

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

Estudio descriptivo acerca de la frecuencia de Apatía en Enfermedad de Parkinson

**Estudio realizado con pacientes que son miembros de la Agrupación de
Amigos de Parkinson que desarrolla sus actividades en CETRAM
(Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento)
Santiago, Chile.**

Profesora Guía: PS. Teresa Parrao.

Metodólogo: Raúl Zarzuri.

Profesor Informante: Cecilia Castro.

Alumnas: Priscilla Figueroa

M^a Javiera Millacura.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

**“Agradecemos a todas aquellas personas que nos apoyaron
en este proceso; especialmente a CETRAM, por su
colaboración en el cumplimiento de este objetivo”.....**

Gracias, Totales.

RESUMEN

En la Enfermedad de Parkinson (EP), se produce una degeneración de las Neuronas Dopaminérgicas de la sustancia negra, comprometiendo también la corteza cerebral, el sistema límbico y el hipotálamo. Tiene un origen desconocido, reconociéndose múltiples factores en su aparición, con un fuerte componente genético cuya importancia puede variar en diversas situaciones.

En la Enfermedad de Parkinson se produce una "degeneración" de la sustancia negra cuya consecuencia es la disminución de la dopamina. Es por ello que las principales manifestaciones de la enfermedad expresan un control deficiente de los movimientos: Temblor, lentitud generalizada (bradicinesia), rigidez y alteraciones de la postura y de la marcha (J. Tapia y P. Chaná, 2004).

Los estudios científicos han establecido otros ámbitos que podrían verse afectados por esta enfermedad dentro de los cuales se encuentran los trastornos del sueño, algunas demencias y trastornos del ánimo, en relación a esta última surge el concepto de Apatía.

La apatía es un trastorno de la motivación que se caracteriza por un descenso simultáneo de conductas emocionales y cognitivas dirigidas a una meta (Marín R. 1995). La apatía puede ser un síntoma aislado en la demencia o asociarse a depresión y a otros trastornos, se ha descrito tanto en demencias "corticales" (ej: enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia vascular, etc.) como en las subcorticales (EP, corea de Huntington, parálisis supranuclear progresiva y demencias vasculares) y secundarios a lesiones cerebrales focales (Stuss, 2002).

Aun no se encuentra un completo consenso respecto de si tratar a la apatía como un síntoma más dentro de un síndrome, o si éste constituye un síndrome por sí mismo (Marín, 1991, Pág.59).

El objetivo de esta investigación es conocer cual es la frecuencia de Apatía en una población de pacientes con Enfermedad de Parkinson que consultan aleatoriamente al Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento, ubicado en Belisario Prats 1597-B, Comuna de Independencia. Utilizaremos la Escala de Apatía de Robert Marín, y nuestro objetivo será conocer la influencia en la presencia de Apatía de otras variables como años de evolución de la enfermedad, presencia de deterioro cognitivo y presencia de Depresión.

ÍNDICE

1.- Introducción	Pág. 6
2.- Objetivos	Pág. 14
3.- Marco Teórico	Pág. 15
4.- Marco Metodológico	Pág. 42
5.- Resultados y Análisis	Pág. 54
6.- Conclusiones y Discusiones	Pág. 77
7.- Referencias Bibliográficas	Pág. 81

DESARROLLO DEL TEXTO

1.-Introducción.

Antecedentes y Planteamiento del Problema.

La Enfermedad de Parkinson, es una enfermedad neurodegenerativa, que afecta primariamente a las neuronas Dopaminérgicas de la vía nigroestriada (sustancia negra), comprometiendo también la corteza cerebral, el sistema límbico y el hipotálamo. Tiene un origen desconocido, reconociéndose múltiples factores en su aparición con un fuerte componente genético cuya importancia puede variar en diversas situaciones (J. Tapia y P. Chaná, 2004). La Enfermedad de Parkinson es de carácter crónico, progresivo y lento, que afecta a la zona del cerebro encargada del control y coordinación del movimiento, del tono muscular y de la postura. En esta zona, llamada sustancia negra, existe un componente químico, la dopamina, compuesto esencial para la regulación de los movimientos, es decir, para que los movimientos se realicen de una forma efectiva y armónica. Así, en la Enfermedad de Parkinson se produce una "degeneración" de la sustancia negra cuya consecuencia es la disminución de la dopamina. Es por esto, que en la EP se afecta predominantemente el aspecto motor del paciente, sin embargo es un síndrome mucho más complejo que involucra otros aspectos como el cognitivo y el autonómico entre otros.

Las principales manifestaciones de la enfermedad expresan un control deficiente de los movimientos: temblor, lentitud generalizada (bradicinesia), rigidez y alteraciones de la postura y de la marcha (J. Tapia y P. Chaná, 2004).

Previo a los primeros síntomas motores se pueden distinguir algunos síntomas premonitorios como pérdida de la capacidad de olfacción, cambio de la personalidad, depresión, fatigabilidad, astenia, dolores musculares generalizados o localizados resistentes a tratamiento de analgesia habitual (Wolters, Francot, Bergmans, 2000).

Los síntomas motores de la EP aparecen cuando más del 80% de las neuronas dopaminérgicas se han perdido. La destrucción neuronal es asimétrica por lo que habitualmente comprometen primero una extremidad, extendiéndose inicialmente sobre ese mismo hemicuerpo y bilateralizándose en una lenta progresión.

El diagnóstico clínico de la Enfermedad de Parkinson se basa en la existencia de signos considerados cardinales, bradicinesia, temblor y rigidez. La alteración de los reflejos posturales habitualmente no resulta de utilidad en el diagnóstico inicial ya que en general es de aparición más tardía.

Bradicinesia

La Bradicinesia se ha definido como una lentitud en el inicio, realización o finalización del movimiento voluntario que es especialmente notoria en movimientos repetitivos o alternantes de las extremidades, en que hay una progresiva reducción de la velocidad y amplitud. Se pueden distinguir tres componentes en la bradicinesia.

1) La bradicinesia propiamente tal, como el enlentecimiento de la velocidad del movimiento.

2) La acinesia como:

- a) pobreza de los movimientos espontáneos (falta expresión facial o hipomimia) o en los movimientos asociados (disminución del braceo al caminar).
- b) Retardo en la iniciación de los movimientos o en el cambio entre dos movimientos fluidos.

3) La Hipocinesia como una disminución de la amplitud del movimiento (Berardelli A, Rothwell JC, Thompson PD, Hallett M, 2001).

La bradicinesia se evidencia en las tareas motoras que requieren mayor destreza y movimientos secuenciales, acentuándose cuando se realiza otro movimiento concomitante. En la actividad diaria la bradicinesia es evidente en múltiples aspectos, en el entecimiento y pequeños pasos de la marcha, disminución o ausencia de braceo, dificultad para abotonarse o en la disminución de la letra en forma progresiva.

En etapas más avanzadas de la enfermedad los pacientes presentan dificultad para levantarse, episodios de congelamiento en la marcha y mayor compromiso a nivel axial. La bradicinesia se correlaciona estrechamente con el compromiso de la vía dopaminérgica nigroestriada (Vingerhoets FJ, Schulzer M, 1997).

Temblor

El temblor característico de EP es de reposo, se detecta cuando los músculos involucrados no están activados voluntariamente y disminuye durante la mantención de

una postura o al realizar un movimiento. Frecuentemente compromete distalmente las extremidades superiores con un movimiento de oposición alternante del pulgar y el índice dando la clásica apariencia de cuenta monedas. Al continuar la evolución se hace bilateral y en etapas mas avanzadas puede comprometer la cara, labios y mandíbula.

Tiene una frecuencia de 3-6 Hz, suele aumentar al distraer al paciente o al hacerlo realizar alguna tarea que requiera concentración, desaparece durante el sueño y empeora con la ansiedad. Aunque es infrecuente la Enfermedad de Parkinson puede iniciarse con un cuadro de temblor de reposo como síntoma único agregándose los otros síntomas después de años de evolución. La ausencia de temblor no descarta el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson (Deuschl G, Bain P, Brin M. 1998).

Rigidez

La resistencia que opone un segmento corporal a la movilización pasiva se denomina rigidez. En la EP puede presentarse en forma de “rueda dentada” en que hay breves episodios de oposición alternados con episodios de relajación, o por una resistencia mas constante que se denomina en “tubo de plomo” donde, la intensidad de la resistencia se mantiene constante en todo el rango del movimiento, tanto en flexión como en extensión y no cambia al variar la velocidad con la que se moviliza el segmento, a diferencia de la espasticidad.

Puede llegar a ser tan extrema que no permita la movilización completa en el rango articular. Esta presente en un 89-99% de los pacientes durante la primera evaluación (Meara RJ, Cody FW, 1992).

Alteración de los reflejos posturales

Este es uno de los síntomas mas discapacitantes en la Enfermedad de Parkinson, predispone a caídas y es causa habitual de la pérdida de la capacidad de los pacientes de valerse solos. Si bien es un de los signos cardinales de la Enfermedad de Parkinson, en las etapas iniciales de la enfermedad se manifiesta sólo en forma de una ligera desestabilización ante la prueba del empujón. La aparición precoz de esta alteración, durante el desarrollo de las dificultades en la estabilidad postural, debe hacer sospechar de diagnósticos alternativos a la Enfermedad de Parkinson, como por ejemplo la parálisis supranuclear progresiva (Litvan I, Agid Y, Jankovic J, Goetz C, 1996).

La evaluación clínica se ha intentado objetivar mediante escalas semi objetivas de valoración. En 1987 se publicó la Escala Unificada UPDRS para la evaluación de la enfermedad de Parkinson que actualmente es universalmente aceptada y principal herramienta validada para objetivación clínica multidimensional de la enfermedad de Parkinson (Chaná P, Miranda M, Villagra R, 2001).

Los estudios científicos han establecido otros ámbitos que podrían verse afectados por esta enfermedad, dentro de los cuales se encuentran los trastornos del sueño, algunas demencias y trastornos del ánimo, en relación a esta última surge el concepto de Apatía.

Descrita por Marín como un síndrome neuro psiquiátrico, la apatía se manifiesta en forma de disminución de la actividad dirigida a una meta por falta de motivación, no atribuible a un trastorno del intelecto, emoción o nivel de conciencia (Marín R.1991, Pág. 243-254). Según este autor los criterios utilizados para su diagnóstico giran en torno a falta de motivación respecto al nivel de funcionamiento previo, el grupo de edad y el grupo cultural, y se evidencia por tres aspectos fundamentales, la disminución de la cognición, la disminución de la conducta y la disminución de la emoción.

La disminución de la conducta dirigida a un objetivo se evidenciaría por la falta de productividad, esfuerzo, tiempo invertido e iniciativa, conductas de sumisión o dependencia, y por la disminución de la socialización y de actividades de ocio. La disminución de los aspectos emocionales de la conducta dirigida a un objetivo se refieren a la falta de sensibilidad emocional hacia sucesos positivos o negativos, al aplanamiento afectivo y la ausencia de excitación o intensidad emocional.

Formulación del Problema.

La apatía es uno de los síntomas de mayor prevalencia en algunos trastornos, tales como Alzheimer, Esquizofrenia, Depresión y de forma importante en la Enfermedad de Parkinson, observándose pérdida del interés y dificultad para la concentración hacia uno o varios aspectos del medio ambiente. La Enfermedad de Parkinson afecta a 1,9 de cada 1000 pacientes en Chile y los resultados internacionales hablan que entre un 16,5% y un 42% de ellos presentaría el síntoma de Apatía (Pluck G. y Brown R. 2002, Pág. 636 – 642).

Por lo anterior, en esta investigación se busca conocer la prevalencia de esta patología en pacientes con EP y adicionalmente pretendemos conocer la relación de esta patología con otras variables como los años de evolución de la enfermedad, la presencia de depresión y el estado cognitivo. Para esto realizaremos un estudio con pacientes con que presenten el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, que consultan consecutivamente al Centro de Estudio de Trastornos del Movimiento (CETRAM). Este centro cuenta con una población flotante de 1000 pacientes, de los cuales se extraerá una muestra de 60 pacientes, para poder responder a la pregunta de investigación y lograr los objetivos planteados.

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la frecuencia de Apatía en pacientes con Enfermedad de Parkinson?

¿Existe relación entre la presencia de apatía y los años de evolución de la enfermedad, presencia de deterioro cognitivo y depresión?

Aportes y Relevancia de la Investigación.

A nivel mundial, es posible encontrar investigaciones que nos hablan acerca de la prevalencia de apatía en enfermedad de Parkinson, existiendo un amplio rango en la prevalencia de este síntoma, abarcando un porcentaje que va desde un 16,5% a un 42% (Pluck G. y Brown R. 2002, Pág. 636 – 642).

En nuestro país, se estima que 1,9 de cada 1000 habitantes padecen de esta enfermedad, aumentando el porcentaje de afectados, según años de vida, al igual que sucede en el mundo (J. Tapia y P. Chaná, 2004).

En nuestro país no se encuentran estudios que informen acerca de la prevalencia de la apatía en Enfermedad de Parkinson, por lo tanto la presente investigación busca aportar al conocimiento teórico que se posee respecto a la Enfermedad de Parkinson, lo cual sería útil para un mayor conocimiento acerca de esta enfermedad y a los efectos secundarios que ésta le provoca a quienes la padecen. Es en este sentido que creemos que los resultados que obtendremos de este estudio, serán un aporte al diagnóstico de esta patología y de esta forma poder contribuir al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de pacientes con Enfermedad de Parkinson en Chile. Del mismo modo se presenta como un aporte a la detección de esta patología, que podría ser subdiagnosticada y que influye directamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

La posibilidad de estudiar la presencia de un síntoma dentro de una enfermedad, es decir, trabajar en el diagnóstico, es el primer paso para orientar diversos niveles de intervención lo cual va en directo beneficio de la calidad de vida de pacientes con este

tipo de enfermedades. De esta forma la relevancia que posee este estudio está relacionada con el ámbito teórico, en cuanto la posibilidad de entregar información respecto a una temática poco estudiada .

2.-Objetivos

General

- ❖ Conocer cual es la frecuencia de Apatía en una población de pacientes con Enfermedad de Parkinson que consultan aleatoriamente al Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento, ubicado en Belisario Prats 1597-B, Comuna de Independencia, a través la Escala de Apatía de Robert Marín, y conocer su relación con otras variables como Evolución de la Enfermedad, presencia de Deterioro cognitivo y presencia de Depresión.

Específicos

- ❖ Determinar la frecuencia de Apatía en un grupo de pacientes con Enfermedad de Parkinson, a través de la Escala de Apatía de Robert Marín,
- ❖ Correlacionar la frecuencia de Apatía con los años de evolución de la enfermedad.
- ❖ Correlacionar la frecuencia de Apatía con la severidad de la enfermedad medida a través de la Escala UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale).

- ❖ Correlacionar la frecuencia de apatía con la presencia de deterioro cognitivo medido a través del Test Minimental Parkinson.
- ❖ Correlacionar la frecuencia de Apatía con la presencia de Depresión medida a través de la Escala de Depresión de Beck.

3.-Marco Teórico

La neurociencia es el estudio de la estructura, función, desarrollo, química, farmacología, y patología del sistema nervioso.

La neurociencia incluye temas tan diversos, como: la operación de neurotransmisores en la sinapsis; los mecanismos biológicos responsables del aprendizaje; cómo los genes contribuyen al desarrollo neuronal desde la concepción; la operación de redes neuronales; la estructura y funcionamiento de redes complejas involucradas en la memoria humana, la percepción y el habla.

Otras áreas relacionadas con la neurociencia son: neuropsicología, neurología, psicofarmacología, afasiología y neurolingüística.

Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia, y afecta al 12% de la población de más de 65 años. Es una enfermedad

progresiva y crónica, causada por la lenta degeneración de las neuronas cerebrales de un grupo específico: de forma clara, las neuronas Dopaminérgicas de la sustancia negra (*pars compacta*). Se sabe que para que los signos clínicos se hagan evidentes, se requiere una pérdida superior al 80% de las neuronas de esta área.

La Enfermedad de Parkinson es una de las afecciones mas frecuentes entre los ancianos aunque en un 10% de los casos aparece antes de los 40 años. Esta enfermedad se manifiesta de la misma forma en todas las razas y en ambos sexos.

Se calcula que en Estados Unidos hay medio millón de personas que sufren la Enfermedad de Parkinson, mientras que en Chile el número de afectados se sitúa alrededor de los 12.000 (www.fsm.usach.cl/cetram).

Esta es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central que se conoce desde 1817. Está ocasionada por lesiones originadas en un sector del cerebro conocido como sistema nigroestriado, compuesto por la sustancia nigra (que es oscura, de ahí su nombre) y un órgano blanco o núcleo estriado. Este sistema -encargado del control y coordinación del movimiento, del tono muscular y de la postura- emplea dos neurotransmisores en constante equilibrio y balance, que actúan de modo opuesto. La dopamina, por un parte, que se ubica en las terminaciones axonales de las células originadas en la sustancia nigra y la acetilcolina, que está instalada en las terminaciones axonales de las neuronas estriatales (Coddou, C. 2001). Esta enfermedad produce la destrucción paulatina y progresiva de células nerviosas. Estas neuronas producen una sustancia química cerebral (neurotransmisor) llamada dopamina. La dopamina es el

mensajero responsable de transmitir las señales en el sistema cerebral, que regulan los movimientos.

A su vez, este sistema está conectado estrechamente con el Globo Pálido y el Tálamo, que influyen de forma directa en la actividad motora originada en la corteza cerebral.

Cuando hay Enfermedad de Parkinson existe un déficit primario de dopamina y, al contrario, un aumento de acetilcolina, que provoca la inhibición del globo pálido y por lo tanto, una disminución de los estímulos a la corteza motora, que resulta finalmente en akinesia o falta de movimiento.

En 1880, se habla por primera vez de rigidez asociada a la Parálisis Agitante. Jean-Marie Charcot (1825-1893), neurólogo francés, padre de la neurología clínica, la describió, tras explorar meticulosamente a sus pacientes. Precisamente, fue él quien la rebautizó como "Enfermedad de Parkinson". De acuerdo con antecedentes históricos y basados en el conocimiento actual de la patología, se hace difícil suponer que ésta dolencia no estuviera presente desde tiempos remotos.

DIAGNÓSTICO POR CRITERIOS CLÍNICOS

Tapia y Chaná (Chile, 2004) nos hablan acerca del diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson, en un principio esta enfermedad se consideraba simple de diagnosticar; pero en realidad sólo el 75% de los diagnósticos clínicos de Enfermedad de Parkinson se confirman por estudios anatomopatológicos en la autopsia de pacientes que recibieron

este diagnóstico; esto se debe al hecho de que los signos característicos de la Enfermedad de Parkinson pueden encontrarse frecuentemente en otras enfermedades, que se han llamado ‘parkinsonismos atípicos’ como la atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal, enfermedad de cuerpos de Lewy difusos y otras degeneraciones multisistémicas.

Criterios diagnósticos de la Enfermedad de Parkinson

Chaná y Tapia (Chile, 2004), han descrito los siguientes criterios diagnósticos para la Enfermedad de Parkinson:

-Temblor de Reposo:

Distal : constituye el tipo de temblor más frecuente observado en la Enfermedad de Parkinson (69,1% de los casos), aunque puede encontrarse también en otros cuadros extrapiramidales.

- Temblor: Temblor de reposo

- Disminuye o desaparece con la acción, al estar tranquilo con el sueño.

- Aumenta con la tensión emocional.

- Es inicialmente asimétrico.

- En el 50% de los casos es el síntoma inicial.

- En el 15% e los casos nunca presentan temblor.

- **Rigidez:** es un signo común a muchos trastornos clínicos, pero está presente en un alto porcentaje en los casos de Enfermedad de Parkinson (89,9%). Es la resistencia que opone un segmento corporal al ser desplazado: tubo de plomo, rueda dentada.

-El inicio es unilateral.

-En el 97% de los casos esta presentes en el primer examen.

- **Bradicinesia:** se manifiesta en el 77,98% de los casos, pero no puede considerarse una característica exclusiva de la Enfermedad de Parkinson. Se caracteriza por enlentecimiento del movimiento; este puede dividirse en dos categorías.

- Acinesia: pobreza de los movimientos, los cuales, a su vez pueden ser:

-Espontáneos: expresión facial.

-Asociados: braceo al caminar.

- Hipocinesia: En donde el movimiento es de menor amplitud (micrografía); existe un retardo en la iniciación de los movimientos o en el cambio entre dos movimientos fluidos.

- **Inicio Asimétrico:** constituye la forma más frecuente de presentación inicial de la sintomatología (72,75% de los casos), aunque puede ser una característica no exclusiva.

- **Inestabilidad postural:** No se considera como un signo cardinal, y se encuentra sólo en el 37% de los pacientes con una duración de la enfermedad de cinco años, mientras que, frecuentemente, es el síntoma más común de inicio de los parkinsonismos atípicos.

Existen categorías de Inestabilidad Postural

- Ateropulsión (tiende a caer hacia delante).

- Retropulsión (tiende a caer hacia atrás).
- Lateropulsión (tiende a caer a los lados).

– **Trastorno de la Marcha:** En donde los pasos se acortan, se enlentecen y se arrastran los pies (marcha de “petit pass”).

- Giros en bloques.
- Dificultad para iniciar la marcha.
- Enfermedad de Parkinson episodios de congelamiento.
- Propulsión hacia delante.
- Disminución del braceo.

– **Respuesta a la Levodopa:** A los signos motores se suma el criterio de la respuesta a la Levodopa, que se presenta en el 94,1% de los casos; aunque con excepciones esporádicas, constituye un requisito necesario para el diagnóstico, pero no exclusivo, dado que puede encontrarse también en el inicio de las formas atípicas.

Dado que una respuesta terapéutica favorable a la terapia crónica con Levodopa o dopaminérgicos es uno de los criterios principales para el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson, el suministro de forma aguda de una dosis de Levodopa o de Apomorfina puede ser predictiva de la respuesta crónica y representar potencialmente una importante ayuda para el diagnóstico diferencial entre la Enfermedad de Parkinson y los parkinsonismos.

Para poder distinguir cual es el estado de severidad de la Enfermedad de Parkinson, en la cual se encuentra un paciente, se ha construido una escala, en la cual se han ordenado los grados de severidad en estadios.

Grados de severidad de la Enfermedad de Parkinson

Estadio 1	Ausencia de signos patológicos
Estadio 2	Los síntomas afectan solo a una mitad del cuerpo
Estadio 3	Los síntomas afectan a dos mitades del cuerpo pero no presentan trastornos del equilibrio
Estadio 4	Alteración bilateral leve o moderada con una cierta inestabilidad postural. El paciente es físicamente independiente
Estadio 5	Incapacidad grave; el paciente aun es capaz de andar o de estar de pie sin ayuda
Estadio 6	Necesita ayuda para todo. Pasa la mayor parte del tiempo en la cama sentado.

Así también, se ha descrito el fenómeno **ON - OFF**, en el cuál se alternan periodos de acinesia y movilidad (on) con periodos de completa hipocinesia (off).

Síntomas atípicos

Las manifestaciones clínicas sugestivas de un diagnóstico diferente al de Enfermedad de Parkinson idiopática (síntomas atípicos) comprenden principalmente: inestabilidad postural precoz –dentro de los primeros tres años del inicio –, fenómeno de *freezing* (congelado, consiste en la aparición de episodios de completa acinesia sin periodos previos de hipocinesia), alucinaciones no relacionadas con la farmacoterapia, demencia precoz, parálisis de la mirada vertical, disautonomía grave no relacionada con la farmacoterapia, causas claras de parkinsonismo sintomático (lesiones focales o uso de neurolépticos, entre otros).

El cumplimiento riguroso de los criterios clínicos reduce la posibilidad de un diagnóstico errado a menos del 10%, pero tampoco garantiza la certeza absoluta del diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

Entre los cuadros clínicos que con mayor frecuencia se diagnostican erróneamente como Enfermedad de Parkinson idiopática, encontramos el temblor esencial y el parkinsonismo vascular.

Se distinguen diversas formas de Temblor Esencial con relación a algunos elementos clínicos: frecuentemente, con antecedentes familiares; temblor

predominantemente de acción; ausencia de otros signos “extrapiramidales” (leve rigidez); escasa o lenta progresión y ausencia de respuesta terapéutica a la Levodopa.

El parkinsonismo vascular, así como otras formas de origen secundario (hidrocéfalo normotensivo, fármacos neurolépticos, tóxicos), pueden sospecharse basándose en una adecuada anamnesis y haciendo uso del diagnóstico a través de neuroimágenes. Sin embargo, el principal problema del diagnóstico diferencial se encuentra en los parkinsonismos atípicos.

Comorbilidad en Parkinson

-Trastornos psiquiátricos y de conducta.

Estos problemas pueden ser tan discapacitantes como los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson, y pueden derivar del tratamiento, como afección secundaria a la Enfermedad de Parkinson o como afección comórbida.

El tratamiento eficaz de dichas afecciones asociadas depende de la identificación correcta de la causa subyacente (www.ondasalud.com).

-Depresión

Un 40–60% de las personas con Enfermedad de Parkinson sufre síntomas de depresión. Gran parte de la depresión está relacionada con períodos ‘off’ y mejora con un tratamiento más eficaz de la Enfermedad de Parkinson.

Normalmente, las personas con Enfermedad de Parkinson y depresión responden a la terapia convencional con antidepresivos tan bien como las personas sin Enfermedad de Parkinson (www.ondasalud.com).

-Demencia

La demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson puede afectar a 2 de cada 5 personas con Enfermedad de Parkinson, aunque es poco frecuente en la Enfermedad de Parkinson de aparición precoz. Aunque la demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer implica la pérdida de memoria, en la demencia asociada a la EP, la baja concentración, poca iniciativa y baja respuesta son más notorias que las deficiencias cognitivas clásicas de la Enfermedad de Alzheimer: afasia, apraxia y agnosia.

Es importante distinguir entre los síntomas de las funciones superiores cerebrales causados por la pérdida de dopamina y los que pueden revertirse con la medicación antiparkinsoniana apropiada. La disfunción del lóbulo frontal que responde a la Levodopa es común y no constituye demencia hasta que sea permanente (www.ondasalud.com).

Las personas con demencia asociada a Enfermedad de Parkinson con frecuencia tienen un pronóstico adverso, degeneran más rápidamente, tienen menor respuesta a la Levodopa y sufren más acontecimientos adversos. Por lo tanto, es importante que el diagnóstico sea correcto.

-Alucinaciones y Psicosis

Se estableció una relación entre dosis diarias elevadas de Levodopa y otros fármacos anti Enfermedad de Parkinson y mayor riesgo de alucinaciones. Las combinaciones de fármacos aumentan el riesgo de psicosis. Los ancianos con Enfermedad de Parkinson que también tienen demencia y las personas con Enfermedad de Parkinson con antecedentes de problemas psiquiátricos tienen un riesgo especial de psicosis.

Las alucinaciones y las psicosis están asociadas a malos desenlaces clínicos y, si es posible, debe determinarse la causa subyacente. Se debe disminuir la dosis de Levodopa y eliminar los anticolinérgicos concurrentes, selegilina, amantadina o agonistas de dopamina para ver si éstos podrían ser o no responsables, pese a la probable exacerbación de los síntomas motores de la Enfermedad de Parkinson (www.ondasalud.com).

-Trastornos del Sueño

La fragmentación del sueño es común y con frecuencia se produce en las primeras fases de la evolución de la EP. Otros problemas son las pesadillas o los sueños realistas, cambios en el ciclo del sueño / despertar y somnolencia durante el día. Aunque la fragmentación del sueño parece estar relacionada con la EP, las pesadillas y los sueños realistas parecen estar más relacionados con los medicamentos y pueden preceder a las alucinaciones (www.ondasalud.com).

-Apatía

En la Enfermedad de Parkinson, la Apatía se define como una falta de interés o emoción, esta se encuentra estrechamente relacionada con la disminución de motivación y por ende en actividades que generen placer.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

Diagnóstico por Imágenes

Los métodos de neuroimágenes estructurales y funcionales han tenido una rápida difusión y expansión en los últimos años. Actualmente, se puede afirmar que las neuroimágenes desempeñan un papel importante en el diagnóstico, ya sea en confirmar el diagnóstico clínico de la EP, a través de la cuantificación del grado de degeneración neuronal del sistema dopaminérgico estriatal – también en la fase precoz de la enfermedad –, ya sea en el diagnóstico diferencial con otras formas de parkinsonismo (J. Tapia y P. Chaná, 2004).

– **Tomografía Computarizada:** La tomografía computarizada cerebral (TC) no evidencia alteraciones específicas en la Enfermedad de Parkinson; sin embargo, su uso permite excluir el posible origen secundario del cuadro clínico (hidrocéfalo normotensivo, lesiones vasculares o de otra naturaleza).

– **Resonancia Magnética:** La resonancia magnética (RM) cerebral es generalmente normal en la Enfermedad de Parkinson idiopática; sin embargo, es posible observar a veces una hipo intensidad de la *pars compacta* de la sustancia negra en pacientes con la Enfermedad de Parkinson o con parkinsonismo atípico.

– **Tomografía Computarizada por Emisión de Positrones (SPECT cerebral):** Este tipo de estudio ha tenido una amplia difusión, sobre todo por la introducción comercial de marcadores específicos para las terminales Dopaminérgicas, que permiten su uso en los casos en los que el diagnóstico clínico de la Enfermedad de Parkinson no es seguro.

Tratamiento Farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

Amantadina: produce una mejoría más rápidas de los principales e incapacitantes síntomas de rigidez, temblor y acinesia. A consecuencia de ello, el paciente recupera su autonomía respecto a las tareas de la vida cotidiana; se facilita su levantamiento de la cama, el andar se hace más seguro y los movimientos menos restringidos. Destacan por su carácter impresionante el aclaramiento psíquico y el incremento de la participación del paciente en su entorno.

Anticolérgicos: Los medicamentos anticolinérgicos se usan para ayudarle a controlar la rigidez o debilidad muscular, los temblores, los movimientos bruscos, la sensación de inquietud, rigidez en la nuca, los brazos o piernas, y para problemas al hablar, al deglutir, o de exceso de saliva.

Agonistas dopaminérgicos:

Parlodel, administrado a dosis generalmente más altas que las administradas para las indicaciones endocrinológicas, es eficaz en el tratamiento de la EP. En estos trastornos, la estimulación de los receptores dopaminérgicos por el Parlodel puede restablecer el balance neuroquímico dentro del cuerpo estriado. Desde el punto de vista clínico Parlodel mejora el temblor, la rigidez, la bradicinesia y otros síntomas parkinsonianos en todos los estadios de la enfermedad.

Levodopa: es una combinación de carbidopa, inhibidor de la descarboxilasa de los aminoácidos aromáticos, y levodopa, el precursor metabólico de la dopamina, en una formulación en tabletas de liberación controlada basada en un polímero, para el tratamiento de la enfermedad y del síndrome de Parkinson, Enfermedad de Parkinson idiopática, Parkinsonismo postencefálico y Parkinsonismo sintomático (por intoxicación con monóxido de carbono o con manganeso).

La L-dopa, principio activo de Prolopa , Prolopa Dispersable y Prolopa HBS, es el precursor natural de la dopamina, mediador químico que se encuentra en alta concentración en los núcleos grises centrales y que es deficitario en los pacientes con EP. La transformación de L-dopa en dopamina que se produce también en los tejidos extracerebrales puede ocasionar efectos secundarios. Por ello constituye una ventaja significativa bloquear la descarboxilación de la L-dopa extracerebral mediante la administración simultánea de Levodopa con un inhibidor de la descarboxilasa periférica (Benserazida).

Seleginina (Antiparkinsoniano Imao-B selectivo): se utiliza como coayudante de la terapia con Levodopa, combinada o no con inhibidores de la levodopa descarboxilasa, en aquellos pacientes que no responden al tratamiento inicial, o que exhiben deterioro en la calidad de su respuesta a esta terapia, que presentan acinesias nocturnas y matutinas, acinesias de fin de dosis y sintomatología leve tipo "on-off".

Inhibidores de la comt (catechol-o-metil transferasa): degradan la adrenalina (www.fsm.usach.cl/cetram).

Epidemiología de la Enfermedad de Parkinson

El parkinsonismo es el conjunto de signos y síntomas que la gente comúnmente conoce como Parkinson. Dentro de los Parkinsonismos, el 70% corresponde a la Enfermedad de Parkinson, mientras que el 30 % restante está vinculado a otras dolencias de tipo degenerativo, que -al igual que el Parkinson- tienen origen desconocido. Asimismo, según se ha investigado, ciertos fármacos también gatillan la enfermedad. En estos casos, generalmente hay un buen pronóstico para el paciente, ya que al retirarle la sustancia química éste se recupera (Díaz F. 2004).

La prevalencia de la Enfermedad de Parkinson es de 1,9 casos cada mil habitantes. En Chile esto corresponde a un número aproximado de 30 mil personas afectadas, el 90 por ciento de las cuales tienen sobre 60 años. Si bien el Parkinson se puede presentar en distintas etapas de la vida es común que aparezca en personas de tercera edad. Las cifras indican que el uno por ciento de los mayores de 60 años lo sufre (Díaz F. 2004).

En general, la prevalencia en los países Europeos, EEUU y Sudamérica es uniforme, siendo sensiblemente inferior la prevalencia en países asiáticos y africanos (Gaminde I., Vines J., Clarke , Adams y col., 2001).

La incidencia total de la Enfermedad de Parkinson en el Reino Unido se calcula en 0,02% por año y, en Norteamérica aproximadamente un 1% en la población con mayor de 65 años. La prevalencia de la Enfermedad de Parkinson en Norteamérica es aproximadamente 160 personas por cada 100.000 personas y la incidencia anual es aproximadamente 20 personas por cada 100.000. La prevalencia y la incidencia aumentan hasta la edad de 70 años en Norteamérica, y alcanzan aproximadamente 55 y 120 casos, respectivamente (Gaminde I., Vines J., Clarke , Adams y col., 2001).

En una investigación publicada por el Diario Medico de Madrid , señala que un 2% de la población mundial mayor de 60 años padece de Enfermedad de Parkinson (www.madridnortehoy.com).

Una investigación realizada en Bogota, Colombia, estimo una prevalencia para la Enfermedad de Parkinson de 4,7% de cada 1000 habitantes mayores de 60 años (Takeuchi Y., Guevara J. 2004).

Alteraciones más frecuentes desde el ámbito de los trastornos del animo: Apatía

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada por G .C. Pluck, R. G. Brown (2006) en Inglaterra, plantean que los desordenes relacionados con el animo mas frecuentes en la Enfermedad de Parkinson son la depresión, la ansiedad y la anhedonia. La anhedonia, (incapacidad para experimentar el placer), es un componente de la EP que esta estrechamente relacionado con la Apatía, en cuanto a la disminución de motivación y por ende en actividades que generen placer.

Esta investigación estudió a un total de 45 pacientes con EP y su relación a la invalidez, el humor, la personalidad, y cognición, usando como grupo comparativo a 17 pacientes con osteoartritis.

Los resultados obtenidos demostraron que los pacientes con la EP tienen niveles significativamente más altos de apatía que los pacientes de la osteoartritis. Además, dentro de la muestra de Parkinson, el nivel de apatía pareciera existir relación con la progresión de la enfermedad . Los pacientes con la Enfermedad de Parkinson con los niveles más altos de apatía no aparecían mas deprimidos o ansiosos que aquellos con los niveles más bajos de apatía, sin embargo, ellos mostraron un nivel de anhedonia mas reducido. No se descubrió ninguna diferencia en los rasgos de personalidad en las comparaciones entre los pacientes con la Enfermedad de Parkinson y osteoartritis, o entre los pacientes en el Parkinson agrupados con los niveles altos o bajos de apatía (Pluck G. y Brown R. 2002, Pág. 636 – 642).

Los pacientes con la Enfermedad de Parkinson no tienden a diferir significativamente del grupo de la osteoartritis en lo que se refiere a las habilidades

cognoscitivas. Sin embargo, dentro del Parkinson, los pacientes con niveles altos de apatía se observaron significativamente debajo del nivel esperado en este ítem. Esto era particularmente evidente en las pruebas de funcionamiento ejecutivo.

Definición de apatía

Robert Marín define la Apatía como ausencia de motivación, no atribuible a una disminución del nivel de conciencia, deterioro cognitivo o estrés emocional. Representa un mecanismo responsable de la apatía como una interpretación psicológica de un estado conductual dado. Por ende, la apatía es una reducción cuantitativa de la conducta voluntaria auto-generada y propuesta (Marín R, 1991).

La apatía es una patología de acción voluntaria o conducta auto dirigida a una meta, así como una disfunción a nivel de la elaboración, ejecución control de la acción voluntaria dirigida a un objetivo, la cual se orienta a diversas áreas, tales como, Emocional, Cognitiva y Conductual (auto-activación).

El término apatía describe la falta de motivación vista en una variedad de desordenes neuropsiquiátricos. Este término es empleado para describir ciertos síntomas como la pérdida de intereses, pérdida de emociones, aplanamiento afectivo, o pérdida de energía. Marín R, sugiere que la apatía es un síntoma o dimensión de conducta.

La apatía se define como "pérdida de motivación". La pérdida de motivación implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales, y cognitivos de las acciones dirigidas a un objetivo (Marín R., 1991). Es por ello que el diagnóstico de la

Apatía requiere una disminución objetiva de la conducta dirigida a lograr objetivos en relación con la edad y cultura del individuo.

En esta definición deben también incluirse como síntomas integrales de la Apatía la disminución o pérdida de la respuesta (reactividad) emocional y ciertas alteraciones en el contenido del pensamiento. En este contexto, los pacientes con Apatía habitualmente demuestran escasa respuesta emocional a situaciones de estrés, incapacidad de organizar el futuro y ausencia de curiosidad.

Aunque el reconocimiento de la Apatía es importante en la práctica clínica debido a que la motivación es indispensable en las conductas de adaptación, la Apatía ha sido un síndrome mal definido y poco estudiado hasta ahora (Levy y cols 1998), quizás por la ausencia de instrumentos adecuados para su valoración. La evaluación de un paciente con Apatía debe incluir el estudio de varios trastornos médicos, neurológicos y psiquiátricos que pueden inducir pérdida de motivación.

La Apatía debe considerarse clínicamente manifiesta cuando:

- 1).- existe evidencia de pérdida de motivación en relación con la edad y cultura del individuo.
- 2).- cuando la pérdida de motivación interfiera con el funcionamiento psicosocial del individuo.

La Apathy Evaluation Scale (escala de Evaluación de Apatía) (Levy y cols 1998), es la escala más utilizada para evaluar la Apatía. Contiene 18 ítems y ha sido diseñada específicamente para evaluar el deterioro de los elementos conductuales, afectivos y cognitivos de la motivación. La Escala de Evaluación de Apatía ha sido validada y utilizada eficazmente en pacientes con Apatía "secundaria" a accidentes cerebrovasculares y enfermedad de Parkinson.

Otras escalas también han demostrado su utilidad para el diagnóstico de la Apatía. El Neuropsychiatric Inventory (NPI) es una escala neuropsiquiátrica que evalúa 10 dominios psicopatológicos en pacientes dementes. El NPI incluye las siguientes subescalas: delirio, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad y conducta motora aberrante (movimientos continuos de los pies, compulsiones, etc.). La subescala utilizada para investigar la apatía incluye preguntas relacionadas con pérdida de interés, ausencia de motivación, disminución de la espontaneidad, disminución de la afectividad, disminución del entusiasmo, pérdida de las emociones y desinterés para realizar nuevas actividades (Levy y cols 1998).

La Apatía puede presentarse como síntoma o síndrome. En el primer caso, la Apatía se considera un síntoma cuando su severidad es leve en comparación con otras manifestaciones conductuales concomitantes (por ejemplo, demencia subcortical, síndrome confusional, etc). Por el contrario, la Apatía se considera un síndrome, cuando la pérdida de motivación constituye el síntoma dominante y cuando no ocurre en el contexto de otros trastornos (demencia, delirio o depresión).

La Apatía puede ser una reacción normal en respuesta a ciertas situaciones estresantes, pero también ha sido descrita en trastornos psiquiátricos y en enfermedades médicas y neurológicas.

En los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia crónica tipo II (con síntomas negativos), en la depresión psicótica y en la depresión vascular suele observarse la presencia Apatía. El autismo y el trastorno de Asperger pueden asociarse a Apatía. La pérdida de motivación suele ocurrir durante la adolescencia y, en parte, es secundaria a aislamiento social, dificultades en el planeamiento de nuevas actividades y es secundaria a disfunción de los lóbulos frontales. La lentitud obsesiva severa puede asociarse a Apatía.

A continuación se describen los criterios para diagnosticar la apatía que Robert Marín (Marín R., 1991, Pág. 243-254) define.

TABLA. 1 Criterios del Síndrome de Apatía
Síndrome de apatía: Pérdida de motivación, la cual no es atribuible a deterioro cognitivo, angustia, o disminución del nivel de conciencia (somnia y disminución de la capacidad de

atención).

A. Falta de motivación, relativa al funcionamiento anterior del paciente, estándar a su edad y cultura, evidenciado por tres de los siguientes criterios.

1. Disminución de los comportamientos evidentes con objetivos, indicadas por:

Falta de productividad

Falta de esfuerzo

Falta de gasto de tiempo en actividades de su interés

Falta de iniciativa o perseverancia

Comportamientos de obediencia o dependencia en otras actividades estructuradas.

Disminución de la socialización o recreación

2. Disminución de objetivos cognitivos indicadas por:

Falta de intereses en aprender nuevas cosas, falta de interés en nuevas experiencias.

Falta de preocupación acerca de su salud personal.

Disminución de la importancia al valor atribuido a objetivos en ámbitos como la socialización, recreación, productividad, iniciativa, perseverancia y curiosidad.

3. Disminución de las concomitancias emocionales de los objetivos del comportamiento indicadas por:

Afectos sin alteraciones

Falta de respuesta emocional a eventos positivos o negativos

Euforia o aplanamiento afectivo

Ausencia de excitación o de intensidad emocional

B. La falta de motivación no es atribuible al deterioro intelectual, angustia o a la

disminución del nivel de conciencia. Cuando la falta de motivación es atribuible al deterioro intelectual, a la angustia o a la disminución del nivel de conciencia (somnolencia y disminución de la capacidad de atención), entonces, la apatía es un *síntoma* de algún otro síndrome como la demencia, delirio o depresión.

C. Si la angustia esta ausente o es insuficiente en el relato de la falta de motivación

La Apatía debe ser diferenciada de otros trastornos. Un aspecto importante a tener en cuenta en la práctica diaria es no confundir la Apatía con acinesia (incapacidad para iniciar movimientos en ausencia de parálisis o trastornos psiquiátricos). Los pacientes con Apatía suelen estar inmóviles, pero, cuando se les solicita que ejecuten un movimiento, pueden realizarlo y no se demuestra bradicinesia en el mismo.

La presencia de trastornos del movimiento se asocia habitualmente a acinesia y, en general, más que constituir un diagnóstico diferencial, la acinesia suele estar asociada a Apatía en algunos pacientes, sobre todo en aquellos que tienen lesiones subcorticales. La Apatía debe ser diferenciada de la depresión (Levy y cols 1998). En la Apatía hay disminución de interés, motivación, entusiasmo, emociones positivas y de impulso de hacer cosas nuevas; por el contrario en la depresión hay tristeza, ánimo depresivo, llanto, disminución de la moral, sensación de incapacidad, desesperanza y, en casos graves, deseos de morir o ideación suicida. Aunque ambos aspectos pueden coexistir en el mismo paciente, es importante poder establecer el diagnóstico diferencial correcto, ya que el tratamiento es diferente.

La frecuencia de depresión en la Enfermedad de Parkinson es de un 50% de los casos, considerándose los síntomas afectivos como parte de la enfermedad. Existe mayor prevalencia entre las mujeres que entre los varones. Se asocia además con las formas de inicio temprano. Los síntomas ansiosos, irritabilidad y pesimismo son muy frecuentes, así como las ideas de suicidio. Se sabe que la depresión no se debe únicamente a los sentimientos de incapacidad que ocasiona la enfermedad, sino que existe un correlato biológico. Precede al desarrollo de los síntomas motores en el 25% de los casos, no existiendo diferencias entre los distintos estadios de la enfermedad (Samarra F. 2005).

Según muestra una investigación de los EE.UU., los pacientes con Enfermedad de Parkinson pueden estar apáticos sin estar deprimidos y la apatía podría ser una característica central del Parkinson. Este estudio demuestra que es importante evaluar tanto la apatía como la depresión para que los pacientes puedan ser tratados de manera apropiada (Lindensey, Kirsch-Darrow, 2005).

Recientes investigaciones realizadas por U.S. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, compararon a 80 pacientes de Parkinson con 20 personas que tenían otro trastorno del movimiento llamado Disonía. Encontraron que el 51% de los pacientes de enfermedad de Parkinson mostraron señales fuertes de apatía, en comparación con el 20 por ciento de los pacientes de Disonía. La apatía sin depresión se mostró en el 29% de los pacientes de Parkinson y en ninguno de los pacientes de Disonía. Ambos grupos tenían índices similares de depresión (Lindensey, Kirsch-Darrow, 2005).

De acuerdo a investigaciones realizadas por Antônio Lúcio Teixeira y Paulo Caramelli, Apatía es el síndrome Neuropsiquiátrico mas común en la enfermedad de Alzheimer, afectando entre 30 y 60% de los pacientes. Se concluyo que hay una superposición considerable entre apatía y depresión en la enfermedad de Alzheimer, pero ambas condiciones son consideradas síndromes independientes (Teixeira, Caramelli 2005).

Dentro de esta investigación se evaluaron síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer, estimando la frecuencia entre 50 a 80%, conforme la metodología y el instrumento empleados. Como resultados se destacan los proporcionados por el trabajo de Lyketsos, en donde fueron evaluados 362 pacientes con demencia, encontrando síntomas neuropsiquiátricos en 75% de los casos. Los síndromes mas frecuentes fueron Apatía (36%), Depresión (32%) y agitación/agresividad (30%).

En un estudio realizado con 41 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, la Apatía fue la alteración neuropsiquiátrica mas prevalente, siendo identificada en 56,1% de los pacientes, seguida de síntomas depresivos, en el 48,8% de los casos.

El diagnóstico diferencial del síndrome apático en la Enfermedad de Alzheimer incluye, principalmente, delirium y depresión. El delirium puede afectar el comportamiento del individuo, determinando reducción de la actividad psicomotora y

menor interacción con el medio, lo que puede ser interpretado equivocadamente como Apatía (Teixeira, Caramelli 2005).

La Enfermedad de Parkinson es un cuadro degenerativo en el que inicialmente predominan los síntomas motores y con la progresión de la enfermedad se evidencia la afectación de otros ámbitos, es así, como la presencia de apatía en este grupo de pacientes se torna en un importante tópico de estudio. La apatía ha sido relacionada con una variada gama de síndromes psiquiátricos y neurológicos y la Enfermedad de Parkinson es un clásico ejemplo de un síndrome subcortical, donde la Apatía es observada, lo que particularmente a sido denominada como una patología frontal subcortical (J. Tapia y P. Chaná 2004).

En la Enfermedad de Parkinson, no hay evidencia de mejoría de los síntomas de apatía por el tratamiento del Levodopa, aunque en ocasiones la dopamina el D3 receptor agonista, pramipexole, y los inhibidores del colinesterasa pueden observarse algunos resultados (Pluck G. y Brown R. 2002, Pág. 636 – 642).

Se considera que es importante educar a los familiares y personas encargadas del cuidado de los pacientes, sobre la Apatía, para ayudarlos a comprender que ésta es una característica de la enfermedad de Parkinson. La conducta apática no es algo que el paciente pueda controlar de forma voluntaria y no se trata de haraganería o de que el paciente quiera ser difícil, sino de un síntoma de la EP (www.fsm.usach.cl/cetram).

De acuerdo a las investigaciones en relación a Apatía, en donde se señala que es un síndrome frecuente en EP, y a la escasa información e investigaciones respecto de éste

síntoma en Enfermedad de Parkinson, creemos que es importante realizar esta investigación que permita proporcionar mas antecedentes en cuanto a la prevalencia de Apatía en la Enfermedad de Parkinson y las características que presenta en nuestra población.

Propuestas del Investigador.

A partir de la revisión bibliográfica anteriormente expuesta, es posible plantearnos como propuestas de investigación conocer la prevalencia apatía en pacientes con Enfermedad de Parkinson, y la posible relación de ésta con otras variables como los años de evolución y severidad de la enfermedad.

Así también es posible encontrar patologías, tales como, depresión; frente a las cuales es importante realizar un adecuado diagnostico diferencial con Apatía, especialmente en la Enfermedad de Parkinson. En consecuencia la presente investigación busca evaluar la existencia de estas patologías, poniendo énfasis principalmente en la frecuencia de la Apatía.

4.- Marco Metodológico

Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico a utilizar en la presente investigación, es de carácter Cuantitativo, debido a que se empleara un modelo de razonamiento lógico deductivo, teniendo como finalidad de nuestra investigación la verificación de la propuesta de investigación, además tenemos la posibilidad de generalizar los resultados mas ampliamente y nos otorga control sobre los fenómenos y un punto de vista de conteo y magnitudes de estos, además nos facilita la comparación entre estudios similares.

Así también, nuestra investigación utilizara como instrumentos de evaluación herramientas orientadas a una medición más bien objetiva, en conjunto a un análisis estadístico respecto a la muestra a evaluar.

Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de investigación:

El tipo de investigación a realizar es de carácter Descriptivo, buscando especificar las propiedades y perfiles del grupo a estudiar que en este caso corresponde a un grupo de pacientes debido a que los objetivos propuestos, están relacionados con describir algunas características de un grupo específico de pacientes con Enfermedad de Parkinson, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, en este caso, los pacientes anteriormente referidos.

Una investigación descriptiva, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández R., Fernández C., Baptista P. 2004).

Diseño de Investigación:

El diseño de investigación a utilizar, es de carácter no experimental, buscando observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, no construyendo ninguna situación, sino observando las existentes.

Un estudio no experimental, es aquel que se realiza sin la manipulación de liberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández R., Fernández C., Baptista P.2004).

El estudio además será de carácter transeccional descriptiva, ya que se busca recolectar datos de un momento único, además de indagar la incidencia que se manifiestan en las diversas variables.

Los diseños de transeccionales , son investigaciones que recopilan datos en un momento único (Hernández R., Fernández C., Baptista P. 2004).

Los Diseños Transeccionales Descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que manifiestan una o más variables o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de un fenómeno o situación.

Delimitación del Campo a Estudiar

El universo a estudiar son pacientes que presenten Enfermedad de Parkinson ya diagnosticada y que se encuentren en tratamiento farmacológico que son miembros de la Agrupación de Amigos de Parkinson que desarrolla sus actividades en CETRAM

(Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento) contando con un universo de 1.000 pacientes aproximadamente.

El tamaño de la muestra a utilizar será de 100 pacientes con Enfermedad de Parkinson, diagnosticada y tratada farmacológicamente, que son miembros de la Agrupación de Amigos de Parkinson que desarrolla sus actividades en CETRAM (Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento).

El tipo de muestreo a utilizar, corresponde al muestreo Probabilístico, debido a que cada elemento de la muestra tiene una probabilidad conocida de estar en la muestra, además permite analizar la representatividad de esta misma, permite un planteamiento explícito en cuanto a la variación de la muestra que será permitida y permite calcular la naturaleza y el alcance de cualquier sesgo que se presente.

Un muestreo probabilístico es aquel donde un subgrupo de la población en el que todos los de esta tienen la misma posibilidad de ser elegidos (Hernández R., Fernández C., Baptista P. 2004).

Nuestro muestreo Probabilístico será del tipo Aleatorio Sistemático, debido a que requeriremos de una selección aleatoria inicial de observaciones seguida de otra selección de observaciones obtenida usando algún sistema o regla, es decir, realizaremos la elección de una muestra a partir de los elementos de una lista según un orden determinado, o recorriendo la lista a partir de un número aleatorio determinado.

1000

_____ = 10

100

Es decir de cada 10 pacientes se escogerá uno que será incluido en la muestra.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

La técnica de recolección de datos a utilizar, será la utilización de diversas escalas. Una escala puede concebirse como un continuo de valores ordenados correlativamente que admite un punto inicial y otro final.

Para que una escala pueda considerarse como capaz de aportar información objetiva debe reunir los dos siguiente requisitos básicos:

- a. **Confiabilidad:** se refiere a la consistencia interior de la misma, a su capacidad para discriminar en forma constante entre un valor y otro.
- b. **Validez:** indica la capacidad de la escala para medir las cualidades para las cuales ha sido construida y no otras parecidas. Una escala confusa no puede tener validez, lo mismo que en una escala que esté midiendo, a la vez e indiscriminadamente, distintas variables superpuestas

Escala de Apatía

Descripción del instrumento:

1.- Definición: La escala de apatía fue desarrollada por Robert Marín, la cual incluye 14 ítems, en donde las preguntas están orientadas en cuanto a motivación, iniciativa, conducta diaria y las relaciones interpersonales del paciente.

Esta escala fue elaborada a partir de las investigaciones realizadas por Marín en pacientes con Parkinson, en las cuáles observó la manifestación del síntoma de Apatía de forma muy frecuente en estos pacientes, especialmente en aquellos con deterioro cognitivo. De esta forma decide desarrollar un instrumento que fuera capaz de evaluar y medir la presencia de apatía en estos pacientes. La presente escala no se encuentra estandarizada para nuestro país, ni población latino americana, pero es la única escala que mide Apatía que en este momento se encuentra traducida al español para poder ser aplicada.

El objetivo de la Escala de apatía es observar la presencia de este síntoma en diversos tipos de pacientes, en especial en aquellos con enfermedades neurodegenerativas, no siendo exclusiva para la Enfermedad de Parkinson.

2.-Aplicación: Cada pregunta es leída por el evaluador a través de una entrevista clínica, la cual implica que el criterio de respuestas es dado por la observación clínica que el evaluador tenga del paciente que se encuentra evaluando, frente a esto existen 4 posibles respuestas: “no característico”, “levemente característico”, “característico”, “muy característico”.

3.-Puntuación: En cuanto a la puntuación de la escala de apatía, Robert Marín, plantea que cada respuesta lleva asignado un valor:

- No característico: se asigna un valor de 1 punto
- Levemente característico: se asigna un valor de 2 puntos
- Característico: se asigna un valor de 3 puntos
- Muy característico: se asigna un valor de 4 puntos

4.- Revisión: Una vez asignado el puntaje a cada una de las preguntas, de acuerdo al tipo de respuesta dada por el paciente evaluado, se procede a sumar cada uno de los valores, llegando a un puntaje total, el cual es posible ubicar en dos categorías, de acuerdo a los puntos de cortes que plantea R. Marín:

De 0 a 40 puntos se encuentra en la categoría “Presencia de Apatía”.

De 41 a 72 puntos se encuentra en la categoría “Ausencia de Apatía”.

Minimental Parkinson (MMP)

Descripción del instrumento:

1.- Definición: Test de cribaje cognitivo, creado por Mahieux, como una variable de Minimental – State orientado específicamente a la medición breve del deterioro cognitivo en pacientes con Enfermedad de Parkinson.

2.-Aplicación: La aplicación de este test se realiza en el contexto de una entrevista clínica, en donde el evaluador realiza las preguntas indicadas al sujeto evaluado y este responde según el conocimiento que tenga del determinado ítem. La aplicación de esta herramienta tiene una duración de alrededor de 15 a 20 minutos aproximado y depende de la velocidad de respuesta del evaluado. Se realiza en una habitación cerrada lo que favorece a la concentración del paciente en la evaluación.

3.-Puntuación: El MMP incluye siete subsecciones, con una puntuación máxima total de 32 puntos:

- *Orientación temporal y espacial*: 10 puntos.
- *Registro visual (memoria inmediata)*: 3 puntos.
- *Atención /control mental*: 5 puntos.
- *Fluencia verbal*: 3 puntos.
- *Recuerdo visual (memoria de evocación)*: 4 puntos.
- *Set de cambios (abstracción)*: 4 puntos.
- *Procesamiento de conceptos (abstracción)*: 3 puntos.

La orientación está constituida por 10 ítems clásicos, cinco de orientación temporal y cinco de orientación espacial, y se otorga un punto por cada respuesta correcta. En memoria, el registro visual se basa en tres cartas que representan dos figuras sin relación, figuras cotidianas (flor, anteojos), figuras geométricas (cuadrado, triángulo, círculo) y una letra.

4.-Revisión: Para realizar el análisis y la comparación, los ítems del MMP se agruparon por funciones:

1. Orientación (orientación temporal y espacial), que suma 10 puntos.
2. Memoria (memoria visual inmediata y de evocación), que suma 7 puntos.
3. Atención (atención y control mental), que suma 5 puntos.
4. Fluencia verbal (fluencia verbal), que suma 3 puntos.
5. Abstracción (procesamiento de conceptos y flexibilidad cognitiva), que suma 7 puntos.

Lo cual suma un total de 32 puntos. Para determinar la presencia de deterioro cognitivo, se determino como punto de corte los 24 puntos, es decir, de 1 a 24 no hay presencia de deterioro cognitivo y de 25 a 32 puntos hay presencia de deterioro cognitivo.

UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale)

Descripción del instrumento

1.- Definición: Esta escala, tiene por objetivo evaluar el curso longitudinal de la enfermedad de parkinson. La cual evalúa diversas áreas:

-Estado mental, conducta, humor

-Actividades de la Vida diaria

-Examen motor

2.- Aplicación: el uso y aplicación de esta escala, es de uso medico, por ende, en la presente investigación será aplicada por Neurólogos de la Institución donde se realizara la investigación; los cuales solo aplicarán la subescala motora para evaluar el compromiso motor que presentan los pacientes con Enfermedad de Parkinson. UPDRS, en su parte III, mide los siguientes ítems:

- Lenguaje
- Expresión facial
- Temblor del reposo
- Temblor postural o de acción
- Rigidez
- Movimiento de las manos
- Movimientos alternativos rápidos
- Agilidad en la pierna
- Postura
- Marcha
- Brdicinesia / Hipocinesia

3.- Puntuación: La escala UPDRS, se puntúa de la siguiente forma:

Cada ítem tiene cuatro posibilidades de puntuación en donde el valor de cada respuesta fluctúa entre 0 y 4 puntos según el nivel de compromiso motor, y se definen de la siguiente forma:

Normal o ausente (0), Leve o infrecuente (1), Moderado o con Dificultad (2), Severa dificultad (3) y Apenas puede realizarlos (4).

Puntos de Cortes propuestos:

0 a 15 puntos: compromiso motor normal o sin compromiso motor

16 a 30 puntos: compromiso motor leve

31 a 45 puntos: compromiso motor moderado

46 a 60 puntos: compromiso motor severo

61 o más Puntos: compromiso motor muy severo o total incapacidad

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI): (poner bibliografía)

Descripción del Instrumento

1.- Definición: En 1961 A.T. Beck propuso un inventario auto-administrado para la evaluación cuantitativa de la intensidad de las manifestaciones conductuales de la depresión (BDI) El inventario fue capaz de discriminar de manera efectiva entre pacientes con distinta intensidad del cuadro depresivo, así como también reflejó consistentemente los cambios de ésta en un intervalo de tiempo. El inventario, constituido por 21 ítem, ha sido ampliamente usado en investigación clínica desde entonces, la confiabilidad y validez de este instrumento estuvo basada en una muestra inicial de 997 pacientes psiquiátricos, tanto internados como ambulatorios. Se encontró un alto grado de confiabilidad interna y de correlación con la evaluación clínica de la depresión, además de una alta sensibilidad al cambio.

En 1974, Beck propuso una forma abreviada de su Inventario para la depresión (BDI-SF), con la finalidad de hacer más fácil su aplicación, revisando para ello los estudios que se habían realizado del Inventario original. Para nuestra investigación utilizaremos la forma abreviada del inventario de Depresión de Beck.

2.-Aplicación: la aplicación de esta herramienta es personal, es decir auto aplicada, en este caso particular, podrá ser aplicada por los evaluadores, debido a las condiciones físicas que presentan los pacientes lo cual no permite que respondan por ellos mismos. Este test se realiza con evaluador y evaluados sentados en una sala cerrada, lo cual favorece a privacidad que requiere el paciente para responder las preguntas.

La aplicación dura alrededor de 15 minutos dependiendo de cuando demore el sujeto en responder.

3.-Puntuación: Versión Abreviada: 13 ítem, los valores de las opciones de respuesta son iguales en todos los ítem.

La primera respuesta puntúa 0; la segunda puntúa 1; la tercera puntúa 2 y la cuarta puntúa 3, otorgando un total de 39 puntos como máxima puntuación.

4.-Revisión: se realiza suma total de los puntos asignados, según las respuesta otorgadas por el sujeto y se considera que a un mayor puntaje mayor presencia de Depresión.

Puntos de corte propuestos:

0-4 Depresión ausente o mínima

5-7 Depresión leve.

8-15 Depresión Moderada

>15 Depresión grave

Plan de Análisis de la Información

El análisis de la Información a realizar será por medio de un análisis estadístico, debido a que buscaremos observar la frecuencia de una variable en particular, que en este caso, es la Apatía, en relación a los años de evolución que presentan los pacientes con EP, la presencia de Depresión y el deterioro cognitivo.

Este análisis estadístico será de tipo descriptivo debido a que detallaremos las observaciones estadísticas que obtendremos mediante la Escala de Apatía, Minimental Parkinson, Inventario de Depresión de Beck y la parte II de la escala UPDRS, las cuales estarán relacionadas tanto con el universo, como con la muestra a utilizar en esta investigación.

5.- Resultados y Análisis

Descripción de trabajo en terreno

El lugar en donde se realizó esta investigación es Cetram (Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento), es un centro clínico- docente sin fines de lucro, con un

marco de investigación, docencia y extensión, que ofrece una visión integral del usuario que padece un Trastorno del Movimiento, en pro de la mejoría de su calidad de vida, considerándolo como un participante activo en la búsqueda de su bienestar, en su tratamiento y rehabilitación. En donde el director medico es Dr. Pedro Chaná, el equipo medico esta compuesto por los neurólogos: Dra. Carolina Kunstmann, Dr. John Tapia, Dra. Olga Benavides.

Cetram es una comunidad que reúne a un equipo Técnico – Profesional (equipo multidisciplinario, dentro del cual cuenta con distintos profesionales, tales como Terapeuta Ocupacional, Psicólogos, Kinesiólogo, Fonoaudiologo, Diseñador Industrial encargado de ayudas técnicas) y a las personas con trastornos del movimiento y sus familias a través de un trabajo coordinado con las siguientes agrupaciones de usuarios:

Amigos del Parkinson: la cual es una organización comunitaria sin fines de lucro cuyos objetivos son crear redes de integración, dar apoyo psicológico, social y económico a las personas con Parkinson y sus familiares, además de difundir y / o educar respecto a la enfermedad.

Fundación Distonía: sin fines de lucro, agrupa a las personas que presentan Distonía. Su misión es dar a conocer esta enfermedad como desorden neurológico a la comunidad medica, los pacientes y su familia, organismos de salud y comunidad en general, para mejorar el diagnostico, lograr avances en el tratamiento y conseguir mejorar la calidad de vida de las persona con Distonía.

Nuestro trabajo en terreno comenzó el día 16 de Enero del 2007 y finalizo el día 17 de Mayo 2007. La selección de los pacientes a evaluar fue de forma aleatoria, sin

distinción entre sexo, ni edad, así como en años de evolución de la enfermedad ni escolaridad de cada uno de los pacientes; las entrevistas se realizaron luego de que cada paciente asistió a su control medico.

Cada paciente fue entrevistado de forma individual al interior de un box de consulta medica, la duración de cada entrevista fue de 30 a 45 minutos aproximadamente, durante los cuales se aplicaron la Escala de Apatía, Inventario de Depresión de Beck (BID), y el Test Minimental Parkinson. La aplicación de de la escala UPDRS estuvo a cargo de los neurólogos de CETRAM por ende, los resultados de dicha escala fueron obtenidos desde las fichas clínicas de cada paciente.

Caracterización de la Muestra

En un comienzo de esta investigación, quedo planteado que el tamaño de la muestra a estudiar era de 100 pacientes; a raíz de una disminución de pacientes que asistieron a los controles médicos durante el periodo que duró esta investigación, y al el breve periodo que tenemos para realizar las evaluaciones, el tamaño total de nuestra muestra, es decir, de pacientes evaluados corresponde a un numero total de 60.

De estos 60 pacientes, 29 corresponden a mujeres y 31 corresponden a hombres; con un rango de edad que fluctúa entre 35 y 76 años; de los cuales el nivel educacional de los pacientes evaluados oscila entre enseñanza básica incompleta y enseñanza

superior completa. En relación a los años de evolución de la Enfermedad de Parkinson, es posible señalar, que nuestra muestra se encuentra en un rango de 1 año a 21 años.

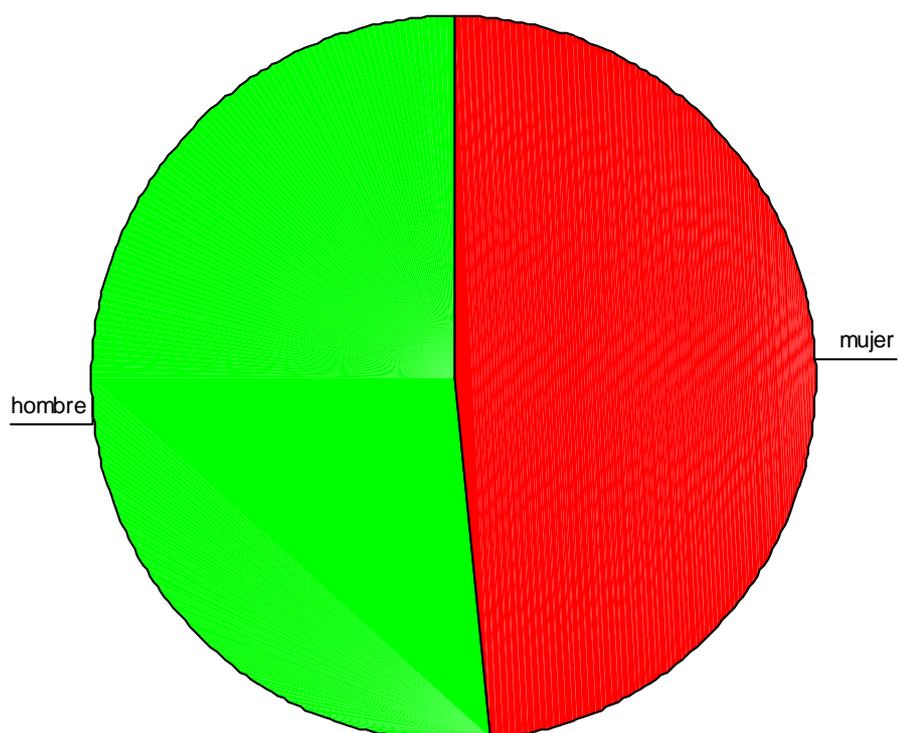
Características demográficas de los pacientes con EP

	N	EP
Sexo (H/M)	60	31/29
Edad (años)	60	35 a 76
Escolaridad (nivel)	60	Básica incompleta a superior completa
Duración EP (años)	60	1 a 21

PRESENTACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

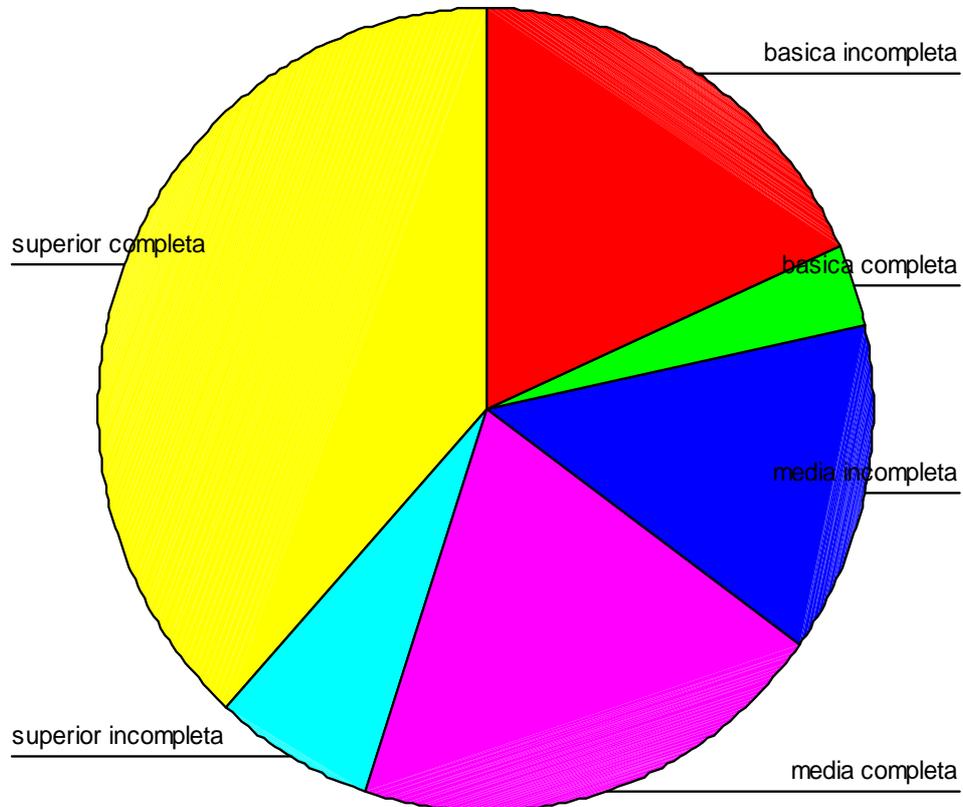
I.- Caracterización de de la población estudiada

Sexo



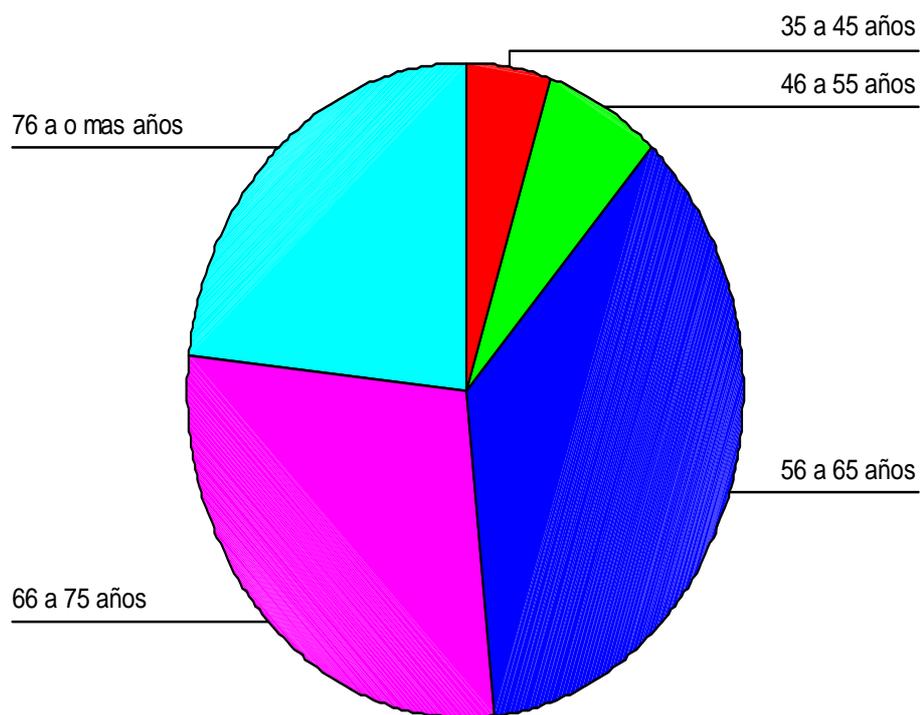
Como se aprecia en el grafico anterior, de los 60 pacientes evaluados 29 son mujeres lo cual corresponde al 48.3 % del total y 31 son hombres que corresponden al 51.7% del total evaluado.

Nivel Educativo



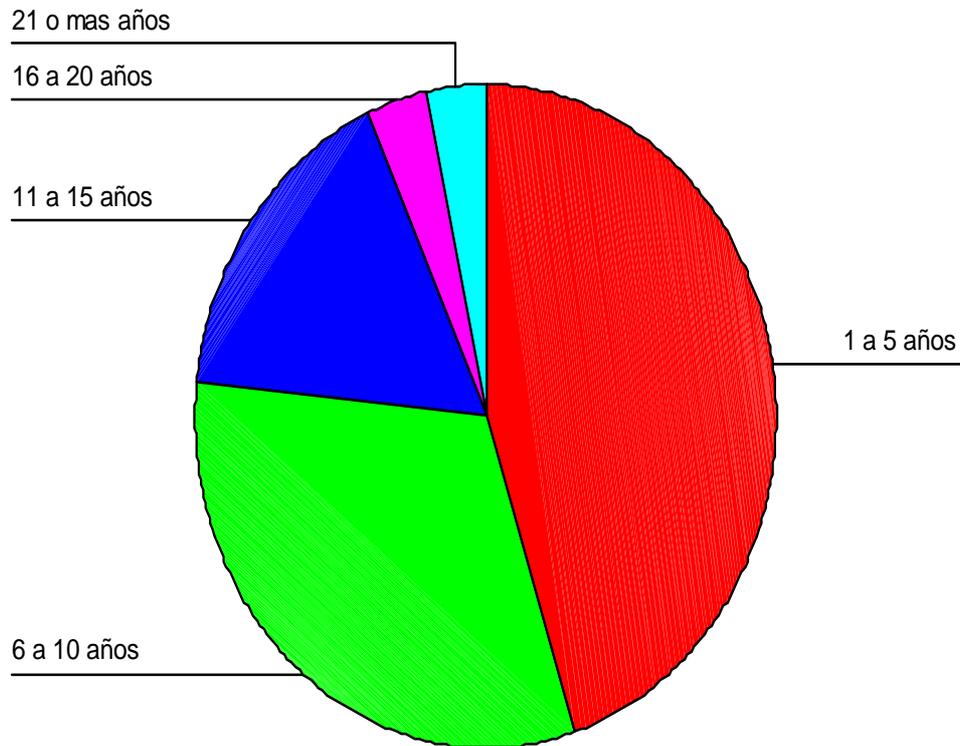
En este gráfico podemos observar que de los 60 pacientes evaluados 23 pacientes completaron su educación superior, lo cual corresponde al 37,1% de los casos, siendo este nivel en donde se concentra mayoritariamente la muestra. 12 de los pacientes completaron su educación media lo cual corresponde al 19,4% de los casos, 11 de ellos no completaron su enseñanza básica lo cual corresponde al 17,7% y 8 de ellos no completaron su enseñanza media,

Edad



Como se aprecia en el grafico anterior, de los 60 pacientes evaluados la mayoría de ellos se encuentra en un rango etáreo por sobre los 56 años, con un total de 53 de ellos lo cual corresponde al 83,3% del total de la población evaluada

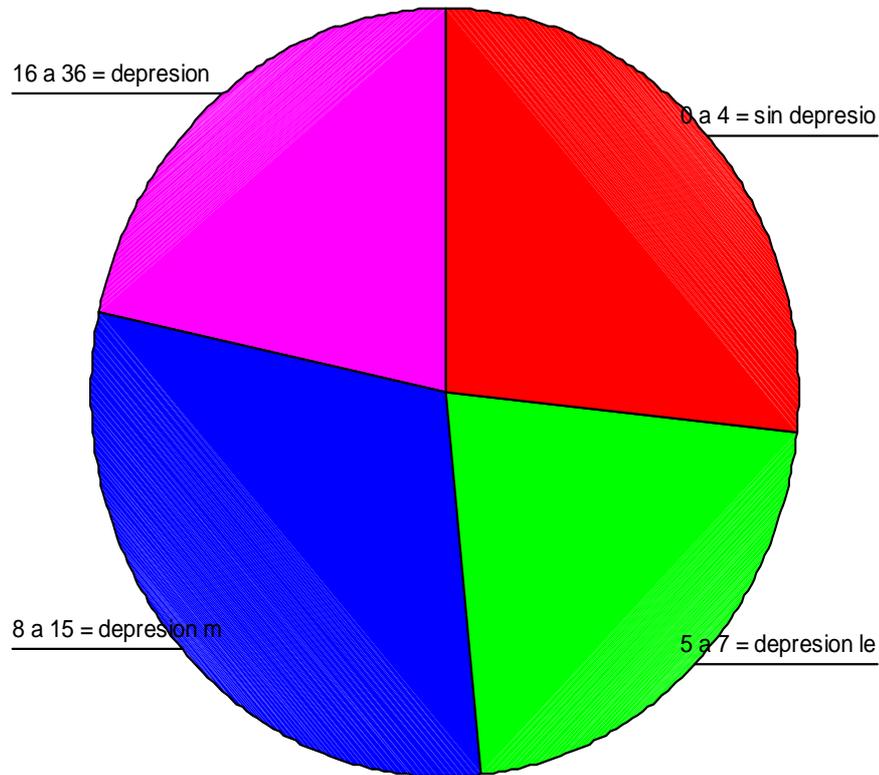
Años evolución de enfermedad



Como se observa en el grafico anterior de los 60 pacientes evaluados, 46 de ellos tienen entre 1 y 10 años de evolución de la enfermedad correspondiendo al 76,7% de la muestra, solo 14 de ellos sobrepasan esa cantidad de años de evolución de la enfermedad, encontrándose 10 de ellos entre 11 y 15 años de evolución.

II.- Análisis de las variables

Grado de Depresión



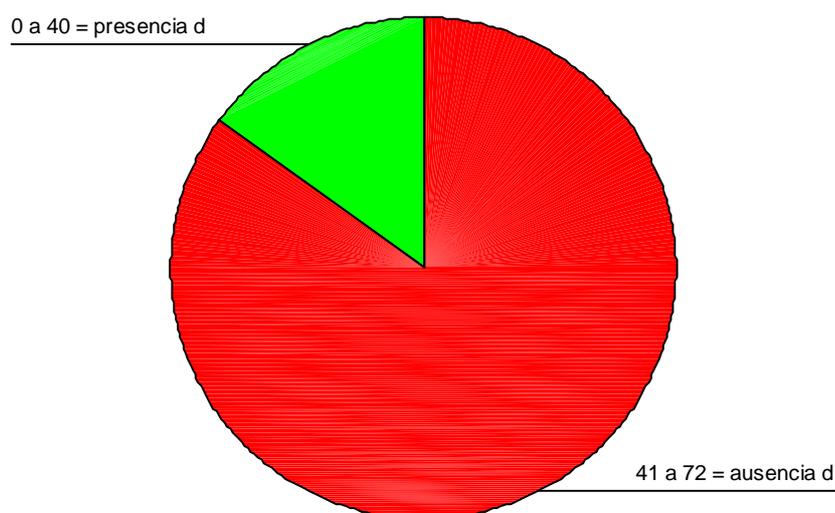
0 a 4 = Sin Depresión / 5 a 7 = Depresión Leve

8 a 15 = Depresión Moderada / 16 o 36 = Depresión Moderada

Como se observa en el gráfico anterior, de los 60 pacientes evaluados, 44 de ellos muestran algún grado de Depresión, correspondiendo al 73,3% de la muestra. De éste porcentaje, 13 presentan Depresión Leve, lo cual corresponde al 21%, 18 tienen depresión moderada, es decir el 29% del total evaluado y 13 de ellos presentan Depresión Severa correspondiendo al 21% del total. Recordemos que cuando hablamos de Depresión, incluyendo sus diversas graduaciones leve, moderado o severa, nos

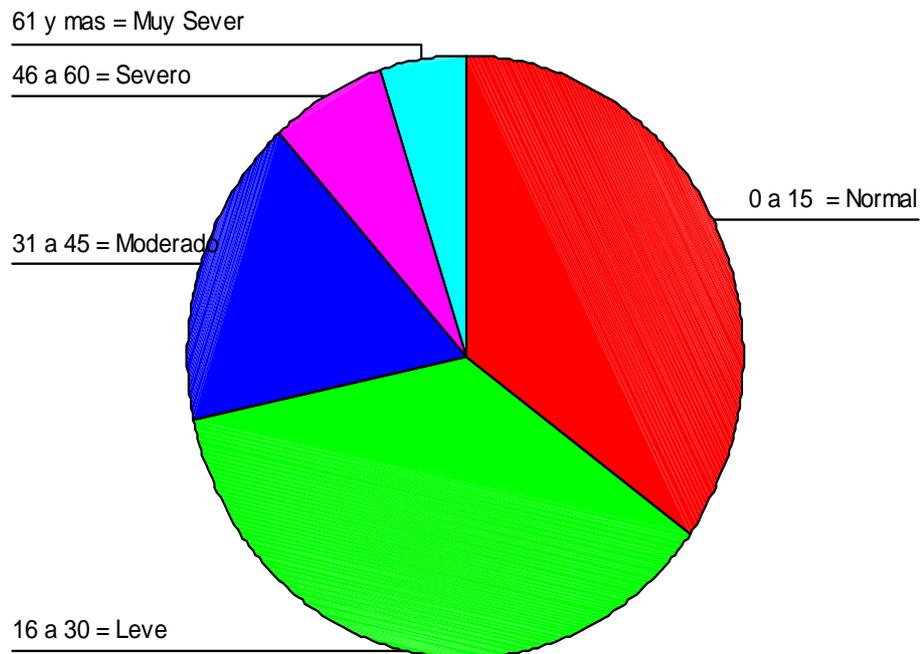
referimos a un período de al menos 2 semanas durante el cual esta presente un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También cambios de apetito o peso, alteración del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (DSMIV, 1995).

Presencia de Apatia



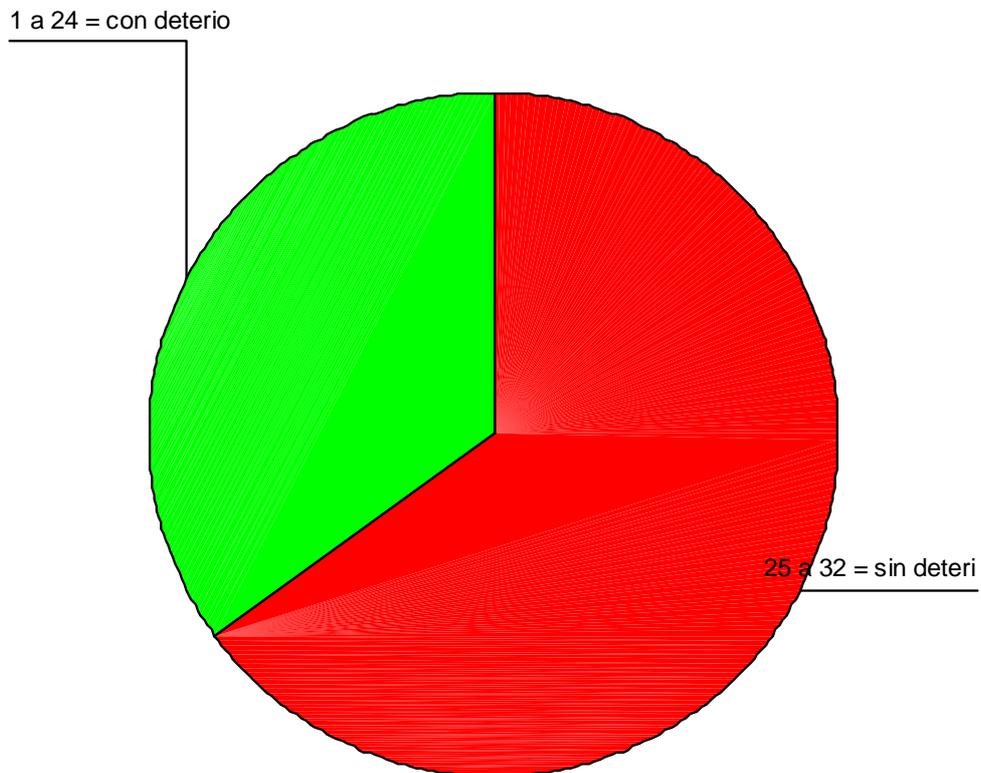
Como se observa en el gráfico anterior, de los 60 pacientes evaluados, 51 de ellos no presentan Apatía lo cual corresponde al 85% de la muestra y solo 9 de ellos presentan Apatía lo cual corresponde al 15% de los pacientes evaluados.

Compromiso Motor



Como se aprecia en el grafico anterior, de los 60 pacientes evaluados, 17 de ellos tienen un compromiso motor importante lo cual implica que estos pacientes tienen dificultades en el desplazamiento, temblor de reposo, rigidez, agilidad, deficiencia en la marcha, bradicinesia e hipocinesia. Estos corresponden al 28,4%. El 35% de los pacientes no posee compromiso motor, el 36,7% posee un compromiso motor leve, lo cual corresponde a 22 de los pacientes evaluados.

Deterioro Cognitivo



Como se observa en el grafico anterior, de los 60 pacientes evaluados, 21 de ellos presentan deterioro cognitivo, y 39 de ellos no lo presentan. Los pacientes que tienen deterioro cognitivo muestran dificultades en orientación temporal y espacial, memoria visual inmediata y de evocación, atención y control mental, procesamiento de conceptos y flexibilidad cognitiva, ítems que particularmente se deterioran en la enfermedad de Parkinson.

III.-Cruces Centrales

Compromiso Motor y Apatía

Como se observa en el siguiente cuadro, de los 60 pacientes evaluados, 6 presentan algún grado de compromiso motor y además presentan Apatía, los siguientes resultados podrían indicar la existencia de una cierta relación significativa entre el compromiso motor y la presencia de Apatía.

Para la presentación de estos datos realizamos una agrupación de ellos según la puntuación obtenida en las evaluaciones, con el objetivo de otorgar mayor claridad en la lectura de estos mismos.

	Apatía		
Compromiso Motor	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Sin Compromiso Motor	18	3	21
Con Compromiso Motor leve	27	5	32
Con Compromiso Motor Severo	6	1	7
Total	51	9	60

Deterioro cognitivo y Apatía

En el siguiente cuadro es posible observar que solo 3 pacientes que muestra deterioro cognitivo también presentan Apatía, lo cual no indica con precisión la existencia de una relación importante entre ambas variables. A la luz de estos resultado sobre la relación entre Apatía y deterioro cognitivo es posible señalar que no existiría una relación significativa, según este estudio la Apatía no esta ligada de forma significativa con el deterioro cognitivo de los pacientes con EP.

	Apatía		
Deterioro Cognitivo	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Sin Deterioro Cognitivo	33	6	43
Con Deterioro Cognitivo	18	3	21
Total	51	9	60

Depresión y Apatía

En el siguiente cuadro es posible observar que 8 pacientes que presentan Depresión también presentan Apatía, es decir, 8 de los 9 pacientes con Apatía, presentan algún grado de Depresión, sin embargo, existe una importante presencia de depresión en ambos grupos de pacientes, por lo tanto podríamos decir que es una patología presente

en la enfermedad de Parkinson, por sobre la distinción de la presencia o ausencia de Apatía.

Con el objetivo de presentar con mayor claridad los datos hemos reagrupado a los pacientes en depresión y sin depresión, siendo el punto de corte 5 puntos que ya han sido validados en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), como presencia de algún grado de depresión y ausencia total de depresión.

	Apatía		
Depresión	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Sin Depresión	15	1	16
Con Depresión	36	8	44
Total	51	9	60

Años de Evolución de la Enfermedad y Apatía

Como se observa en el siguiente cuadro, 6 de los pacientes que presentan apatía tienen menos de 10 años de evolución de la enfermedad. Es decir que los pacientes que presentan Apatía mayoritariamente se encuentran dentro de los primeros años de enfermedad, de forma similar ocurre con los pacientes que no tienen apatía, de esta forma es posible observar que los años de evolución de la enfermedad, no están directamente relacionados con la presencia de Apatía. Es importante en este punto considerar que la muestra total se encuentra en los primeros años de la EP.

En el siguiente cuadro se han reagrupado los datos para mayor claridad en la presentación de estos, tomando como punto de corte los 10 años de evolución de la enfermedad esto debido a que las siguientes subdivisiones, no contenían datos consistentes para ser mantenidas dentro de las variables.

Años de evolución de la Enfermedad	Apatía		
	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Menor a 10 años	40	6	46
Mayor a 10 años	11	3	14
Total	51	9	60

Edad y Apatía

En el siguiente cuadro se observa que 4 de los pacientes que presentan apatía son menores de 65 años y 5 son mayores de 65, lo cual no podría indicar una relación significativa entre la edad y la presencia de apatía.

Para claridad en la exposición de los datos, en la siguiente tabla se realiza una reagrupación dentro de la variable edad tomando como punto de corte los 65 años, ya que el resto de las subdivisiones no arrojaron datos de consideración estadística.

	Apatía		
Edad	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Menor a 65 años	25	4	29
Mayor a 65 años	26	5	31
Total	51	9	60

Nivel educacional y apatía

En el siguiente cuadro, se puede observar que los pacientes que presentan Apatía poseen un nivel educacional desde enseñanza media hasta educación superior, sin encontrarse pacientes con Apatía que presenten nivel educacional básico. A diferencia de ello los pacientes sin presencia de Apatía presentan una distribución más homogénea en cuanto a la educación, sin embargo, no es posible inferir una relación que indique que el nivel de educación influya en la Apatía. Quizás se podría inferir que la educación influye en la forma en que estos pacientes enfrentan una enfermedad como Parkinson, provocando más sintomatología depresiva, pero la motivación e iniciativa parece no afectarse demasiado en estos pacientes.

	Apatía		
Nivel Educativo	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Básica	13	0	13
Media	16	4	20
Superior	22	5	27
Total	51	9	60

Sexo y apatía

Respecto a los siguientes resultados que se observan en la tabla, podemos decir que no existe una influencia significativa en cuanto al sexo de los pacientes evaluados y la presencia o ausencia de apatía ya que la distribución es similar en ambos ítems, y corresponde además a distribución total del sexo dada por la muestra que se observa en la tabla de frecuencias de este mismo.

	Apatía		
Sexo	Ausencia de Apatía	Presencia de Apatía	Total
Hombre	26	5	31
Mujer	25	4	29
Total	51	9	60

Compromiso Motor y deterioro cognitivo

A partir de estos resultados se logra observar que solo 6 pacientes tiene deterioro cognitivo y compromiso motor. Teniendo en cuenta que dentro de la muestra solo son 17 pacientes los que tienen compromiso motor, estos datos siguen la distribución que tiene la muestra. Además es posible inferir que al tener la muestra en su mayoría menos de 10 años de evolución de la enfermedad, tendrían menos compromiso motor, ya que la enfermedad no ha avanzado a sus estados mas graves.

	Deterioro Cognitivo		
Compromiso Motor	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Sin Compromiso Motor	28	15	43
Con Compromiso Motor	11	6	17
Total	39	21	60

Deterioro Cognitivo y Depresión

A partir de estos resultado, se logra observar que 13 de los 21 pacientes con deterioro cognitivo tiene algún grado de depresión. De los 39 pacientes sin deterioro cognitivo 31 tiene algún grado Depresión, lo cual nos indica que la depresión tiene una prevalencia que se distribuye a través de los toda la muestra, lo que no permite observar si esta variable influye significativamente en otras.

	Deterioro Cognitivo		
Depresión	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Sin depresión	8	8	16
Con depresión	31	13	44
Total	39	21	60

Años evolución de enfermedad y Deterioro cognitivo

Como se observa en el siguiente cuadro, la variable deterioro cognitivo, se relaciona con los años de evolución de la enfermedad, es decir que los pacientes que presentan deterioro cognitivo, en su gran mayoría presentan mas de 5 años de evolución. Y quienes no tienen deterioro cognitivo en su mayoría corresponde a los rangos de menos años de evolución, no existiendo pacientes con mas de 21 años de evolución sin deterioro cognitivo. Por lo tanto, es posible inferir que los años de evolución de la enfermedad, podrían influir en el deterioro cognitivo de los pacientes con EP.

	Deterioro Cognitivo		
Años de Evolución	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Menor a 10 años	31	15	46
Mayor a 10 años	8	6	14
Total	39	21	60

Edad y deterioro cognitivo

Como se aprecia en el siguiente cuadro, 16 de los pacientes con mas de 65 años de edad, tienen deterioro cognitivo, y solo 5 de los 21 pacientes que tiene deterioro cognitivo son menor de 65 años de edad, por lo tanto a partir de estos resultado podemos decir, que las variables edad y deterioro cognitivo, se encuentran relacionadas de forma significativa, por lo que se puede decir que a mayor edad hay mayor presencia de deterioro cognitivo.

	Deterioro Cognitivo		
Edad	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Menor a 65 años	25	5	29
Mayor a 65 años	15	16	31
Total	39	21	60

Nivel educacional y deterioro cognitivo

Como se observa en el siguiente cuadro de los 21 pacientes que tienen deterioro cognitivo, 6 tienen un nivel educacional básico, 7 un nivel medio y 8 un nivel superior, lo cual es una distribución homogénea. Por lo tanto es posible mencionar que no se aprecia una relación significativa en cuanto a la presencia y ausencia de deterioro

cognitivo con nivel educacional, ya que la distribución de la variable nivel educacional no determina la existencia de deterioro en estos pacientes

Nivel Educativo	Deterioro Cognitivo		
	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Básica	7	6	13
Media	13	7	20
Superior	19	8	27
Total	39	21	60

Sexo y deterioro cognitivo

Como se aprecia en el siguiente cuadro, 10 de los 21 pacientes con deterioro cognitivo, son hombres y 11 son mujeres. A la luz de estos resultados se observa que las mujeres presentan deterioro cognitivo con una frecuencia levemente mayor que los hombres que padecen enfermedad de parkinson, considerando además que dentro de la muestra existen mas hombres que mujeres evaluados; pero la diferencia no seria tan significativa para hablar de influencia de una variable sobre otra en este caso particular.

Sexo	Deterioro Cognitivo		
	Sin Deterioro	Con Deterioro	Total
Hombre	21	10	31
Mujer	18	11	29
Total	39	21	60

Compromiso Motor y Depresión

Como se observa en el siguiente cuadro, 14 de los 17 pacientes que tienen compromiso motor tienen depresión y solo 3 de estos no tienen depresión, lo cual es una cifra muy significativa, por ende, a partir de estos resultados se puede inferir que los pacientes con algún grado de compromiso motor, presentan algún grado de depresión, por lo cual se puede deducir que estas variables podrían estar relacionadas. Es importante tener en consideración, que un número importante de los pacientes presentan algún grado de depresión lo cual influiría en el resto de la muestra.

	Depresión		
Compromiso Motor	Sin Depresión	Con Depresión	Total
Sin Compromiso Motor	13	30	43
Con Compromiso Motor	3	14	17
Total	16	44	60

Sexo y Edad

Como se observa en el siguiente cuadro, 20 de los 31 pacientes mayores de 65 años son mujeres y solo 11 son hombres a diferencia de los pacientes menores de 65 años, los cuales son 29, 20 son hombre y solo 9 son mujeres, finalmente se observa que la población estudiada las mujeres son mayores que los hombres, en relación a la variable edad.

	Edad		
Sexo	Menor a 65 años	Mayor a 65 años	Total
Hombre	20	11	31
Mujer	9	20	29
Total	29	31	60

6.-Conclusiones y Discusión

La presente investigación busco indagar respecto a una temática aún en exploración en el área de la Psicología, como lo es la Apatía. Tuvo como objetivo conocer la frecuencia de Apatía en un grupo de pacientes con EP y además indagar si existe relación con otras variables, como la evolución de la enfermedad, el deterioro cognitivo de estos pacientes y la presencia de otras patologías como la Depresión. Según estudios anteriores realizados en Estados Unidos y en Europa, la Apatía se presenta como un rasgo característico en los pacientes con EP, observándose una frecuencia de la presencia de apatía que fluctúa entre 16,5% y el 42%, de esta forma se vuelve importante conocer como se manifestaba esta realidad en nuestro país, debido a las diferencias culturales, así como de sistemas de salud y de calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad. Esta investigación se asoma como un breve paso entre muchos otros que es posible dar en el conocimiento de los aspectos psicológicos que rodean a las enfermedades crónicas y neurodegenerativas como lo Enfermedad de Parkinson.

Los resultados arrojados en esta investigación muestran que un 14,5% de los pacientes evaluados presentan Apatía (9 de 60 pacientes evaluados), lo cual es muy similar a un reciente estudio, aun no publicado (2007) realizado por profesionales de la Unidad de Neurología de la Universidad de Chile llamado “Apatía y funciones ejecutivas en la Enfermedad de Parkinson”, donde evaluaron una muestra total de 60 pacientes con Enfermedad de Parkinson, y los resultados arrojaron que del total de pacientes evaluados 11 de ellos presentaban Apatía.

Dentro de esta investigación, de aquellos pacientes que presentaron Apatía no se observan relaciones significativas como se podrían esperar en relación al deterioro cognitivo, además se logró apreciar que los pacientes que presentaron apatía mayoritariamente llevaban pocos años de evolución de la enfermedad.

Por otra parte, se observo que la Apatía podría estar relacionada con el compromiso motor que presentan estos pacientes, pero este ítem nos genera ciertos cuestionamientos respecto a lo que menciona Robert Marín (1991, Pág. 59) en cuanto a que aun no existe un consenso respecto a si la Apatía es un síntoma dentro de un síndrome o un síndrome propiamente tal. Al realizar un análisis más detallado de estos datos, los pacientes que presentaron Apatía dentro de la muestra son 9 de 60, de los cuales 6 presentan algún grado de compromiso motor, pero esto podría equipararse a la distribución en general que tiene la muestra, entonces podríamos inferir que la Apatía es un síntoma dentro de un conjunto de otros síntomas asociados a una enfermedad como el Parkinson.

Un resultado que se obtuvo dentro de esta investigación y que consideramos importante de mencionar, es la presencia de Depresión dentro de los pacientes con Parkinson, ya que el 71% de los pacientes evaluados, presentan algún grado de Depresión lo cual es un índice importante y se observo con mucha mas frecuencia que la Apatía, esto podría explicarse porque el grupo mayoritario de pacientes tiene entre 1 y 10 años de evolución y en este periodo de la enfermedad es cuando los pacientes deben

asumir la cronicidad de esta y que además le podría generar un deterioro físico y mental paulatino y esto de alguna forma, genera síntomas como angustia, ansiedad, frustración y desánimo lo cual pertenecen al grupo sintomático de la depresión, es decir, a los trastornos del ánimo.

Continuando con el análisis de los resultados, es posible señalar que el resto de las variables, tales como sexo, edad no arrojaron resultados significativos en cuanto a la frecuencia de apatía en la Enfermedad de Parkinson, por ende no requieren de un análisis más acabado dentro de esta investigación. Lo anterior podría deberse a que dentro de la enfermedad de Parkinson no se observan diferencias significativas respecto al género cuando se presenta la enfermedad.

Es importante señalar que una de las limitantes que presentó nuestra investigación tiene relación con no haber realizado una selección de pacientes más estructurada en cuanto a los años de evolución de la enfermedad, debido a que la gran mayoría de los pacientes evaluados presentan un rango de evolución entre 1 y 10 años, lo cual no permite indagar en profundidad si existe una relación significativa con el resto de las variables ya anteriormente señaladas.

A modo de generar una discusión, quisiéramos retomar y centrarnos en que en esta investigación queda demostrado que la presencia de Depresión es mayor que la frecuencia de Apatía en EP, lo cual refuerza lo planteado en el desarrollo del tema, en relación a la importancia que existe en poder realizar un diagnóstico diferencial entre estas dos variables, ya que de esto dependería los lineamientos para tratar estas

patologías desde el ámbito de la psicología. La prevalencia de la depresión en nuestra muestra es significativa, lo cual tendría una influencia importante en el resto de las variables.

A diferencia de estudios realizados en los cuales se señala que la presencia de Apatía es mayor que la Depresión en Parkinson, nos alienta a pensar que nuestra idiosincrasia juega un papel muy importante. Así la cultura, la educación y porque no señalar, el acceso a los servicios de salud que existen en nuestro país nos podrían explicar el porque de estos resultados. Cuando nos referimos a los servicios de salud, queremos referirnos particularmente a las políticas de salud mental existentes en Chile, las cuales no estarían centradas en cubrir las reales necesidades respecto a este tema, ya que día a día vemos como los índices de trastornos del ánimo, especialmente, Depresión aumentan considerablemente en nuestra población.

Debido a lo señalado anteriormente, creemos que es fundamental seguir investigando en cuanto a la presencia de Depresión en Parkinson, lo cual generaría un nuevo conocimiento de cómo poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial y un oportuno tratamiento.

7.- Referencias Bibliográficas

- 1 American Psychiatric Association. (1995), Manual Diagnostico Estadístico de los Trastornos mentales N° 4 (DSMIV).
- 2 Berardelli A, Rothwell JC, Thompson PD, Hallett M. Pathophysiology of bradykinesia in Parkinson's disease. *Brain*. 2001;124:2131-4
- 3 Chaná P, Miranda M, Villagra R, Salinas R, Cox P, Valdivia F. Diagnostico, evaluación y tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría* 2001; 55 (suppl 1).
- 4 Coddou, C. (2001) “Parkinson y Parkinsonismo” www.med.uchile.cl/noticias/2001/archivo/parkinson2
- 5 Deuschl G, Bain P, Brin M. Consensus statement of the Movement Disorder Society on Tremor. Ad Hoc Scientific Committee. *Mov Disord*. 1998;13 Suppl 3:2-23.
- 6 Díaz F. (2004), “Prevalencia del parkinson en Chile”, Universidad de Chile.
- 7 Gaminde I., Vines J., Clarke , Adams y col., (2001), “Clinical and demographic of parkinson disease” www.es.brainexplorer.org/parkinson/parkinson_epidemiology.

- 8 Gaminde I. (2006), "American academy of neurology, new reveal,"
- 9 Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2004) "Metodología de la Investigación", Ed. Mc Graw Hill, 3° Edición.
- 10 Levy, M.L., Cummings, J.L., Fairbanks, L.A., Masterman, D., Miller, B.L., Craig, A.H., Paulsen, J.S., Litvan, I. (1998). "Apathy is not depression". *J Neuropsychiatric Clinical Neuroscience*
- 11 Lindensey, Kirsch-Darrow, (2005), Universidad de Florida en Gainesville
- 12 Litvan I, Agid Y, Jankovic J, Goetz C, Brandel JP, Lai EC, Wenning G, D'Olhaberriague L, Verny M, Chaudhuri KR, McKee A, Jellinger K, Bartko JJ, Mangone CA, Pearce RK. . Accuracy of clinical criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome). *Neurology*. 1996;46:922-9.
- 13 Marin R. (1991) "Apathy: A Neuropsychiatric Syndrome"; *Journal of Neuropsychiatry*, Pag. 243 – 254

- 14 Marín R. (1995) “Apathy a treatable Syndrome, J Neuropsychiatry and clinical neurosciences.
- 15 Meara RJ, Cody FW. Relationship between electromyographic activity and clinically assessed rigidity studied at the wrist joint in Parkinson's disease. Brain. 1992;115:1167-80.
- 16 Pluck G. y Brown R., (2002) “Apathy in Parkinson`s Disease”, J Neurol Neurosurg Psychiatry; 25, Pag. 636 – 642
- 17 Tapia J. y Chaná P. (2004) “Diagnostico en la Enfermedad de Parkinson”; Publicación Revneurol; 35, Pág. 61 – 67.
- 18 Samarra F. (2005) “Depresión y Parkinson”
- 19 Stuss (2002) “Biological and Phisiological, development of executiv function brain on cognition”
- 20 Takeuchi Y., Guevara J., (2004), www.colombiamedica.univalle.edu.coc
- 21 Teixeira, Caramelli (2005) “Apatía na doença de alzheimer”, Brazil

- 22 Vingerhoets FJ, Schulzer M, Calne DB, Snow BJ. Which clinical sign of Parkinson's disease best reflects the nigrostriatal lesion? *Ann Neurol.* 1997;41(1):58-64.
- 23 Wolters EC, Francot C, Bergmans P, Winogrodzka A, Booij J, Berendse HW, Stoof JC. Preclinical (premotor) Parkinson's disease. *J Neurol.* 2000;247 Suppl 2:II103-9
- 24 www.fsm.usach.cl/cetram
- 25 www.madridnorte hoy.com
- 26 www.med.uchile.cl/noticias/2001/archivo/parkinson
- 27 www.ondasalud.com

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

ANEXOS

Estudio descriptivo acerca de la frecuencia de Apatía en Enfermedad de Parkinson

**Estudio realizado con pacientes que son miembros de la Agrupación de
Amigos de Parkinson que desarrolla sus actividades en CETRAM
(Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento)
Santiago, Chile.**

Profesora Guía: PS. Teresa Parrao.

Metodólogo: Raúl Zarzuri.

Profesor Informante: Cecilia Castro.

Alumnas: Priscilla Figueroa

M^a Javiera Millacura.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

Examen Motor

A) Lenguaje

- 0 Normal
- 1 Leve Perdida de expresión, dicción, volumen
- 2 Monótono, mal articulado pero comprensible
- 3 marcada dificultad, difícil de entender
- 4 ininteligible

B) Expresión Facial

- 0 normal
- 1 Leve Hipomimia
- 2 Leve pero definida disminución anormal de la expresión
- 3 Mod. Hipomimia, labios separados parte del tiempo
- 4 Cara fija, labios separados ½ cm o más con perdida completa de expresión.

C) Temblor de reposo

1.- Cara

- 0 Ausente
- 1 Leve o infrecuente
- 2 Leve y presente la mayor parte del tiempo
- 3 Moderado y presente la mayor parte del tiempo
- 4 Marcado y persistente la mayor parte del tiempo

2.- Extremidad superior derecha (ESD)

- 0 Ausente
- 1 Leve o infrecuente
- 2 Leve y frecuente la mayor parte del tiempo
- 3 Moderado y frecuente la mayor parte del tiempo
- 4 Marcado y frecuente la mayor parte del tiempo

3.- Extremidad superior izquierda (ESI)

- 0 Ausente
- 1 Leve o infrecuente
- 2 Leve y frecuente la mayor parte del tiempo
- 3 Moderado y frecuente la mayor parte del tiempo
- 4 Marcado y frecuente la mayor parte del tiempo

4.- Extremidad superior derecha (EID)

- 0 Ausente
- 1 Leve o infrecuente
- 2 Leve y frecuente la mayor parte del tiempo

- 3 Moderado y frecuente la mayor parte del tiempo
- 4 Marcado y frecuente la mayor parte del tiempo

5.- Extremidad inferior izquierda (EII)

- 0 Ausente
- 1 Leve o infrecuente
- 2 Leve y frecuente la mayor parte del tiempo
- 3 Moderado y frecuente la mayor parte del tiempo
- 4 Marcado y frecuente la mayor parte del tiempo

D) Temblor Postural o de acción

1.- Extremidad superior derecha (ESD)

- 0 Ausente
- 1 Leve, presente con acción
- 2 Moderado, presente con acción
- 3 Moderado, presente con acción y manteniendo la postura
- 4 Marcado, interfiere con la alimentación

2.- Extremidad superior izquierda (ESI)

- 0 Ausente
- 1 Leve, presente con acción
- 2 Moderado, presente con acción
- 3 Moderado, presente con acción y manteniendo la postura
- 4 Marcado, interfiere con la alimentación

E) Rigidez

1.- Cuello

- 0 Ausente
- 1 Leve o solo con actividad
- 2 Leve / Moderada
- 3 Marcada, en todo el rango del movimiento.
- 4 Severa

2.- Extremidad superior derecha (ESD)

- 0 Ausente
- 1 Leve o solo con actividad
- 2 Leve / Moderada
- 3 Marcada, en todo el rango del movimiento.
- 4 Severa

3.- Extremidad superior izquierda

- 0 Ausente
- 1 Leve o solo con actividad
- 2 Leve / Moderada
- 3 Marcada, en todo el rango del movimiento.

4 Severa

4.- Extremidad inferior derecha (EID)

- 0 Ausente
- 1 Leve o solo con actividad
- 2 Leve / Moderada
- 3 Marcada, en todo el rango del movimiento.
- 4 Severa

5) Extremidad inferior Izquierda (EII)

- 0 Ausente
- 1 Leve o solo con actividad
- 2 Leve / Moderada
- 3 Marcada, en todo el rango del movimiento.
- 4 Severa

F) Tocarse la punta de los dedos

1.- Derechos

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud, y / o reducción en amplitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

2.- Izquierdos

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud, y / o reducción en amplitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

G) Movimientos de las manos
(Abrir y cerrar las manos en rápidas sucesiones)

1.- Derecha

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

2.- Izquierda

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad

- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

H) Movimientos alternativos rápidos
(Pronacion supinación de las manos)

1.- Derecha

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

2.- Izquierda

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

D) Agilidad en la pierna (movimientos con talón sobre el suelo, amplitud debería ser de 8 cm)

1.- Derecha

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

2.- Izquierda

- 0 Normal
- 1 Leve lentitud
- 2 Moderada dificultad
- 3 Severa dificultad
- 4 Puede apenas realizarlo

J) Levantarse de una silla (con brazos cruzados)

- 0 Normal
- 1 Lento, puede necesitar más de un intento
- 2 Se empuja hacia arriba con los brazos en la silla

3 Tiende a caer hacia atrás, puede necesitar muchos intentos pero puede levantarse sin ayuda

4 Incapaz de levantarse sin ayuda

K) Postura

0 Normal erecto

1 Levemente inclinado, podría ser normal para una persona mayor

2 Anormal, inclinado, puede que hacia algún lado

3 Severa inclinación con escoliosis

4 Marcada flexión con postura muy anormal

L) Marcha

0 Normal

1 Anda lentamente

2 Anda con dificultad, con poca o sin ayuda, algún balanceo, pasos cortos o propulsión

3 Afectación severa, necesita ayuda frecuentemente

4 No puede andar

M) Estabilidad postural (test de retropulsión)

0 Normal

1 Se recupera sin ayuda

2 Caería si no se coge

3 Se cae espontáneamente

4 Imposible mantenerse de pie

N) Bradicinesia / Hipocinesia

0 Nada

1 Mínima lentitud, podría ser normal

2 Leve lentitud y escasez de movimientos, definitivamente anormales, o disminuye la amplitud de movimientos

3 Moderada lentitud, escasez de movimientos o disminuye la amplitud de movimientos

4 Marcada lentitud, escasez de movimientos, o disminuye la amplitud de movimiento.

Enfermedad de Parkinson

Ficha de UPDRS-III

Hoja 3

Nombre:							
Fecha							
18. LENGUAJE							
19. EXPRESIÓN FACIAL							
20. TEMBLOR DE REPOSO facie							
20. TEMBLOR DE REPOSO ESD							
20. TEMBLOR DE REPOSO ESI							
21. TEMBLOR DE REPOSO EID							
21. TEMBLOR DE REPOSO EII							
22. TEMBLOR DE ACCION O POSTURAL DE LAS MANOS D							
22. TEMBLOR DE ACCION O POSTURAL DE LAS MANOS I							
23. RIGIDEZ AXIAL							
24. RIGIDEZ EN ESD							
24. RIGIDEZ EN ESI							
25. RIGIDEZ EN EID							
25. RIGIDEZ EN EII							
26. GOLPETEO DEDOS D							

26. GOLPETEO DEDOS i							
27. MOVIMIENTOS ALTERNANTES MANOS. D							
27. MOVIMIENTOS ALTERNANTES MANOS. I							
28. MOVIMIENTOS RAPIDOS ALTERNANTES DE MSD							
28. MOVIMIENTOS RAPIDOS ALTERNANTES DE MSD							
29. AGILIDAD CON LOS MID							
29. AGILIDAD CON LOS MID							
30. LEVANTARSE DE LA SILLA.							
31. POSTURA:							
32. MARCHA:							
33. ESTABILIDAD POSTURAL.							
34. BRADIQUINESA E HIPOQUINESIA.							
Total							
HOEHN Y YAHR							
SCHWAB & ENGLAND							

MINIMENTAL PARKINSON – CETRAM

NOMBRE:

ORIENTACION TEMPORAL Y ESPACIAL

Día		País	
Fecha		Ciudad	
Mes		Comuna	
Año		Establecimiento	
Hora		Piso	
Total	/5	Total	/5

MEMORIA - Mostrar tarjetas A B C

PRIMER INTENTO	SEGUNDO INTENTO	TERCER INTENTO
3	2	1

Total ___/3

ATENCIÓN Y CONTROL MENTAL 100 – 7

93 – 86 – 79 – 72 – 65 _____

O – D – N – U – M _____

Total ___/5

Nombre de tres animales que comiencen con letra L. (30 segundos)

1. _____
2. _____
3. _____

Total ___/3

MEMORIA DE ASOCIACION

1. _____
2. _____
3. _____

ORDEN _ _ _

Total ___/4

RECONOCIMIENTO

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Total ___/4

PROCESAMIENTO DE CONCEPTOS

Tren – Bolso – Bote 0 1

Sombrero – Guante – Rastrillo 0 1

Naranja – Zanahoria – Uva 0 1

Total ___/3

Puntaje Total	/32
----------------------	-----

Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9 _ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
_ Trato de no tener que tomar decisiones
_ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
_ Ya no puedo tomar decisiones
- 10 _ No creo que mi aspecto haya empeorado
_ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
_ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
_ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 _ Puedo trabajar igual de bien que antes
_ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
_ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
_ No puedo realizar ningún trabajo
- 12 _ No me canso más que antes
_ Me canso más fácilmente que antes
_ Me canso por cualquier cosa
_ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 _ Mi apetito no es peor de lo normal
_ Mi apetito no es tan bueno como antes
_ Mi apetito es ahora mucho peor
_ He perdido el apetito

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI) **3**

Escala de Apatía, Versión Clínica (AES-C)

Nombre	
Fecha	

Usted debe basar los items en una entrevista con el paciente. La entrevista debería comenzar con una descripción de los intereses del paciente, actividades y rutina diaria. Base su puntaje en información verbal y no verbal. Deben ser basados en las últimas 4 semanas. Para cada items usted debe juzgar:

1	2	3	4
No Característico	Levemente característico	Característico	Muy Característico

	1	Esta interesado en cosas
	2	Hace cosas durante el día
	3	Comienza a hacer cosas que son importantes para él / ella
	4	Esta interesado en tener cosas nuevas
	5	Esta interesado en aprender cosas nuevas
	6	Pone poco esfuerzo en las cosas
	7	Se enfrenta a la vida con intensidad
	8	Termina los trabajos que son importantes para él / ella
	9	Ocupa su tiempo haciendo cosas que son de su interés
	10	Alguien debe decirle lo que hacer cada día
	11	Esta menos preocupada de sus problemas que lo que debiera
	12	Tiene amigos
	13	Estar junto a sus amigos es importante para él / ella
	14	Cuando algo bueno pasa, él / ella se alegra
	15	Tiene una adecuada comprensión de sus problemas
	16	Se mantiene, durante el día, haciendo cosas importantes para él / ella
	17	Tiene iniciativa
	18	Tiene motivación