



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Comparación de ansiedad y depresión en Adultos
Mayores con y sin Parkinson**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica

Autora:

Juliana Estefanía Jiménez Tello

Directora:

Gladys Alexandra Bueno Pacheco

Cuenca - Ecuador

2024

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mi familia y mis amigas, quienes siempre estuvieron presentes para apoyarme. Dedico este trabajo a todos quienes enfrentan el desafío diario del Parkinson, en especial a María Elena por su fortaleza inquebrantable.

Agradecimiento

La gratitud es una virtud para los seres humanos por lo que estoy agradecida primeramente con mis padres quienes me han dado la oportunidad de crecer a nivel profesional y personal, a mi hermana que siempre supo ser mi pilar para seguir adelante. Así mismo, agradezco a la Asociación de Parkinson quienes abrieron sus puertas y me recibieron con mucho amor y acogida. Y en especial agradecimiento a mis tutores Alexandra y Sebastián.

Resumen

El Parkinson, al ser considerado el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente entre los adultos mayores, representa una población considerablemente vulnerable. Ahora bien, la ansiedad y la depresión son manifestaciones comunes dentro de esta población y se ven exacerbadas por la enfermedad de Parkinson (EP). La presente investigación, tiene como objetivo la comparación entre los niveles de ansiedad y depresión en la población de adultos mayores con y sin la enfermedad de Parkinson. Se aplicaron dos instrumentos psicométricos, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), para evaluar los síntomas ansiosos y depresivos con una muestra de 15 participantes que presenten un diagnóstico de EP y otra muestra de 15 participantes sin EP, con fines comparativos. Los resultados revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión ($p= 0.007$) y ansiedad ($p= 0.006$) en ambas muestras. Se concluye que, el estudio planteado encontró diferencias significativas que confirman, de acuerdo a lo planteado dentro de la teoría, que los niveles de ansiedad y depresión son mayores en personas con diagnóstico de Parkinson, en comparación con aquellas sin dicha enfermedad.

Palabras clave: adulto mayor, envejecimiento, ansiedad, depresión, enfermedad de Parkinson

Abstract

Parkinson's disease, being considered the second most common neurodegenerative disorder among older adults, represents a considerably vulnerable population. However, anxiety and depression are common manifestations within this population and are exacerbated by Parkinson's disease (PD). The present research aims to compare the levels of anxiety and depression in the population of older adults with and without Parkinson's disease. Two psychometric instruments, the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), were applied to assess anxious and depressive symptoms with a sample of 15 participants presenting a diagnosis of PD and another sample of 15 participants without PD, for comparative purposes. The results revealed the existence of statistically significant differences between the levels of depression ($p= 0.007$) and anxiety ($p= 0.006$) in both samples. It is concluded that the study found significant differences that confirm, according to the theory, that anxiety and depression levels are higher in people diagnosed with Parkinson's disease, compared to those without Parkinson's disease.

Key words: older adult, aging, anxiety, depression, Parkinson's disease

Tablas de contenidos

Dedicatoria.....	1
Agradecimiento.....	2
Resumen	1
Abstract.....	2
Tablas de contenidos.....	3
Índice de tablas.....	5
Índice de anexos	5
Introducción.....	6
Capítulo 1	8
Marco teórico y estado del arte.....	8
1.1. Envejecimiento normal y patológico.....	8
1.1.1 Envejecimiento normal	9
1.1.2 Envejecimiento patológico	11
1.2 Deterioro Cognitivo y Trastornos mentales en Adultos Mayores	12
1.3 Enfermedad de Parkinson.....	15
1.3.1 Funciones afectadas en la EP	17
1.4 Depresión y Parkinson.....	17
1.4.1 Conceptualización de los Trastornos Depresivos:	18
1.4.2 Relación entre Depresión y Parkinson:	20
1.5 Ansiedad en la enfermedad de Parkinson:.....	21
1.5.1 Conceptualización de la Ansiedad:	21
1.5.2 Relación entre Ansiedad y Parkinson:	22
Capítulo 2	24
Metodología.....	24

2.1 Participantes:	24
2.2 Instrumentos:	25
2.3 Análisis de Datos:	27
2.4 Procedimiento:	27
2.5 Beneficios y riesgos:	28
Capítulo 3	29
Resultados.....	29
Tabla 1	30
Tabla 2	31
Tabla 3	31
Tabla 4	31
3.1 Análisis de la comparación de resultados.....	32
Tabla 5	33
Tabla 6	33
Discusión	34
Conclusión	37
Recomendaciones	39
Referencias	41
Anexos.....	49

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la escala de ansiedad de Hamilton en personas con EP	30
Tabla 2 Resultados de la escala de ansiedad de Hamilton en personas sin EP	31
Tabla 3 Resultados de la escala de Depresión Geriátrica en personas con EP	31
Tabla 4 Resultados de la escala de Depresión Geriátrica en personas sin EP	31
Tabla 5 Resultados de la escala HARS entre EP y sin EP	33
Tabla 6 Resultados de la escala GDS entre EP y sin EP	33

Índice de anexos

Anexo 1 Escala de Depresión Geriátrica (GDS) versión 5 y 15 ítems	49
Anexo 2 Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).....	50
Anexo 3 Ficha sociodemográfica	51
Anexo 4 Declaración del Consentimiento informado (parte 1)	52
Anexo 5 Declaración del Consentimiento informado (parte 2)	53
Anexo 6 Entrevista	54

Introducción

Los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son altamente prevalentes, impactando a diversas poblaciones y a menudo manifestándose como consecuencias psicológicas en el contexto de enfermedades físicas (Organización Mundial de la Salud, 2022). La depresión afecta al 3,8 % de la población y el 4% padece actualmente un trastorno de ansiedad. Estos trastornos no solo tienden a aumentar en incidencia, sino que también coexisten con el deterioro cognitivo, particularmente en la población de adultos mayores, como es evidente en la enfermedad de Parkinson (OMS, 2023).

Ahora bien, el Parkinson es una de las afecciones neurodegenerativas más comunes en adultos mayores con una prevalencia mundial de más del 1% según Montalvo et al. (2017). Por otro lado, esta se caracteriza por afectar la regulación de movimientos, presentando síntomas como rigidez, temblor y discinesias; además de las dificultades motoras, la enfermedad impacta las emociones debido a la falta de neuronas dopaminérgicas (Bath et al., 2018). La complejidad del diagnóstico no presenta tan solo dificultad en términos de tratamiento y manejo del bienestar psicológico, sino que también añade un nivel de complejidad debido a la superposición de síntomas como la depresión y la ansiedad (Mejía, 2023).

La presente investigación busca comparar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con Parkinson y los niveles existentes en adultos mayores que no padezcan esta enfermedad neurodegenerativa. Este grupo poblacional, al ser mucho más vulnerable, tiende a desarrollar mayores índices de trastornos degenerativos del sistema nervioso, como las mencionadas anteriormente, siendo indispensable la adopción de medidas integrales enfocadas hacia mejorar su bienestar y calidad de vida. Todo esto con el fin de responder a la pregunta de investigación:

¿Existe variabilidad en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con Parkinson y en adultos mayores sin Parkinson?

El objetivo general que enfatiza el estudio es la comparación entre los niveles de ansiedad y depresión en la población de adultos mayores con y sin la enfermedad de Parkinson. Mientras que los objetivos específicos a tratar son, por un lado, identificar los síntomas depresivos en adultos mayores que presenten la enfermedad de Parkinson y en aquellos que no. A su vez, identificar los síntomas ansiosos en adultos mayores con y sin EP. Y en última instancia, comparar los síntomas depresivos y ansiosos entre los participantes.

Por lo tanto, la presente investigación consta de tres capítulos sobre el marco teórico, la metodología y los resultados. Dentro del primer capítulo, se construye a través de la revisión literaria, temas específicos sobre autores que respaldan la teoría que se desarrollará a continuación. El capítulo dos describe la metodología sobre el enfoque y los procedimientos que se seguirán dentro de la investigación, incluyen la descripción de los participantes que formarán parte de la muestra; así mismo el análisis de los datos en como va a estar planteados; el procedimiento y los beneficios y riesgos de la investigación.

Finalmente, el capítulo tres se enfoca en los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, el análisis de la comparación de datos sin interpretarlos a profundidad, se muestran los hallazgos planteados de forma organizada. Después se desarrolla la discusión, que abarca la interpretación de los resultados y como se conectan con la hipótesis inicial, los objetivos y el marco teórico. Y por último, las conclusiones sobre todo el trabajo planteado.

Capítulo 1

Marco teórico y estado del arte

1.1. Envejecimiento normal y patológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) menciona que desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de una acumulación de ciertos daños moleculares y celulares que provocan un descenso gradual de la capacidad física y mental de una persona. Ahora bien, el concepto que define Ardila y Rosselli (2019) incluye una serie de cambios fisiológicos en los seres humanos durante el proceso de envejecimiento, entre los cuales se presenta la modificación del funcionamiento cerebral. Este proceso de modificación está mediado por diversos factores biológicos, entre ellos la disfunción mitocondrial, el daño oxidativo y la degeneración neurológica. Sin embargo no se puede entender únicamente como un declive fisiológico, pues se involucra también aspectos sociales y psicológicos (dentro del cual se destacan los cambios cognoscitivos del lenguaje, la memoria, la percepción y la atención), que pueden representar ganancias importantes, como la acumulación de experiencia y sabiduría (Pinilla et al., 2021).

Los trastornos mentales en la vejez reflejan un alto nivel de importancia, de acuerdo con Castelo-Rivas et al. (2023), mediante una investigación en el país de Ecuador con 384 personas pertenecientes a Santo Domingo de los Colorados, encontró que el 47.9% de los sujetos de muestra presentaron ansiedad, el 33.3% depresión y el 29.4% demostró estrés. Las cifras fueron obtenidas por el instrumento de aplicación DASS-21. Este estudio constituye tan solo una parte de la población Ecuatoriana, sin embargo se destaca la necesidad de prestar mayor atención a dicha problemática sobre la salud mental en los adultos mayores.

La enfermedad de Parkinson que afecta, en su mayoría, a los adultos mayores de 60 años ha representado una situación considerable como lo expone Lafebre et al. (2024) en su estudio, la prevalencia de Parkinson podría aumentar por lo que el requerimiento de mejores condiciones de diagnóstico y atención pública sean eficaces. Como lo mencionan Bratta y Pineda (2023) la prevalencia de Parkinson en el Ecuador es de 243 casos por cada 100.000 habitantes que van desde los 61 hasta los 70 años y continúa aumentando.

1.1.1 Envejecimiento normal

Las etapas de vida se enfocan en una evolución progresiva, al llegar al punto del envejecimiento, las capacidades tanto físicas como psicológicas siguen presentes en cada sujeto. El cuerpo humano es cambiante, por lo que, a lo largo de los últimos años de la adultez se producen dichas modificaciones en cuanto a lo mencionado por Craig y Baucum (2009):

- Aspecto físico: aparecen canas en el cabello y barba, la piel vieja produce arrugas por falta de elasticidad. Algunos cambios en el aspecto físico de cada persona se pueden definir por sus factores genéticos.
- Los sentidos: la vista, oído, olfato son los más afectados durante el proceso de envejecimiento. Algunas personas experimentan dificultades para percibir y procesar los estímulos a su alrededor a través de su sistema sensorial. Sin embargo, esta no es una característica que se pueda generalizar para todos los individuos.
- Los músculos, movilidad y huesos: con el paso del tiempo, los músculos pierden peso, fuerza y resistencia. El funcionamiento muscular disminuye debido a cambios en la composición y estructura del esqueleto humano, como la reducción de altura por la compresión del cartílago en la columna vertebral, cambios en la postura y pérdida de calcio; esto produce que los huesos se vuelven más frágiles y porosos. Estas

características combinadas provocan que el movimiento en los adultos sea más lento y complejo.

- Órganos internos: el corazón, como músculo especializado, enfrenta desafíos durante el envejecimiento. El sistema cardiovascular presenta problemas por la reducción en la cantidad de sangre bombeada. A su vez, los pulmones también disminuyen su capacidad para captar oxígeno, lo que puede agravarse por el consumo de tabaco o la contaminación ambiental. Además, se destacan los cambios de temperatura en los adultos mayores como algo extremo.

Cuando se habla del proceso de envejecimiento, encontramos dos distintos tipos, según Sandoval (2018):

- Envejecimiento primario: se presentan cambios irreversibles que predisponen a cada ser humano a concluir con su ciclo de vida. Todo ser vivo experimenta un tipo de envejecimiento desde que nace.
- Envejecimiento secundario: se encaran cambios que se producen por patologías que pueden o no estar relacionadas con la edad, se pueden evitar o manejar.

La senectud, al igual que cualquier ciclo de vida, sigue un proceso natural influenciado por múltiples factores. Entre ellos, los hereditarios y ambientales que juegan un papel crucial en la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, y por ende, la calidad del proceso de envejecimiento (Craig y Baucum, 2009).

Sin embargo, como afirman Villegas y Bonilla (2023), existen factores causales que, a pesar de estar asociados con el envejecimiento, no necesariamente implican una pérdida significativa de funcionalidad, capacidad cognitiva, regulación conductual o habilidades sociales. Es en este

contexto donde surge el concepto de envejecimiento exitoso, que se define por la capacidad de las personas para mantener un alto nivel de bienestar físico, mental y social a lo largo de la vejez.

Por tanto, la senectud no tiene que ser sinónimo de deterioro. Si bien es un proceso inevitable, existen varias estrategias que se pueden implementar para potencializar las capacidades de cada individuo y así aumentar las probabilidades de alcanzar el concepto de envejecimiento exitoso, marcado por salud y satisfacción con la vida (Martina et al., 2019).

El deterioro cognitivo estará siempre presente en cada persona, sin embargo, cuando tomamos en cuenta la Reserva Cognitiva (RC) que se focaliza en la capacidad cognitiva de un cerebro para tolerar los efectos de una lesión o disfunción cerebral; la RC permite que la persona mantenga unas reservas neurales o una compensación neural. Es decir, mientras la persona se guíe en un estado saludable, una red estable de apoyo social y con un buen nivel de actividad física y cognitiva, le permitirá adaptarse a un estilo de vida saludable (Villegas y Bonilla, 2023).

1.1.2 Envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico se caracteriza por las alteraciones y pérdidas significativas en ciertas áreas del funcionamiento anatómico y fisiológico. Los factores de riesgo más importantes son: enfermedades cardiovasculares, trastornos del sueño, lesiones cerebrales traumáticas, entre otros (Villegas y Bonilla, 2023).

El proceso de envejecimiento puede dar lugar al desarrollo de efectos psicopatológicos que afectan la funcionalidad de la persona, como por ejemplo el Alzheimer y el Parkinson (Craig y Baucum, 2009).

La vejez es una etapa crucial del ciclo vital, que influye en el desarrollo y funcionamiento de cada ser humano. La edad tiene ciertos efectos sobre los órganos y sistemas del cuerpo, incluido el cerebro. Por lo que, en el caso del cerebro, el funcionamiento cognitivo puede verse afectado por alteraciones o patologías que surgen a lo largo de la vida, como la demencia, un trastorno común en un cerebro enfermo. No obstante, esto no implica que la edad sea el principal factor de riesgo para la aparición de dichas patologías; más bien, estas condiciones suelen ser causadas por enfermedades neurodegenerativas y no por el envejecimiento en sí mismo (Roa, 2023).

1.2 Deterioro Cognitivo y Trastornos mentales en Adultos Mayores

El deterioro cognitivo se desarrolla de forma patológica y que por lo general se desarrolla en las etapas finales de la vida, variando desde un deterioro leve hasta uno grave. En el primer caso, se van perdiendo ciertas habilidades y capacidades gradualmente. En el segundo, el deterioro grave está relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas, que pueden derivar de antecedentes familiares y factores genéticos. Esta condición afecta la capacidad de las personas para pensar, recordar y aprender, interfiriendo con las actividades diarias. Aunque es común que la memoria y otras habilidades cognitivas disminuyen con la edad, el deterioro cognitivo también puede ser causado por diversas enfermedades, como el Alzheimer, el accidente cerebrovascular y el Parkinson (Rodríguez et al., 2020).

El funcionamiento cognitivo en los adultos mayores tal y como lo señala Cancino et al. (2018), se enfocan en medir los distintos procesos cognitivos (lenguaje, atención, memoria, etc.), ha logrado incluir una variable enfocada en la Reserva Cognitiva. Esta se caracteriza principalmente por un rol activo del individuo en cuanto a su capacidad para optimizar el

rendimiento cognitivo y a su vez lograr responder a las demandas del entorno de forma eficiente y flexible. Se destacan variables como la escolaridad, el tipo de ocupación, el apoyo social, etc. Dentro del estudio se reporta que la asociación entre la depresión y cognición ha sido correlacionada en adultos mayores. La investigación demuestra que un alto nivel de reserva cognitiva y una fuerte fuente de apoyo social puede proteger contra el deterioro cognitivo asociado con la depresión.

Para Ávila (2023), las funciones cognitivas de los adultos mayores con EP se ven afectadas de manera significativa, siendo las alteraciones motoras las más observables. No obstante, diversas funciones cognitivas también se deterioran debido a la degeneración de las neuronas dopaminérgicas, lo que puede desencadenar un deterioro cognitivo leve. En ciertos casos, este deterioro se asocia con el desarrollo de trastornos mentales.

Los trastornos mentales con más incidencia en la senectud incluyen la depresión geriátrica, trastornos de ansiedad, demencia, trastornos de sueño, etc. Dichas condiciones reflejan un impacto significativo para la calidad de vida, funcionamiento diario y el bienestar emocional de los adultos mayores (Ávila, 2023).

Un trastorno mental tan importante como la depresión, ha sido considerado, desde un punto de vista geriátrico, como el más común que tiende a desarrollarse en la senectud, el mismo mantiene varios detonantes que se producen con el pasar de los años. Como se aprecia, factores como el deterioro progresivo de la salud, cambios en el rol social o económico, la falta de una red de apoyo que sostenga a la persona, entre otros. Cualquiera de aquellos factores agrava la salud y la calidad de vida del paciente, aumentando el riesgo de mortalidad (Ambriz et al., 2024).

Ávila (2023), sostiene que, con el paso del tiempo se producen cambios neurobiológicos en el cerebro, durante el envejecimiento patológico, los cuales involucran una reducción del

volumen cerebral, la baja eficiencia de neurotransmisión (alteraciones en neurotransmisores como: serotonina, dopamina y el ácido gamma-aminobutírico GABA) y cambios en el sistema de producción neuronal. Dichas modificaciones producen alteraciones en la regulación del estado de ánimo y cambios en el procesamiento cognitivo y emocional que a su vez, se incrementa el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos.

Las enfermedades neurodegenerativas se clasifican por sus características clínicas que poseen cada una y la predominancia que presentan. En el caso de existir un síndrome demencial, podemos hablar de la enfermedad de Alzheimer, que afecta principalmente a los hemisferios cerebrales; por otro lado tenemos un trastorno del movimiento y de la postura de una persona que refiere a la enfermedad de Parkinson, en donde la afección se encuentra en los ganglios basales; y finalmente la Esclerosis Múltiple que produce daños en el tracto nervioso (Paz, et al., 2023).

Dentro del estudio entablado por Shehata et al. (2024) se reveló que existe una estrecha relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson. En cuanto a sus resultados, se demostró que las personas que padecen EP, tienen un mayor grado de probabilidad de desarrollar síntomas depresivos y un deterioro cognitivo más progresivo en comparación con un grupo de control de adultos mayores sin la EP. Además, se observó que los daños cognitivos eran aún más significativos en comparación con pacientes que no sufrían de la enfermedad neurodegenerativa.

Para abordar la relación entre la ansiedad y la depresión en pacientes con EP, se logra destacar un enfoque neurofisiológico, se puede considerar la base fisiológica que subyace a estos síntomas no motores. Dentro de un estudio reciente, los registros invasivos de la corteza prefrontal evidencian que dichas patologías, de ansiedad y depresión, tienen una correlación directa con la actividad cerebral alterada en áreas específicas, lo que sugiere que no son

únicamente reacciones psicológicas, sino que también tienen una raíz neurobiológica que debe ser tomada en cuenta dentro del cuadro diagnóstico (Kalinderi et al., 2024).

1.3 Enfermedad de Parkinson

La enfermedad del Parkinson al ser el segundo trastorno neurodegenerativo más común, afecta de manera significativa a la regulación de movimientos en un individuo, esto se da por la carencia de producción de neuronas dopaminérgicas. Entre los síntomas que caracterizan a la enfermedad encontramos cuatro principales que son el temblor, la inestabilidad postural, rigidez muscular y lentitud motriz (Bhat, et. al., 2018).

El cuadro también presenta dificultades para emprender ciertas actividades espontáneas, para la resolución de problemas; dificultades en la memoria, percepción visoespacial y el lenguaje (Aleman et al., 2022).

El Parkinson como enfermedad neurodegenerativa, es crónica progresiva e incapacitante, mantiene su explicación fisiológica se enfoca en la “pérdida de neuronas productoras de dopamina en la sustancia negra compacta (SNpc) en el mesencéfalo y una acumulación excesiva de proteína neuronal llamada alfa sinucleína (α -Syn)” (Shehata, et. al., 2024, pp.6) que tiene una forma de complementaría intracelular en los cuerpos de Lewy (Cacabelos, 2017).

Al ser una enfermedad progresiva, genera un incremento de dificultades en cuanto al desarrollo de una cura, por consiguiente, se establece un tratamiento enfocado en la reducción de síntomas del Parkinson como la discinesia, la distonía dolorosa y la disartria (OMS, 2023).

De acuerdo con los síntomas no motores más significativos clínicamente en la enfermedad de Parkinson se encuentra la ansiedad, la depresión, fatiga, alteraciones del sueño y síntomas sensoriales. Incluso se llega a considerar un alto índice de pacientes que desarrollan

complicaciones psiquiátricas como la depresión mayor (Ketharanathan, et al., 2014) y la ansiedad (Kumar et al., 2020).

El Parkinson mantiene cinco etapas que fueron descritas por Hoehn y Yahr en 1967, de las cuales la primera representa la etapa inicial, la tercera es la etapa intermedia y la quinta es la etapa más avanzada, como lo menciona Duque (2024):

1. Primera etapa: síntomas leves que no interfieren de manera significativa en las actividades diarias.
2. Segunda etapa: los síntomas empiezan a aumentar, el temblor y la rigidez afectan ambos lados del cuerpo.
3. Tercera etapa: considerada la etapa media, se presenta una pérdida del equilibrio y los síntomas motores continúan empeorando.
4. Cuarta etapa: síntomas más desarrollados e incapacitantes, la persona necesita ayuda para poder caminar y desplazarse.
5. Quinta etapa: etapa avanzada y debilitante, se le hace imposible ponerse de pie o caminar.

Mejía (2023) demuestra la complejidad de la EP y cómo afecta la capacidad de los pacientes para desenvolverse de manera independiente. Los síntomas como los movimientos involuntarios, el temblor y el desequilibrio están fuera de su control, lo que dificulta su autonomía. Además, se observa una disparidad de género, con un mayor impacto en las mujeres.

Los hallazgos muestran que el 37,5% de los adultos mayores con enfermedad de Parkinson experimentan dificultades motrices, mientras que el 55% enfrenta síntomas

emocionales como la depresión. Estos resultados resaltan la importancia de implementar intervenciones que aborden tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la enfermedad.

1.3.1 Funciones afectadas en la EP

Las funciones afectadas según Parkinson's Foundation (2024) son:

- **Función ejecutiva:** frecuentemente personas con EP padecen de dificultades en cuanto a su capacidad para planificación, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio y solución de problemas. Dichas carencias se presentan como rigidez cognitiva, problema en la toma de decisiones, pensamiento enlentecido (Jones et al., 2020).
- **Memoria:** se encuentran dificultades en cuanto a la percepción, la capacidad de almacenar información y recordar eventos, aprender nuevas cosas, formar conceptos, entre otros.
- **Atención:** se dificulta la capacidad de prestar atención sostenida o dividida. Y esto puede verse provocado por la disfunción en las redes neuronales que incluyen el córtex prefrontal y áreas subcorticales (Pagonabarraga et al., 2012).
- **Lenguaje:** se desarrolla una dificultad para encontrar palabras adecuadas y se presenta un enlentecimiento de pensamiento, pues las personas con EP necesitan captar y entender los significados de las palabras de un diccionario.

1.4 Depresión y Parkinson

La alta prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con enfermedad de Parkinson resalta la vulnerabilidad de la población de adultos mayores. Un estudio realizado por Ketharanathan et al., (2014) reveló que más de la mitad de la muestra estudiada experimentaba depresión en un nivel moderado. Además, se identificaron varios factores de riesgo que pueden aumentar la aparición de estos síntomas depresivos, incluyendo el deterioro funcional, el estado

civil, el nivel educativo, la dependencia del cuidador y la presencia de enfermedades crónicas adicionales.

1.4.1 Conceptualización de los Trastornos Depresivos:

Los trastornos depresivos se dividen en subcategorías enfocadas en síntomas depresivos que son diferenciados por la duración, la etiología o la presentación temporal, sin embargo, se destaca un rasgo importante que es común para todos los trastornos el cual se basa en la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, a su vez estos se ven acompañados por cambios somáticos y cognitivos afectan de una manera significativa al funcionamiento diario del individuo (DSM-V, 2014).

Criterios Diagnósticos según el DSM-V (2014):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirantes, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La depresión es una condición muy común en la adultez, con el sentimiento de soledad como uno de los sentimientos predominantes en el estado de ánimo de quienes lo padecen. Este

trastorno causa un malestar significativo en cada sujeto, afectando varios aspectos de vida del individuo, como sus relaciones familiares (OMS, 2023).

La depresión es una condición muy común en la adultez, con el sentimiento de soledad como uno de los sentimientos predominantes en el estado de ánimo de quienes lo padecen. Este trastorno causa un malestar significativo en cada sujeto, afectando varios aspectos de vida del individuo, como sus relaciones familiares (OMS, 2023).

La sintomatología depresiva en personas mayores a menudo se interpreta como una pérdida de autocontrol sobre los propios sentimientos, lo que puede contribuir a la percepción de la edad como un factor incapacitante. Este proceso también puede llevar a una asociación entre el envejecimiento y los síntomas depresivos, confundiendo los propios desafíos de dicha etapa con síntomas de depresión (Fernández, 2020). A medida que las personas envejecen, pueden experimentar una disminución en su capacidad para manejar de manera independiente sus emociones, lo que las lleva a buscar apoyo externo (Polacsek, 2019).

1.4.2 Relación entre Depresión y Parkinson:

La depresión y la enfermedad de Parkinson mantienen un vínculo estrecho según Cummings (1972) puesto a que los síntomas depresivos se enlazan más a los pacientes con bradicinesia prominente. Asimismo, explora este fenómeno en relación con las fluctuaciones de los síntomas experimentados por las personas con EP, conocido como el fenómeno On-Off (Cummings, 1972). Durante la fase Off, en la cual los medicamentos no tienen efecto, las complicaciones motoras tienden a empeorar, lo que aumenta la probabilidad de experimentar síntomas depresivos (Mental Health and Substance, 2017). Esto se relaciona, a su vez, con las alteraciones en el funcionamiento cerebral, específicamente en una región llamada locus ceruleus, que sufre una extensa pérdida de neurotransmisores como la noradrenalina y la

dopamina, esenciales para regular el ánimo y la motivación. Como resultado, las personas afectadas desarrollan síntomas depresivos como la anhedonia, los sentimientos de desamparo y desesperanza, junto con un estado general de tristeza (Toro et al., 2010).

1.5 Ansiedad en la enfermedad de Parkinson:

La frecuente presencia de ansiedad en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), es una condición en la que se la considera común, pero a menudo es subdiagnosticada y subtratada. La prevalencia de la ansiedad en pacientes con EP es de un 50%. El objetivo de la investigación fue analizar el patrón de ansiedad en términos de su prevalencia y los factores de riesgo asociados. Por lo tanto, la ansiedad ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con EP, por lo que la detección y el tratamiento de la misma ayudará a mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias (Upneja et al., 2021).

1.5.1 Conceptualización de la Ansiedad:

La ansiedad se considera como un estado de aprensión, nerviosismo y preocupación o miedo por lo que pueda pasar en el futuro de una manera desproporcionada. Este estado de ansiedad se puede manifestar de diversas maneras como pensamientos intrusivos, sensaciones físicas de malestar, falta de foco atencional y problemas de sueño, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014).

Gómez (2023), considera que los desequilibrios en la serotonina, la noradrenalina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) pueden producir el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad (TA), de la misma forma menciona sobre la evidencia sobre los factores genéticos como otro factor que contribuye a la presencia de un TA.

De acuerdo a lo señalado por del Toro (2014), la ansiedad se estructura por niveles de composición que la desarrollan progresivamente:

A nivel cognitivo se manifiestan sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, indecisión, presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, entre otros.

A nivel fisiológico, constituye la activación de diferentes sistemas del organismo, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor. Así también como el sistema nervioso central, endocrino y finalmente el sistema inmune. Las alteraciones dentro de este nivel, se encuentran: aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración excesiva (manos principalmente), tensión muscular (espalda), espasmos musculares, sensaciones gastrointestinales, etc.

A nivel motor, los sujetos que padecen de ansiedad demuestran comportamientos y conductas claramente observables por las demás personas, como los es la hiperactividad, los movimientos repetitivos, atracones de alimentos o sustancias, llanto, quedarse en blanco, entre otros.

Por lo que, dentro de su etiología, se la considera como un síntoma psiquiátrico persistente en la vida de las personas, o incluso se puede desarrollar como consecuencia de una alteración en la homeostasis de los individuos (World Health Organization, 2023).

En este sentido, los trastornos de ansiedad como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Pánico, fobia social, etc. Dichos trastornos de ansiedad conllevan a un impacto significativo en cuanto a la calidad de vida del sujeto, asimismo a su capacidad de trabajar o estudiar, en sus relaciones interpersonales y en su salud física (Gómez, 2023).

1.5.2 Relación entre Ansiedad y Parkinson:

Los pacientes que presentan la enfermedad de Parkinson, son más propensos a padecer de ansiedad pues esta es una respuesta reactiva secundaria ante el diagnóstico de la EP. Se toma en cuenta la parte fisiológica, donde se recuerda que la dopamina también es liberada por las

neuronas serotoninérgicas, las cuales producen una estimulación para la producción de dopamina que desplaza la liberación de serotonina, a la cual se le puede atribuir la explicación del posible origen de la ansiedad, según Escobedo (2024). De la misma manera la dopamina: Es responsable de la inhibición de la tasa de activación de las neuronas del locus ceruleus y la deficiencia de dopamina en la EP da como resultado un aumento de la tasa de activación de este, lo que suprime la síntesis y liberación de las neuronas serotoninérgicas, elevando los niveles de ansiedad en la EP (Escobedo, 2024, pp 9-11).

En este sentido, la ansiedad se considera un síntoma temprano de la enfermedad de Parkinson y que coexiste con síntomas depresivos. Esta complicación produce que en conjunto con la EP se dé un cuadro de síntomas que se caracterizan por la sensación recurrente de preocupación excesiva, tensión muscular, desatención, cefaleas e insomnio (Kumar et al., 2020).

Se presenta una relación entre los síntomas motores de la EP y la ansiedad que se genera por las ideas anticipatorias sobre las dificultades motoras, pues desencadenan un comportamiento ansioso y viceversa (Upneja et al., 2021).

Capítulo 2

Metodología

La presente investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, de análisis descriptivo con un alcance comparativo y correlacional, de corte transversal.

2.1 Participantes:

Muestreo no probabilístico de 15 participantes adultos mayores con Parkinson que han sido referenciados al equipo de investigación por familiares o conocidos, y 15 participantes adultos mayores sin Parkinson seleccionados de forma aleatoria y voluntaria. El grupo control será equiparado a la cantidad de hombres y mujeres que se consigan con la EP.

Adultos mayores con Parkinson:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que presenten un diagnóstico neurológico de Parkinson, con un estadio de 1 al 3.
- Personas adultos mayores que participen voluntariamente en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
- Capacidad para comprender y completar los siguientes documentos: Declaración de Consentimiento Informado, la Ficha Sociodemográfica y los instrumentos psicométricos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de Demencia.
- Adultos mayores con disartria avanzada que no permita responder al cuestionario.
- Alto nivel de dificultad motriz.

Adultos mayores sin Parkinson:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que no presenten un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson
- Personas adultas mayores que participen voluntariamente en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
- Capacidad para comprender y completar los siguientes documentos: Declaración de Consentimiento Informado, la Ficha Sociodemográfica y los instrumentos psicométricos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de Demencia o deterioro cognitivo severo.
- Participantes que presenten un trastorno psiquiátrico severo.
- Adultos mayores con un historial de drogodependencia o alcoholismo.

2.2 Instrumentos:

- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) diseñada y publicada por Yesavage et al. en 1983, la versión larga constaba de 30 ítems y posteriormente se dió una versión reducida de 15 ítems publicada por Yesavage y Sheikh en 1986 con una versión de 5 ítems simplificada. Asimismo, la adaptación española fue editada por Martínez de la Iglesia et al. en el 2002 (Consejo General de la Psicología, 2021). Por lo tanto, dentro del estudio se plantea el uso de la escala 15 ítems de la adaptación española. La Escala (GDS) presenta una “consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional” (Gómez y Campo, 2011, p. 735). Ahora bien, para la aplicación del presente reactivo psicológico, tomamos en cuenta la población y explicamos el instrumento, en cuanto a su contenido y su forma de respuesta basada en escala dicotómica (SÍ o NO). Su contenido se enfoca en aspectos del estado del ánimo y el

comportamiento del adulto mayor, incluyendo sentimientos de tristeza, desesperanza, pérdida de interés, etc. Algunos ítems indican una respuesta afirmativa sobre la presencia de la depresión, mientras que otros señalan afirmaciones negativas que reflejan de igual manera depresión (Fernández, 2016).

- La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), publicada por Hamilton en 1959, ha sido la más común para su aplicación y evaluación de síntomas ansiosos en diversas poblaciones (Tellería, 2014). La versión válida, utilizada actualmente, es traducida al español por Lobo (2002) y según Arias et al. (2022) “la evaluación de la consistencia interna asegura una adecuada relación entre sus reactivos ($\alpha = 0,88$)” (p. 493). Con respecto al presente instrumento, las respuestas giran en torno a una sintomatología ansiosa, en cuanto a una escala likert: 0 (No presente) a 4 (Totalmente se presenta).
- Ficha sociodemográfica, fue construida por el autor de la actual investigación, con el fin de adquirir información personal relevante: edad, sexo, estado civil, años de diagnóstico, personas con las que viven.
- Entrevista estructurada, se enfoca por seguir el guion previamente diseñado, que incluye preguntas abiertas y cerradas formuladas por el investigador. Dichas preguntas tienen como propósito principal indagar y esclarecer el nivel de comprensión que los participantes tienen acerca de los conceptos de ansiedad y depresión. Asimismo, buscan identificar si los individuos han experimentado síntomas relacionados con estas condiciones y evaluar el impacto de estas en cuanto a su calidad de vida. De esta manera, la entrevista permite recopilar información detallada y organizada, facilitando un análisis integral y sistemático de las experiencias y percepciones de los entrevistados.

2.3 Análisis de Datos:

El procedimiento propuesto, con enfoque de Estadística Comparativa, giró en torno al análisis de los datos que buscaban constatar los objetivos planteados. Para ello, se llevó a cabo la selección de personas adultas mayores que padezcan de la enfermedad de Parkinson y adultos mayores que no la padezcan y que cumplan con los criterios de inclusión especificados. De esta manera, se administraron instrumentos psicológicos adecuados para los participantes, como parte de la investigación. Los datos recopilados fueron sometidos a un proceso de digitalización, codificación y análisis estadístico exhaustivo. Dichos resultados fueron comparados entre ambos grupos, estableciéndose no paramétricas (U de Mann Whitney) por la distribución de normalidad de los datos encontrados. Dentro de la comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva, se tomaron en cuenta las diferencias de sexo y edad.

2.4 Procedimiento:

Se dio inicio al proceso de investigación, primordialmente con la Aprobación de la Comisión de Ética de la institución correspondiente. Posteriormente se elaboró un marco teórico en donde constan los principales temas a tratar sobre el estudio. Logrados los primeros pasos, se contempló la fase metodológica sobre la aplicación de la entrevista y los instrumentos psicométricos.

Se procedió a brindar una exhaustiva explicación a los participantes voluntarios sobre la presente investigación, ofreciendo psicoeducación específica sobre la sintomatología de ansiedad y depresión. A posteriori, se realizó la recolección de datos informativos dentro de la ficha sociodemográfica para cada participante, subsiguiente a esto se presentó el consentimiento informado, que fue redactado de manera clara y concisa para el sujeto.

2.5 Beneficios y riesgos:

En el marco de la investigación, se llevará a cabo un riguroso proceso de reclutamiento y selección de participantes, con su respectiva documentación de consentimiento informado. Dada la vulnerabilidad de la población objetivo, adultos mayores, y la sensibilidad de los instrumentos utilizados para la detección de síntomas clínicos de malestar emocional, se les facilitará tres sesiones de terapia grupal, a cargo del equipo de investigación, para trabajar la ansiedad y depresión. Este beneficio busca compensar los posibles riesgos inherentes a su participación dentro del estudio. Dicha intervención terapéutica adicional garantizará, de igual manera, la promoción de su bienestar emocional.

Capítulo 3

Resultados

Se procede al análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos psicométricos para evaluar la ansiedad y la depresión, referidos en esta ocasión a un grupo poblacional de adultos mayores. La muestra está compuesta por 30 adultos mayores, divididos en dos grupos. El primero, incluye a 15 participantes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, con un rango de edad de 63 a 81 años ($\bar{x}= 69$, $SD= 7.44$), de los cuales 7 son hombres y 8 mujeres. Dichos pacientes presentan un estadio de Parkinson que varía entre los niveles 1 ($X= 45\%$), 2 ($X= 20\%$) y 3 ($X= 35\%$), con una duración de la enfermedad que oscila entre los 3 y 15 años desde el diagnóstico. El segundo grupo, conformado por 15 adultos mayores sin Parkinson, tiene una edad promedio de 61 a 88 años ($\bar{x}= 74$, $SD= 6.72$), de los cuales 6 son hombres y 9 son mujeres.

De acuerdo a la entrevista inicial que se realizó a los participantes, se obtuvieron datos como el estado civil y las personas con las que conviven actualmente. Dentro de la primera categoría, los participantes con EP presentan una distribución de 50% casados, 30% viudos y 20% divorciados; mientras que, los participantes sin EP, se mantienen en 45% viudos, 35% casados y 20% divorciados.

Dicho esto, las personas con las que conviven los participantes constan entre familia nuclear, hasta familia monoparental. El 50% de los participantes viven con su familia nuclear, el 20% con sus hijos o hijas, 10% solo, 15% con su pareja y el 5% con otros (nietos). Durante las entrevistas realizadas individualmente, se identificaron otras fuentes de apoyo, como amigos cercanos, vecinos u otros familiares lejanos que facilitan la conexión de los participantes con su entorno social.

Durante la psicoeducación sobre los trastornos mentales y los instrumentos psicométricos, al menos un 75% de los participantes con EP, manifestaron que tanto la sintomatología de ansiedad y de depresión se intensificaron cuando tuvieron el diagnóstico de la enfermedad.

Los siguientes datos que se obtuvieron fueron en relación a los temas centrales sobre la ansiedad y depresión, explicados durante la entrevista, con los cuales el 80% de los participantes con EP, han presentado al menos una vez, síntomas ansiosos relacionados a la anticipación sobre el temblor en una parte específica del cuerpo. Mientras que el 70% de adultos mayores sin EP han experimentado síntomas ansiosos ante una situación de la vida cotidiana, como la falta de seguridad o la anticipación a lo que puede suceder con su salud física. Por otro lado, los síntomas depresivos en ambas poblaciones, han demostrado que un 90% de ellos experimentan tristeza con respecto a su futuro y se relaciona con sentimientos de soledad, pero dicha situación se intensifica en el 35% de los participantes que son viudos.

La escala de ansiedad de Hamilton (HARS) considera el siguiente puntaje total: 17 o menos = ansiedad leve; 18-24 puntos = ansiedad moderada; 25-30 puntos = ansiedad severa; y, más de 30 puntos = ansiedad muy severa; punto de corte 5 como puntaje mínimo para considerar la presencia de sintomatología ansiosa.

Tabla 1

Tabla 1 Resultados de la escala de ansiedad de Hamilton en personas con EP

	N	%
Ansiedad leve	10	66.7
Ansiedad severa	3	20.0
Ansiedad muy severa	2	13.3

Los datos obtenidos mediante la escala de ansiedad de Hamilton, presentados en la Tabla 1, demuestran que el 33.3% de los participantes presentan un nivel de sintomatología ansiosa entre severa y muy severa.

Tabla 2*Tabla 2 Resultados de la escala de ansiedad de Hamilton en personas sin EP*

	N	%
No ansiedad	5	33.3
Ansiedad leve	6	40.0
Ansiedad severa	3	20.0
Ansiedad muy severa	1	6.7

En contraste, los resultados obtenidos de los participantes sin la enfermedad de Parkinson, demuestran que un 60% de los participantes presentan un nivel de sintomatología ansiosa, entre leve y muy severa, sin embargo tan solo el 6.7% manifestó una ansiedad muy severa.

A continuación, se detalla el puntaje bruto de la escala de Depresión Geriátrica (GDS), cuyos puntajes son los siguientes: 4 = normal, 8 = depresión leve, 10 = depresión moderada y 15 = depresión grave; con punto de corte 5 como mínimo para encaminar a una sintomatología depresiva.

Tabla 3*Tabla 3 Resultados de la escala de Depresión Geriátrica en personas con EP*

	N	%
Normal	4	26.7
Leve	10	66.7
Moderada	1	6.7

En cuanto a los puntajes obtenidos a partir de la Escala de Depresión Geriátrica, los participantes con enfermedad de Parkinson presentan los siguientes resultados; con el 66.7% quienes enfrentan una sintomatología depresiva leve y un 6.7% de la muestra que manifiesta una sintomatología depresiva moderada.

Tabla 4*Tabla 4 Resultados de la escala de Depresión Geriátrica en personas sin EP*

	N	%
Normal	11	73.3
Leve	4	26.7

Por otra parte, los participantes sin EP obtuvieron un 26.7%, lo cual representa una sintomatología depresiva leve dentro de la escala.

3.1 Análisis de la comparación de resultados

Se procede al análisis de la comparación de datos entre la escala de ansiedad de Hamilton (HARS) y la escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Tabla 5*Tabla 5 Resultados de la escala HARS entre EP y sin EP*

Variables		N	Mediana	<i>p</i>
HARS con EP	U Mann Whitney	15	23	0.006
HARS sin EP		15	9	

Tabla 6*Tabla 6 Resultados de la escala GDS entre EP y sin EP*

Variables		N	Mediana	<i>p</i>
GDS con EP	U Mann Whitney	15	6	0.007
GDS sin EP		15	3	

Los resultados de este estudio revelan disparidad en los niveles de ansiedad y depresión, entre los grupos de participantes con el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson y sin la misma. Específicamente, se obtiene una diferencia significativa en la escala de ansiedad de Hamilton ($p= 0.006$) la diferencia de medias es significativa, al igual que en la escala de Depresión Geriátrica ($p= 0.007$). Por consiguiente, ambas sintomatologías son significativas ($p > 0.05$).

Discusión

El Parkinson es una de las enfermedades neurodegenerativas, que genera un impacto significativo tanto a nivel físico como mental en las personas que lo padecen. El presente estudio tiene como objetivo comparar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin la enfermedad de Parkinson. Se analizan variables relacionadas con la sintomatología ansiosa y depresiva en esta población, evaluando si la presencia de Parkinson está asociada a un aumento o disminución significativa en dichos niveles en comparación con los adultos mayores que no presentan esta condición.

Por lo tanto, se obtiene un valor estadísticamente significativo enfocado en los niveles de ansiedad y depresión como dos puntos cardinales importantes para los pacientes con y sin enfermedad de Parkinson.

Al analizar ambas sintomatologías, es necesario diferenciarlas claramente entre los grupos de estudio. En el caso de la ansiedad, los pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) tienden a experimentarla anticipándose a la aparición de movimientos involuntarios, como el temblor en áreas específicas de su cuerpo (Kumar et al., 2020). Esta ansiedad puede estar directamente vinculada a la incertidumbre sobre el control motor. Por el contrario, los participantes sin EP asocian la ansiedad principalmente a situaciones de inseguridad en el hogar y a preocupaciones comunes, lo que genera pensamientos rumiantes en ellos. Dicho esto, mientras los participantes con EP vinculan su sintomatología ansiosa más estrechamente con los síntomas de la enfermedad, los pacientes sin EP la relacionan con factores externos y preocupaciones de la vida cotidiana (Upneja et al., 2021).

En cuanto a la depresión, las personas con EP la asocian frecuentemente con sentimientos de frustración y angustia debido a la pérdida de funcionalidad física, lo que disminuye su capacidad para disfrutar actividades que antes realizaban con normalidad (Álvarez y Rodríguez,

2023). La falta de una red de apoyo en algunos casos, agrava estos sentimientos, inmiscuyendo negativamente su bienestar emocional (Rodríguez, 2014). En cambio, los participantes sin EP relacionan la depresión principalmente con la soledad, especialmente debido a situaciones como la viudez o la sensación de aislamiento social que aumenta con los años (Rodríguez, 2009). Esta diferencia sugiere que, en el grupo con EP, la depresión está interconectada a la progresión de la enfermedad y la limitación funcional, mientras que en el grupo sin EP, se vincula más a factores psicosociales como la pérdida de seres queridos y la interacción social.

Ahora bien, en un estudio enfocado en la prevalencia de trastornos de la ansiedad en pacientes con Parkinson, logra respaldar la investigación, destacando que los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes en la EP, con una incidencia de hasta 49% en la muestra de participantes, en los cuales se identifican distintos tipos de ansiedad. Los principales son: trastorno de ansiedad generalizada, pánico y ansiedad social (Elefante et al., 2021).

Se resalta la alta prevalencia tanto de ansiedad como de depresión en pacientes con Parkinson como lo demuestra Upneja et al. (2021), el cual plantea en su investigación que, la ansiedad fue reportada en el 53.3% de los participantes que mantenían un diagnóstico de Parkinson, lo cual concuerda con nuestro presente estudio donde la ansiedad se mostró significativa.

El estudio realizado por Gómez et al. (2017) propone que aproximadamente el 67.2% de los participantes con enfermedad de Parkinson desarrollan síntomas depresivos en algún momento de la enfermedad, lo cual incrementa el nivel de desequilibrio emocional y un malestar en cuanto a su calidad de vida.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos con mayor prevalencia y frecuentemente se asocia con el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Por lo que, dentro del estudio formulado por Ketharanathan et al. (2014) se evidencia que los síntomas depresivos

afectan al 37.5% de las personas con EP dentro de su muestra y con una prevalencia mayor en estadios avanzados de la enfermedad.

Al analizar la calidad de vida de las personas con este diagnóstico, encontramos que Navarrete (2021) sitúa que los pacientes con diagnóstico de Parkinson son más susceptibles a experimentar un deterioro significativo en su calidad de vida, no solo a nivel físico (dificultades con la movilidad, rigidez muscular y enlentecimiento), sino también en su autonomía.

La pérdida de independencia en actividades cotidianas puede estar relacionada con la aparición de síntomas depresivos. Este deterioro, se asocia frecuentemente con niveles moderados de depresión en los pacientes evaluados, como un posible efecto del diagnóstico de EP (Navarrete, 2021).

La enfermedad de Parkinson presenta cambios neuroquímicos dentro del cerebro de la persona, que pueden provocar el desarrollo de la ansiedad. Desde la dimensión fisiológica, podemos apreciar que el cambio a nivel cerebral subyace en algunos síntomas no motores, como es el caso de dos patologías principales, la ansiedad y la depresión. Dichas sintomatologías enlazan una correlación con la actividad cerebral que se altera en áreas específicas, lo que sugiere que no son únicamente reacciones psicológicas, sino que también tienen una raíz neurológica que debe ser tomada en cuenta dentro del cuadro diagnóstico (Kalinderi et al., 2024).

Los resultados obtenidos dentro de este estudio, sugieren que, si bien la depresión y la ansiedad están presentes en ambas poblaciones, ambas sintomatología se manifiestan como un marcador clínico más distintivo en los pacientes con EP, ya que en esta patología los factores biológicos juegan un papel crucial en la aparición de síntomas ansiosos, mientras que la depresión se relaciona con la pérdida de funcionalidad dentro de este diagnóstico.

Conclusión

Este estudio concluye que, en el envejecimiento se presentaron alteraciones y pérdidas significativas en cuanto al funcionamiento anatómico y fisiológico, el mismo que puede predisponer al desarrollo de efectos psicopatológicos que afectan la funcionalidad de la persona. En este contexto, la enfermedad neurodegenerativa del Parkinson es un claro ejemplo de cómo el proceso de senectud puede crear un nexo de condiciones que deterioran tanto las capacidades motoras como cognitivas.

Por consiguiente, los cambios impactan tanto al control motor como al bienestar emocional y psicológico del individuo, como se establece con la sintomatología ansiosa y depresiva, frente a los adultos mayores que no presentan el diagnóstico de Parkinson. Al considerar los trastornos mentales en la senectud, se ha logrado evidenciar que existe una relación con aspectos como el deterioro progresivo de la salud, como la EP y la ausencia de una red de apoyo sólida

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los síntomas depresivos y ansiosos en adultos mayores que presenten la enfermedad de Parkinson y en aquellos que no, para su posterior comparación entre muestras. Dicho procedimiento, demostró una diferencia significativa en ambos grupos de participantes, en donde la sintomatología ansiosa difiere en personas con diagnóstico de Parkinson asociándolo a la presencia de síntomas motores propios de la EP, mientras que la ansiedad en los participantes sin EP lo vincula con preocupaciones cotidianas. Por otro lado, los participantes con EP manifestaron sentimientos de frustración y tristeza que se manifiestan por la pérdida de funcionalidad y autonomía, mientras que, los adultos mayores sin EP asocian los síntomas depresivos a la soledad, en especial aquellos que se encontraban en la viudez.

Los hallazgos planteados dentro de este estudio demuestran que, tanto los síntomas motores, como los aspectos emocionales dentro del Parkinson son factores desencadenantes para el manejo de la enfermedad. Como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento no se puede vincular con la aparición del diagnóstico de EP, pues no se conoce aún la causa específica del origen de la enfermedad.

En conclusión, el presente estudio contribuye al entendimiento de las diferencias emocionales entre adultos mayores con y sin Parkinson, demostrando que tanto la ansiedad como la depresión se intensifican con la aparición de la enfermedad. Se resalta la necesidad de adoptar enfoques terapéuticos integrales que incluyan, no solo el tratamiento a nivel físico, sino también un abordaje de necesidades psicológicas de los pacientes, con el fin de promover una mejor calidad de vida.

Recomendaciones

A pesar de las limitaciones del estudio, en cuanto al tamaño reducido de la muestra y la falta de control sobre las variables externas, los resultados obtenidos han logrado proporcionar una base para futuras investigaciones, por lo tanto se consideran las siguientes recomendaciones:

Desarrollar investigaciones futuras que puedan ampliar la muestra, donde se dé la continuación de este estudio, que se logre complementar más información y el análisis de datos que logre profundizar la diferencia en cuanto a los estadios de la Enfermedad de Parkinson, como desarrollan las sintomatologías y en qué nivel se ve más afectada la persona con dicho diagnóstico.

Crear un estudio longitudinal, que permita un seguimiento exhaustivo de la evolución de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con Parkinson, contemplando cómo se intensifican a medida que avanza la enfermedad. Dado que la manifestación de dichos síntomas varía significativamente entre las diferentes etapas de Parkinson, por lo que es crucial analizar las diferencias entre la fase inicial hasta las avanzadas. Con esto se logrará identificar patrones de agravamiento y ajustar las intervenciones terapéuticas para hacerlas más precisas, mejorando el bienestar del paciente.

Es fundamental establecer una evaluación más detallada del impacto que mantiene el apoyo social en las personas con Parkinson, ya que dicha red que sostengan pueda desempeñar un papel clave en mejorar su calidad de vida. Puesto a que el apoyo social no solo permite a una persona sentirse acompañada, sino también ayuda a reducir el estrés y la ansiedad asociados a la enfermedad, a su vez puede contribuir a un mejor manejo de los síntomas, favorece el bienestar emocional y promueve una mayor participación del paciente en actividades diarias.

Implementar intervenciones grupales dirigidas a abordar las necesidades emocionales en ambos grupos. Para los participantes sin EP, sería recomendable organizar grupos de terapia

centrados en temas como la soledad en la adultez tardía y la viudez. Estas intervenciones podrían proporcionar un espacio de apoyo donde los participantes compartan experiencias y se sientan identificados, aprendan estrategias de afrontamiento y que alimenten su red social que los ayude a contribuir con la mejora de su bienestar emocional y se logre reducir los efectos negativos de las situaciones estresantes. Posterior a ello, evaluar el impacto de dichas intervenciones.

Se propone crear espacios focalizados en pacientes con etapas avanzadas de Parkinson, que enfrenten mayores dificultades y requieran asistencia más intensiva. Dichas etapas van a requerir un tipo de intervenciones más adaptadas que logren incluir el apoyo físico como emocional, terapias que se centren en un enfoque integral ante las necesidades complejas. Es importante también brindar apoyo a los cuidadores, a quienes también afecta la situación de la enfermedad.

Referencias

- Alemán P., S. L., Montero B., C. X., Díaz R., E. X., y Jarro S., C. M. (2022). Enfermedad de Parkinson. Diagnóstico y tratamiento. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 6(2), 250-266. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.250-266](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.250-266)
- Alvarez L., H. R., y Rodríguez M., L. (2023). La depresión en pacientes con Enfermedad de Parkinson Idiopática. *Acta Médica del Centro*, 17(4), 704-716. <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v17n4/2709-7927-amdc-17-04-704.pdf>
- Ambriz C., E. A., Pelayo L., A., Haro A., M. E., y Ayala F., R. I. (2024). Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados. *Archivos en Medicina Familiar*, 26(4), 181-184.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2019). Neuropsicología clínica (2a ed.). México: Manual Moderno. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/72305c917dc9387e304cf9e9e8cc518a.pdf>
- Arias, P. R., Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., y García, F. E. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 20(2), 273-287. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Ávila F., D. X. (2023). Psicopatología del Adulto Mayor. En Flores, J., Ávila, D., Gómez, A., Grijalva, J., y Pazmiño, J. (Eds.), *Temas selectos en Salud Mental: Tomo 2* (pp. 31-45). <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-88-9>

- Bhat, S., Acharya, U. R., Hagiwara, Y., Dadmehr, N., y Adeli, H. (2018). Parkinson's disease: Cause factors, measurable indicators, and early diagnosis. *Computers in biology and medicine*, 102, 234-241
- Bratta, D., y Pineda, Y. (2023). Características de los trastornos no motores en pacientes con enfermedad de parkinson. Una revisión narrativa. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud Gicos*, 8(3), 122-132. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/DiegoBratta/publication/374921137_Articulo_de_Revision_Characteristics_of_nonmotor_disorders_in_patients_with_parkinson's_disease_A_narrative_review/links/6536b5bd5d51a8012b67a4ed/Articulo-de-Revision-Characteristics
- Cacabelos, R. (2017). Parkinson's disease: from pathogenesis to pharmacogenomics. *International journal of molecular sciences*, 18(3), 551.
- Cancino, M., Rehbein F., L., y Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Rev Med Chile*, 146, 315-322.
- Castelo R., W. P., Macas O., B. D., González A., N. D., Castro V., M. J., y Castro V., T. N. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(3). <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
- Cerezo, K. (2023). Envejecimiento normal y patológico: Estimulación cognitiva de las actividades de la vida diaria en el deterioro cognitivo leve. En Téllez A., M. B, Hernández G., A y Villa R., M. A. (Eds.), *Asociación Mexicana de Neuropsicología* (pp. 317-327).
- Consejo General de la Psicología. (2021). Evaluación de Escala de Depresión Geriátrica (GDS). https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/GDS_evaluacion_COP.pdf
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico* (9na ed.). México: Pearson Educación. <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf>

Cummings, J. L. (1992) Depression and Parkinson' disease: A review. *Am J Psychiatry*, 149(4): 443-54.

del Toro A., A. Y., González C., M. A., Arce G., D. L., Reinoso O., M., y Reina C., L. M. (2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *MEDISAN*, 18(10), 1419-1429. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012&lng=es&tlng=es.

Duque, K. (2024). Etapas de Parkinson. Parkinson's Foundation.

<https://www.parkinson.org/espanol/entendiendo-parkinson/que-es-parkinson/etapas>

Escobedo F., H. C. (2024). *Factores de riesgo asociados a ansiedad en pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<https://hdl.handle.net/20.500.12773/17439>

Fernández Tolentino, C. L. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de depresión geriátrica en los programas integrales del adulto mayor de Trujillo [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/262/fernandez_tc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fernández G., M. J. (2020). Psicopatología en el adulto mayor: no todo es demencia. *Studia*

Zamorense, 20(19), 67-81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718183>

Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas*

Psychologica, 10(3), 735-743.

Gómez G., A. S. (2023). Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo. En Flores, J., Ávila, D., Gómez, A., Grijalva, J., y Pazmiño, J. (Eds.), *Temas selectos en Salud Mental: Tomo 2* (pp. 45-59). <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-88-9>

Jones, S., Torsney, K., Scourfield, L., Berryman, K., y Henderson, E. (2020). Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease: aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych Advances*, 26(6), 333–342. doi:10.1192/bja.2019.79

Kalinderi, K., Papaliagkas, V., y Fidani, L. (2024). Current genetic data on depression and anxiety in Parkinson's disease patients. *Parkinsonism & Related Disorders*, 118. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105922>.

Ketharanathan, T., Hanwella, R., Weerasundera, R., & de Silva, V. A. (2014). Major depressive disorder in Parkinson's disease: A cross-sectional study from Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 14, Article 278. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0278-8>

Kumar, N., Gupta, R., Kumar, H., Mehta, S., Rajan, R., Kumar, D., Kandadai, R., Desai, S., Wadia, P., Basu, P., Mondal, B., Sanchita, Rawat, A., Meka, S., Mishal, B., Prashanth, L., Srivastava, A. y Goyal, V. (2020). Impact of home confinement during COVID-19 pandemic on Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 80, 32-34.

Lafebre J., E. J., Asuma B., C. L., Peñafiel M., J. S., y Lajones I., K. A. (2024). Incidencia de la enfermedad de Parkinson en Ecuador. *Revista Científica*, 10(1), 170-186. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v10i1.3708>

Martina, M., Amemiya, I., Psicoya, J., Pereyra, H. y Moreno, Z. (2019). Percepción del envejecimiento exitoso en docentes de una facultad de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 167-172. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16411>

Mejía Betancourth, K. M. (2023). Consecuencias Neuropsicológicas del Parkinson. *Revista*

Académica Sociedad Del Conocimiento Cunzac, 3(1), 135–142. DOI:

<https://doi.org/10.46780/sociedadcunzac.v3i1.73>

Mental Health and Substance Use (MSD). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

Montalvo H., J. P., Montalvo P., P. S., Alvear T., L. E., Intriago M., E. R. y Moreira V., D. V. (2017). Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson: Estudio Puerta-Puerta en la Provincia de Manabí-Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(1), 23-26.

OMS. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

OMS. (2022). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Enfermedad de Parkinson*.

<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11)*. Recuperado de:

https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf

Pagonabarraga J, Kulisevsky J. (2012). Cognitive impairment and dementia in Parkinson's disease.

Neurobiol Dis. 46(3), 590-6. doi: 10.1016/j.nbd.2012.03.029.

Parkinson's Foundation. (2024). *La Cognición y el Parkinson*.

<https://www.parkinson.org/library/espanol/fact-sheets/cognicion>

Paz, H., Carrasco, M., Mamani, R., Velarde, J., Patón, D., Quispe, T. y Amaru, R. (2023). Terapia celular en enfermedades neurodegenerativas: Una opción de tratamiento innovadora.

Revista Médica La Paz, 29(2), 44-50. Recuperado de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200044&lng=es&tlng=es.

Parkinson's Foundation. (2024). *La Cognición y el Parkinson*.

<https://www.parkinson.org/library/espanol/fact-sheets/cognicion>

Pinilla C., M. A., Ortiz A., M. A., y Suárez-Escudero, J. C. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros de día. Revisión de tema. *Salud Uninorte*, 37(2), 488-505.

<http://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>

Polacsek, M., Boardman, G. H., y McCann, T. V. (2019): Factors influencing self-management of depression in older adults: a qualitative study, *Aging & Mental Health*. DOI:

10.1080/13607863.2018.1562538

Roa R., P. A. (2023). Desde el envejecimiento cognitivo exitoso hasta la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores mexicanos: breve revisión. En Téllez A., M. B, Hernández G., A y Villa R., M. A. (Eds.), *Asociación Mexicana de Neuropsicología* (pp. 352-362).

Rodríguez M., M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>

Rodríguez G., F. E., Díaz D., A. F., y Caro R., P. A. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 15(26), 37-43. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>

Rodríguez S., M. I. (2014). *Redes de apoyo social y Calidad de vida en el Adulto Mayor con Enfermedad de Parkinson adscrito al H.G.R con Unidad de Medicina Familiar 220 GRAL. Vicente Villada*. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México. <https://core.ac.uk/download/pdf/55519752.pdf>

Sandoval M., A. S. (2018). *Psicología del Desarrollo Humano II Compilación: Desarrollo Físico y Envejecimiento* (pp. 167-189).

https://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/6to_SEMESTRE/64_Psicologia_del_Developmento_Humano_II.pdf

Shehata, G. A., Farweez, H. M., Ali, A. M., Hassan, H. S., Tohamy, A. M., Mostafa, M., y Gaber, D. E. (2024). Impact of Parkinsonism comorbid depression on cognitive functions. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 60(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1186/s41983-024-00813-z>

Tellería G., C. E. (2014). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en Pacientes con Diabetes Gestacional Previa: Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. *Comunidad y Salud*, 12(2), 62-72.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000200009&lng=es&tlng=es.

Toro, R. J., Yepes, L. E., Palacio, C. A. (2010). Capítulo 35: Gerontopsiquiatría. En C. Rodríguez y J. Téllez (Eds), *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría* (pp, 460-482). Corporación para investigaciones biológicas.

https://www.academia.edu/61311867/Fundamentos_de_Medicina_Psiquiatria_5a_Edicion_booksmedicos

Upneja, A., Birinder, P., Dinesh, J., Rupesh, C., y Gunchan, P. (2021) Anxiety in Parkinson's Disease: Correlation with Depression and Quality of life. *Journal Neurosci Rural Pract*, 12(02), 323-328.

Valadez, V., Juárez, K., Padilla, E., Díaz, N.F., Guerra, J.R. y Díaz M., N.E. (2023). Parkinson's disease: an update on preclinical studies of induced pluripotent stem cells. *Sociedad Española de Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.01.005>

Villegas M., D. A. y Bonilla, J. (2023). Envejecimiento normal y patológico: Aportaciones e investigación neuropsicológica sobre el adulto mayor en el noroeste. En Téllez A., M. B,

Hernández G., A y Villa R., M. A. (Eds.), Asociación Mexicana de Neuropsicología (pp. 331-345).

World Health Organization. (2023). Anxiety Disorders. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Yesavage, J. A. & Sheikh, J. I., (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.

Anexos

Anexo 1 Escala de Depresión Geriátrica (GDS) versión 5 y 15 ítems

6.2.3. Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)

2

Versiones de 5 y 15 ítems		
1. ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SÍ	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	SÍ	NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SÍ	NO
6. ¿Teme que le pase algo?	SÍ	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SÍ	NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	SÍ	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SÍ	NO
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	SÍ	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SÍ	NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SÍ	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ	NO
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ	NO

Versiones de De Dios y cols.
En negrita se indican las preguntas de la versión de 5 ítems.

Anexo 2 Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Nombre:..... Edad: Sexo Fecha:.....

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Puntuación total: _____

*Anexo 3 Ficha sociodemográfica***Ficha Sociodemográfica****Información Personal:**

Nombre completo: _____

Edad: _____

Género: _____

Estado Civil: Soltero(a)____ Casado(a)____ Divorciado(a)____ Viudo(a)____ Otro____

Años de Diagnóstico: _____

Estadio de Parkinson: _____

Personas con las que vive:

_____**Información de Contacto:** _____**Observaciones Adicionales:**_____

Anexo 4 Declaración del Consentimiento informado (parte 1)



**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN**

Título del Estudio: Comparación entre niveles de ansiedad y depresión en personas Adultos Mayores con y sin Parkinson

Investigadores: Ph D. Gladys Alexandra Bueno Pacheco y Juliana Estefanía Jiménez Tello

Fecha de inicio: 27/03/2024

Fecha de finalización: 12/04/2024

Yo, _____, declaro que he sido informado y comprendo los siguientes aspectos relacionados con mi participación en el estudio mencionado anteriormente:

1. Entiendo que este estudio tiene como objetivo investigar los síntomas de depresión y ansiedad en personas adultas mayores.
2. Me han explicado detalladamente la aplicación de tests que se llevará a cabo durante mi participación en el estudio.
3. Comprendo que toda la información recopilada durante el estudio será tratada de forma confidencial. Mi nombre y cualquier otro dato identificativo no serán divulgados en ninguna publicación resultante del estudio.
4. Soy consciente de que mi participación en este estudio es voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin sufrir ninguna consecuencia negativa.

Anexo 5 Declaración del Consentimiento informado (parte 2)

5. Se me ha proporcionado la información de contacto del investigador principal, así como cualquier otro contacto relevante para preguntas o inquietudes relacionadas con el estudio.

6. Autorizo el uso de los datos recopilados durante mi participación en este estudio para fines de investigación, siempre manteniendo mi anonimato.

7. Confirmando que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y que todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Entiendo los términos y condiciones del estudio y consiento voluntariamente en participar.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Participante: _____

Firma del Investigador: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Investigador: _____

Anexo 6 Entrevista

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

¿Sabe usted que es la ansiedad?

¿Sabe usted que es la depresión?

Se da inicio al proceso de psicoeducación sobre los temas a abordar de las sintomatologías de Ansiedad y Depresión, para mejor entendimiento de los conceptos psicológicos.

¿Alguna vez ha presenciado dichos síntomas ansiosos o depresivos?

¿Cómo se han presentado?
