



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

ANCHUNDIA ARMIJOS EVELYN DAYANA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

ANCHUNDIA ARMIJOS EVELYN DAYANA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

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

ANCHUNDIA ARMIJOS EVELYN DAYANA
PSICÓLOGA CLÍNICA

ZAMBRANO MARIN ZAIDA DE LOURDES

MACHALA, 21 DE AGOSTO DE 2019

MACHALA
21 de agosto de 2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson en el adulto mayor. Análisis de caso clínico, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

ZAMBRANO MARIN ZAIDA DE LOURDES
0701881492
TUTOR - ESPECIALISTA 1

PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER
0702794868
ESPECIALISTA 2

CARPIO MOSQUERA CARLOS PATRICIO
0909180002
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 26 de agosto de 2019 - 09:43

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Evelyn Anchundia Armijos.docx (D54776335)
Submitted: 8/11/2019 9:03:00 PM
Submitted By: eanchundia_est@utmachala.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

Ensayo de titulación.docx (D33714993)
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400006

Instances where selected sources appear:

3

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

La que suscribe, ANCHUNDIA ARMIJOS EVELYN DAYANA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson en el adulto mayor. Análisis de caso clínico, 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, 21 de agosto de 2019



ANCHUNDIA ARMIJOS EVELYN DAYANA
0706248655

RESUMEN

Evelyn Dayana Anchundia Armijos
0706248655
eanchundia_est@utmachala.edu.ec

La vejez es un periodo lleno de cambios que produce incertidumbre, en ocasiones tristeza, a veces puede llegar con deterioro del funcionamiento, y a medida que avanzan los años, se van sumando más alteraciones en la calidad de vida del individuo. El adulto mayor se ve vulnerable ante las diversas enfermedades y alteraciones en su salud mental. Es común que, en personas a partir de los 60 años de edad, se desarrollen enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad de Parkinson, caracterizada por temblores, rigidez e inestabilidad postural.

El diagnóstico de esta patología puede interferir en la estabilidad emocional del paciente, generando afectaciones en el estado de ánimo que podrían ir desde tristeza la mayor parte del día, hasta pensamientos de muerte recurrentes. A medida que la enfermedad de Parkinson va progresando, la sintomatología asociada se va intensificando desmejorando la calidad de vida del adulto mayor. La intervención psicológica que se brindará en este caso debe adaptarse a las necesidades del paciente, para lograr tener éxito. Por tal motivo, el presente trabajo tiene como objetivo general, identificar el trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson, mediante revisión bibliográfica y análisis de caso para proponer un adecuado tratamiento psicológico.

Palabras clave: adulto mayor, enfermedad de Parkinson, Depresión, vejez.

ABSTRACT

Evelyn Dayana Anchundia Armijos
0706248655
eanchundia_est@utmachala.edu.ec

Old age is a period full of changes that produces uncertainty, sometimes sadness, sometimes it can come with deterioration of functioning, and as the years progress, more alterations in the quality of life of the individual are added. The elderly are vulnerable to various diseases and alterations in their mental health. It is common that, in people from 60 years of age, chronic diseases develop, such as Parkinson's disease, characterized by tremor, stiffness and postural instability.

The diagnosis of this pathology can interfere with the emotional stability of the patient, generating mood disorders that could range from sadness most of the day, to recurrent thoughts of death. As Parkinson's disease progresses, the associated symptoms intensify, improving the quality of life of the elderly. The psychological intervention that will be provided in this case must be adapted to the needs of the patient, in order to succeed. For this reason, the present work has as a general objective, to identify the depressive disorder due to Parkinson's disease, through literature review and case analysis to propose an adequate psychological treatment.

Keywords: elderly, Parkinson's disease, Depression, old age.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR. ANALISIS DE CASO CLINICO.....	5
CONCLUSIÓN.....	10
BIBLIOGRAFÍA	11
ANEXOS.....	13
ANEXO A	13
ANEXO B	14
ANEXO C	15

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso irreversible que afecta a las células que conforman los seres vivos, las cuales, con el paso del tiempo, llevan al declive del individuo. Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales son considerados como individuos vulnerables, debido al constante cambio al que se ven expuestos a nivel personal, económico, laboral, entorno familiar y comunitario (González Bernal y de la Fuente Anuncibay, 2014).

Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurodegenerativas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones (Organización Mundial de la Salud, 2017). Existen muchas enfermedades neurodegenerativas, sin embargo, la enfermedad de Parkinson es una de las más comunes, misma que, según Hurtado , Cardenas, Cardenas, y León, (2016) es una enfermedad que afecta al sistema nervioso central, presenta síntomas motores como temblor, rigidez e inestabilidad postural, entre otros síntomas no motores.

La enfermedad de Parkinson debido a la sintomatología física, fisiológica y emocional que produce en el individuo, está ligado a algunos trastornos mentales, como son demencia y depresión, los cuales, según la Organización Mundial de la Salud (2017) son los dos trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, dejando en claro que la salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa.

Los trastornos afectivos, en este caso la depresión, puede desarrollarse en las personas debido al sentimiento de soledad que se suele asociar a la falta de actividad y al aislamiento social; una persona mayor que se inactiva socialmente en algún momento, debido al impacto que produce la depresión, no solo presentaría deterioro funcional y físico, sino también, deterioro cognitivo y de la salud en general (Acosta Quiroz, et al, 2017).

A medida que la enfermedad avanza, los síntomas serán más fuertes y la depresión podría tener estragos aún más intensos, de tal manera, que es necesario tener una intervención tanto médica- farmacológica como psicológica; en psicología las terapias más utilizadas son: psicoterapia de apoyo, cognitiva conductual e interpersonal (Álvarez-Mon, Pereira, y Ortuño, 2017).

Por tal motivo, el presente trabajo tiene como objetivo general, identificar y describir el trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson, mediante revisión bibliográfica y análisis de caso para proponer un adecuado tratamiento psicológico. Así mismo, los objetivos específicos son: 1) descripción teórica del trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson (incluido los indicadores psicopatológicos y eje multiaxial) 2) elaboración de un plan terapéutico para el trastorno diagnosticado.

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

La vejez es considerada una etapa del ciclo de vida del ser humano, que empieza a partir de los 65 años y continúa hasta la muerte de la persona, en el cual, se experimentan un sinnúmero de cambios biopsicosociales, que dependen del estilo de vida que hayan vivido y estén cruzando en esta etapa, los mismos que influyen interminablemente en las diversas áreas de funcionamiento (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega, y Juárez-Lira, 2016). Cabe mencionar que “el envejecimiento es un proceso ante todo individual, diferenciando entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, que se conjugan en el envejecimiento individual” (González Bernal y de la Fuente Anuncibay, 2014, p. 122).

La edad cronológica del individuo no determina si una persona es vieja o no, sin embargo, a medida que a la persona va aumentando años de vida, se van presentando cambios en las estructuras tanto externas como internas, es por ello, que se producen alteraciones a nivel fisiológico, físico, psicológico, socioafectivos, laboral, entre otros (González Bernal y de la Fuente Anuncibay, 2014).

Las enfermedades crónicas degenerativas son las que más se encuentran en este grupo etario, teniendo como principales la hipertensión arterial, diabetes y patologías óseas; así como también, están las patologías neurodegenerativas como son la enfermedad de Parkinson, Alzheimer y Huntington que son comúnmente padecidas por ancianos (Cortés-Muñoz, Cardona-Arango, Segura-Cardona, y Garzón-Duque, 2016).

Martínez-Fernández. , Gasca-Salas , Sánchez-Ferro , y Obeso (2016) expresan que la enfermedad de Parkinson, es la segunda patología crónica neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Dicho padecimiento tiene tres indicadores patológicos que se ven marcados desde el inicio de la enfermedad, estos son: acinesia o lentitud de movimientos, temblor de reposo, rigidez e inestabilidad en la postura (Hurtado , Cardenas, Cardenas, y León, 2016).

Se podría decir que “la enfermedad de Parkinson afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento

del tono muscular y de la postura” (García Manzanares, Jiménez Navascués, Blanco Tobar, Navarro Martínez, y de Perosanz Calleja, 2018, p. 171).

Aunque no se conoce con exactitud cuál es la etiología, se cree que factores genéticos y ambientales podrían estar inmersos en la aparición de la misma (Hurtado , Cardenas, Cardenas, y León, 2016). Es importante tener mucho cuidado al momento de diagnosticar la enfermedad, ya 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 espalda encorvada.

Por lo tanto, es recomendable utilizar evaluaciones avanzadas como tomografías computarizadas y la resonancia magnética nuclear con el fin de conocer si la sintomatología está siendo producida por un trastorno estructural (García, Jiménez, Blanco, Navarro, y de Perosanz, 2018).

Berganzo K, et al (2016) en su estudio acerca de los síntomas de la enfermedad de Parkinson, dan a conocer la existencia de síntomas no motores relacionados a alteraciones en la salud mental de la persona, tales como, trastornos del sueño, trastornos cognitivos, trastornos del estado de ánimo (depresión) y en porcentaje mínimo, las disfunciones sexuales. Acotando a ello, Pezoa-Jares (2012) argumenta que al menos el 64,5% de los pacientes con Parkinson, presentan síntomas como: depresión, alucinaciones, ansiedad o psicosis.

La depresión es uno de los síntomas psicopatológicos más frecuentes en cuanto a la enfermedad de Parkinson se trata, teniendo una prevalencia de hasta 76%, es muy común que aparezca en la primera etapa de la enfermedad, ya que, está relacionado con la pérdida de la inervación dopaminérgica y noradrenérgica de componentes del sistema límbico (Pezoa-Jares, 2012).

Sales, Pardo Atiénzar, Mayordomo, Satorres- Pons, y Meléndez (2015) expresan que a nivel general, la población adulta mayor con sintomatología depresiva tiene una prevalencia de 10 a 15% , y va incrementando hasta un 46,5% 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).

Sentir tristeza, euforia o irritabilidad en ocasiones, es muy normal en los individuos, pero ¿cómo reconocer si estos sentimientos son “normales” o ya son síntomas que implicaría la presencia de un trastorno del estado de ánimo?, lo que diferencia una de la otra, es la intensidad y duración de la reacción, el nivel de interferencia que tiene en las actividades cotidianas, laborales, escolares o domésticas y la etiología (González, Martín, Sánchez, y Mirapeix, 2015).

Es así que, el DSM- V proporciona indicadores psicopatológicos a tener en consideración para asegurar es un trastorno depresivo, dentro de las pautas diagnósticas están: la presencia de síntomas como estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer, pérdida de peso, insomnio o hipersomnias, disminución de capacidad para pensar y concentrarse y también están los pensamientos de muerte recurrente (American Psychiatry Association, 2014).

Las pautas diagnósticas para trastorno depresivo que presenta el DSM V, no siempre van a ser aplicables a pacientes con enfermedad de Parkinson que presenten depresión, ya que los síntomas que destacan podrían no cumplir con los criterios establecidos (Pezoa-Jares, 2012).

Por lo tanto, la American Psychiatry Association (2014) en el DSM V aborda criterios diagnósticos para diagnosticar con trastorno depresivo debido a una afección médica (Enfermedad de Parkinson), debe cumplir con lo siguiente:

- (a) Un importante y persistente de estado de ánimo deprimido o de una disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico;
- (b) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica;
- (c) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental;
- (d) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium;
- (e) El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (pp. 180-181).

En los criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a una afección médica, pone énfasis en que la patología neurodegenerativa o cualquier condición médica que sea la

causa del trastorno mental o relacionada a ella, debe ser previamente diagnosticada por un profesional en el área, mediante las evaluaciones pertinentes.

La depresión se manifiesta de diferentes maneras, dependiendo de su forma clínica y subtipo concreto, con respecto a la detección propia y adecuada de la patología, el profesional debe considerar la realización de una exploración exhaustiva del estado mental del individuo, centrando su atención en “la exploración en las funciones cognitivas, el humor, la afectividad y los sentimientos, el pensamiento, la sensoropercepción, la conducta y los síntomas somáticos” (González, Martín, Sánchez, y Mirapeix, 2015, p. 5067).

Haciendo mención al caso, para tener un diagnóstico definitivo se ha considerado la realización de los ejes multiaxiales, mismos que, según el DSM IV-TR publicado por la American Psychiatric Association (2000) facilitan la evaluación de los trastornos mentales, enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales, a su vez que ayudan al profesional a definir cuál es el grado de afectación de la actividad global del individuo.

De manera que, tomando en cuenta la sintomatología evidenciada en el caso (tristeza, sentimientos de desesperanza, poco comunicativo, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para tomar decisiones, insomnio y deseos de morir) se podría decir que el diagnóstico definitivo es: 332.0 (G20) Parkinson; 293.83 (F06.31) Trastorno depresivo debido a enfermedad de Parkinson con características depresivas (eje I).

Es importante mencionar que el individuo no posee ningún diagnóstico en cuanto a trastornos de personalidad ni retraso mental (eje II), sin embargo, padece de 332.0 (G20) enfermedad de Parkinson, que es una afección médica confirmada por estudios realizados anteriormente (eje III).

Por otra parte, presenta problemas psicosociales y ambientales, que se manifiestan en conflictos con el grupo primario de apoyo debido a la enfermedad crónica que padece el individuo, que afecta a toda la familia; también se manifiesta en lo relativo al ambiente social, ya que, padece de deterioro de actividad social, aislamiento, prefiere estar en casa y se muestra poco comunicativo. (eje IV).

Por último, en base a la escala de la actividad global del individuo, se infiere que el individuo tiene una afectación de 51-60 que significa síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela (eje V).

Beck (1976 citado en Toro Tobar, Grajales- Giraldo, y Sarmiento Lopez, 2016) en su modelo cognitivo tradicional, manifiesta que en la depresión se ve afectada la triada cognitiva, la misma que distorsiona la interpretación acerca de sí mismo, de su futuro y de su entorno de manera negativa.

Cuijpers, Van Straten, Wamerdam y Smits (2008, citado en Sales, Pardo Atiénzar, Mayordomo, Satorres- Pons, y Meléndez, 2015) argumentan que existen estudios en los cuales se ha demostrado la eficacia de las intervenciones psicológicas frente al tratamiento farmacológico. Además, los efectos de las psicoterapias pueden demorar un poco más en observarse, sin embargo, tiene un resultado más duradero que el farmacológico; las psicoterapias más utilizadas en trastornos depresivos son: psicoterapia de apoyo, cognitiva conductual e interpersonal (Álvarez-Mon, Pereira, y Ortuño, 2017).

La terapia cognitiva conductual, permite el análisis y modificación de distorsiones cognitivas que se desarrollan en base a la percepción y procesamiento de la experiencia vivida anteriormente de la persona, estos generan esquemas cognitivos distorsionados, es por ello, que los pensamientos automáticos inadecuados, generan conductas inapropiadas y desencadenan un sinnúmero de emociones negativas (Álvarez-Mon, Pereira, y Ortuño, 2017).

Generalmente, una terapia orientada en el enfoque cognitivo conductual, tiene una duración mínima 15 – 20 sesiones dependiendo del grado de intensidad, en los casos más graves se planifica las sesiones dos veces por semana, por lo menos las 4 o 5 primeras semanas, luego ya se procede a disminuir las sesiones a 1 por semana durante lo que reste de tratamiento (Beck, Shaw, Rush, y Emery , 2010).

Ovelholser (2003, citado en Carrasco E., 2017) propone un modelo que divide el tratamiento en 3 etapas: la primera esta compuesta por la evaluación al paciente de todo el estado mental y la adherencia al tratamiento; la segunda etapa, tiene que ver

con la aplicación de las técnicas, es decir, la terapia activa en sí; y por último la tercera etapa comprende el programa de prevención de recaídas que es importante para culminar el plan de intervención.

La segunda etapa debe ir orientada a tratar ciertos aspectos importantes que se ven distorsionados en la depresión, como son: la actividad reducida del paciente, la perturbación del funcionamiento a nivel social, el inadecuado manejo de factores estresores, deficiencia en resolución de problemas, sesgos negativos y sobre todo la perspectiva negativa que tiene de sí mismo (Carrasco E., 2017).

En base al postulado de Beck et al (2010) algunas de las técnicas utilizadas en la intervención psicoterapéutica por los autores, son: programa de actividades, técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, entrenamiento en asertividad, role playing, registro de pensamientos inadecuados, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras.

Así mismo, se puede usar terapias complementarias, que permitan arraigar la eficacia del proceso de rehabilitación, como lo es la terapia ocupacional que ayuda a incrementar el bienestar mental y físico del paciente, a través de la vinculación del adulto mayor en actividades diarias que tengan un significado y ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor (Aravena, 2017).

CONCLUSIÓN

La depresión es un trastorno caracterizado por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, es propenso a desarrollarse en personas de todas las edades, sin embargo, es más frecuente en adultos mayores, debido a los cambios que vienen con el proceso de envejecimiento. Este trastorno se asocia al padecimiento de enfermedades crónicas como se evidencia en el caso práctico.

En base a los criterios diagnósticos del DSM V, se pudo evidenciar que los indicadores psicopatológicos que presenta el paciente, como son: tristeza en gran parte del día, sentimientos de desesperanza, falta de comunicación, aislamiento, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para tomar decisiones, insomnio y deseos de morir, producen inestabilidad emocional, deterioro en la funcionalidad y en ciertos casos, intensifican los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Se puede aplicar diversos enfoques terapéuticos para tratar la depresión, pero se recomienda utilizar la terapia cognitiva conductual, misma que, centra su atención en la modificación de los pensamientos automáticos que generan un comportamiento inadecuado. Las técnicas que se emplean en el adulto mayor deben ser elegidas dependiendo de las necesidades que tenga el paciente en relación a la enfermedad médica y psicológica, que pretendan mejorar la calidad de vida del individuo.

Las técnicas que se ha tomado en consideración en base al caso son: programa de actividades, reestructuración cognitiva, ensayo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, tareas asignadas graduales, dialogo dirigido consigo mismo, registro de pensamientos automáticos inadecuados y role playing.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Quiroz, C., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S., Vales García, J., & Rubio Rubio, L. (julio- diciembre de 2017). soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.
- Álvarez-Mon, M., Pereira, V., & Ortuño, C. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine*, 12(46), 2731-2742.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - IV- TR*. (4 ed.). Barcelona, España: Masson .
- American Psychiatry Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5 ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Aravena, J. M. (2017). Estrategias de terapia ocupacional para el abordaje de la depresión en personas mayores: una primera aproximación a partir de la evidencia. *UBO HEALTH JOURNAL*(1), 103-126. doi:DOI: 10.23854/07198698.20171Aravena108
- Beck, A., Shaw, B., Rush, A., & Emery , G. (2010). *terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). DESCLÉE DE BROWER, S.A.
- Berganzo K, Tijero B, Gonzalez- Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I., . . . Gómez- Esteban, J. (2016). Síntomas no motores y motores en la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos. *Neurología*, 31(9), 585—591. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.10.010
- Carrasco E., A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Cortés-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., & Garzón-Duque, M. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. *Revista de Salud Publica*, 18(2), 167-178. doi:http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n2.49237
- García Manzanares, M. C., Jiménez Navascués, M. L., Blanco Tobar, E., Navarro Martínez, M., & de Perosanz Calleja, M. (2018). Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos*, 29(4), 171-177.
- González Bernal, J., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-129.

- González Martínez, X., Martín Cabeza, M., Sánchez Pascual, M., & Mirapeix Bedia, I. (2015). trastornos del humor: trastornos depresivos. *Medicine*, *11*(85), 5064-5074.
- Hurtado , F., Cardenas, M. A., Cardenas, F., & León, L. A. (2016). la enfermedad de Parkinson: Etiología, tratamientos y factores preventivos. *Universitas Psychologica.*, *13*(5). doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.epet>.
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, *13*(3), 159-165. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ, R., GASCA-SALAS, C., SÁNCHEZ-FERRO, A., & OBESO, J. A. (2016). Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clin. Condes*, *27*(3), 363-379.
- Organizacion Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pezoa-Jares, R. (2012). Manifestaciones psiquiátricas en la enfermedad de Parkinson: a propósito de un caso. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, *11*(3), 116-122. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123j.pdf>
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres- Pons, E., & Meléndez, J. (2015). Efectos de la terapia cognitiva conductual sobre la depresion en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, *20*(2), 165-172. doi:10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170
- Toro Tobar, R., Grajales- Giraldo, F. L., & Sarmiento Lopez, J. C. (4 de Diciembre de 2016). Riesgo suicida segun la triada cognitiva, ideacion, desesperanza y depresión. *Aquichan*, *16*(4), 473- 486. doi:DOI: 10.5294/aqui.2016.16.4.6

ANEXOS

ANEXO A. CASO PRÀCTICO

Juan M. es un comerciante jubilado de 75 años de edad, después de jubilarse comenzó a laborar como conductor de su propio vehículo, sin embargo, hace dos años atrás empezó a preocuparse por su estado de salud cuando le temblaba la mano al apoyarse o tratar de sostener la marcha del vehículo. A raíz de este hecho, acudió a su médico, y tras las pertinentes pruebas, le diagnosticaron la enfermedad de Parkinson.

Juan tuvo que abandonar su trabajo ocasional de chofer, ya que los síntomas de la enfermedad iban en aumento impidiéndole realizar sus actividades habituales. Su esposa relata que a partir de su diagnóstico su estado de ánimo cambió, a lo largo de los últimos 8 meses, lo han notado triste en gran parte del día, con sentimientos de desesperanza, poco comunicativo, se aísla porque prefiere estar en casa, mantiene sentimientos de culpabilidad, incapacidad para tomar decisiones, insomnio y en varias ocasiones ha mencionado que desea morir, debido a que no puede realizar lo que solía hacer antes, el dolor de la enfermedad le impide disfrutar de su vejez junto a su familia.

ANEXO B. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: Trastornos clínicos u otros problemas de atención clínica

293.83 (F06.31) Trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson con características depresivas.

EJE II: Trastornos de personalidad y retraso mental (mecanismos de defensa)

Z03.2 [V71.09] ningún diagnóstico

EJE III: Afecciones medicas

G20 (332.0) Enfermedad de Parkinson

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (enfermedad crónica de un miembro de la familia que afecta a toda la familia)
- Problemas relativos al ambiente social (deterioro de actividad social, aislamiento, prefiere estar en casa, poco comunicativo)

EJE V: Evaluación de la actividad global

51-60 síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela).

ANEXO C.

PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICO – TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

PACIENTE: Juan C.

ENFOQUE TERAPÉUTICO: Cognitivo Conductual

OBJETIVO: Identificar y modificar los pensamientos negativos o distorsiones cognitivas y conductas erróneas propios de la sintomatología depresiva (tristeza, sentimientos de desesperanza, poco comunicativo, se aísla, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para tomar decisiones, insomnio y deseos de morir), mediante la aplicación de técnicas cognitivas conductuales con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor

SESIÓN # 1

TECNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	PROCEDIMIENTO
Psicoeducación	Proporcionar orientación al paciente y a la familia sobre el proceso de intervención clínica para el trastorno depresivo, con el fin de generar un compromiso por parte de ambas partes.	Se da la bienvenida al paciente y a la familia, se procede a dar la información necesaria acerca del trastorno depresivo relacionado a la enfermedad de Parkinson que posee el paciente, se despeja las dudas que puedan presentarse en cuanto a la intervención terapéutica. Durante la sesión se genera el rapport y se trata de generar un compromiso por parte de la familia- paciente para llegar a culminar el tratamiento con éxito. La sesión tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos.

SESIÓN # 2

TECNICA	OBJETIVO DE LA SESION	PROCEDIMIENTO
- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	Ayudar al paciente a identificar y reconocer cuales son las distorsiones cognitivas que posee y cuál	La técnica de reestructuración cognitiva nos va a permitir conocer cuáles son los esquemas cognitivos negativos automáticos que posee el paciente, una vez identificado ello, se lleva a la reflexión al paciente, haciendo que sea el mismo el que trate de aportar cual sería la mejor respuesta ante esta distorsión.

<p>- REGISTRO DE PENSAMIENTOS INADECUADOS.</p>	<p>es su manera de responder ante ellas, mediante la utilización del registro de pensamientos.</p>	<p>Esto se realizará por medio del registro de pensamientos que es un análisis funcional de conducta que evalúa 5 zonas que son: situación (desencadenante), pensamientos (¿Qué pienso acerca de lo que está pasando?), sentimientos (¿Qué siento?), conducta (¿Qué hago?) y consecuencias (¿cómo me encuentro después de haber actuado así?).</p>
--	--	--

SESIÓN # 3

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
<p>- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</p> <p>- TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO</p>	<p>Generar una reflexión en base a la tarea de registro de pensamientos y a su vez generar un cambio en cuanto a sus pensamientos automáticos negativos para tener una mejora en su respuesta conductual.</p>	<p>De acuerdo a la sesión anterior, se revisa los pensamientos automáticos negativos en el registro de pensamientos inadecuados y se orienta para que el paciente genere un proceso de cambio que es lo que se busca. Se le enviará al paciente como tarea para casa que utilice el termómetro del estado de ánimo, donde va a señalar todos los días su estado de ánimo al acostarse.</p>

SESIÓN # 4

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA 	<p>Evaluar de qué manera afecta los pensamientos negativos en el estado de ánimo del paciente</p>	<p>De acuerdo a la sesión anterior, se analiza junto con el paciente la tarea enviada a casa, donde se mostrará cómo afecta los pensamientos automáticos negativos en su estado de ánimo. Se le pregunta cómo se sintió llenándolo y si notó algún cambio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - PROGRAMA DE ACTIVIDADES 	<p>Realizar actividades programadas con la finalidad de disminuir la inactividad del paciente y aumentar su motivación.</p>	<p>Luego de ello, se realizará un cronograma de actividades que el paciente deberá realizar, con lo que se quiere motivar al individuo. En ellas va a calificar dos aspectos: dominio y agrado, cada vez que realice una tarea va a poner la calificación dependiendo de su percepción, si le gustó o no le gustó.</p>

SESIÓN # 5

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - PROGRAMA DE ACTIVIDADES 	<p>Evaluar las actividades planificadas en el cronograma.</p>	<p>Se analiza las tareas realizadas en casa, en base a la calificación que puso en las actividades, se pregunta el porqué de sus respuestas y se plantea un cuestionamiento que lleve a la reflexión al paciente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - RELAJACIÓN MUSCULAR DE JACOBSON 	<p>Proporcionar al paciente técnicas que le permitan relajarse y disminuir los pensamientos negativos automáticos.</p>	<p>Posterior a ello, sentaremos al paciente en una posición cómoda, para iniciar con la relajación muscular de Jacobson, esta técnica consiste en aprender a tensar y relajar los diferentes grupos de músculos del cuerpo, también le ayudará a disminuir la rigidez y tensión que presenta debido a la enfermedad de Parkinson.</p>

SESION # 6

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
- ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUALES - TIEMPO FUERA	Evaluar el comportamiento frente a situaciones más complejas. Disminuir la frecuencia de la aparición de pensamientos automáticos.	Se pregunta si aplico la relajación muscular en casa y cómo fue su experiencia. Se continúa evaluando las actividades realizadas durante la semana. Se realizará un nuevo cronograma en donde se tomarán en cuenta actividades más complejas de las ya ejecutadas durante la semana anterior. Se explica al paciente que cada vez que tenga pensamientos negativos o se sienta triste, se tome un tiempo fuera para recordar momentos agradables, haciéndole ver que el tiempo de cada persona es importante. Mínimo 1 minuto. Como tarea para casa llenar el termómetro del estado de ánimo.

SESIÓN # 7

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
DIÁLOGO CON UNO MISMO DIRIGIDO	Brindar al paciente un dialogo apropiado consigo mismo, para modificar sus pensamientos negativos de sí mismo.	El terapeuta enseña al paciente a centrarse en el habla consigo mismo, los diálogos erróneos, negativos se reemplazan por cogniciones positivas. Esta técnica comprende verbalizaciones para preparación, enfrentamiento, afrontamiento de sensaciones y refuerzo. Primero, el paciente tiene que centrarse en los requisitos conductuales, ¿Qué es lo que tengo que hacer? Se aborda el pensamiento negativo, se dirigen los pensamientos hacia auto verbalizaciones positivas, como Puedo enfrentarme a esto. Ya lo he hecho otras veces. ¡Triunfaré!. luego, se explica que cuando uno se enfrenta a un estímulo estresante es importante que el terapeuta enseñe al paciente, cuando éste se siente abrumado, a respirar y expulsar el aire lentamente conforme se concentra en el presente. Finalmente, el paciente debe realizar auto verbalizaciones afirmativas como: Fue más fácil de lo que pensaba. Estoy haciendo progresos. Me las arreglé bastante bien. Estoy funcionando bastante bien en esto

SESIÓN # 8

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
<p>ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD: Auto verbalizaciones y ensayo conductual.</p>	<p>Ayudar al paciente a reconocer las cosas positivas que posee.</p>	<p>Se explica en qué consistirá la técnica y se explica que en la mayoría de los pacientes con depresión la comunicación no es asertiva debido a la falta de autoestima, por lo que se trabajará con auto verbalizaciones, el paciente se dirá así mismo cosas positivas, por ejemplo: yo soy muy importante para mi familia, siempre se puede mejorar.</p> <p>Posterior a ello, se procederá a realizar una técnica de ensayo conductual, donde se le planteará una situación al paciente y este tendrá que llevar a la práctica las conductas o comportamientos que forman parte de la habilidad comunicativa y que previamente ha sido informada. Todo esto se realizará mediante la imaginación en el consultorio. Como tarea para casa llenar el termómetro del estado de ánimo.</p>

SESIÓN # 9

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
<p>ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD</p> <p>- ROLE PLAYING</p>	<p>Fomentar emociones adecuadas frente a una situación</p> <p>Formular situaciones en las que el paciente tenga que poner en práctica la comunicación asertiva.</p>	<p>Permite al paciente la expresión de manera asertiva de sus emociones, pensamientos, sin miedo a ser rechazado. Haciéndole entender que todos tenemos derecho a ser escuchados.</p> <p>Es una técnica que permite al paciente y terapeuta crear una situación donde se aplica lo aprendido en el proceso terapéutico. Como tarea para casa llenar el termómetro del estado de ánimo.</p>

SESIÓN # 10

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
ENTRENAMIENTO EN RESOLUCION DE PROBLEMAS.	Desarrollar en el paciente la habilidad para generar alternativas de solución de problemas.	Se explica en qué consistirá la técnica, hay que tomar en cuenta las emociones del paciente ya que pueden inhibir o facilitar la ejecución de solución de problemas. Se dividirá en dos sesiones, en esta primera parte se tomara en cuenta 3 de las 5 etapas que tiene la técnica: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el problema - Definir detalladamente el problema: se toma en cuenta que se quiere conseguir, por qué se quiere llegar a una solución y de donde apareció el problema. - Buscar posibles soluciones

SESIÓN # 11

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
ENTRENAMIENTO EN RESOLUCION DE PROBLEMAS.	Desarrollar en el paciente la habilidad para generar alternativas de solución de problemas.	Se continúa con la técnica anterior, en la segunda etapa que incluirá: <ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones: se elegirá una solución del listado hecho anteriormente, se tendrá en cuenta las preguntas ¿puedo ejecutar esta solución de manera óptima? ¿Logro mi objetivo con ella? - Puesta en práctica y verificación de la solución

SESIÓN # 12

TECNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
LISTA DE METAS INDIVIDUALES	Plantear metas a corto plazo que le permitan al paciente mantener la	El paciente junto al profesional deberá realizar una lista de metas a corto plazo, las cuales deben ser concretas y realistas, donde pondrá en práctica habilidades adquiridas en el tratamiento.

	mente puesta en un objetivo específico.	Hacer una lista de que le gustaría hacer en la semana y se le asignará prioridad a cada meta y las que tienen mayor prioridad son aquellas que elegiremos para cumplir durante la semana. Como tarea para casa se realizará un listado de metas que el paciente quiera cumplir a mediano y largo plazo.
--	---	--

SESIÓN # 13

TÉCNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	Repasar las técnicas e información aprendidas de las sesiones anteriores.	Se revisa brevemente el material educativo y los procedimientos cognitivos realizados durante el proceso terapéutico, haciéndole saber cuál fue el más ventajoso para el paciente. Repaso de la evolución que ha tenido por parte del profesional y se pide al paciente que describa su opinión en cuanto a los cambios que ha notado desde el inicio del tratamiento. Se identifican perturbaciones futuras debido a la posible reaparición de los síntomas, haciendo hincapié en que ahora tiene una perspectiva diferente para hacer frente al problema.