tomando en cuenta la definición de este trastorno tanto como sus tipos, y las respectivas consideraciones clínicas vistas desde los criterios expuestos del DSM-V y EL CIE-10. Es importante hablar acerca de los diferentes factores desencadenantes de este trastorno, haciendo énfasis en el factor neuropsicológico de la depresión y sus afecciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) calcula que la depresión es un trastorno mental bastante frecuente y que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, estimando un porcentaje del 8 al 12% (Botto, Acuña, & Jiménez, 2014). Este trastorno es uno de los principales factores mundiales de discapacidad y puede llegar al suicidio, afecta mayormente al sexo femenino. Se sabe que cada año se suicidan un promedio de 800 000 personas de 15 a 29 años. La depresión se presenta como respuesta emocional breve a los problemas de la vida cotidiana y puede convertirse en un serio problema cuando es de larga duración e intensidad (OMS, 2020).

La depresión es el resultado de interacciones complicadas entre distintos factores como lo social, psicológico y biológico; es por eso que los individuos que han sido víctimas de situaciones vitales adversas como el desempleo, luto, o traumas psicológicos son más vulnerables a sufrirla. Las causas del trastorno depresivo pueden traer consigo estrés, y empeoramiento de la situación vital de la persona que lo padece. Cabe recalcar que existe una relación entre la depresión y la salud física, por lo que, ciertas enfermedades fisiológicas pueden contraer este trastorno, como por ejemplo la enfermedad de Parkinson (OMS, 2020).

6.1. Definición de depresión

El término “depresión” surge en el siglo XIX, haciendo referencia a una alteración primaria de emociones, con rasgos de pérdida, inhibición y deterioro funcional. Este trastorno en el DSM es entendido como una entidad homogénea, predominantemente sintomática. En la historia de la depresión este constructo tiene dos modelos, el modelo unitario el cual menciona que la depresión es el resultado de una vía final común psicobiológica y que es una entidad única que varía al grado de su gravedad. Mientras que, el modelo binario presenta dos subtipos de depresión: las endógenas/ psicóticas y las neuróticas/relativas (Botto et al., 2014).

La depresión es una enfermedad frecuentemente crónica que requiere tratamiento (Botto, et al. , 2014), es considerada un trastorno del estado de ánimo (TEA) implicando sentimientos de tristeza y una gran pérdida del interés. Es importante que se haga una diferenciación entre las fluctuaciones del estado de ánimo experimentado en la vida diaria del individuo y los síntomas clínicos considerados en el DSM V y CIE 10 para catalogarlo como un trastorno. La depresión puede aparecer en el individuo después de que este experimente eventos importantes en su vida como puede ser el duelo, la pérdida de trabajo, entre otros, sin embargo la clínica dice que se lo llamará trastorno siempre y cuando los sentimientos de dolor o tristeza persistan por un largo lapso de tiempo. La depresión no se presenta de manera pasajera, ya que sus síntomas duran al menos dos semanas y puede durar varias más, incluso meses o años (Goldman, 2019).

Es importante recalcar que en este trastorno se encuentra como principal síntoma a la angustia y afecta al individuo en su manera de sentir, de pensar y de coordinar actividades cotidianas como son: comer, dormir, trabajar, entre otras. Para que una persona pueda ser diagnosticada con depresión tiene que tener síntomas permanentes todo el día por lo menos dos semanas seguidas. En los episodios depresivos el estado de ánimo varía de un día y otro, no presentan respuesta frente a cambios ambientales y pueden variar las características circadianas (NIMH, 2016).

Para entender de mejor manera la definición de depresión, se va a conceptualizar el TEA. Los TEA tienen como característica principal la alteración del humor, estos, presentan varias formas de manifestaciones clínicas según su clasificación (Martínez, 2008). Dentro de la clasificación de los TEA están los trastornos de bipolaridad, depresión y manías. En estos trastornos el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando estos trastornos se encuentran presentes el individuo puede presentar una sensación de pérdida de control experimentando un malestar general. Las personas presentan un desequilibrio en la reacción emocional que no es causado por ningún otro trastorno físico o mental (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, & Villaseñor, 2005).

En esta parte se ha dado una pequeña historia del surgimiento de la depresión y se ha hecho una definición. A continuación se va a describir algunos de los tipos más comunes de depresión.

6.2. Tipos de depresión

Al igual que otros trastornos la depresión también tiene algunos tipos, los cuales serán descritos a continuación:

Según el CIE-10

- Episodios depresivos
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno del humor (afectivos) persistente
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

Según el DSM -V

- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Según Zarrahoitía (2011):

- Depresiones crónicas
- Depresión postarto
- Depresión subsindrómica
- Depresión psicótica

Según la Health National Institute of Mental (2016)

- Depresión perinatal
- Trastorno afectivo emocional
- Depresión psicótica

Después de revisar rápidamente cuales son los tipos de depresión, a continuación, se van a conocer las consideraciones de la depresión según el DSM V y el CIE 10 para lograr conocer de manera más detallada los distintos tipos de depresión.

6.3. Consideraciones de la depresión según el DSM V y CIE 10

En este apartado se va a explicar mediante un cuadro las consideraciones y los criterios diagnósticos del trastorno de depresión según el DSM V (Asociación

Americana de Psiquiatría) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10).

La tabla 5 que se presentará a continuación describirá los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos según el DSM V:

Tabla 5: Criterios diagnósticos del DSM V. Adoptado de "Trastornos de depresión" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. 103-127.

TRASTORNOS DEPRESIVOS	
Trastorno de desregularización destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)	A. Acceso de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente, intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo. C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana. D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días. E. Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos y son graves en uno de ellos. G. El primer diagnóstico no debe ser antes de los 6 años o después de los 18 años. H. Los criterios A-E comienzan antes de los 10 años. I. No hay un día definido en el que se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniático o hipomaniático. J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor que por otro trastorno mental. K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación
 - 2. Insomnio o hipersomnia
 - 3. Poca energía o fatiga
 - 4. Baja autoestima
 - 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afectación médica.
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la explotación física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas de criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por la sustancia/medicamento.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante

Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
 - 1. Labilidad afectiva intensa
 - 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
 - 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
 - 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del criterio B.
 - 1. Disminución del interés por las actividades habituales.
 - 2. Dificultad subjetiva de concentración.
 - 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
 - 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
 - 5. Hipersomnia o insomnio.
 - 6. Sensación de estar agobiada o sin control.
 - 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, disminución de la productividad.
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno.
- F. El criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes, durante 12 meses consecutivos.
2. **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor, durante más de cuatro días pero menos de catorce días.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio depresivo mayor persistiendo un mínimo de dos semanas.

Especificadores para trastornos depresivos

Especificar si:

Con ansiedad: Se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Dos síntomas
- **Moderado:** Tres síntomas
- **Moderado-grave:** Cuatro o cinco síntomas
- **Grave:** Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Según el CIE 10 los trastornos depresivos están dentro de los trastornos de humor (afectivos) (F30 – F39) (CIE 10, 1994).

Tabla 6: Criterios diagnósticos del CIE-10. Adoptado de "Trastornos de depresión" por Clasificación Internacional de Enfermedades, 1994, págs. 89-108.

TRASTORNOS DE HUMOR (AFECTIVOS) F30-F39		
Episodio depresivo (F32)	Episodio depresivo leve (F32.0) F32.00 Sin síndrome somático. F32.01 Con síndrome somático.	A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes: 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas. 2. Pérdida de interés. 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad. C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro: 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse. 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento. 6. Cualquier tipo de alteración del sueño. 7. Cambio en el apetito.

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir con los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco. G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. No es atribuible al consumo de sustancias psicotrópicas. • Humor depresivo • Pérdida de la capacidad de interesarse de cosas • Disminución de la vitalidad • Pérdida de apetito • Trastornos del sueño	Episodio depresivo moderado (F32.1) F32.10 Sin Síndrome somático F32.11 Con síndrome somático	Cumplirse cuatro o más de los síntomas: A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0. C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.
	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0. C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho. D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.
	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.	A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D. C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1). D. Presencia de cualquiera de los siguientes: 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia 2. Estupor depresivo.
	Otros episodios depresivos (F32.8)	Depresión atípica Episodios aislados de depresión.
	Episodio depresivo sin especificación (F32.9)	Depresión sin especificación. Trastorno depresivo sin especificación.

Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34)	Ciclotimia (F34.0) A. Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, que implica varios períodos de depresión e hipomanía, con o sin períodos intermedios de estado de ánimo normal. B. Ninguna de las manifestaciones de depresión o hipomanía durante este período de dos años debe ser lo suficientemente severa o prolongada como para cumplir criterios de episodio maníaco o episodio depresivo. C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben haberse presentado tres o más de los siguientes: 1. Disminución de la energía o de la actividad. 2. Insomnio. 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad. 4. Dificultad para concentrarse. 5. Aislamiento social. 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras. 7. Disminución de la locuacidad. 8. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado. D. Por lo menos en algunos de los períodos de elevación del estado de ánimo deben haberse presentado tres o más de los siguientes: 1. Aumento de la energía o de la actividad. 2. Disminución de las necesidades de sueño. 3. Autoestima exagerada. 4. Pensamiento agudizado o excepcionalmente creativo. 5. Mayor sociabilidad de lo normal. 6. Aumento de la locuacidad o del ingenio. 7. Optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado
--	---

Trastorno depresivo recurrente (F33)	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0)	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual leve, como en F32.0, y sin ningún antecedente de manía
	F33.00 Sin síndrome somático F33.01 Con síndrome somático	A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33). B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve (F32.0).
G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 o F32.3), con una duración mínima de dos semanas G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-). G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico.	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1)	A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33). B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo moderado (F32.1).
	F33.10 Sin síndrome somático F33.11 Con síndrome somático	
	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33). B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)	A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente (F33). B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
	F33.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.	
	F33.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.	
	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión (F33.4)	A. Se han cumplido en el pasado los criterios de trastorno depresivo recurrente (F33). B. El estado actual no cumple criterios de un episodio depresivo F32.- de ninguna gravedad, o para ningún otro trastorno de F30-F3
	Otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8)	
	Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)	

Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34)	Ciclotimia (F34.0) A. Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, que implica varios períodos de depresión e hipomanía, con o sin períodos intermedios de estado de ánimo normal. B. Ninguna de las manifestaciones de depresión o hipomanía durante este período de dos años debe ser lo suficientemente severa o prolongada como para cumplir criterios de episodio maníaco o episodio depresivo. C. Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben haberse presentado tres o más de los siguientes: 1. Disminución de la energía o de la actividad. 2. Insomnio. 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad. 4. Dificultad para concentrarse. 5. Aislamiento social. 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras. 7. Disminución de la locuacidad. 8. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado. D. Por lo menos en algunos de los períodos de elevación del estado de ánimo deben haberse presentado tres o más de los siguientes: 1. Aumento de la energía o de la actividad. 2. Disminución de las necesidades de sueño. 3. Autoestima exagerada. 4. Pensamiento agudizado o excepcionalmente creativo. 5. Mayor sociabilidad de lo normal. 6. Aumento de la locuacidad o del ingenio. 7. Optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado
--	---

Distimia (F34.1)

- A. Presencia de un período de al menos dos años de humor depresivo constante o constantemente recurrente.
- B. Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este período de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0).
- C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes durante, al menos, alguno de los períodos de depresión:
 - 1. Disminución de la energía o de la actividad.
 - 2. Insomnio.
 - 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
 - 4. Dificultad para concentrarse.
 - 5. Llanto fácil.
 - 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
 - 7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
 - 8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
 - 9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
 - 10. Aislamiento social.
 - 11. Disminución de la locuacidad.

Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34.8)

Trastornos del humos (afectivos) persistentes sin especificación (F434.9)

Se ha descrito todos los criterios clínicos propuestos por el DSM-V y el CIE-10 para el diagnóstico del trastorno de depresión. A continuación, se nombrarán algunos de los factores clínicos que se encuentran implícitos para el desarrollo de la depresión.

6.4. Factores clínicos desencadenantes del trastorno de depresión

En investigaciones hechas con anterioridad se ha encontrado que la depresión se da como resultado de la interacción de características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas del individuo, tomando en cuenta también las situaciones estresantes o difíciles que este vive. A continuación, se hará una pequeña clasificación de los posibles desencadenantes de un trastorno de depresión, tomando en cuenta factores biológicos como factores socioculturales o situacionales de la persona (Baena, et al. , 2005).

- El papel de la herencia: algunos tipos de depresión son genéticas, y se dice que personas que tienen familiares con diagnóstico de bipolaridad, tienen un 1.5 a 3 veces más probabilidad de adquirir depresión grave. También existen estudios que concluyen que mientras más joven se el individuo al adquirir depresión, es mucho más probable que sus parientes la desencadenen.
- Aspectos bioquímicos: hay una gran probabilidad de que la depresión se dé como resultado de falta de algunos neurotransmisores químicos en lugares específicos del cerebro.
- Factores psicosociales: la tensión en el medio ambiente en el que se desarrolla el individuo puede ser un factor de desarrollo de este trastorno. Los cambios estresantes o de pérdida para una persona pueden producir variaciones en el funcionamiento de neurotransmisores y de sistemas de señales intra neuronales.

- Factores familiares: En algunas investigaciones se ha desarrollado que malas relaciones en la familia puede poner en vulnerabilidad a la persona para presentar este trastorno.
- Factores neurobiológicos: el área neurobiológica presume una falla existente en la liberación y recepción de neurotransmisores. Uno de los neurotransmisores que se encuentran relacionados con la depresión es la serotonina, el factor incitador de la disminución de la misma, es la depresión, provocando la pérdida de un aminoácido llamado “triptófano” el cual está relacionado con el estado de ánimo y los ciclos de sueño. Existen otros sistemas que se encuentran implicados en la depresión, como son: el noradrenérgico, dopamina y neuropeptidos, los cuales se hallan conectados con la expulsión de los neurotransmisores que provocan el estado de depresión, tanto por el aumento o la disminución de los mismos. En este momento se va a hablar de la afección del área estructural del cerebro, refiriendo al área frontal, zona subcortical, dónde se provocan varias enfermedades de degeneración neuronal. La depresión desencadena cambios en la sustancia gris a nivel subcortical y en la sustancia blanca a nivel periventricular del individuo (Samaniego, 2019).
- Factores neuropsicológico: dentro del estado depresivo se puede encontrar varias deficiencias en algunas capacidades, las cuales serán descritas a continuación (Rozenthal, Laks, & Engelhardt, 2004):

Memoria: esta alteración es causada por la desregulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal provocando efectos contrarios de las hormonas del estrés sobre el hipocampo creando un déficit en la memoria y en sus clasificados como son: memoria de corto y largo plazo, memoria episódica, semántica, implícita, verbal y visual.

Función ejecutiva: existen disfunciones en la región prefrontal en la depresión, causando una lentitud en la flexibilidad mental, en la estructuración de estrategias de planificación y déficit en el proceso de iniciación y supervisión.

7. METODOLOGÍA

7.1. Problema de investigación

Anteriormente se han descrito los diagnósticos del manual del DSM-V y el CIE-10, tomando en cuenta que dentro de los criterios especificados no se encuentran particularmente diagnósticos de depresión para el adulto mayor.

Dentro de toda la investigación realizada, se ha encontrado muy poca acerca de la depresión en relación a los pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson, muchas de estas investigaciones se basan o sólo en la depresión o sólo en el paciente con enfermedad de Parkinson como tal. Frente a estos trastornos se ha visto que el más importante en el área clínica fisiológica es la enfermedad de Parkinson, dejando de lado el trastorno de Depresión que pueda padecer el paciente y la afección que esta pueda traer. La labor del médico, sin duda, esta netamente basado en controlar el desarrollo neurodegenerativo de la enfermedad de Parkinson en el individuo, sin importar la afección emocional que puede aparecer al padecer dicha enfermedad.

Es importante recalcar que dentro de estos dos trastornos trabajados con anterioridad como son, la enfermedad de Parkinson y la depresión se ha llegado a la conclusión de que las dos provocan una pérdida de funciones importantes en el individuo que las padece, ya sean, físicas, conductuales, emocionales o cognitivas, estos cambios en el sujeto no solo afectan a su persona, sino que también afecta a su entorno familiar y social. Dicho esto, se plantea la pregunta de investigación: ¿Que dinámica existe entre la depresión y la enfermedad de Parkinson en pacientes que sufren este trastorno motor?

Por lo tanto, relacionar este tipo de trastornos resulta importante para el paciente, ya que dentro de los dos se pueden encontrar cambios y deficiencias de las funciones del sujeto. Resulta significativo que si se halla un paciente que padezca los dos tipos de trastornos, se trate con la misma importancia ambos con su diferente especialista para evitar el deterioro cognitivo, conductual, y emocional de la persona, evitando que la calidad de vida se vea afectada o en riesgo. Como se mencionó anteriormente, no sólo el paciente se encuentra vulnerable frente a esta situación, sino que también todo el entorno por el que está rodeado, motivo por el cual, es necesaria una intervención cuidadosa tanto de la enfermedad del Parkinson, como de la depresión, si se llegan a desarrollar en un mismo momento en el sujeto.

7.2. Objetivos de investigación e hipótesis

7.2.1. *Objetivo general*

Analizar los efectos de la depresión en personas con Parkinson mediante la aplicación de la Escala de Hamilton y la ejecución de un estudio comparativo transversal, aportando así evidencia en favor de la calidad de vida de los pacientes con estos trastornos.

7.2.2. *Objetivos específicos*

- Revisión teórica acerca de la construcción del Parkinson y la depresión.
- Valorar mediante la aplicación del test psicológico de Hamilton la diferencia que hay entre personas que sufren Parkinson y las que no presentan esta enfermedad, permitiendo así evidenciar el grado de depresión que padecen y los efectos negativos en su diario vivir.
- Explorar los signos de depresión en un paciente con la enfermedad de párkinson, y cómo estos pueden afectar a su estilo de vida.

7.3. Hipótesis de investigación

La presente investigación que se llevará a cabo tiene un enfoque cuantitativo de tipo comparativo por lo cual, se propone como una hipótesis: las personas con Parkinson presentan mayor grado de depresión al ser comparadas con personas sin esta enfermedad.

7.4. Metodología y técnicas aplicadas para el procedimiento de la presente disertación

Esta investigación es de tipo comparativo y se realizará con un enfoque cuantitativo, de manera teórico práctico. En la presente investigación, se tomará como participantes a la población que presenten enfermedad de Parkinson. Mediante el área cuantitativa se pretende usar la recolección de datos con el afán de probar la hipótesis previamente establecida, con base en la medición numérica y el análisis estadístico obtenido mediante los test aplicados (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2010). La recolección de datos se hará por medio de la aplicación de la escala de depresión de Hamilton.

7.5. Técnicas

La presente investigación constará de una articulación tanto práctica como teórica, la misma que estará sustentada por medio de la recopilación de: libros, artículos, entrevistas a profundidad a la población escogida y de igual forma a los familiares. Se va a utilizar la escala de depresión de Hamilton.

7.6. Universo o muestra

La muestra para el presente estudio será a 5 adultos mayores de 60 años de edad, con enfermedad de Parkinson y 5 sin la enfermedad de Parkinson. La muestra será tomada dentro de un contexto hospitalario, bajo términos de exclusión, es decir, únicamente se considerarán a adultos mayores que presenten un diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

7.7. Participantes

El grupo de participantes estuvo compuesta por cinco pacientes que padecen Enfermedad de Parkinson y cinco pacientes sin la enfermedad de Parkinson. A continuación, se va a explicar por medio de gráficos los resultados obtenidos.

En cuanto a los pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson (PCP) se obtuvo lo siguiente:

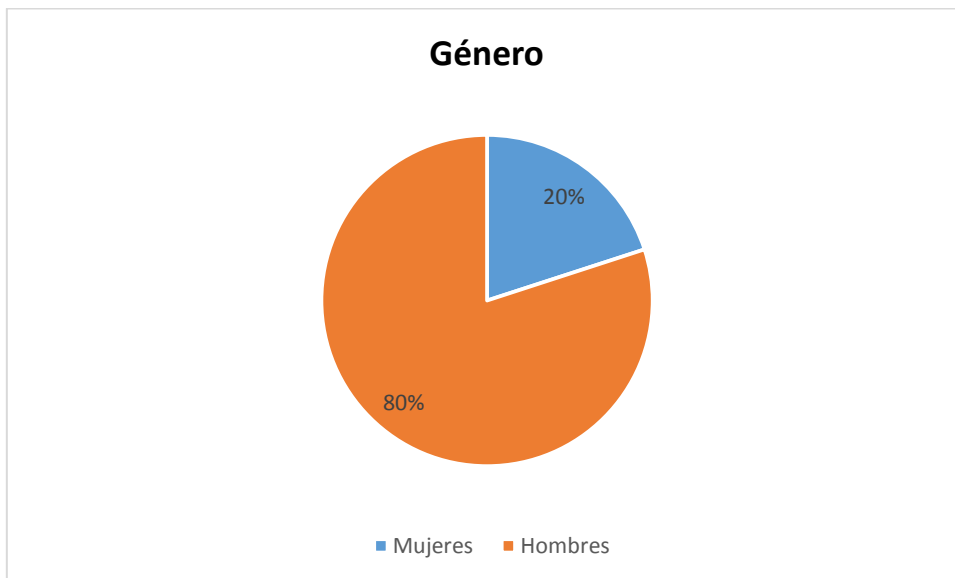


Figura 2: Representación de género en PCP

Cuatro de cinco pacientes representando un 80% son de sexo masculino, el restante es femenino, es decir, el 20%.

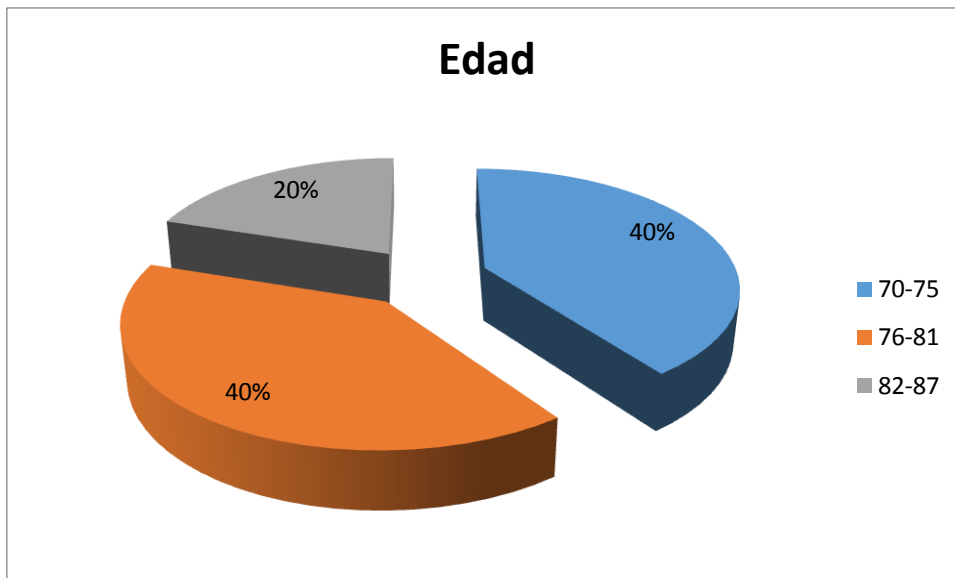


Figura 3: Rango de edades de los participantes con PCP

En un rango de 70 a 75 años se encuentra un 40% de la población encuestada, mientras que, el otro 40% se encuentra entre 76 a 81 años de edad y por último el 20% está entre los 82 a 87 años.

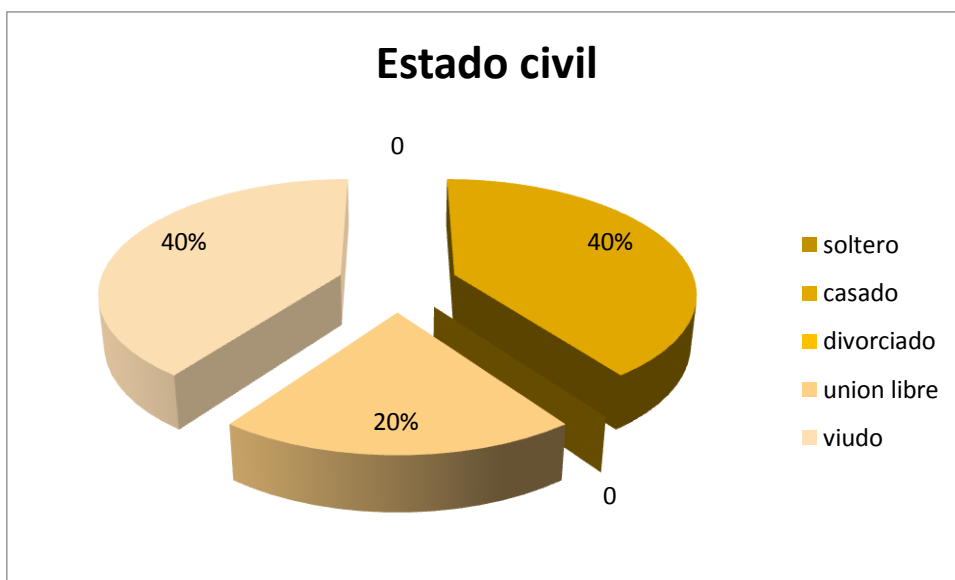


Figura 4: Representación de porcentajes según el estado civil de PCP

Ninguno de los participantes se encuentra soltero ni divorciado, por otro lado, se puede observar que, el 40% está casado, el otro 40% está viudo y el 20% se encuentra en unión libre.

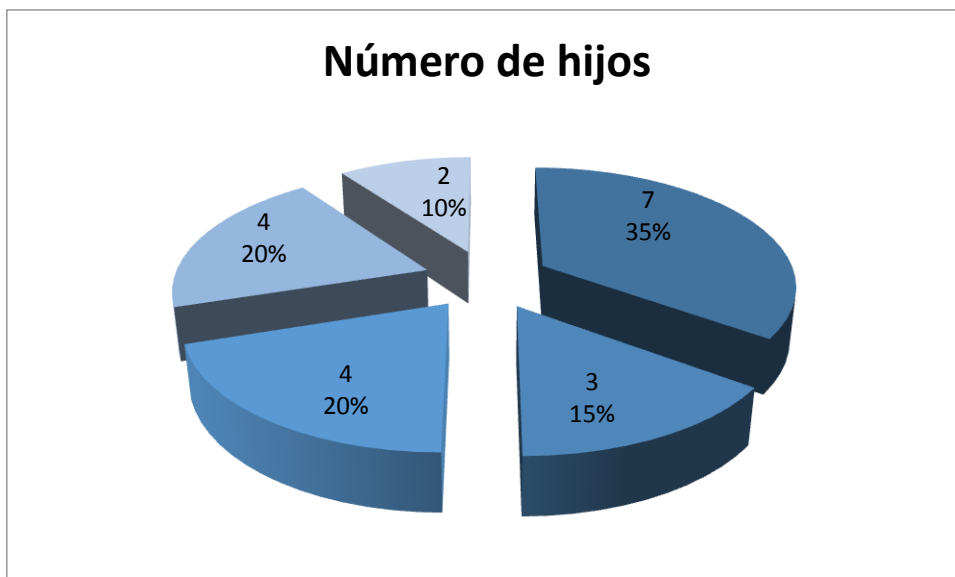


Figura 5: Porcentaje del número de hijos de los participantes con PCP

El 35% de los encuestados tienen siete hijos, el 40% cuatro hijos, el 15% tienen tres hijos y el 10% tienen dos hijos.

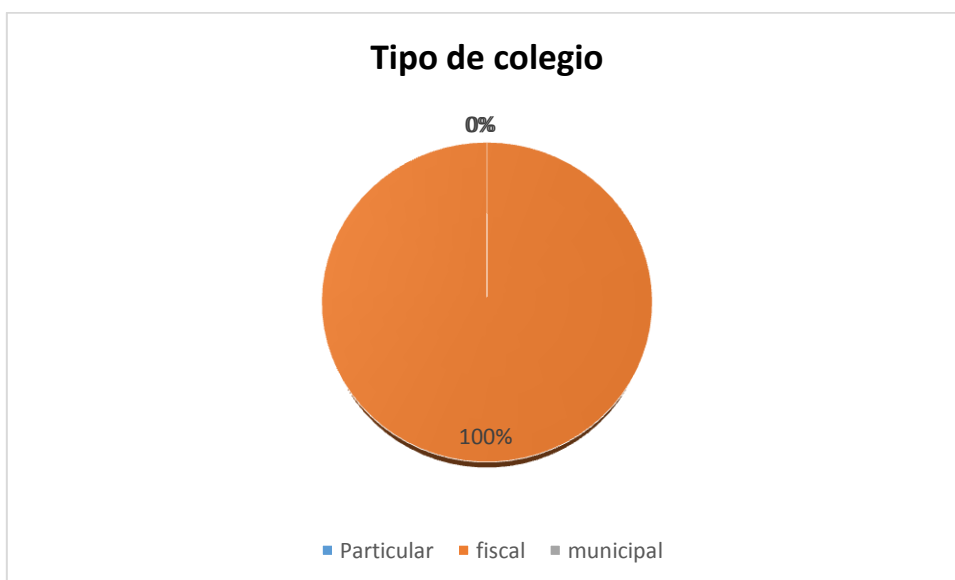


Figura 6: Tipo de colegio en PCP

El 100% de pacientes encuestados ha cursado sus estudios en instituciones fiscales.

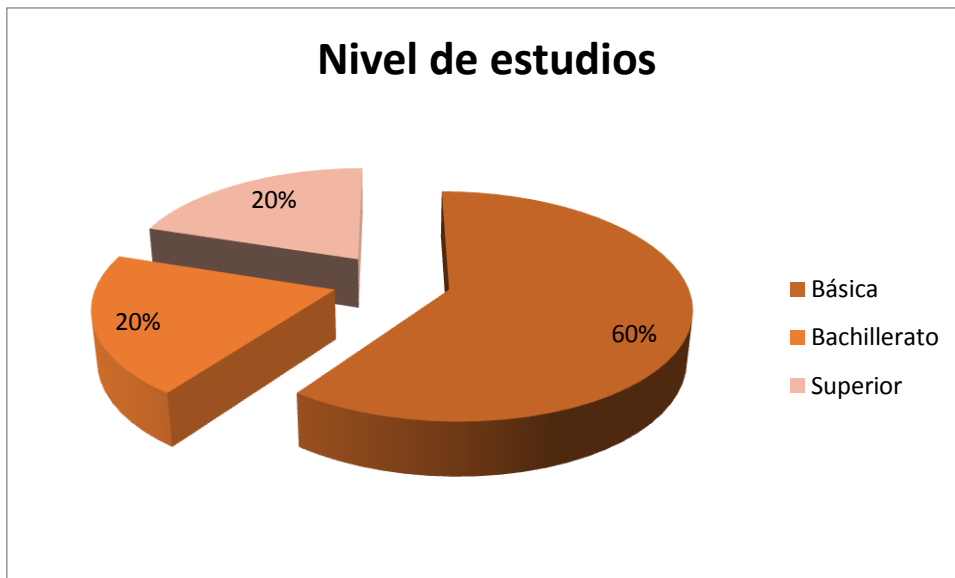


Figura 7: Nivel de estudios de PCP

El 60% de los encuestados, tiene un nivel de estudios básica, el 20% tiene un nivel de estudios en bachillerato y el otro 20% tiene nivel superior.

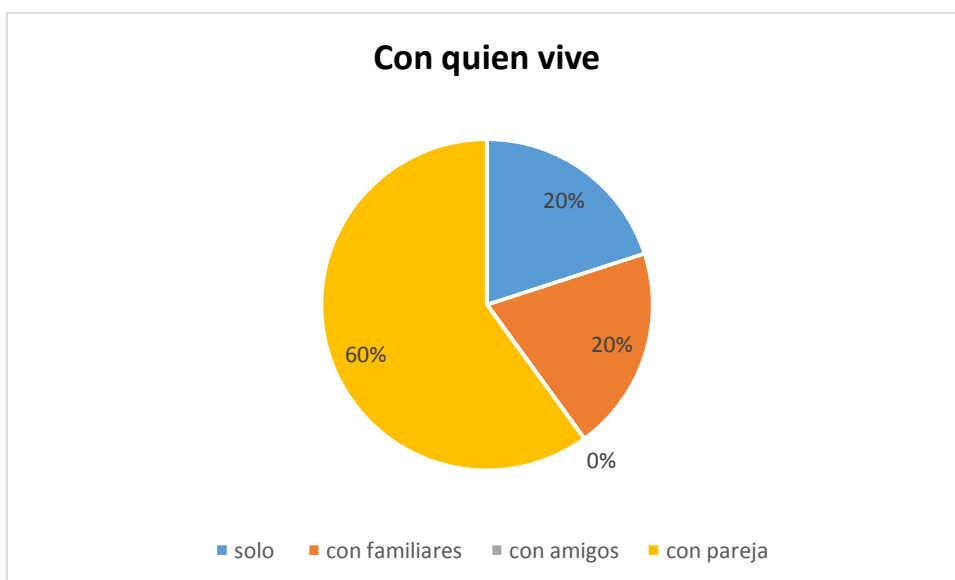


Figura 8: Representación de con quién viven PCP

Ninguno de los encuestados vive con algún amigo, el 60% vive con su pareja, mientras que, el 20% vive con familiares y el otro 20% vive solo.



Figura 9: Tipo de vivienda de PCP

El 60% de los participantes tienen una vivienda propia, mientras que el 40% vive en un lugar arrendado.

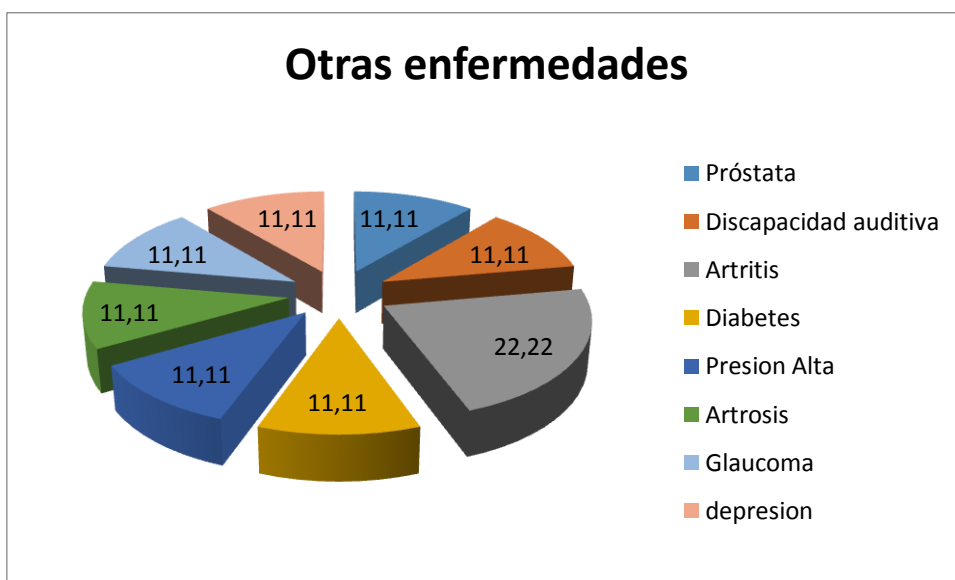


Figura 10: Otras enfermedades de PCP

Se puede observar que todos los pacientes encuestados con la enfermedad de Parkinson padecen otra enfermedad crónica, tal como: próstata, discapacidad auditiva, artritis, diabetes, presión alta, artrosis, glaucoma y depresión.



Figura 11: Representación de recursos de PCP

El 80% de los participantes consideran que no tienen los recursos necesarios para sobrellevar la enfermedad de Parkinson, mientras que, el 20% considera que sí tiene los recursos.

A continuación, se va a hacer una pequeña descripción de resultados de los pacientes encuestados sin la enfermedad de Parkinson (PSP)

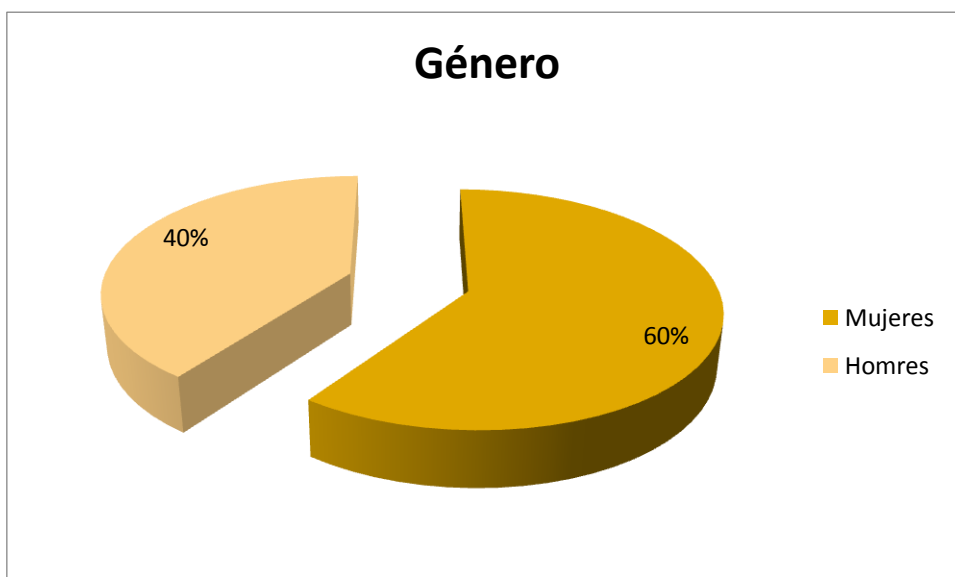


Figura 12: Representación de género en PSP

El 60% de los pacientes encuestados son de género femenino, mientras que, el 40% son de género masculino.

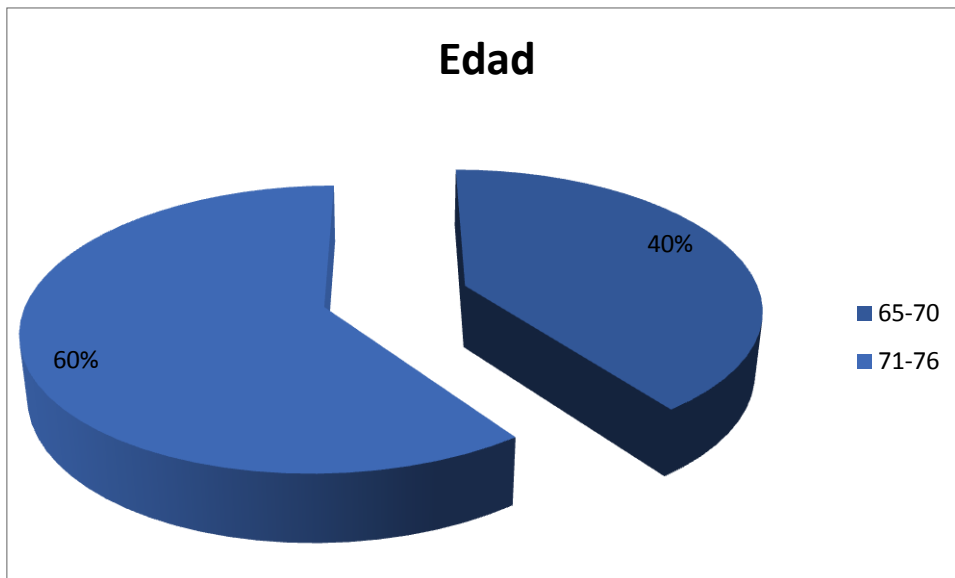


Figura 13: Rango de edad de PSP

Dentro del rango de 65 a 70 años se encuentra el 40% de los participantes, mientras que, el 60% está dentro del rango de 71 a 76.

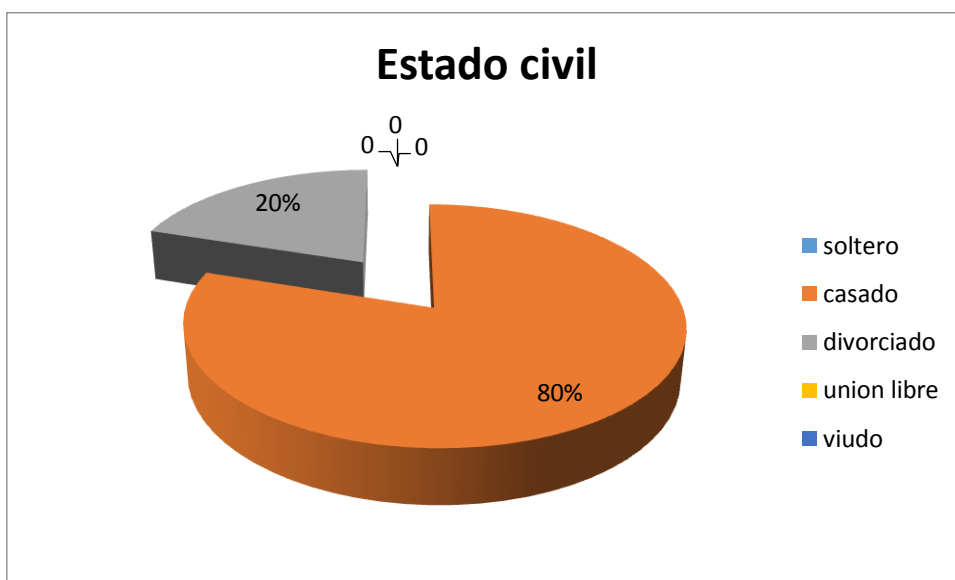


Figura 14: Porcentaje de estado civil de PSP

Ninguno de los encuestados es soltero, viudo o está en unión libre, por otro lado, el 80% es casado y el 20% es divorciado.



Figura 15: Número de hijos de PSP

El 53% de los encuestados tienen cuatro hijos y el 47% tiene tres hijos.

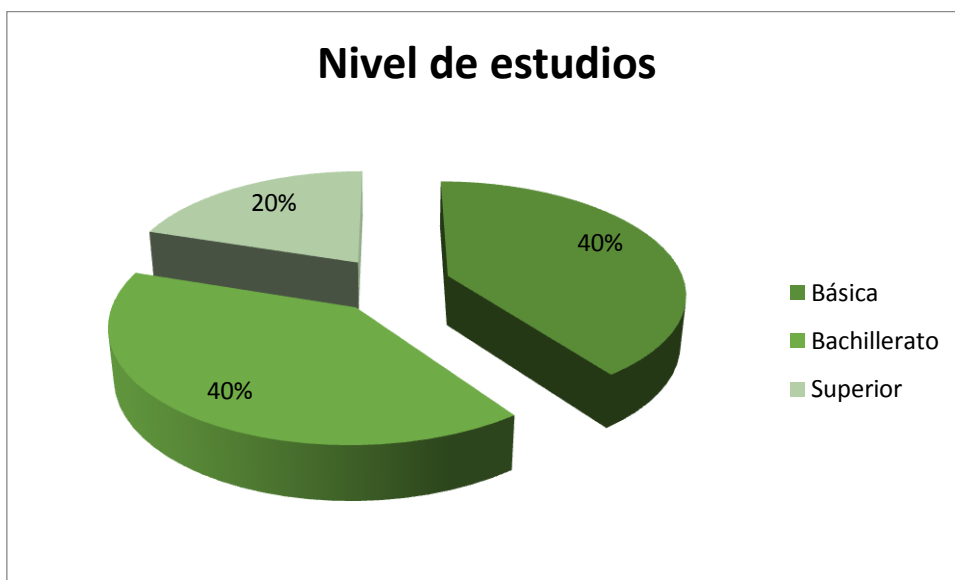


Figura 16: Nivel de estudios de PSP

El 40% de los encuestados tiene un nivel de estudios en básica, el otro 40% en bachillerato y el 20% en nivel superior.

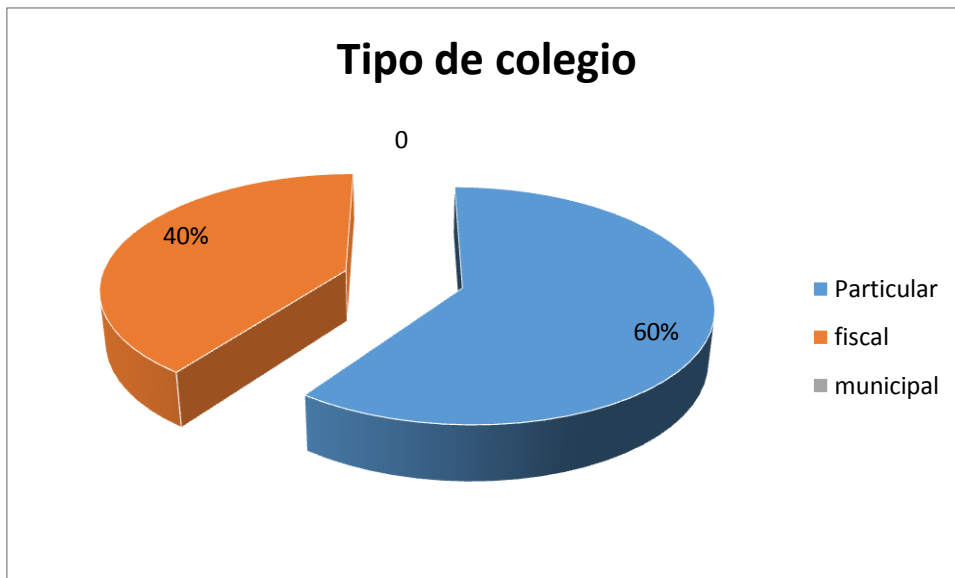


Figura 17: Tipo de colegio de PSP

Ninguno de los participantes estudio en una unidad educativa municipal, mientras que el 60% estudió en un colegio particular y el 40% en fiscal.

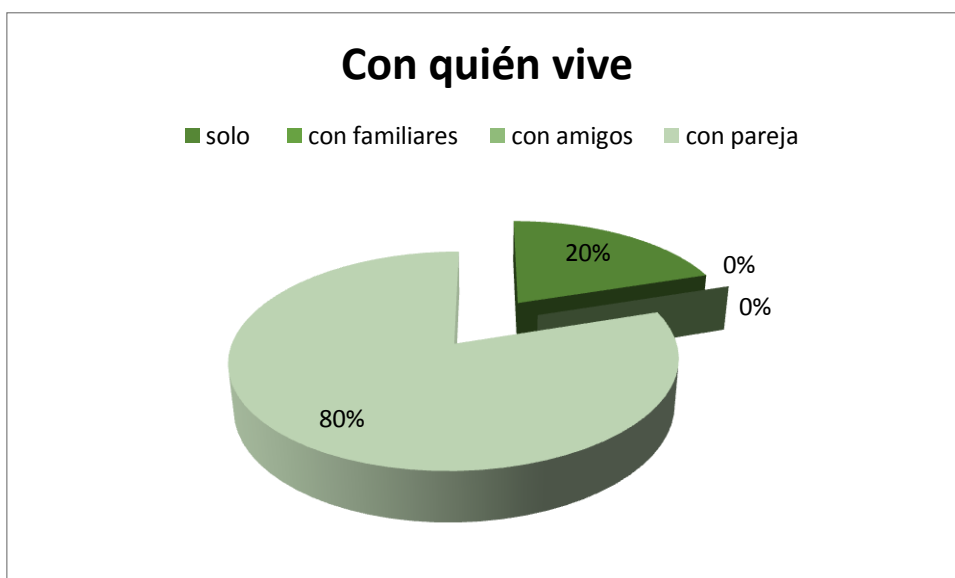


Figura 18: Representación de con quién viven los PSP

Ninguno de los encuestados vive con familiares o amigos, mientras que, el 80% vive con su pareja y el 20% vive solo.



Figura 19: Tipo de vivienda de PSP

El 100% de los encuestados tiene vivienda propia.

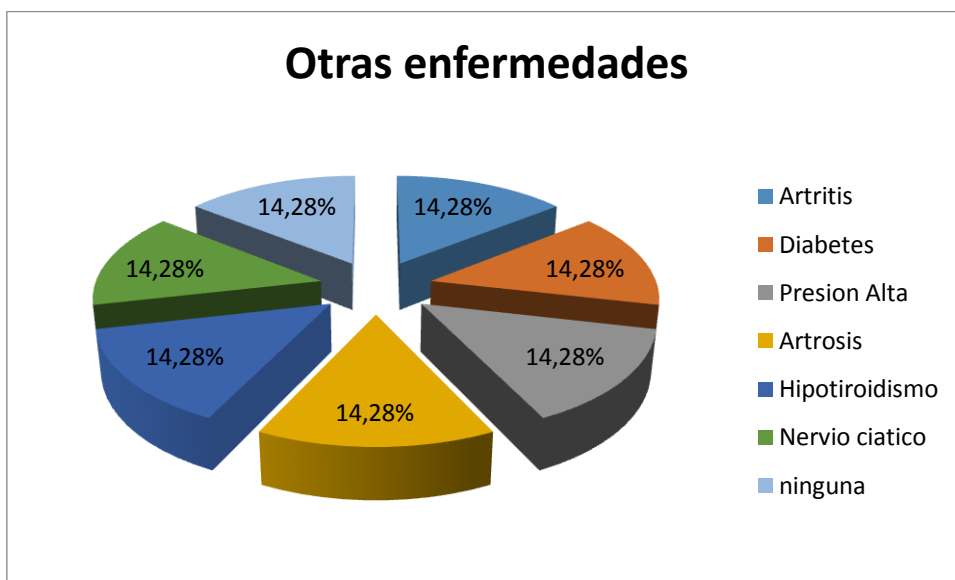


Figura 20: Porcentaje de otras enfermedades en PSP

Un 14,28% de los encuestados no presenta ninguna enfermedad crónica, mientras que, el 85,72% restante padece algún tipo de enfermedad crónica tales como: artritis, diabetes, presión alta, artrosis, hipotiroidismo, nervio ciático.



Figura 21: Recursos en PSP

El 80% de la población encuestada considera que sí tiene recursos suficientes para tratar las enfermedades crónicas que padece, mientras que, el 20% considera que no tiene los recursos necesarios.

7.8. Instrumentos

Para la presente investigación se hizo el uso de dos escalas, los cuales serán descritos a continuación:

Escala PDQ – 39

La escala PDQ – 39 da cuenta de la de calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson, consta de 39 ítems dividida en ocho dominios: movilidad, actividades de la vida diaria, bienestar emocional y molestias corporales. Tiene cinco opciones de respuesta para cada ítem, 0: nunca – 4: siempre o incapaz de hacerlo (Palacios, Gonzales, Vicuña, & Villamizar, 2019).

Escala de Hamilton

La escala de valoración psiquiátrica de Hamilton (Hamilton depression rating scale (HDRS)), está diseñada para diagnosticar depresión, se la puede aplicar a personas de ambos géneros, para un primer diagnóstico de depresión o para pacientes que tengan previos diagnósticos, con el afán de tener resultados cuantitativos a la gravedad de los síntomas y cambios en el paciente. Su versión original consta de 21 ítems, sin embargo, se ha realizado una versión reducida con 17 ítems. En esta investigación se ha utilizado

la versión castellana validada por Ramos-Brieva en 1986. Su contenido está centrado en síntomas somáticos y comportamentales de la depresión, los factores tomados en cuenta son: índice de melancolía, índice de ansiedad e índice de alteraciones del sueño. Cada ítem tiene un valor de 0 a 2 puntos y en algunos casos de 0 a 4, la puntuación es elegida según la sintomatología que mejor describa el paciente (Brieva, 1986).

7.9. Procedimiento

Se consiguió cinco pacientes con enfermedad de Parkinson y cinco pacientes sin la enfermedad de Parkinson de distintos lugares de la ciudad de Quito, que cumplieron con los criterios de inclusión par la investigación, y fueron invitados a participar en el estudio. Posteriormente se explicó el propósito de la investigación al paciente y a su cuidador, y se firmó el consentimiento informado. Luego el investigador aplicó las escalas PDQ-39 y de Hamilton.

7.10. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados se transcribieron en Microsoft Excel. Las variables tanto de la escala de Hamilton con sus 17 ítems y la escala PDQ-39 con sus 39 ítems serán calculados por medio de variables cualitativas. Las variables cualitativas se analizarán con frecuencias y porcentajes, mientras que, las variables cuantitativas serán analizadas con media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

8. RESULTADOS

En el siguiente apartado se va a hacer una descripción de cada uno de los ítems del cuestionario de calidad de vida tomado a la población asignada, se presentará el porcentaje y la frecuencia de respuesta.

La tabla 7 pertenece a la población que padece la enfermedad de Parkinson y está detallada con las respuestas obtenidas por los encuestados

Tabla 7: Respuestas de pacientes con la enfermedad de Parkinson en la escala PDQ-39

Ítems	Descripción	Porcentaje	Frecuencia	Interpretación
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer	Nunca	0	0	80% de los pacientes encuestados mencionan que siempre tienen dificultad para realizar sus actividades de ocio, mientras que el 20% de ellos menciona que la dificultad es frecuente.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	80%	4	

Siempre				
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, reparaciones, ordenar cosas, limpieza,...)	Nunca	0	0	El 100% de los encuestados indican que siempre tienen dificultades para realizar actividades de la casa.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de las compras	Nunca	0	0	El 100% de los pacientes admiten que siempre tienen dificultad para cargar con paquetes o bolsas de las compras.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros	Nunca	0	0	El 100% de los participantes mencionan tener problemas para caminar distancias mayores a 750 metros.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
5. Problemas para caminar unos 100 metros	Nunca	0	0	El 60% de los participantes dicen que siempre presentan problemas para caminar más de 100 metros, mientras que el 20% dice que es frecuentemente y el otro 20% algunas veces.
	Ocasionalmente	0	0	
		20%	1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	60%	3	
	Siempre			
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría	Nunca	0	0	40% de la población refieren que siempre tienen problemas para caminar alrededor de la casa, mientras que el 20% refiere que es algunas veces y el otro 40% dice que es ocasionalmente.
	Ocasionalmente	40%	2	
		20%	1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	40%	2	
	Siempre			
7. Problemas para moverse o salir a sitios públicos	Nunca	0	0	El 100% de los encuestados comentan que siempre presentan problemas para moverse o salir a sitios públicos.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando sale a la calle	Nunca	0	0	El 100% de la población menciona que siempre tiene que salir acompañado de alguien cuando sale a la calle.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
		0	0	

	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
9. Sensación de miedo o preocupación por caídas en un lugar público	Nunca	0	0	El 100% de los pacientes dice que tiene sensación de miedo o preocupación por caídas en un lugar público.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía	Nunca	0	0	El 100% de los participantes mencionan que tienen que pasar más tiempo de lo que ellos quisieran en su casa.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
11. Dificultades para su aseo personal	Nunca	0	0	El 60% de la población siempre tiene dificultades para su aseo personal, mientras que, el 40% presenta dificultades frecuentemente.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	60%	3	
	Siempre			
12. Dificultades para vestirse solo	Nunca	20%	1	El 40% de los pacientes refieren que siempre tienen dificultades para vestirse solo, mientras que, el 20% dice que presenta dificultad algunas veces, el otro 20% ocasionalmente y por último el 20% no presenta nunca dificultad.
	Ocasionalmente	20%	1	
		20%	1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	40%	2	
	Siempre			
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos	Nunca	20%	1	El 80% de personas encuestadas siempre presenta problemas para abotonarse ropa o atarse zapatos, mientras que el 20% nunca presenta problemas.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	80%	4	
	Siempre			
14. Problemas para escribir con claridad	Nunca	0	0	El 100% siempre presenta problemas para escribir con claridad.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	100%	5	
	Siempre			
15. Dificultad para cortar los	Nunca	60%	3	El 20% de la población siempre presenta

alimentos.	Ocasionalmente	0 20%	0 1	problemas para cortar sus alimentos, mientras que, el 60% nunca tiene dificultad.
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.	Nunca	0	0	El 60% de las personas siempre tiene dificultad para sostener un vaso sin derramar su contenido, el 20% tiene dificultad frecuentemente y el otro 20% tiene dificultad algunas veces.
	Ocasionalmente	0 20%	0 1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	60%	3	
	Siempre			
17. Sensación de depresión	Nunca	0	0	El 60% de los pacientes encuestados mencionan que siempre tienen sensación de depresión, el 20% presenta sensación de depresión frecuentemente y el otro 20% menciona que se presenta algunas veces.
	Ocasionalmente	0 20%	0 1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	60%	3	
	Siempre			
18. Sensación soledad y aislamiento	Nunca	0	0	El 60% refiere siempre tiene sensación de soledad y aislamiento, y el 40% dice que esa sensación se presenta frecuentemente.
	Ocasionalmente	0 0	0 0	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	60%	3	
	Siempre			
19. Sensación o ganas de llorar	Nunca	0	0	El 40% de pacientes siempre tienen sensación o ganas de lloras, el 20% frecuentemente, el otro 20% algunas veces y por últimos el 20% tiene ocasionalmente.
	Ocasionalmente	20% 20%	1 1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	40%	2	
	Siempre			
20. Sensación de enfado o amargura	Nunca	40%	2	El 20% de las personas refieren que siempre tienen sensación de enfado y amargura, el 20% presenta esta sensación algunas veces, el otro 20% ocasionalmente y el 40% nunca presenta.
	Ocasionalmente	20% 20%	1 1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo	Nunca	20%	1	El 20% de la población siempre presenta sensación de ansiedad y nerviosismo, el 60% presenta algunas veces y el 20% nunca.
	Ocasionalmente	0 60%	0 3	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			

Siempre				
22. Preocupación acerca de su futuro	Nunca	60%	3	El 20% siempre tiene preocupación por su futuro, el otro 20% presenta frecuentemente y el 60% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson	Nunca	100%	5	El 100% de pacientes mencionan que nunca tienen tendencia a ocultar su enfermedad
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público	Nunca	80%	4	El 20% de los pacientes dicen que evitan situaciones que impliquen comer o beber en público, mientras que, el 80% nunca lo hace.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la enfermedad de Parkinson.	Nunca	100%	5	El 100% de la población dice que nunca tiene sentimiento de vergüenza en público debido a tener la enfermedad de Parkinson.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
26. Sentimiento de preocupación por críticas de la gente hacia usted.	Nunca	100%	5	El 100% nunca tiene sentimiento de preocupación por críticas de la gente.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
27. Problemas en las relaciones personales con personas íntimas	Nunca	20%	1	El 40% de las personas encuestadas dice que siempre presenta problemas para relacionarse con personas cercanas, el 20% presenta dificultad frecuentemente, 20% presenta algunas veces y el otro 20% nunca tiene problemas.
	Ocasionalmente	0	0	
		20%	1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	40%	2	
	Siempre			
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o	Nunca	80%	1	El 20% de los encuestados siempre sienten falta de apoyo por medio de su pareja, el 80% nunca siente falta de apoyo.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	

pareja marque esta casilla, por favor)	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	4	
	Siempre			
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesita.	Nunca	60%	3	El 20% de la población siempre ha tenido falta de apoyo de sus familiares, el otro 20% frecuentemente y el 60% no ha sentido nunca falta de apoyo.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
30. Inesperadamente durante el día.	Quedarse dormido	Nunca	0	El 40% siempre se queda inesperadamente dormido durante el día, mientras que el 60% es frecuentemente.
		Ocasionalmente	0	
			0	
		Algunas veces	60%	
		Frecuentemente	40%	
		Siempre		
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión	Nunca	0	0	El 20% de los encuestados tiene frecuentemente problemas para concentrarse, mientras que, el 80% tiene algunas veces.
	Ocasionalmente	0	0	
		80%	4	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
		Siempre		
32. Sensación de que su memoria funciona mal.	Nunca	20%	1	El 20% de los encuestados dice que siempre su memoria funciona mal, el 40% frecuentemente, el 20% algunas veces y el otro 20% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		20%	1	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	20%	1	
		Siempre		
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes	Nunca	80%	4	El 20% de los pacientes dice que tiene alucinaciones o pesadillas frecuentemente, mientras que, el 80% nunca presenta.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
		Siempre		
34. Dificultad al hablar	Nunca	60%	3	20% siempre tiene dificultad para hablar, el otro 20% presenta dificultad frecuentemente, mientras que, el 60% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
		Siempre		
35. Incapacidad para	Nunca	20%	1	El 40% siempre tiene incapacidad para

comunicarse adecuadamente con la gente	Ocasionalmente	40%	2	comunicarse, el otro 40% tiene ocasionalmente y el 20% no presenta incapacidad nunca.
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	40%	2	
	Siempre			
36. Sensación de que la gente le ignora	Nunca	60%	3	El 20% frecuentemente tiene la sensación de que la gente le ignora, el otro 20% algunas veces y el 60% no presenta nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		20%	1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos	Nunca	20%	1	El 20% presenta calambres musculares frecuentemente, el 20% ocasionalmente, el otro 20% no presenta nunca, y el 40% presenta algunas veces.
	Ocasionalmente	20%	1	
		40%	2	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo	Nunca	20%	1	El 20% presenta molestias en articulaciones siempre, 20% frecuentemente, 20% algunas veces, 20% ocasionalmente, y el 20% nunca.
	Ocasionalmente	20%	1	
		20%	1	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
39. Sensaciones desagradables de calor o frío	Nunca	40%	2	El 20% siempre tiene sensaciones desagradables de calor y frío, el 20% algunas veces, el 20% ocasionalmente y el 40% nunca.
	Ocasionalmente	20%	1	
		20%	1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			

En la tabla 8 se encuentran las respuestas obtenidas de la escala de calidad de vida de pacientes sin la enfermedad de Parkinson.

Tabla 8: Respuestas de pacientes sin la enfermedad de Parkinson frente a la escala PDQ-39

Ítems	Descripción	Porcentaje	Frecuencia	Interpretación
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer	Nunca	0	0	80% de los pacientes encuestados mencionan que siempre tienen dificultad para realizar sus actividades de ocio, mientras que el 20% de ellos menciona que la dificultad es frecuente.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	20%	1	

	Frecuentemente	80%	4	
	Siempre			
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, reparaciones, ordenar cosas, limpieza,...)	Nunca	40%	2	El 60% de los pacientes menciona que siempre tiene dificultad para realizar tareas de la casa, el 40% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	60%	3	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de las compras	Nunca	20%	1	El 40% de los individuos dice que siempre tiene dificultad para cargar con paquetes o bolsas de las compras, el 20% dice que se presenta dificultad frecuentemente, el 20% algunas veces y por último el 20% menciona que nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre	40%	2	
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros	Nunca	80%	4	El 20% de los participantes dicen tener algunas veces problemas para caminar una distancia de 750 metros, mientras que el 80% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	
5. Problemas para caminar unos 100 metros	Nunca	60%	3	El 20% de la población menciona tener problemas para caminar 100 metros frecuentemente, el otro 20% ocasionalmente y el 60% nunca.
	Ocasionalmente	20%	1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre	0	0	
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría	Nunca	80%	4	El 20% de los encuestados frecuentemente presentan problemas para dar una vuelta alrededor de la casa, el 80% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre	0	0	
7. Problemas para moverse o salir a sitios públicos	Nunca	80%	4	El 20% de las personas presentan problemas para moverse o salir a sitios públicos, el 80% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando sale a la calle	Nunca	100%	5	El 100% de las personas nunca tiene la necesidad de salir acompañado por alguien cuando sale a la calle.
	Ocasionalmente	0	0	

	e	0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
9. Sensación de miedo o preocupación por caídas en un lugar público	Nunca	60%	3	El 20% de la población algunas veces tiene la sensación de miedo o preocupación por caídas en un lugar público, el otro 20% presenta esta sensación ocasionalmente y el 60% nunca.
	Ocasionalmente	20%	1	
		20%	1	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía	Nunca	100%	5	El 100% de los pacientes refieren que nunca tienen que permanecer confinados en sus casas más tiempo de lo que ellos quisieran.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
11. Dificultades para su aseo personal	Nunca	100%	5	El 100% de las personas nunca tienen dificultades para su aseo personal.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
12. Dificultades para vestirse solo	Nunca	100%	5	El 100% de los individuos nunca tienen problemas para vestirse.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos	Nunca	100%	5	El 100% de los pacientes nunca presentan problemas para abotonarse la ropa o atarse los zapatos.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
14. Problemas para escribir con claridad	Nunca	80%	4	El 20% de las personas encuestadas siempre presentan problemas para escribir con claridad, el 800% nunca presenta dificultad.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			

15. Dificultad para cortar los alimentos.	Nunca	100%	5	Ninguno de los encuestados, es decir el 100% nunca presentan dificultad para cortar alimentos.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.	Nunca	100%	5	El 100% de la población nunca presenta dificultades para sostener un vaso sin derramar su contenido.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
17. Sensación de depresión	Nunca	60%	3	El 20% de los encuestados siempre presenta sensación de depresión, el otro 20% ocasionalmente y el 60% nunca presenta.
	Ocasionalmente	20%	1	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
18. Sensación de soledad y aislamiento	Nunca	60%	3	El 40% de los pacientes tienen sensación de soledad y aislamiento algunas veces, mientras que, el 60% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		40%	2	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
19. Sensación de ganas de llorar	Nunca	80%	4	El 20% siempre tiene sensación de ganas de llorar, mientras que, el 80% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre			
20. Sensación de enfado o amargura	Nunca	60%	3	El 40% presenta sensación de enfado o amargura, mientras que, 60% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		0	0	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre			
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo	Nunca	60%	3	El 20% de las personas tienen sensación de ansiedad o nerviosismo, el otro 20% algunas veces y el 60% nunca.
	Ocasionalmente	0	0	
		20%	1	
	Algunas veces	20%	1	

	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
22. Preocupación acerca de su futuro	Nunca 0	0	El 40% de los encuestados algunas veces tiene preocupación por su futuro, el 60% ocasionalmente.
	Ocasionalmente 60%	3	
	e 40%	2	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad crónica si padeciera una.	Nunca 100%	5	El 100% nunca tiene tendencia a ocultar su enfermedad crónica.
	Ocasionalmente 0	0	
	e 0	0	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público	Nunca 100%	5	El 100% nunca evita situaciones en las que tenga que beber o comer en público.
	Ocasionalmente 0	0	
	e 0	0	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener alguna enfermedad crónica.	Nunca 100%	5	El 100% de personas encuestadas nunca presenta sentimiento de vergüenza en público debido a su enfermedad crónica.
	Ocasionalmente 0	0	
	e 0	0	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
26. Sentimiento de preocupación por críticas de la gente hacia usted.	Nunca 100%	5	El 100% de la población nunca tiene sentimiento de preocupación a críticas de la gente.
	Ocasionalmente 0	0	
	e 0	0	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
27. Problemas en las relaciones personales con personas íntimas	Nunca 100%	5	El 100% de los encuestados nunca presenta problemas en las relaciones con personas íntimas.
	Ocasionalmente 0	0	
	e 0	0	
	Algunas veces 0	0	
	Frecuentemente 0	0	
	Siempre		
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba	Nunca 100%	5	El 100% de los pacientes nunca han sentido falta de apoyo de su pareja.
	Ocasionalmente 0	0	

(Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)					
	Nunca	0	0		
	Algunas veces	0	0		
	Frecuentemente	0	0		
	Siempre				
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesita.	Nunca	100%	5	El 100% de las personas nunca ha sentido que no ha recibido apoyo de amigos o familiares.	
	Ocasionalmente	0	0		
		0	0		
	Algunas veces	0	0		
	Frecuentemente	0	0		
	Siempre				
30. Inesperadamente durante el día.	Quedarse dormido	Nunca	80%	4	El 20% de los encuestados suele quedarse dormido algunas veces inesperadamente durante el día, mientras que, el 80% nunca.
		Ocasionalmente	0	0	
			20%	1	
		Algunas veces	0	0	
		Frecuentemente	0	0	
		Siempre			
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión	Nunca	60%	3	El 20% presenta frecuentemente problemas para concentrarse, el otro 20% ocasionalmente y el 60% nunca.	
	Ocasionalmente	20%	1		
		0	0		
	Algunas veces	20%	1		
	Frecuentemente	0	0		
	Siempre				
32. Sensación de que su memoria funciona mal.	Nunca	20%	1	El 20% siempre presenta sensación de que su memoria funciona mal, el 20% frecuentemente, el otro 20% nunca y el 40% algunas veces.	
	Ocasionalmente	0	0		
		40%	2		
	Algunas veces	20%	1		
	Frecuentemente	20%	1		
	Siempre				
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes	Nunca	100%	5	El 100% de la población nunca tiene alucinaciones o pesadillas inquietantes.	
	Ocasionalmente	0	0		
		0	0		
	Algunas veces	0	0		
	Frecuentemente	0	0		
	Siempre				
34. Dificultad al hablar	Nunca	100%	5	El 100% de la población nunca presenta problemas para halar.	
	Ocasionalmente	0	0		
		0	0		
	Algunas veces	0	0		
	Frecuentemente	0	0		
	Siempre				

35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente	Nunca	100%	5	El 100% de la población nunca tiene incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	
36. Sensación de que la gente le ignora	Nunca	100%	5	El 100% de la población nunca tiene la sensación de que la gente le ignora.
	Ocasionalmente	0	0	
	Algunas veces	0	0	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos	Nunca	0	0	El 20% de la población siempre tiene calambres musculares, el 20% frecuentemente y el otro 20% ocasionalmente. El 40% algunas veces.
	Ocasionalmente	20%	1	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre	20%	1	
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo	Nunca	0	0	El 20% de la población siempre tiene molestia o dolores en las articulaciones del cuerpo, el 20% frecuentemente, el otro 20% algunas veces y el 40% ocasionalmente.
	Ocasionalmente	40%	2	
	Algunas veces	20%	1	
	Frecuentemente	20%	1	
	Siempre	20%	1	
39. Sensaciones desagradables de calor o frío	Nunca	40%	2	El 40% de los encuestados tienen sensación desagradable de calor o frío, el 20% ocasionalmente y el 40% nunca.
	Ocasionalmente	20%	1	
	Algunas veces	40%	2	
	Frecuentemente	0	0	
	Siempre	0	0	

En la siguiente tabla 9 se pueden apreciar los datos estadísticos encontrados en la suma total de la encuesta de calidad de vida de las personas participantes.

Tabla 9: Datos estadísticos de la suma total de la encuesta de calidad de vida en PCP Y PSP

Encuestados	Media	Desviación estándar
Pacientes con Parkinson	92	7.58
Pacientes sin Parkinson	24.4	15.26

A continuación se encuentra un gráfico de los datos obtenidos de la escala de calidad de vida PDQ-39

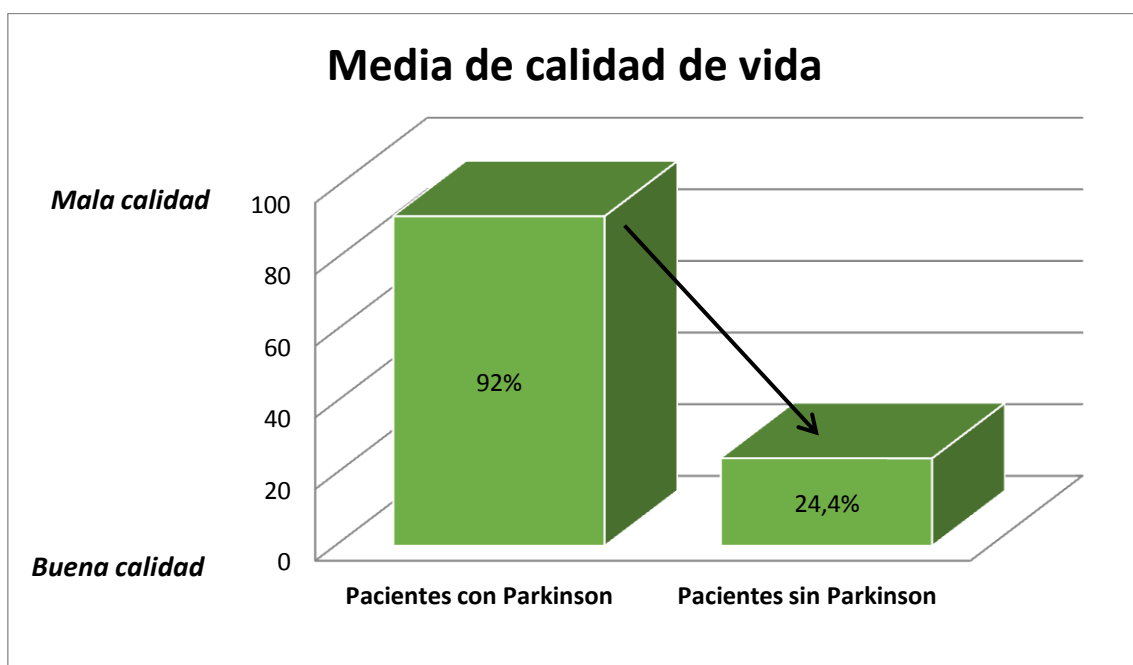


Figura 22: Media de la calidad de vida

El 92% representa un alto nivel y porcentaje de mala calidad de vida en pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson, mientras que, el 24.4% representa la calidad de vida que tienen los pacientes sin enfermedad de Parkinson

La siguiente tabla pertenece a la escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión, describe el índice de frecuencia y porcentaje de las respuestas obtenidas por los participantes y los ítems con los que se ha trabajado.

A continuación, la tabla 10 presenta las respuestas a la escala de depresión de Hamilton de pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson.

Tabla 10: Respuestas de pacientes con la enfermedad de Parkinson a la escala de depresión de Hamilton

Ítems	Descripción	Frecuencia	Porcentaje	Interpretación
1. Humor deprimido	0. Ausente	1	20%	El 60% de los pacientes manifiesta humor deprimido de forma verbal y espontáneamente, el 20% muestran espontáneamente y el otro 20% no tiene humor deprimido.
	1. Estas sensaciones se dan solo al ser preguntado	0	0	
	2. Se relatan espontáneamente.	1	20%	
	3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, tendencia al llanto	0	0	
	4. Se manifiesta de forma verbal y espontáneamente.	3	60%	
2. Sensación de culpa	0. Ausente	4	80%	El 20% de los participantes se culpan a sí mismo y cree que decepcionó a la gente, el 80% no tiene sensación de culpa.
	1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1	20%	
	2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0	0	
	3. Siente que la enfermedad actual es un castigo	0	0	
	4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o	0	0	

	experimenta alucinaciones visuales de amenaza			
3.Suicidio	0.Ausente	3	60%	El 40% piensa que la vida no vale la pena ser vivida, el 60% no tiene ideas suicidas.
	1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	2	40%	
	2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	0	0	
	3. Ideas de suicidio o amenazas	0	0	
	4. Intentos de suicidio	0	0	
4.Inhibición	0. Palabra y pensamiento normales	2	40%	El 20% de la población presenta incapacidad para expresarse, el 20% tiene dificultad, el otro 20% tiene un evidente retraso en el habla y el 40% presenta palabra y pensamiento normal.
	1. Ligero retraso en el habla	0	0	
	2. Evidente retraso en el habla	1		
	3. Dificultad para expresarse	1	20%	
	4. Incapacidad para expresarse	1	20%	
5.Agitación	0. Ninguna	5	100%	El 100% de la población no presenta ningún tipo de agitación.
	1. Juega con sus dedos	0	0	
	2. Juega con sus manos, cabello, etc.	0	0	
	3.No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	0	0	
	4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	0	0	

6. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad	2	40%	El 40% presenta una actitud aprensiva en la expresión o en el habla, el 20% presenta tensión subjetiva e irritabilidad, y el 40% no presenta ansiedad psíquica.
	1. Tensión subjetiva e irritabilidad	1	20%	
	2. Preocupación por pequeñas cosas.	0	0	
	3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	2	40%	
	4. Expresa sus temores sin que le pregunten	0	0	
7. Ansiedad somática	0. Ausente	1	20%	El 40% de la población encuestada presenta ansiedad somática moderada, el otro 40% ligera y el 20% nunca.
	1. Ligera	2	40%	
	2. Moderada	2	40%	
	3. Severa	0	0	
	4. Incapacitante	0	0	
8. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno	3	60%	El 20% de la población presenta problemas para comer si no se le insiste, el otro 20% presenta pérdida de apetito pero come si se le estimula, y el 60% no presenta ningún tipo de síntomas somáticos.
	1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1	20%	
	2. Sensación de pesadez en el abdomen	0	0	
	3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	1	20%	
9. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno	0	0	El 60% de la población presenta pérdida de energía y fatigabilidad, el 40% pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares.
	1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	2	40%	
	2. Pérdida de energía y	3	60%	

	fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2			
10. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad. 1. Dificultad ocasional para dormir. 2. Dificultad para dormir cada noche	4 0 1	80% 0 20%	El 20% de las personas presenta dificultad para dormir cada noche, el 80% no tiene dificultad.
11. Insomnio medio	0. No hay dificultad 1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	4 1 0	80% 20% 0	El 20% de los pacientes menciona que se desvela y está inquieto durante las noches o se despierta varias veces. El 80% no tiene ninguna dificultad para dormir.
12. Insomnio tardío	0. No hay dificultad 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. 3. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0 3 2	0 60% 40%	El 40% de los participantes mencionan que no pueden volver a dormir si se levantan de la cama, el 60% se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
13. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad. 2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 0 0	0 0 0	El 100% de las personas encuestadas dejó de trabajar por la presente enfermedad, sólo se compromete en las pequeñas tareas y no las realiza sin ayuda.

	3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	0	0	
	4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	5	100%	
14.Hipocondría	0. Ausente	3	60%	El 40% se lamenta constantemente y solicita ayuda, el 60% no presenta síntomas de hipocondría.
	1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)	0	0	
	2. Preocupado por su salud	0	0	
	3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda	2	40%	
15. Pérdida de peso	0. No hay	2	40%	El 60% de los encuestados ha presentado probable pérdida de peso asociada a la enfermedad, el 40% no ha tenido pérdida de peso.
	1. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.	3	60%	
	2. Pérdida de peso definida.	0	0	
16.Insight	0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo	4	80%	El 20% de los pacientes no se dan cuenta que están enfermos, el 80% si logra tener conciencia de su estado.
	1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	0	0	
	2. No se da cuenta que está enfermo	1	20%	

17.Síntomas genitales	0. Ausente	5	100%	El 100% de los encuestados no presentan síntomas genitales.
	1. Débil	0	0	
	2. Grave	0	0	

La tabla 11 presenta las respuestas dadas por pacientes sin la enfermedad de Parkinson a la escala de depresión de Hamilton.

Tabla 11: Respuestas de la escala de depresión de Hamilton de pacientes sin la enfermedad de Parkinson

Ítems	Descripción	Frecuencia	Porcentaje	Interpretación
1.Humor deprimido	0. Ausente	3	60%	El 20% de la población relatan de manera espontanea humor deprimido, el otro 20% presentan estas sensaciones sólo al ser preguntados, y el 60% no tiene humor deprimido.
	1. Estas sensaciones se dan solo al ser preguntado	1	20%	
	2. Se relatan espontáneamente.	1	20%	
	3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, tendencia al llanto	0	0	
	4. Se manifiesta de forma verbal y espontáneamente.	0	0	
2.Sensación de culpa	0. Ausente	5	100%	El 100% no presenta sensación de culpa.
	1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0	0	
	2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0	0	
	3. Siente que la enfermedad actual es un castigo	0	0	
	4. Oye voces acusatorias	0	0	

	o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza			
3.Suicidio	0. Ausente 4 80% El 20% de los encuestados piensan que la vida o vale la pena ser vivida, mientras que, el 80% no presenta síntomas de ideas suicidas. 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 20% 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 0 0 3. Ideas de suicidio o amenazas 0 0 4. Intentos de suicidio			
4.Inhibición	0. Palabra y pensamiento normales 5 100% El 100% de las personas tienen palabra y pensamiento normal. 1. Ligero retraso en el habla 0 0 2. Evidente retraso en el habla 0 0 3. Dificultad para expresarse 0 0 4. Incapacidad para expresarse 0 0			
5.Agitación	0. Ninguna 5 100% El 100% no presenta agitación somática. 1. Juega con sus dedos 0 0 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 0 0 3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 0 0 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 0 0			

6. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad	4	80%	El 20% de las personas presentan preocupación por pequeñas cosas, el 80% no tiene síntomas de ansiedad psíquica.
	1. Tensión subjetiva e irritabilidad	0	0	
	2. Preocupación por pequeñas cosas.	1	20%	
	3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	0	0	
	4. Expresa sus temores sin que le pregunten	0	0	
7. Ansiedad somática	0. Ausente	3	60%	El 40% de la población presenta ansiedad somática ligera, el 60% no presenta ningún síntoma.
	1. Ligera	2	40%	
	2. Moderada	0	0	
	3. Severa	0	0	
	4. Incapacitante	0	0	
8. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno	4	80%	El 20% tiene sensación de pesadez y el 80% no tiene ningún síntoma gastrointestinal.
	1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	0	0	
	2. Sensación de pesadez en el abdomen	1	20%	
	3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0	0	
9. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno	2	40%	El 20% presenta pérdida de energía y fatigabilidad, el 40% tiene pesadez en las extremidades, espada, o cabeza; presenta dorsalgias, cefaleas y algias musculares, el otro 40% no presenta ningún síntoma somático general.
	1. Pesadez en las extremidades, espada o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	2	40%	
	2. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier	1	20%	

síntoma bien definido se clasifica en 2				
10. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad.	2	40%	El 20% presenta dificultad para dormir por las noches, el 40% tiene dificultad ocasional y el otro 40% no presenta ninguna dificultad.
	1. Dificultad ocasional para dormir.	2	40%	
	2. Dificultad para dormir cada noche	1	20%	
11. Insomnio medio	0. No hay dificultad	5	100%	El 100% no tiene dificultades para conciliar el sueño.
	1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	0	0	
	2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	0	0	
12. Insomnio tardío	0. No hay dificultad	0	0	El 20% de la población mencionan que no puede volver a dormirse si se levantan de la cama, el 80% se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
	1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.	4	80%	
	3. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	1	20%	
13. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad	3	60%	El 40% presenta disminución del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad. El 60% no ha tenido dificultad en cuanto a trabajo y actividades.
	1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad.	0	0	
	2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0	0	

	3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	2	40%	
	4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	0	0	
14.Hipocondría	0. Ausente	4	80%	El 20% de los encuestados tiene preocupación por su salud, el 80% no presenta síntomas de hipocondría.
	1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)	0	0	
	2. Preocupado por su salud	1	20%	
	3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0	0	
15. Pérdida de peso	0. No hay	4	80%	El 20% ha presentado una probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual, el 80%no ha presentado pérdida de peso.
	1. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.	1	20%	
	2. Pérdida de peso definida.	0	0	
16.Insaight	0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo	5	100%	El 100% de los encuestados se logran dar cuenta si están enfermos o deprimidos.
	1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	0	0	
	2. No se da cuenta que está enfermo	0	0	

17.Síntomas genitales	0. Ausente	5	100%	El 100% de los pacientes no tienen síntomas genitales.
	1. Débil	0	0	
	2. Grave	0	0	

En la tabla 12 se encuentran los datos estadísticos recolectados de los pacientes por medio de la escala de depresión de Hamilton.

Tabla 12: Datos estadísticos de la escala de depresión de Hamilton

Encuestados	Media	Desviación estándar
Pacientes con Parkinson	18.4	3.71
Pacientes sin Parkinson	6.6	3.78

A continuación, se puede observar el grafico en el que describe el promedio de depresión que presentan los pacientes con la enfermedad de Parkinson, como los pacientes sin la enfermedad de Parkinson.

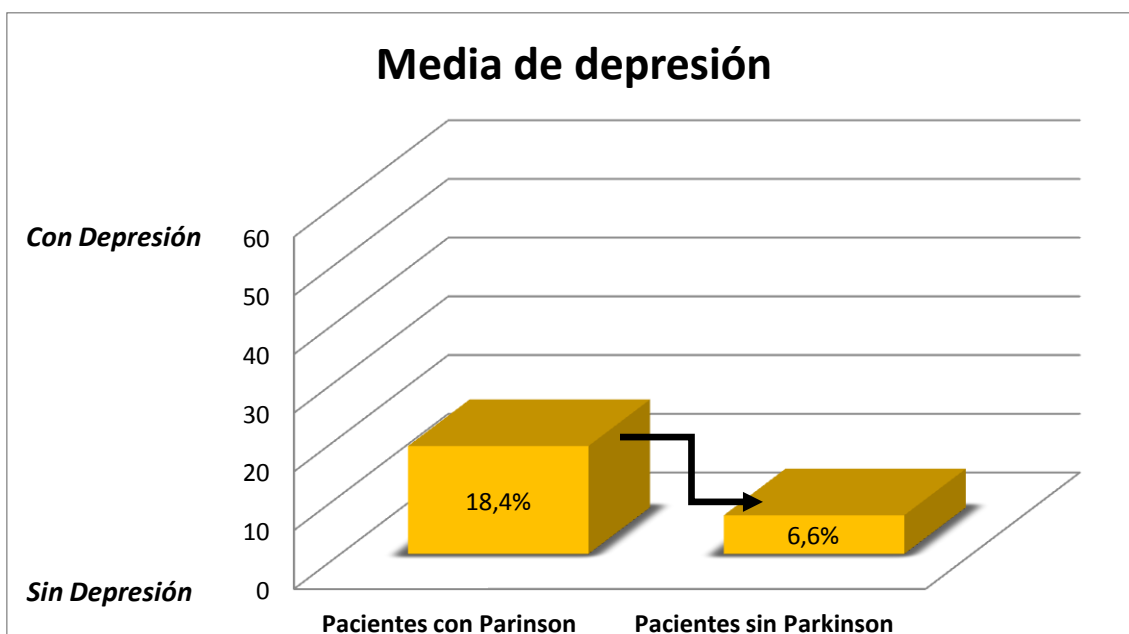


Figura 23: Media de depresión

Entre los rangos establecidos en la calificación de la escala de valoración de depresión de Hamilton, se menciona que de 18-24 se presenta una depresión moderada, lo cual han presentado los pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson, mientras

que, los pacientes sin la enfermedad de Parkinson se encuentran en el rango de 0-6 lo cual muestra una no depresión o una depresión ligera si se redondea al rango de 7 – 17.

9. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación se recolectó a fondo cierta información acerca de la enfermedad de Parkinson, el trastorno de depresión, y cómo estos dos trastornos afectan al paciente que las padece en la calidad y desempeño de su vida. Posterior a la investigación teórica, se realizó una investigación práctica, en la cual se tomó una muestra de 10 pacientes, hombres y mujeres con más de 60 años de edad, cinco de estos pacientes con la enfermedad de Parkinson y cinco sin la enfermedad de Parkinson. Se utilizaron dos escalas cuantitativas: la escala PDQ-39 que valora el nivel de calidad de vida de pacientes con la enfermedad de Parkinson y la escala de Hamilton que valora si existe o no depresión y el nivel o grado del trastorno.

El objetivo para llevar a cabo la presente investigación, es comparar y valorar los niveles de depresión de pacientes con Parkinson frente a pacientes sin Parkinson. Analizando diversos aspectos relacionados con él mismo como son: el cambio en el estilo de vida de la persona y su estatus económico

El Parkinson es una de las enfermedades neurodegenerativas más comunes en adultos mayores a nivel mundial, este padecimiento puede llegar a incapacitar por completo al paciente afectando de manera gradual su calidad de vida (Navarro & Silva, 2012). Por medio de un estudio realizado de Manabí-Ecuador se obtuvo una prevalencia de 243 casos por 100.00 habitantes. En este estudio similar al que se realizó se obtuvo un resultado muy similar, al descubrir que, entre hombres y mujeres existe una diferencia en porcentajes de adquirir la enfermedad, el sexo masculino tiene un mayor porcentaje con un 56.14%, mientras que, el sexo femenino tiene un 43.86% de probabilidad de adquirir la enfermedad (Herdoíza, et al., 2017).

La depresión es una de las enfermedades neuropsiquiátricas de mayor prevalencia en el adulto mayor, en los cuales influyen a gran medida los factores biológicos y sociales (Calderón, 2018). La depresión presenta diferentes repercusiones tales como las psicológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales, económicas, conyugales, conductuales, sexuales, entre más. Estas repercusiones afectan a la calidad de vida de las personas que la padecen y en el caso de los pacientes que suman la

enfermedad de Parkinson aceleran su deterioro y detienen los resultados positivos en su tratamiento (Galli, 2013).

En efecto, la mayor parte de pacientes con Parkinson que fueron partícipes de esta investigación son de sexo masculino, sus edades están entre los 70 a los 87 y los pacientes sin Parkinson presentan edades entre 65 a 76. Los pacientes con Parkinson viven en domicilios entre propios y arrendados, algunos solos, otros con pareja o familiares. Todos los participantes que no padecen la enfermedad de Parkinson tienen vivienda propia y viven solos o con pareja. Todos los encuestados que tienen la enfermedad de Parkinson estudiaron en un colegio fiscal, mientras que, la mayoría de los encuestados sin Parkinson provienen de un colegio particular. Entre todos los encuestados, tanto con Parkinson como sin Parkinson la mayoría no culminó sus estudios de básica o bachillerato, de la misma forma se puede apreciar, que la mayoría padece otro tipo de enfermedad crónica. La mayoría de los pacientes con la enfermedad de Parkinson aluden a que no tienen los recursos necesarios para poder sobre llevar su enfermedad y sus demás enfermedades crónicas, mientras que, la mayoría de pacientes sin Parkinson mencionan que sí tienen los recursos necesarios para sobre llevar las enfermedades crónicas que padecen.

En cuanto a los datos encontrados sobre las escalas realizadas a calidad de vida, se puede ver que, todos los pacientes que presentan la enfermedad de Parkinson son más susceptibles al deterioro de su calidad de vida, ya que, todos presentan dificultad para realizar actividades de rutina diaria de manera autónoma, dificultad para movilizarse sin un acompañante y dificultad para desenvolverse socialmente sin ayuda. Se logra destacar que, todas estas dificultades son presentadas en su gran mayoría a causa de la enfermedad de Parkinson, ya que es una enfermedad motora, por lo cual, limita en gran porcentaje al paciente, en actividades como: comer, vestirse, caminar o incluso hablar. Al ser personas que requieren ayuda permanente por su incapacidad, su calidad de vida se ve afectada por que deja de valerse por sí mismo y necesita de más personas para lograr un desenvolvimiento adecuado. Por otro lado, se puede apreciar que, los pacientes sin la enfermedad de Parkinson, llevan una calidad de vida mejor, por que son personas que aun logran tener un desempeño y desenvolvimiento adecuado e individual sin la ayuda permanente de alguien, sin embargo, hay que tomar en cuenta que las personas con las que se realizó la investigación son de la tercera edad, por lo cual las dificultades que presentan son propias de deterioro de la edad como por ejemplo:

caminar largas distancias sin cansarse y sin dolores o calambres articulares o tener miedo o preocupaciones por caídas.

En los resultados encontrados en la escala de Hamilton para detectar depresión se obtuvo que, los pacientes que padecen enfermedad de Parkinson sufren depresión moderada, la cual está en el rango de 18-24. Estos resultados destacan en relación a la calidad de vida que llevan los pacientes al tener un deterioro mucho más avanzado del normal a la tercera edad. Las limitadas condiciones de poder desenvolverse solos, salir a pasear, hacer sus actividades de entretenimiento o trabajar, hacen que el humor deprimido sea más intenso y vaya afectando aun más a las condiciones motoras y anímicas del paciente. Entre los resultados que se obtuvieron en pacientes sin condición de Parkinson, se encontró que están en un rango de 0-6 lo cual describe “no deprimido”, sin embargo dentro de las encuestas se pudo apreciar que muchas de las personas tanto por la edad o por la enfermedad crónica que padece, tiene sensaciones de tristeza o angustia incluso enfado de manera momentánea, que como se puede ver en los resultados, no va más allá en depresión. En investigaciones previas se ha encontrado que la depresión tiene mucha relación con la enfermedad de Parkinson, tanto por el cambio de calidad de vida que sufre el individuo, como por la medicación que la persona ingiere al padecer la enfermedad. La L`Dopa es uno de los medicamentos más comunes en el tratamiento del Parkinson, una de las principales características es que es un producto dopaminérgico con lo cual se logra controlar los síntomas motores pero desequilibra de gran manera la hormona dopaminérgica causando cambios en el estado anímico del paciente (Cárdenas et al., 2016). Uno de los trastornos afectivos más relacionados es la depresión, sin embargo, existen otras variantes. En otra investigación similar se encuentran resultados muy parejos, ya que, se observa que la mayor incidencia en trastornos afectivos es la depresión, con un 17% depresión mayor, 22% depresión menor y el 13% distimia (Galino & Reyes, 2016), a comparación de la investigación realizada en la que se encontró la gran mayoría de los pacientes con depresión moderada y en menor porcentaje depresión ligera.

Para concluir con esta investigación, se afirma claramente que los trastornos afectivos en la enfermedad de Parkinson son más comunes que otra enfermedad crónica que se pueda presentar. En este caso se investigó principalmente la depresión en la enfermedad de Parkinson, la cual tiene una prevalencia muy grande y es el trastorno afectivo más común. Existen varios motivos por los que se puede generar depresión en

un paciente con la enfermedad de Parkinson, tales como, el tratamiento farmacológico (L`Dopa) y el estilo de vida por el que atraviesa un paciente con Parkinson. El cambio en el estilo de vida que sufre un paciente con Parkinson es muy grande y radical, los individuos dejan de valerse por sí mismo y les cuesta realizar o incluso ya no pueden realizar sus actividades de ocio, lo cual les obliga a permanecer sin ninguna rutina diaria o postrados en algún lugar de sus hogares sin movimiento libre, provocando insuficiencia y por desarrollo depresión.

Al realizar esta investigación se presentaron algunas limitaciones que crearon cierta dificultad. Una de las primeras dificultades que se encontró, fue la comunicación directa con los pacientes, ya que, la mayoría de ellos no podía hablar o articular palabras de manera clara y otros tenían problemas graves de audición, por lo que la gran mayoría de información recolectada fue por medio del cuidador del paciente.

La depresión y su tratamiento conjunto con la enfermedad de Parkinson, es una futura investigación que se debería tomar en cuenta, ya que, la depresión se deja muy de lado y no se le da la importancia debida. El funcionamiento cognitivo, conjunto con el funcionamiento motriz, no se debería dejar de investigar, ya que se podrían encontrar métodos que ayuden a que el deterioro de estos factores disminuya o vaya más lento con ejercicios o rutinas que ayuden a mantener activa a la persona. El habla y la articulación de palabras es una de las afecciones más grandes que sufren los pacientes con Parkinson, por lo que, también se podría investigar la forma en la que esta insuficiencia adquirida sea menor para la persona.

Es recomendable que la familia de la persona que sufre de Parkinson, se presente como un apoyo tanto en su tratamiento como emocionalmente, ya que, la mayoría de las personas se sienten como una carga para sus familiares. Se podría brindar psicoeducación a los familiares de pacientes con Parkinson para que tengan conocimiento de cómo tratar y ayudar a su familiar tanto en su estado anímico, en la enfermedad como tal, y en el deterioro de funciones ejecutivas, motrices, de lenguaje no sean perdidas a corto tiempo ni sean tan afectadas. Se podría brindar herramientas de conocimiento al cuidador para que sepa de mejor manera cómo tratar los síntomas motores del paciente sin que éste se vea postrado en un lugar sin movimiento y así su estilo de vida no se vea tan afectado. Es importante que el cuidador o familiar sepa cómo reconocer si el paciente con Parkinson está presentando síntomas no motores como trastornos afectivos y darles un tratamiento en conjunto con la otra enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno de depresión. *En Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (Quinta edición ed.). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson. *En Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (Quinta edición ed.). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Association, A. P. (2010). *APA. Diccionario conciso de Psicología*. Washington: Manual Moderno .
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-14.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile* , 142(10), 1297-1305.
- Bravo, R. (2008). *Validéz de la escala (D-FIS) para reconocer y cuantificar el grado de fatiga en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que acudian regularmente a la consulta externa del servicio de neurología en el hospital Carlos Andrade Marín* . Pontificia Universidad Católica del Ecuador : Quito.

- Briceño, H. M., Cervantes, A., & Rodríguez, M. (2011). Diagnóstico premotor de la enfermedad de Parkinson. *Gaceta Médica de México*, 147, 22-32.
- Brieva, J. R. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatric Cienc Afines*, 14, 324-334.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista médica Herediana*, 29(3).
- Cárdenas, M., Hurtado, F., Cardenas, F., & León, L. (2016). La enfermedad de Parkinson: etiología, tratamientos, y factores preventivos. *Revista Javeriana*, 15, 26.
- Carreres, M., Falguera, N. T., & Figuera, R. G. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *MinusVal*, 38(6), 318-324.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE.
- Córdoba, M. C., & Mantilla, M. Q. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (45), 173-180.
- Fresquet, J. (2005). *Historia de la medicina*. Obtenido de <https://www.historiadelamedicina.org/parkinson.htm>
- Galino, J., & Reyes, E. (2016). Trastornos afectivos en la enfermedad de Parkinson. *BVS.HN*, 10(1), 8.
- Galli, E. (2013). La depresión: Una enfermedad médica. *RMH*, 5(2).
- García, A. M. (06 de 2014). Análisis del concepto envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2).
- Gitler, A., P. D., & J. S. (01 de Mayo de 2017). Neurodegenerative disease: models, mechanisms, and a new hope. *Disease Models & Mechanisms*, 10(5), 499-502.
- Goldman, L. (2019). *Medical News Today*. (W. i. it?, Productor) Recuperado el 29 de 04 de 2020, de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/8933>
- Gómez, Y. (2012). Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. *Acta colombiana de psicología*, 15(1), 111-118.

- Health, N. I. (2016). *Depresión*. Estados Unidos : Departament of NIH.
- Herdoíza, J. P., Perero, P. M., Toala, L. A., Mercado, E. I., & Vera, D. M. (2017). Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson: Estudio Puerta-Puerta en la Provincia de Manabí-Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(1), 23-26.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Jácome, M. (2007). *Análisis de las características psicométricas del SCOPA-COG para valorar las funciones mentales superiores en pacientes con enfermedad de Parkinson*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2017). *Neuropsicología Humana*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Lastra, M. (2005). *Validación de la escala de ansiedad de Beck con respecto a los criterios diagnósticos para ansiedad del CIE-10 en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, en el hospital Carlos Andrade Marín*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito.
- López, S. (2015). *Diccionario de Psicología y Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Marín, D., Carmona, H., Ibarra, M., & Gámez, M. (2018). Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *ALUD UIS*, 50(1), 2145-8464.
- Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. México: Universidad de las Américas Puebla .
- Micheli, F. (2006). *Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados*. Buenos Aires: Panamericana.
- Molina, P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica* (Vol. 3). España: Masson.
- Navarro, F., & Silva, S. (2012). Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*, 20(2), 8.

- OMS, O. M. (30 de 01 de 2020). *La depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Palacios, E., Gonzales, A., Vicuña, J., & Villamizar, L. (2019). Calidad de vida en los pacientes con enfermedad de Parkinson valorados en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. *ScienceDirect*, 11(3), 151-158.
- Peña, S., & Lillo. (2012). Envejecimiento normal y patológico . *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* , 8(2), 192-194.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología* . (J. M. Cejudo, Ed.) Madrid, España: McGrawHill.
- Ridruejo, P. (2004). El envejecimiento mental patológico . *UAM. Departamento de Psiquiatría*, 16(3), 1-7.
- Rodriguez, J., & Ibarra, M. (2019). Depresión y otros trastornos afectivos en la enfermedad de Parkinson. *Acta neurológica Colombiana* , 35(3), 53-62.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos de la depresión. *Revista de Psiquiatría do Rio Grande do Sul*, 26(2).
- Samaniego, D. (2019). *El trasfondo clínico en el proceso de diagnóstico diferencial entre enfermedad de alzheimer y depresión*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito.
- Segovia, J., & Mora, F. (2002). *Enfermedades neurodegenerativas*. Madrid, España: Farmandustria.
- Stroke, N. I. (20 de 12 de 2016). Obtenido de https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm#complementarias
- Vaca, V. (2002). *Calidad de vida en enfermos con Parkinson correlación con la funcionalidad motora, el estado de ánimo y las funciones cognitivas*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito.

- Vallespín, G. T. (2015). Enfermedades neurodegenerativas. *Actualización en Medicina de Familia* , 11(7), págs. 374-383.
- Varela, A., Camacho, G., & Cardoso, G. (2007). Síndrome postraumático: lesión orgánica vs. neurosis de renta. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 8(4), 367-371.
- Weiner, W. (2002). *La enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Paidós.
- Wolman, B. (1984). *Dccionario de ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Zarragoitía, I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. Habana: ECIMED.

11. ANEXOS

Pacientes con Parkinson

DATOS INFORMATIVOS

Género: Femenino ☐ Masculino ☐

Edad: **Estado Civil:** Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐

Tiene hijos: Sí ☐ No ☐ **Cuántos:**

Nivel de estudios: Básica ☐ Bachillerato ☐ Superior ☐

Colegio de procedencia: Particular ☐ Estado-fiscal ☐ Municipal ☐

Con quién vive: Solo/a ☐ Con familiares ☐ Con amigos ☐ Con pareja ☐

En qué sector vive:

Vivienda: Propia ☐ Arrendada ☐ Prestada ☐ Familiar ☐

Padece algún otro tipo de enfermedad crónica.....

En qué fecha empezó su enfermedad de Parkinson.....

Considera usted que tiene los recursos necesarios para sobrellevar esta enfermedad: Si ☐ No ☐

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON (PDQ-39)

ESCALAS DE VALORACIÓN

(Jenkinson, et. Al , 1995)

SEÑALE CON QUÉ FRECUENCIA HA PRESENTADO, COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DURANTE EL ÚLTIMO MES, LAS SIGUIENTES SITUACIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN.

	Nunca	Ocasional- mente	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre o incapaz de hacerlo (si es aplicable)
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza,...)					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra					
4. Problemas para caminar una distancia de unos					

750 metros					
5. Problemas para caminar unos 100 metros					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7. Problemas para moverse en sitios públicos					
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando sale a la calle					
9. Sensación de miedo o preocupación por caídas en público					
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11. Dificultades para su aseo personal					
12. Dificultades para vestirse solo					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14. Problemas para escribir con claridad					
15. Dificultad para cortar los alimentos.					
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17. Sensación de depresión					
18. Sensación soledad y aislamiento					
19. Sensación o ganas de llorar					
20. Sensación de enfado o amargura					
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22. Preocupación acerca de su futuro					
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson					
26. Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted					
27. Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas					
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día					
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión					

32. Sensación de que su memoria funciona mal.					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes					
34. Dificultad al hablar					
35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36. Sensación de que la gente le ignora					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío					

¿Qué medicamentos toma?

¿Cómo se dio cuenta o como empezó la enfermedad?

12. Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión

ESCALAS DE VALORACIÓN

(Ramos & Cordero, 1988)

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente.

Humor deprimido (Tristeza, depresión desamparo, inutilidad)

1. Ausente.
2. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
3. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
4. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
5. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

1. Ausente.
2. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
3. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
4. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
5. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Suicidio

1. Ausente.
2. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
3. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
4. Ideas de suicidios o amenazas.
5. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).

Inhibición

1. Palabra y pensamiento normales.
2. Ligero retraso en el diálogo.
3. Evidente retraso en el diálogo.
4. Diálogo difícil.
5. Torpeza absoluta.

Agitación

1. Ninguna.
2. Juega con sus manos, cabellos, etc.
3. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

Ansiedad psíquica

1. No hay dificultad.
2. Tensión subjetiva e irritabilidad.
3. Preocupación por pequeñas cosas.
4. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
5. Temores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática

1. Ausente.
2. Ligera.
3. Moderada.
4. Severa.
5. Incapacitante.
6. (Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:
gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones,
eructos; cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias; Respiratorios:
hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria. Sudación).

Síntomas somáticos gastrointestinales

1. Ninguno.
2. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de
3. pesadez en el abdomen.
4. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación
5. intestinal para síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

1. Ninguno.
2. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias
musculares.
3. Pérdida de energía o fatigabilidad.
4. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

Insomnio precoz

1. No tiene dificultad para dormirse.
2. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media
hora.
3. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

1. No hay dificultad.
2. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
3. Esta despierto durante la noche -cualquier ocasión de levantarse de la cama se
clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

Insomnio tardío

1. No hay dificultad.
2. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
3. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama.

Trabajo y actividades

1. No hay dificultad.
2. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
3. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).v
4. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar con 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
5. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

Hipocondría

1. No la hay.
2. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
3. Preocupado por su salud.
4. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
5. Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso

1. No hay.
2. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.
3. Pérdida de peso definida.

Insight (Consciencia de sí mismo)

1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
2. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3. Niega que esté enfermo.

Variación diurna

1. Ausente. M T
2. Ligera. M T
3. Grave. M T (Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (rodear M o T)).

Despersonalización y falta de realidad

1. Ausente.
2. Ligera. Como: Sensación de irrealidad.
3. Moderada. Ideas nihilistas.
4. Grave.
5. Incapacitante.

Síntomas paranoides

1. Ninguno.
2. Sospechosos.
3. Leves
4. Ideas de referencia.
5. Delirios de referencia y de persecución.

Síntomas obsesivos y compulsivos

1. Ausentes.
2. Ligeros.
3. Graves.

Otros síntomas (Especificar)

1. Ausentes.
2. Ligeros.
3. Grave

PUNTUACIÓN TOTAL:

Pacientes sin Parkinson

DATOS INFORMATIVOS

Género: Femenino ☐ Masculino ☐

Edad: **Estado Civil:** Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐

Unión Libre ☐

Tiene hijos: Sí ☐ No ☐ **Cuántos:**

Nivel de estudios: Básica ☐ Bachillerato ☐ Superior ☐

Colegio de procedencia: Particular ☐ Estado-fiscal ☐ Municipal ☐

Con quién vive: Solo/a ☐ Con familiares ☐ Con amigos ☐ Con pareja ☐

En qué sector vive:

Vivienda: Propia ☐ Arrendada ☐ Prestada ☐ Familiar ☐

Padece **algún** **otro** **tipo** **de** **enfermedad**
crónica.....

Considera usted que tiene los recursos necesarios para sobrellevar esta enfermedad: Si No

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS SIN ENFERMEDAD DE PARKINSON (PDQ-39)

ESCALAS DE VALORACIÓN

Adaptado, (Jenkinson, et. Al , 1995)

SEÑALE CON QUÉ FRECUENCIA HA PRESENTADO, COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DURANTE EL ÚLTIMO MES, LAS SIGUIENTES SITUACIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN.

	Nunca	Ocasional- mente	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre o incapaz de hacerlo

					(si es aplicable)
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza,...)					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de las compras					
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros					
5. Problemas para caminar unos 100 metros					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7. Problemas para moverse o salir a sitios públicos					
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando sale a la calle					
9. Sensación de miedo o preocupación por caídas en un lugar público					
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11. Dificultades para su aseo personal					
12. Dificultades para vestirse solo					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14. Problemas para escribir con claridad					
15. Dificultad para cortar los alimentos.					
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17. Sensación de depresión					
18. Sensación soledad y aislamiento					
19. Sensación o ganas de llorar					
20. Sensación de enfado o amargura					

21. Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22. Preocupación acerca de su futuro					
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad crónica si padeciera una.					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener alguna enfermedad crónica.					
26. Sentimiento de preocupación por críticas de la gente hacia usted.					
27. Problemas en las relaciones personales con personas íntimas					
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesita.					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día.					
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión					
32. Sensación de que su memoria funciona mal.					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes					
34. Dificultad al hablar					
35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36. Sensación de que la gente le ignora					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío					

¿Qué medicamentos toma?

¿Cómo se dio cuenta o como empezó la enfermedad?

13. Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión

ESCALAS DE VALORACIÓN

(Ramos & Cordero, 1988)

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente.

Humor deprimido (Tristeza, depresión desamparo, inutilidad)

6. Ausente.
7. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
8. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
9. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
10. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

6. Ausente.
7. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
8. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
9. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
10. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Suicidio

6. Ausente.
7. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
8. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
9. Ideas de suicidios o amenazas.
10. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).

Inhibición

6. Palabra y pensamiento normales.
7. Ligero retraso en el diálogo.
8. Evidente retraso en el diálogo.
9. Diálogo difícil.
10. Torpeza absoluta.

Agitación

4. Ninguna.
5. Juega con sus manos, cabellos, etc.
6. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

Ansiedad psíquica

6. No hay dificultad.
7. Tensión subjetiva e irritabilidad.
8. Preocupación por pequeñas cosas.
9. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
10. Temores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática

7. Ausente.
8. Ligera.
9. Moderada.
10. Severa.
11. Incapacitante.
12. (Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:
gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones,
eructos; cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias; Respiratorios:
hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria. Sudación).

Síntomas somáticos gastrointestinales

6. Ninguno.
7. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de
8. pesadez en el abdomen.
9. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación
10. intestinal para síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

5. Ninguno.
6. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias
musculares.
7. Pérdida de energía o fatigabilidad.
8. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

Insomnio precoz

4. No tiene dificultad para dormirse.
5. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media
hora.
6. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

4. No hay dificultad.
5. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
6. Esta despierto durante la noche -cualquier ocasión de levantarse de la cama se
clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

Insomnio tardío

4. No hay dificultad.
5. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
6. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama.

Trabajo y actividades

6. No hay dificultad.
7. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
8. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).v
9. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar con 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
10. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

Hipocondría

6. No la hay.
7. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
8. Preocupado por su salud.
9. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
10. Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso

4. No hay.
5. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.
6. Pérdida de peso definida.

Insight (Consciencia de sí mismo)

4. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
5. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
6. Niega que esté enfermo.

Variación diurna

4. Ausente. M T
5. Ligera. M T
6. Grave. M T (Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (rodear M o T)).

Despersonalización y falta de realidad

6. Ausente.
7. Ligera. Como: Sensación de irrealidad.
8. Moderada. Ideas nihilistas.
9. Grave.
10. Incapacitante.

Síntomas paranoides

6. Ninguno.
7. Sospechosos.
8. Leves
9. Ideas de referencia.
10. Delirios de referencia y de persecución.

Síntomas obsesivos y compulsivos

4. Ausentes.
5. Ligeros.
6. Graves.

Otros síntomas (Especificar)

4. Ausentes.
5. Ligeros.
6. Graves.

PUNTUACIÓN TOTAL:

Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Depresión en pacientes con Parkinson

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Melanie Thalía Navarrete Peñafiel **Profesor guía:** Dr. Carlos Ramos Galarza PhD.

INSTITUCIONES: Quito, Ecuador

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: Analizar el grado de depresión de personas con Parkinson mediante la aplicación de la Escala de Hamilton y la ejecución de un estudio comparativo transversal, aportando así evidencia en favor de la calidad de vida de los pacientes con estos trastornos.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar se utilizaran las siguientes herramientas:

1. Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (pdq-39), el cual tiene como objetivo hacer una valoración de la calidad y estilo de vida actual que lleva una persona con enfermedad de Parkinson.
2. Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión, el cual tiene como objetivo valorar si existe o no depresión en la persona, y si existiera valorar el nivel de la misma.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con Melanie Thalía Navarrete Peñafiel tlf: 0998809913 Correo: mela_234@hotmail.com

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con Paulina Barahona Cruz, 12 de Octubre y Roca, (02)2991700 ext. 1241 / 1267 / 1640 en Quito, Ecuador.

Yo, _____ confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada [Título del trabajo de investigación]. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

Cc:

FECHA:

INVESTIGADOR/A:

Cc:

FECHA:

