



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL TRASTORNO DEPRESIVO ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO MÉDICO
DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR.

GUACHO UZHO JOSELYN ISABEL
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL TRASTORNO DEPRESIVO ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO
MÉDICO DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR.

GUACHO UZHO JOSELYN ISABEL
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

EL TRASTORNO DEPRESIVO ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE
PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR.

GUACHO UZHO JOSELYN ISABEL
PSICÓLOGA CLÍNICA

TAMBO ESPINOZA GABRIELA MERCEDES

MACHALA, 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021

MACHALA
17 de septiembre de 2021

ENSAYO

por Joselyn Guacho

Fecha de entrega: 03-sep-2021 11:31p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1641199932

Nombre del archivo: GUACHO_ENSAYO.docx (22.33K)

Total de palabras: 2834

Total de caracteres: 15789

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, GUACHO UZHO JOSELYN ISABEL, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado EL TRASTORNO DEPRESIVO ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 17 de septiembre de 2021



GUACHO UZHO JOSELYN ISABEL
0706453073

ENSAYO

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

2%

★ dev.mexicosocial.org

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

RESUMEN

Joselyn Isabel Guacho Uzho

C.I.0706453073

jguacho_est@utmachala.edu.ec

El trastorno de depresión debido a una enfermedad médica, se da por una alteración en estado de ánimo altamente persistente que se da debido a cambios fisiológicos directos de una enfermedad médica o por una disminución notable de placer o interés por ciertas actividades que antes le apetecía realizar, ocasionando una alteración clínicamente significativa, en el entorno social, laboral u otras áreas importantes en la vida del paciente. Esta siguiente investigación tiene como objetivo principal caracterizar los signos y síntomas que determinan una depresión en las personas de la tercera edad con Parkinson. Se realizó una investigación bibliográfica tipo descriptiva; basada en artículos científicos actuales. Este factor ocasiona que el trastorno de depresión debido a una enfermedad médica causará en el paciente, el placer, interés o satisfacción de realizar ciertas actividades que le gustaba hacer. Se identificó la presencia de Parkinson donde le impedía hacer ciertas actividades con normalidad, lo que provocó en el paciente frustración, no ser el mismo de siempre, pérdida de energía, rechazó acudir a eventos sociales de familiares o amigos, se retiró de la vida social; porque había dejado de disfrutar de las cosas que antes le apetecía realizar. Además, presenta un sinnúmero de sintomatologías como retraso psicomotor, fatiga, dificultad en concentrarse, dificultad para socializar; en ciertos casos pérdida de autonomía, dependencia familiar o social. Por ende, cuando se juntan estas dos patologías pueden ocasionar alteraciones cognitivas, emocionales y físicas que pueden afectar el diario vivir de las personas de la tercera edad.

Palabras claves: Depresión, Parkinson, Adulto mayor, Trastorno, cognitivo

ABSTRACT

Joselyn Isabel Guacho Uzho

C.I.0706453073

jguacho_est@utmachala.edu.ec

Depressive disorder due to a medical illness, is given by a highly persistent alteration in mood that occurs due to direct physiological changes of a medical illness or by a noticeable decrease in pleasure or interest in certain activities that previously felt like doing, causing a clinically significant alteration, in the social environment, work or other important areas in the patient's life. The main objective of this research is to characterize the signs and symptoms that determine depression in elderly people with Parkinson's disease. A descriptive type bibliographic research was carried out; based on current scientific articles. This factor caused the depressive disorder due to a medical illness to cause in the patient, the pleasure, interest or satisfaction of performing certain activities that he liked to do. The presence of Parkinson's was identified where it prevented him from doing certain activities normally, which caused frustration in the patient, not being the same as always, loss of energy, he refused to attend social events of family or friends, he withdrew from social life; because he had stopped enjoying the things he used to enjoy doing. In addition, he/she presents a number of symptoms such as psychomotor retardation, fatigue, difficulty in concentrating, difficulty in socializing; in some cases loss of autonomy, family or social dependence. Therefore, when these two pathologies are combined, they can cause cognitive, emotional and physical alterations that can affect the daily life of the elderly.

Keywords: Depression, Parkinson, Elderly, cognitive disorder, cognitive disorder.

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	4
TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR. ANÁLISIS DE CASO.	6
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFÍA	14

INTRODUCCIÓN

El Parkinson es una patología neurodegenerativa que causa una alteración motora (inhibe los movimientos del sujeto), no todos los pacientes pueden desarrollar demencia, sólo ocurre en individuos con años de evolución de la enfermedad, sin embargo, cuando el diagnóstico aparece, es seis veces más propenso a desarrollar demencia respecto a los sujetos sin patologías (Mestas y Salvador, 2013).

Esta patología afecta tanto al sujeto como a su familia, debido a que daña sus necesidades básicas causando dependencia (García et al., 2018). Su origen es desconocido, aunque en algunos casos el factor puede ser hereditario o ambiental; cuando se disminuye la dopamina se produce la inmovilidad, esta es una de las primeras manifestaciones del Parkinson (Martínez, Gasca, Sánchez y Obeso, 2016).

Las instituciones de salud, no cuentan con los recursos necesarios para atender de forma adecuada, además es muy probable que la depresión en el adulto mayor pase desapercibida, debido a las similitudes con otros síntomas que son propios de su edad. Los que padecen esta sintomatología son más deficientes en relación a las personas que tienen patologías crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Sin embargo, los adultos mayores en esta etapa pueden sentirse solos, abandonados o aislados, por parte de su entorno familiar, social o laboral; en su mayor parte ocasiona una alteración en sus funciones básicas, impidiéndole realizar las actividades que antes le apetecía hacer. En el peor de los casos provocaría un deterioro en su salud mental. (Acosta et al., 2017).

La presente revisión tiene como objetivo general, caracterizar los signos y síntomas que determinan una depresión en las personas de la tercera edad con Parkinson, mediante una revisión bibliográfica y análisis del caso. A partir de este objetivo se plantean tres

específicos a) Identificar los signos y síntomas que se asocian a la depresión en las personas de la tercera edad; b) Describir las patologías físicas comunes que se generan en los adultos mayores, que presentan depresión; c) Describir las alteraciones físicas, cognitivas y emocionales que produce el Parkinson en los adultos mayores.

TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR. ANÁLISIS DE CASO.

Envejecer es un proceso normal, ineludible y universal del ser humano, se trata del desarrollo evolutivo del individuo, desde la niñez hasta la vejez, en esta última etapa suscita la pérdida progresiva de las funciones físicas, emocionales y psíquicas. Por lo tanto, es un periodo de cambios significativos y degenerativos del curso de la vida del individuo (González y Fuente, 2014).

Las personas de la tercera edad en esta etapa manifiestan un sinnúmero de cambios biopsicosociales, estos dependen de la forma en que viven, la estructura social donde se desenvuelven, y la familia a la que pertenecen, dichos cambios influyen en diversas áreas del funcionamiento, y ocasionan la pérdida de la autonomía, la dependencia familiar y social. (Loredo et al., 2016)

A pesar que gran cantidad de adultos mayores gozan de buena salud mental, en ciertos casos se pueden presentar enfermedades mentales, neurológicas, físicas y otras patologías como la artrosis y diabetes. Entre más años de vida tenga un individuo, mayor es la probabilidad de sufrir diversas patologías al mismo tiempo, pudiendo afectar su salud de manera significativa (Organización Mundial Salud, 2017).

Durante este periodo aparece un sin número de complicaciones en la salud, propias del transcurso del envejecimiento. Además, estas circunstancias sumadas a las patologías crónicas ocasionan un malestar significativo en el adulto mayor, debido a que no pueden desarrollar adecuadamente su autonomía e independencia, afectando su calidad de vida y suscitando un deterioro conductual, afectivo, e intelectual (Durán et al., 2010).

La falta de autonomía e independencia pueden afectar la calidad de vida de forma acelerada y estar más presente cuando se va envejeciendo. Al alcanzar los sesenta y cinco años de edad comienza tanto la dificultad para ejecutar tareas, como las deficiencias en las funciones cognitivas y conductuales, dichas dificultades pueden agravarse por características demográficas o debido a la aparición de patologías físicas o mentales (Cortés, Cardona, Segura y Garzón, 2016).

En la etapa de la senectud surgen mayor cantidad de características que en etapas previas, se acumulan desenlaces no predecibles que causan derrotismo, culpa, duda y ansiedad. Además, el estado emocional de las personas de la tercera edad en ocasiones se puede ver afectado debido a la carencia de cariño, apoyo familiar y relaciones sociales, esto provoca alteraciones en su cognición, y se vuelven más vulnerables a contraer otras patologías (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

Las patologías degenerativas graves son las de mayor prevalencia en la persona de tercera edad, la diabetes, hipertensión y osteoporosis, son las más frecuentes en este grupo vulnerable. También están las enfermedades neurodegenerativas como Huntington, Alzheimer, y Parkinson que causan una degeneración progresiva en estas personas (Cortés, Cardona, Segura y Garzón, 2016)

La neurodegeneración empieza muchos años antes de que aparezca el Parkinson, es muy difícil encontrar la causa exacta por la que se manifiesta. No es posible conocer a ciencia cierta cómo se está desarrollando en el paciente, ya que puede surgir por el contacto con sustancias tóxicas durante toda su vida o incluso por predisposición genética (Hurtado, Cárdenas, Cárdenas, y León, 2016).

El Parkinson es una patología neurodegenerativa que afecta en gran medida al sistema motor, es la segunda más frecuente, después del Alzheimer. Se estima que, del uno al dos por ciento de las personas de la tercera edad, que oscilan entre los sesenta y cinco años, sufren de Parkinson. Además, algunos pacientes crónicos pueden generar deterioro cognitivo, principalmente en las habilidades cognitivas, memoria y las habilidades visoespaciales (Cancino y Rehbein, 2016).

Es importante tener mucho cuidado al momento de diagnosticar la enfermedad, debido a que, en adultos mayores se podría confundir con los síntomas propios del proceso de envejecimiento, en los que también están incluidos la rigidez muscular, pérdida de equilibrio y la postura corporal (Hurtado, Cárdenas, Cárdenas y León, 2016).

Al inicio de la enfermedad los síntomas motores, son leves causando lentitud en sus movimientos, rigidez y temblor es sus articulaciones. Estos pacientes presentan dificultad en su movilidad, excreción, digestión y sueño. En un inicio se creía que el síntoma más relevante para el diagnóstico del Parkinson eran los temblores, pero actualmente el signo más notable es la bradicinesia, no obstante, es el más silencioso. Sin embargo, en su mayoría los pacientes reconocen al temblor como el primer signo de deterioro de la salud (García et al., 2018).

La sintomatología no motora en las últimas décadas ha tenido gran notoriedad, debido a que la preponderancia de la patología va incrementándose, ocasionando un terrible deterioro en la salud mental de los pacientes y sus familiares. Estos síntomas variados son: ansiedad, depresión, apatía, demencia, alucinaciones, problemas para dormir, fatiga y ataques de pánico (Martínez, Gasca, Sánchez y Obeso, 2016).

Actualmente se conoce que, estudios identificaron indicios de una correlación entre el Parkinson y la demencia, a pesar de esto, el vínculo entre el Parkinson y el daño cognitivo fue menos indagado, quizás debido al encubrimiento y la dificultad para ser diagnosticado que se produce con la comorbilidad de los trastornos como lo es con la depresión, debido a que esta patología agudiza el desenvolvimiento de los pacientes en la función ejecutiva, y la atención (Cancino y Rehbein, 2016).

El Parkinson genera una gran alteración psicológica en el adulto mayor que lo padece, ocasionando un daño físico y mental a este grupo de población vulnerable. Además, esto afecta en todos ámbitos de la vida; como la familia, amigos, el trabajo y la salud. Este suceso se percibe a sí mismo y la actitud positiva hacia uno mismo (Parra, Fernández y Martínez, 2014).

No obstante, la depresión es un trastorno afectivo que presenta síntomas como; falta de interés, e incapacidad para tener placer; que se agrava en la mayoría de sujetos al tener episodios recurrentes. Es errado pensar que los adultos mayores no se pueden deprimir, con un acertado tratamiento pueden tener una vida digna. En la actualidad este trastorno es más diagnosticado y tratado con efectividad por los psiquiatras y psicólogos clínicos (Pérez y Arcia, 2008).

La depresión es el síntoma más recurrente en el Parkinson, exceptuando los síntomas cognitivos, su prevalencia es de setenta y seis por ciento, se encuentra presente en los inicios del Parkinson, por lo tanto, es usual en sujetos que sufrirán la patología y puede manifestarse, en un lapso de tres a seis años antes de los síntomas motores (Pezoa, 2012).

Al nivel general, la población adulta mayor con sintomatología depresiva tiene una prevalencia de diez a quince por ciento, y va incrementando hasta un cuarenta y seis por ciento; en personas adultas mayores institucionalizadas. La depresión es considerada un problema de salud pública, que afecta a personas de todas las edades sin importar raza, grupo étnico o clase social, y tiene una incidencia alta en incapacidad funcional y mortalidad (González, Martín, Sánchez y Mirapeix, 2015).

La depresión es uno de los trastornos afectivos más recurrentes, que padecen los adultos mayores, los cambios que surgen en la patología son; estilo de vida complicado, plazas de trabajo escasas, sociabilidad mínima, rechazo, desamparo e incluso son apartados de su familia, a esto se añaden las patologías que interfieren en la etapa final de su vida. Por lo tanto, el adulto mayor no podrá tener una vejez digna, ni disfrutar de un bienestar mental, físico y social (Hernández, 2004).

Por ende, la depresión prevalece más en ancianas que ancianos, la patología consta de síntomas como; dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, llanto, tristeza e idea suicida. Esto genera repercusiones en la evolución de la enfermedad, mortalidad, discapacidad, y condiciones de vida de los adultos mayores que la padecen (Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen, 2012). Por lo tanto, el anciano tiene un alto índice de morbilidad, y experimentan patologías mentales y físicas, que poco a poco van volviendo más dependiente al afectado (Calderón, 2018).

Los síntomas depresivos en los adultos mayores son ocasionados por varios factores como; eventos negativos, enfermedades, pérdidas familiares o discapacidad, dicha patología le impide identificar oportunidades en situaciones estresantes. Pero cuando los seres humanos envejecen se elevan las preocupaciones, particularmente a las que afectan la salud y el núcleo familiar, la mayor preocupación para ellos, es perder la capacidad de valerse por sí mismos (Sales, Pardo, Mayordomo y Satorres, 2015).

Existen unas características asociadas que sustentan el diagnóstico, las patologías neuroanatómicas que están asociados a la depresión y daño cerebral son Huntington o Parkinson, las patologías neuroendocrinas vinculadas es el Cushing e hipotiroidismo. Se cree que otra afección médica asociada es la esclerosis múltiple, a pesar de esto la bibliografía sólo avala una asociación entre el Parkinson y Huntington (Asociación de Psiquiatría Americana APA, 2014).

La aparición de síntomas depresivos en personas de la tercera edad, puede perder el significado si el especialista los cataloga como síntomas comunes del envejecimiento. El desarrollo de esta sintomatología se dificulta debido a la gravedad, evolución y duración. Además, si la familia o el sujeto, no brindan una información suficiente y certera, esto ocasionará que no se tenga un correcto diagnóstico (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

El dar con un diagnóstico depresivo puede ser difícil, debido que, los signos y síntomas afectivos son muy parecidos a la sintomatología motora y no motora características del Parkinson, como la falta de interés, retardo psicomotriz y fatiga, dichos síntomas pueden provenir de una patología neurológica o depresiva. (Pezoa, 2012).

Es recomendable y fundamental acudir a una intervención terapéutica ya que, al ser diagnosticado con Parkinson, se pueden generar afectaciones en el estado afectivo, causadas por la vejez o la enfermedad. Además, es importante señalar que no todas las personas diagnosticadas con Parkinson padecerán un deterioro cognitivo, si el paciente acude a terapia en el inicio de la enfermedad, evitará la dependencia, hospitalización y el deceso (Durán et al., 2010).

Por lo tanto, la aparición de síntomas depresivos en el Parkinson es: pesimismo, desesperanza, incapacidad para experimentar satisfacción en sus actividades, disforia, síntomas somáticos, embotamiento emocional. En ciertas ocasiones se contempla una variación en su estado de ánimo o pensamientos de culpa, y la existencia de pensamiento suicida es muy baja (Pezoa, 2012).

Por ende, la Asociación de Psiquiatría Americana APA (2014), refiere que para diagnosticar la depresión es primordial cumplir con los criterios diagnósticos establecidos en el Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Hay que tomar en cuenta que cualquier afectación subyacente que pueda presentarse, incurrirá en un mal diagnóstico.

A continuación, se realiza el análisis del caso, obtenido del libro de casos clínicos: Anderson es un docente de instituto de 79 años de edad, desde hace seis años ha sido diagnosticado con Parkinson, casi siempre ha afrontado bien la patología y ha ejecutado sus actividades habituales. Sin embargo, lleva 3 meses rechazando invitaciones sociales, expresando que su retiro se debía a que ya no disfrutaba de las cosas que antes le gustaban, además negó tener sentimientos de preocupación o tristeza (Asociación de Psiquiatría Americana APA, 2016).

Refiere no ser el mismo de siempre, y que se le dificulta darse ánimos, está frustrado por no poder poner más energía y vigor por primera vez en su vida. No desea morir y no tiene miedo a la muerte, quiere gozar la vida, todo el tiempo que pueda. Expresa que Dios sólo le da lo que él puede soportar, que no podría solicitar una familia mejor, ya que ha tenido una vida digna.

No presenta antecedentes psiquiátricos, tiene un familiar con autismo, expresa que nunca ha consumido sustancias psicotrópicas, además presenta una afectación médica (cáncer de próstata), y Parkinson. A pesar de haber tenido episodios depresivos no fue tratado con anterioridad, no ha acudido al psiquiatra, y no se encontraron signos de psicosis (APA, 2016).

A continuación, se mencionan los síntomas que se presentan en el paciente: Anderson, expresa no estar triste, sin embargo, manifiesta pérdida de placer, interés o satisfacción de realizar ciertas actividades. Además, falta de apetito, insomnio, retraso psicomotor, fatiga, dificultad en concentrarse, los cuales han estado presente durante más de dos semanas, causando un malestar significativo en el área social, síntomas asociados al trastorno depresivo debido a otra afectación médica.

Por eso deben cumplirse los criterios diagnóstico, son: a) Un notable y duradero estado de ánimo deprimido o anhedonia o casi todas las actividades prevalecen en el cuadro clínico; b) Existen pruebas suficientes de que el trastorno es repercusión directa de otra patología médica; c) La alteración no puede explicarse mejor por otra patología mental; d) El trastorno no surge únicamente en el transcurso de un delirium; e) El trastorno causa gran malestar en diversas áreas del funcionamiento (APA, 2014).

En estos apartados analizaremos el caso del Sr. Anderson, descartando otras sintomatologías. Se podría creer que se trata de un trastorno depresivo mayor, pero el paciente carece de antecedentes personales y familiares que hayan presentado el trastorno, la edad de inicio es tardía, y además dichos síntomas surgieron durante el transcurso del Parkinson. Por cada tres casos de Parkinson se presenta un trastorno de depresión clínicamente significativo.

Si la sintomatología se presenta al comienzo o al desarrollo de la enfermedad médica, y no se da por el delirium, hay que tener presente un posible diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica. Esto se emplea en ciertas ocasiones cuando los efectos fisiológicos del Parkinson producen una sintomatología depresiva. Las patologías no psiquiátricas se unen con la sintomatología depresiva, y pueden causar una ambivalencia diagnóstica.

Las personas que padecen Parkinson presentan síntomas como dificultad para dormir, retraso psicomotor, deterioro cognitivo, entre otros. Pero, en este caso en específico sus síntomas comenzaron o empeoraron junto a su desinterés de realizar ciertas actividades que antes le agradaban, por lo que todo apunta a un episodio del Trastorno Depresivo TD debido a otra afección médica.

Durante la intervención psicológica se deben utilizar herramientas de evaluación; como la observación y aplicación de reactivos, que permitirán tener información detallada de la sintomatología que está sufriendo el adulto mayor; para así realizar un diagnóstico y tratamiento eficaz a través del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Por lo anteriormente expuesto, es recomendable ejecutar una terapia cognitiva conductual que permita modificar su estado emocional (pérdida de placer, interés, fatiga, dificultad en concentrarse, y alteración del área social), con el propósito de realizar una intervención favorable para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

CONCLUSIONES

- La investigación realizada, lleva a deducir que los síntomas que se asocian a la depresión en el adulto mayor son: falta de interés, incapacidad para sentir placer, dificultad para socializar, concentrarse, y conciliar el sueño, llanto, tristeza e idea suicida. En el caso de Anderson presentó los siguientes síntomas depresivos: pérdida del placer, interés o satisfacción de realizar ciertas actividades.
- Durante la adultez mayor aparece un sin número de complicaciones en la salud, propias del transcurso del envejecimiento las cuales son: patologías degenerativas graves tales como: diabetes, hipertensión y osteoporosis, y las enfermedades neurodegenerativas como Huntington, Alzheimer, y Parkinson.
- Los adultos mayores pueden presentar síntomas físicos como: lentitud en sus movimientos, rigidez, temblor en sus articulaciones, y bradicinesia. En el deterioro cognitivo, se pueden manifestar demencia, alucinaciones, psicosis, y son afectadas las habilidades cognoscitivas, memoria y habilidades visoespaciales. En el deterioro emocional pueden presentar ansiedad, apatía, y depresión. En Anderson se identificó estos síntomas físicos: dejó de conducir desde que le detectaron Parkinson, sin embargo, realizaba actividades normales como comprar medicinas, y pagar facturas. Las alteraciones emocionales de Anderson son: falta de apetito, insomnio, retraso psicomotor, fatiga, dificultad en concentrarse, y dificultad para socializar.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, C., Tánori, J., García, R., Echeverría, S., Vales, J., y Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud*, 27(2), 179 - 188.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>

Asociación de Psiquiatría Americana APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ta Edición ed.). Editorial Médica Panamericana.

Asociación de Psiquiatría Americana APA. (2016). *DSM-5. Casos Clínicos* (1era Edición ed.). Editorial Médica Panamericana.

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182 - 191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Revista Terapia Psicológica*, 34(3), 183 - 189. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>

Cortés, C., Cardona, D., Segura, Á., y Garzón, M. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Antioquia, Colombia, 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 167 - 178.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000200002

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Revista Universitas Médica*, 51(1), 16 - 28.

<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>

- García, M., Jiménez, M., Blanco, E., Navarro, M., y Perosanz, M. (2018). Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos*, 29(4), 171-177. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171
- González, J., & Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *Revista INFAD Psicología*, 7(1), 121-129. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783>
- González, X., Martín, M., Sánchez, M., y Mirapeix, I. (2015). Trastornos del humor: trastornos depresivos. *Revista Medicine*, 11(85), 5064 - 5074.
DOI:10.1016/j.med.2015.08.002
- Hernández, Z. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 303 - 319.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290207>
- Hurtado, F., Cárdenas, M., Cárdenas, F., y León, L. (2016). La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. *Revista Universitas Psychologica*, 15(5), 1 - 26. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.epet>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista Elsevier*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Martínez, R., Gasca, C., Sánchez, Á., y Obeso, J. (2016). Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363-379.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.010>

Mestas, L., & Salvador, J. (2013). Análisis del desempeño cognitivo de los enfermos con Parkinson: Importancia del nivel educativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 245-255. doi: 10.4321/S0211-57352013000200002

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Parra, N., Fernández, J., y Martínez, Ó. (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(1 - 2), 30 - 35. doi: 10.5839/rcnp.2014.090102.08

Pérez, V., & Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1 - 20. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002

Pezoa, R. (2012). Manifestaciones psiquiátricas en la enfermedad de Parkinson: a propósito de un caso. *Revista Latinoamericana Psiquiatría*, 11(3), 116 - 122. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40548>

Salas, A., Pardo, A., Mayordomo, T., y Satorres, E. (2015, 2 20). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores

institucionalizadas. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 20(2), 165 - 172. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>

Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Revista Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5 - 13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>

Tello, T., Alarcón, R., y Vizcarra, D. (2016). Salud Mental en el Adulto Mayor: Trastornos Neurocognitivos Mayores, Afectivos y Sueños. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342 - 350. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2211