

ARTÍCULO ORIGINAL

La depresión en pacientes con Enfermedad de Parkinson Idiopática

Humberto Raúl Álvarez Luna^{1*} , Leonardo Rodríguez Méndez² 

¹Hospital Provincial Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Humberto Raúl Álvarez Luna. humbertoal@infomed.sld.cu

Recibido: 23/05/2023 - Aprobado: 21/09/2023

RESUMEN

Introducción: la depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más común entre las personas que padecen la enfermedad de Parkinson y su prevalencia oscila entre el 2,7% y el 90%.

Objetivo: establecer la relación entre la intensidad de los síntomas depresivos, la gravedad de los signos motores y la disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Neurología en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática que residían en los Municipios de Santo Domingo y Santa Clara, de la Provincia de Villa Clara, de enero de 2017 a enero de 2019; la muestra quedó constituida por 35 pacientes. El programa Statistical Package for the Social Sciences versión 21.0 se utilizó en el análisis de los datos. Se emplearon los métodos de la estadística descriptiva.

Resultados: hubo una relación significativa entre el tiempo de duración de la enfermedad y la intensidad de la depresión. Se determinó que, a mayor intensidad de la depresión, peor desempeño motor y funcional, lo que coincide con el estadio III de la escala de Hoehn y Yahr.

Conclusiones: la mayor intensidad de los síntomas depresivos contribuyó a un peor rendimiento motor y funcional en estos pacientes.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson; signos motores; depresión

ABSTRACT

Introduction: depression is the most common neuropsychiatric disorder among people with Parkinson's disease and its prevalence ranges from 2.7% to 90%.

Objective: to establish the relationship between the intensity of depressive symptoms, severity of motor signs and decreased ability to perform activities of daily living.

Methods: a cross-sectional descriptive study was conducted in the Neurology Consultation in patients with idiopathic Parkinson's disease residing in the Municipalities of Santo Domingo and Santa Clara, Villa Clara Province, from January 2017 to January 2019; the sample consisted of 35 patients. The program Statistical Package for the Social Sciences version 21.0 was used in the data analysis. Descriptive statistical methods were used.

Results: there was a significant relationship between the duration of the disease and the intensity of depression. It was determined that the greater the intensity of depression, the worse the motor and functional performance, which coincides with stage III of the Hoehn and Yahr scale.

Conclusions: the greater intensity of depressive symptoms contributed to worse motor and functional performance in these patients.

Key words: Parkinson's disease; motor signs; depression

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una manifestación de todas las etapas del desarrollo de la humanidad. Si bien el siglo XX se caracterizó por el aumento de la población mundial, el siglo XXI se caracteriza por su envejecimiento.⁽¹⁾

Al margen de lo que representa para los seres humanos llegar a la etapa adulta, que implica decline en las funciones fisiológicas, físicas y mentales, se encuentran las enfermedades neurodegenerativas, las que representan las principales causas de morbilidad y deterioro cognitivo leve en adultos mayores.⁽²⁾

La enfermedad de Parkinson (EP) es el desorden del movimiento más común y representa la segunda enfermedad degenerativa más frecuente del sistema nervioso central. Predomina en hombres y aparece usualmente entre los 65 y 70 años. El inicio antes de los 40 años es menor (5% de los casos) y se asocia a variantes genéticas. La incidencia en países de altos ingresos es de 14 por 100 000 habitantes en la población total y de 160 por 100 000 en mayores de 65 años.^(3,4)

Aunque las características motoras definen esta enfermedad, varios síntomas no motores están presentes como el dolor, los trastornos autonómicos, los síntomas sensoriales (pérdida del olfato), los disturbios en el sueño, la disfunción cognitiva y los cambios psiquiátricos.^(5,6,7)

Ya Charcot, desde sus descripciones originales, hacía referencia a las manifestaciones neuropsiquiátricas de la EP. La personalidad premórbida de los sujetos con EP ha sido descrita previamente como emocional, actitudinal, inflexible, con introversión y tendencia depresiva.^(8,9,10)

Las alteraciones neuropsiquiátricas que con mayor frecuencia se describen en los sujetos con EP incluyen el deterioro cognitivo, la demencia, el trastorno del control de impulsos, la apatía, la depresión, la ansiedad, la psicosis y las alucinaciones. La frecuencia informada de síntomas psiquiátricos de cualquier tipo es mayor al 60%.^(11,12,13)

La depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más común entre las personas que padecen EP y su prevalencia oscila entre el 2,7% y el 90%. Los posibles factores de riesgo para la depresión en la EP incluyen: sexo femenino, antecedentes personales y familiares de depresión, inicio temprano, parkinsonismo y comorbilidad psiquiátrica (peor cognición, psicosis, ansiedad, apatía, fatiga e insomnio).

Se considera que la depresión podría darse como respuesta ante el desarrollo de los síntomas motores; no obstante, se ha descrito el rol del proceso neurodegenerativo en su aparición. Varios factores biológicos se han enunciado como posibles agentes causales de este síntoma, a citar: alteraciones monoaminérgicas, patología de cuerpos de Lewy, cambios funcionales en circuitos límbicos y subcorticales, atrofia hipocampal,

variaciones en la neurogénesis y en factores neurotróficos, estrés tóxico con hipercortisolemia e inflamación.^(14,15)

Paralelamente al envejecimiento poblacional y al incremento en el número de adultos mayores en la Provincia de Villa Clara, en las Consultas de Neurología, se diagnostica y se atiende un número cada vez mayor de este tipo de pacientes que debutan con manifestaciones depresivas en algún momento de la enfermedad.

Se pudo conocer que en los Departamentos de Estadística del nivel municipal y provincial del sistema de salud no existe registro del número de ancianos afectados por EP ni de la presencia de depresión en los mismos. Se considera importante realizar un estudio que esclarezca cuáles son las características de la depresión como manifestación no motora de la EP.

Esta investigación pretende determinar la influencia de factores exógenos en la intensidad de la depresión y en el desempeño motor y funcional de los pacientes y establecer la relación entre la intensidad de los síntomas depresivos, la gravedad de los signos motores y la disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Neurología en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática (EP) que residían en los Municipios de Santo Domingo y Santa Clara, Provincia de Villa Clara, de enero de 2017 a enero de 2019. La investigación se sustentó en el paradigma cuantitativo.

El universo estuvo representado por el total de 50 pacientes diagnosticados de EP. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional y se consideraron como criterios de inclusión los pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos clínicos de EP según el Banco de Cerebros del Reino Unido⁽¹⁶⁾ y la voluntariedad de participar.

Se excluyeron los pacientes que no desearon participar en la investigación, que tuvieron diagnóstico de EP familiar, que estaban en estadios IV y V de la escala de Hoehn y Yahr (H/Y), que presentaron demencia en el momento de la evaluación, que no tuvieron lateralidad derecha, que consumían sustancias que podían propiciar el desarrollo de depresión y parkinsonismo (o ambos), que presentaron otras comorbilidades neurológicas o no neurológicas que podían producir depresión relacionada con una enfermedad, que presentaron otros trastornos psiquiátricos que podían confundirse con depresión, que estaban en un nivel de funcionamiento psicótico y que después de evaluados mediante la entrevista no presentaron depresión.

Para implementar los criterios de exclusión se aplicaron las siguientes técnicas que permitieron definir la muestra: escala de H/Y, Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS),⁽¹⁷⁾ pruebas de lateralidad y entrevista psicológica semiestructurada al paciente (primer encuentro).

La escala H/Y permitió excluir de la investigación a los pacientes que estaban en estadios IV y V de la enfermedad porque en etapas avanzadas los síntomas no motores están en su máxima expresión, incluida la depresión, pero también lo están los síntomas motores, además muchos de estos

pacientes ya presentarían un deterioro cognitivo severo lo que dificultaría, en gran medida, la evaluación de la depresión.

Fue necesaria la aplicación de una batería de evaluación cognitiva específica para la enfermedad (Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale), lo que permitió excluir a los pacientes que presentaban demencia, pero no a los que tenían deterioro cognitivo leve.

Se aplicaron pruebas de lateralidad para excluir a los individuos que no eran diestros para determinar la relación del hemicuerpo afectado al inicio de la EP con los síntomas depresivos.

Seguidamente se realizó una entrevista psicológica semiestructurada (primer encuentro) a cada paciente del universo que no había sido excluido del estudio. De esta manera se pudieron definir el nivel de funcionamiento y la presencia o la ausencia de depresión y otras enfermedades psiquiátricas.

Una vez que se pudieron aplicar todos los criterios de exclusión se eliminaron 15 pacientes del universo; la muestra quedó constituida por 35 pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según el estadio de Hoehn y Yahr, el estado cognitivo y la clínica de la depresión

Hoehn y Yahr	Estado cognitivo				Clínica de la depresión				Total	
	Normal		Deterioro leve asociado		Con características depresivas		Episodio tipo depresión mayor		FA	FR
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
I	7	20,0	0	0,0	7	20,0	0	0,0	7	20,0
II	18	51,4	2	5,7	16	45,7	4	11,4	20	57,1
III	1	2,9	7	20,0	6	17,2	2	5,7	8	22,9
Total	26	74,3	9	25,7	29	82,9	6	17,1	35	100

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa
n=35

A la muestra establecida se le aplicó el resto de los instrumentos de evaluación seleccionados que fueron las técnicas empleadas para los propósitos de la investigación:

- Para el diagnóstico cualitativo de la depresión: revisión de documentos oficiales (historia clínica), entrevista psicológica semiestructurada al paciente (segundo encuentro) y entrevista psicológica semiestructurada al familiar.
- Para el diagnóstico cuantitativo de la depresión: Inventario de Depresión Rasgo y Estado (IDERE),⁽¹⁸⁾ "Estado de Ánimo Depresivo" de la parte 1 A de la Escala Unificada de Evaluación de la enfermedad de Parkinson (MDS-UPDRS 1A), Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (A/D).⁽¹⁷⁾
- Para la evaluación del desempeño motor: Escala Unificada de Evaluación de la enfermedad de Parkinson (MDS-UPDRS partes II y III).⁽¹⁷⁾
- Para la evaluación del desempeño funcional: Escala de actividades cotidianas de Schwab-England (S/E).⁽¹⁷⁾

Debido a que las subescalas MDS-UPDRS 1A y MDS-UPDRS PII se evalúan cualitativa y cuantitativamente teniendo en cuenta la medida en que estos síntomas imposibilitan al paciente para realizar actividades cotidianas y tener

relaciones sociales, categorizan al mismo tiempo la discapacidad motora y la discapacidad funcional. No obstante, para profundizar en este sentido, se empleó la escala de Schwab-England.

La escala de A/D es un instrumento que tuvo la ventaja de excluir los ítems de carácter somático del diagnóstico de la depresión. Su empleo fue útil porque se descartaron los posibles sesgos de diagnóstico que pudieron ocasionarse por los síntomas físicos de la EP.

Todas las variables se recogieron en una planilla de vaciamiento elaborada al efecto para cada paciente. Se creó una base de datos a punto de partida de la planilla de vaciamiento utilizando el software Microsoft Office Excel 2010, que luego se exportó al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para sistema operativo Windows.

Se tuvieron en cuenta variables que expresaban las características sociodemográficas de la muestra y su definición operacional como la edad en el momento del estudio, el sexo en masculino y femenino, el color de la piel en blancos y no blancos, la procedencia en rural y urbana y el nivel educacional en primario (hasta sexto grado), secundario (hasta noveno grado), bachiller (hasta duodécimo grado) y universitario (título universitario). Entre las variables relacionadas con la evolución de la EP se consideraron la edad al inicio de la enfermedad (primeros síntomas y signos) y el tiempo de duración, que se refieren a la diferencia en años entre la edad al inicio de la enfermedad y la edad en el momento del estudio.

Entre las variables que representaron las características clínicas iniciales se definieron el hemicuerpo afectado al inicio en derecho e izquierdo y los síntomas y los signos iniciales, presentes como primera manifestación de la EP (se distinguieron el temblor y la rigidez y la bradicinesia).

La variable depresión se definió, según la Organización Mundial de la Salud,⁽¹⁹⁾ como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, la pérdida de interés o placer, los sentimientos de culpa o la falta de autoestima, los trastornos del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y la falta de concentración durante al menos dos semanas.

Debido a su relación con la EP también se definió como un "trastorno depresivo debido a otra afección médica" y se evaluó cualitativamente en las subcategorías correspondientes que fueron "con características depresivas" y "con episodio de tipo depresión mayor".⁽²⁰⁾

Desde el punto de vista cuantitativo se operacionalizó conjugando las formas de evaluación de las técnicas empleadas para valorar la dimensión de esta variable en el análisis integral. Los indicadores para estas formas de expresión fueron:

- Alta: cuando todas las técnicas expresan marcadas manifestaciones de depresión
- Media: cuando todas las técnicas expresan moderadas manifestaciones de depresión
- Baja: cuando todas las técnicas expresan mínimas manifestaciones de depresión.

Específicamente el IDERE permitió operacionalizar las modalidades depresión como estado a una condición o estado emocional transitorio de humor deprimido, mientras que la depresión como rasgo es una propensión a sufrir

estados depresivos, como una cualidad de la personalidad relativamente estable.

A todos los pacientes se les evaluaron los aspectos motores de las experiencias de la vida diaria y los signos motores obtenidos al examen físico, así como su afectación en las actividades cotidianas. Estas variables son cualitativas ordinales que admiten la asignación de números en función del orden prescrito. Representan el deterioro de los aspectos motores en las actividades de la vida diaria durante la EP. Las escalas utilizadas fueron las siguientes:

- 0: normal
- 1: mínimo
- 3: moderado
- 4: grave.

Para el análisis de la información se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. En el caso particular de la edad, la edad de inicio y el tiempo de duración de la enfermedad se calculó la media.

Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. Se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, que es un método no paramétrico de la estadística inferencial, para definir la significatividad de la diferencia de los grupos entre sí en relación a sus medias en tres o más muestras independientes.

Determinados el estadígrafo y su significación asociada se tomaron para su interpretación los criterios siguientes:

- $p > 0,05$: no significativo
- $p < 0,05$: significativo
- $p < 0,01$: altamente significativo

Los resultados fueron presentados en tablas de correlación. El estudio se realizó de conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki, 52 Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

RESULTADOS

La media de la edad de los pacientes en el momento del estudio fue de 56,97 años. Las medias de la edad de inicio y el tiempo de duración de la enfermedad fueron de 52,80 y 4,17 años, respectivamente.

Se observó un predominio del sexo masculino (62,9%) y de la raza blanca (82,9%). Solo el 31,4% de los casos provenían de áreas rurales. Todos los pacientes estaban alfabetizados y predominaron los que tenían preuniversitario terminado (42,9%). El 60% de los enfermos comenzó con síntomas en el hemicuerpo derecho; sin embargo, el 65,7% comenzaron con rigidez y bradicinecia.

Las entrevistas psicológicas permitieron realizar el diagnóstico cualitativo de depresión. Se identificaron múltiples situaciones en la dinámica de las relaciones interpersonales, en el trabajo, en la familia, en las relaciones de pareja y, en general, en la vida social de los pacientes, propiciadas por la discapacidad física presente en la EP, que influían negativamente sobre el estado de ánimo.

Se evidenciaron otros estados emocionales negativos asociados que solo se mencionan porque no fueron objeto de estudio de la investigación: la ansiedad, la apatía, la ira y el miedo.

La entrevista con los familiares mostró el hecho de que en muchos de estos pacientes ya se evidenciaban signos de depresión previa al debut.

La evaluación cuantitativa de las expresiones de depresión con el IDERE evidenció que todos los pacientes presentaron depresión como estado: el 57,1% presentó niveles medios y solo un 22,9% presentó niveles altos.

Todos los pacientes tenían depresión como rasgo, el 82,9% tenían niveles elevados de depresión como rasgo y el 17,1% medios; ningún paciente presentó niveles bajos.

En la MDS-UPDRS 1A el 54,3% de los pacientes presentó niveles moderados de depresión y el 20% niveles graves. En el BDI-II el 51,4% de los individuos presentó una depresión moderada y un 22,9% grave. En la escala A/D el 100% de los individuos presentó síntomas relevantes y fueron clasificados, de acuerdo a la calificación de la escala, como posibles casos de depresión. La escala S/E mostró que ningún paciente era completamente independiente. El 51,4% de los pacientes presentó cierta dependencia y el 25,7% se incluyó en la categoría de mayor dependencia.

La aplicación del coeficiente de Pearson mostró los siguientes resultados:

Entre la edad, la edad de inicio, el tiempo de duración, el sexo, la raza, la procedencia, el nivel educacional, el hemicuerpo afectado al inicio y los síntomas y los signos al inicio, solamente el tiempo de duración presentó una relación positiva altamente significativa, con la intensidad de la depresión, medida con el BDI-II (Tabla 2).

Tabla 2. Coeficiente de Pearson para la correlación entre la intensidad de la depresión y las variables sociodemográficas y clínicas

Variables	r	p
Depresión (BDI II)/edad	0,272	0,114
Depresión (BDI II)/edad de inicio	0,089	0,610
Depresión (BDI II)/tiempo de duración	0,827	0,000
Depresión (BDI II)/sexo	-0,308	0,072
Depresión (BDI II)/raza	-0,199	0,252
Depresión (BDI II)/procedencia	-0,116	0,506
Depresión (BDI II)/nivel educacional	0,201	0,247
Depresión (BDI II)/hemicuerpo afectado al inicio	0,285	0,097
Depresión (BDI II)/síntomas y signos al inicio	0,057	0,746

$p < 0,01$ altamente significativa

Existió una relación directa entre la intensidad de la depresión y el compromiso motor representado en las experiencias motoras de la vida diaria (MDS-UPDRS PII, puntuación total), así como con los síntomas motores obtenidos por el examen físico (MDS-UPDRS PIII, puntuación total).

Hubo una relación directa altamente significativa entre la intensidad de la depresión y los resultados de la escala de S/E.

Los pacientes clasificados en la fase III de la EP (escala H/Y) presentaban unos síntomas depresivos más intensos en comparación con los que estaban en las fases I y II (Tabla 3).

Tabla 3. Coeficiente de Pearson para la correlación entre la intensidad de la depresión con MDS-UPDRS PII, MDS-UPDRS PIII, H/Y y S/E

Variables	Depresión (Beck)		Depresión (MDS-UPDRS P1a)	
	r	p	r	p
MDS-UPDRS PII (total)	0,936	0,000	0,914	0,000
MDS-UPDRS PIII (total)	0,899	0,000	0,865	0,000
H/Y	0,943	0,000	0,912	0,000
S/E	1,000	0,000	0,971	0,000

p<0,01 altamente significativa

La prueba de Kruskal-Wallis permitió confirmar que existieron diferencias significativas en relación con sus medias, en los resultados medidos con MDS-UPDRS PII (total), MDS-UPDRS PIII (total), H/Y y S/E, según los diferentes niveles de intensidad de la depresión (Tabla 4).

Tabla 4. Prueba de Kruskal-Wallis. Variable de agrupación: depresión (BDI II)

Variables	Depresión (Beck)		
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
MDS-UPDRS PII (total)	27,638	2	0,000
MDS-UPDRS PIII (total)	24,728	2	0,000
H/Y	30,600	2	0,000
S/E	34,000	2	0,000

p<0.01 altamente significativa

DISCUSIÓN

Entre las variables analizadas solamente el tiempo de duración de la enfermedad presentó una relación positiva altamente significativa con la intensidad de la depresión. Esto demuestra que, a mayor tiempo de evolución, mayor intensidad de los síntomas depresivos.

Al comparar estos resultados con los de otras investigaciones⁽²¹⁾ se aprecia que los síntomas depresivos presentaron una relación positiva con la duración de la enfermedad. Además, demostraron una relación inversa con la edad de inicio de la EP, es decir, que al comenzar la enfermedad a más temprana edad, mayores fueron los síntomas depresivos, lo que no se demostró en esta serie.

Algunos investigadores no encontraron una relación significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y la duración de la EP^(22,23) y otros no observaron ninguna relación entre el inicio de la EP a una edad temprana y la intensidad de los síntomas depresivos.⁽²⁴⁾

En un estudio los pacientes deprimidos tuvieron mayor duración de la enfermedad respecto a los no deprimidos, la mayoría de los pacientes refirieron depresión previa al inicio de la EP y las mujeres presentaron mayores niveles de depresión. El nivel de escolaridad no se relacionó con la depresión, aunque la mayoría de los pacientes eran pobremente escolarizados. No apreciaron diferencias significativas respecto al inicio uni o bilateral, inicio unilateral izquierdo o derecho ni respecto al síntoma inicial entre pacientes deprimidos y no deprimidos con EP.⁽²⁵⁾

En cambio, otro trabajo concluyó que los pacientes con EP que presentan afectación del lado dominante tienen mayor riesgo de desarrollar depresión.⁽²⁶⁾ Estos resultados contradictorios entre los estudios pueden guardar relación con las diferencias entre las metodologías empleadas.

Mediante las entrevistas se demostró que los pacientes presentaban síntomas depresivos y otros síntomas psiquiátricos que estaban presentes antes del desarrollo de los síntomas motores, lo que respalda el criterio del carácter endógeno de la depresión en la EP.

Las entrevistas también mostraron que existen múltiples determinantes psicológicos y sociales que pueden propiciar la aparición, el mantenimiento o la recaída de los síntomas depresivos, adicionados a los cambios fisiopatológicos que pueden generar depresión en la EP. Esto demuestra que también existen factores exógenos reactivos vinculados a las diferentes situaciones negativas que en los planos psicológico y social sufre el paciente.

Las causas exactas que propician el desarrollo de síntomas depresivos durante el inicio y la progresión de la EP son complejas y dinámicas. Estos pueden surgir como una manifestación extranigral de la EP, como se ha descrito en la hipótesis de Braak, o pueden ocurrir reactivamente a otros síntomas de EP y al deterioro funcional a medida que la enfermedad progresa.^(27,28)

La aplicación del IDERE confirmó el diagnóstico cualitativo de depresión; sin embargo, el hallazgo más relevante en esta técnica fue que todos los pacientes tenían depresión como rasgo. Este hallazgo coincide con el resultado obtenido en la entrevista a los pacientes y familiares, en la que se apreció que ellos ya padecían síntomas depresivos desde antes del comienzo clínico de la enfermedad. Desde la dimensión de la personalidad siempre será difícil definir si los rasgos depresivos presentes en estos pacientes son las primeras manifestaciones de la EP antes del inicio clínico o si en realidad el paciente siempre los tuvo sin guardar relación fisiopatológica con ella; no obstante, se constata que niveles elevados de depresión como rasgo siempre propiciarán el desarrollo de depresión como estado, ya sea de naturaleza endógena o exógena o de ambas, como se ha comprobado en esta casuística. En estos pacientes hubo una relación directa entre la intensidad de la depresión y el deterioro motor representado en las experiencias motoras de la vida diaria (MDS-UPDRS PII), así como con los síntomas motores obtenidos por el examen físico (MDS-UPDRS PIII). También existió una relación directa altamente significativa entre la intensidad de la depresión y el deterioro en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Cuando se llevan estos resultados a un análisis personalógico, lo que se pudo corroborar en las entrevistas psicológicas, se deduce que en la medida que los pacientes ganan conciencia de su enfermedad y, en algunos casos, conocimiento de su pronóstico y percepción, al mismo tiempo, de las limitaciones físicas que acompañan la EP, se ven dañados en su autoimagen y los procesos autovalorativos, lo que les genera una indisposición hacia la actividad que los desmotiva y los autolimita en sus posibilidades de ejecutarla.

Un estudio demostró una asociación significativa entre los síntomas depresivos, el trastorno motor y las dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.⁽²¹⁾ Otros investigadores también han evidenciado

una relación importante entre la gravedad de la depresión y los diferentes niveles de incapacidad física en la EP.^(23,24,29)

En un trabajo se muestra una asociación importante entre la depresión del paciente y el trastorno funcional;⁽²⁴⁾ sin embargo, estos autores, en relación con la subescala motora, no encontraron asociación alguna entre la depresión y el trastorno motor.

En este estudio los pacientes clasificados en la fase III de la EP (escala H/Y) presentaban unos síntomas depresivos más intensos en comparación con los que estaban en las fases I y II. Los resultados difieren parcialmente de los obtenidos por otros autores que describieron síntomas depresivos más graves, incluidos una depresión mayor en pacientes en las fases I y IV (escala H/Y).⁽³⁰⁾ Se ha propuesto una distribución bimodal de la depresión: el primer pico es al momento del diagnóstico y el segundo en etapas tardías; se asocian con decremento de las actividades de la vida diaria.^(14,15)

Estos resultados muestran una tendencia similar a la demostrada en otras investigaciones^(21,22) que han puesto de manifiesto una asociación significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y el deterioro del estado motor medido por la escala H/Y.

Una comparación entre los estadios IV y V de la escala de H/Y y los estadios I, II y III, que corresponden a una menor afectación motora, y entre ambos grupos de pacientes, mostró un mayor deterioro funcional en los pacientes con depresión. Los pacientes deprimidos presentaron puntuaciones más elevadas, tanto en el apartado correspondiente a actividades para la vida diaria como en el correspondiente a actividad motora.⁽²⁵⁾

En los pacientes de este estudio la mayor intensidad de los síntomas depresivos coincidió con el estadio más avanzado de la enfermedad, y ambos condicionaron niveles mayores de discapacidad motora y de discapacidad funcional.

CONCLUSIONES

La depresión fue una manifestación frecuente en los pacientes con EP. A pesar de su carácter endógeno demostrado existieron factores exógenos que influyeron en su presencia y su intensidad. La mayor intensidad de los síntomas depresivos contribuyó a un peor rendimiento motor y funcional en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez Sintés R. Atención al adulto mayor. En: Alvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC. Medicina General Integral. 4ta ed. Tomo I. Vol. 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014 [citado 08/04/2023]. p. 154-182. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-i-salud-y-medicina-vol-2-4ta-ed>
2. Montoya Zamora PC, Rodríguez Castañeda F. Enfermedades neurodegenerativas en adultos mayores: retos en el diagnóstico y tratamiento. Ibn Sina [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];13(2):1-9. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1311/1280>

3. Alemán Pullas SL, Montero Balarezo CX, Díaz Recalde EX, Jarro Sanchez CM. Enfermedad de Parkinson. Diagnóstico y tratamiento. Recimundo [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];6(2):250-266. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1566>. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.250-266](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.250-266)
4. Chaves Morales K, Padilla Elizondo DS, Vargas Fernández R. Enfermedad de Parkinson. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];7(2):e758. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/758>. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i2.758>
5. Verdecia Aguilar M, Jacas Cabrera A, Milanés Domínguez J, Frias Viltres D, Odoardo Aguilar M. Caracterización de los síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Multimed [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];26(5):e2471. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v26n5/1028-4818-mmed-26-05-e2471.pdf>
6. Dahbour SS, Al Murr MJ, Oweis LH, Al Antary NT, Mohsen M, Al Fegi S. Non-motor manifestations of Parkinson's disease: a cross-sectional study in a teaching hospital in Jordan. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];58:148. Disponible en: <https://ejnps.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-022-00559-6>. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00559-6>
7. Rai AK, Ranjan A, Mudassir S, Kumar A. Patter of non motor symptoms in Parkinson's disease: a prospective observational study from a tertiary care centre, Bihar, India. J Clin Diagn Res [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];16(9):1-4. Disponible en: [https://www.jcdr.net/articles/PDF/16845/56861_CE\(OM\)_F\[SK\]_PF1\(SC_OM\)_PF_A\(SC_KM\)_PN\(KM\).pdf](https://www.jcdr.net/articles/PDF/16845/56861_CE(OM)_F[SK]_PF1(SC_OM)_PF_A(SC_KM)_PN(KM).pdf). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2022/56861.16845>
8. Samushiya MA, Ragimova AA, Smolentseva IG, Maksimenko MY, Ivannikova EI. Affective and personality disorders in Parkinson's disease premotor phase. Pilot study. Cogn Remediat J [Internet]. 2020 [citado 08/04/2023];9(1):1-8. Disponible en: https://cognitive-remediation-journal.com/artkey/crj-202001-0001_affective-and-personality-disorders-in-parkinson-s-disease-premotor-phase-pilot-study.php. <https://doi.org/10.5507/crj.2020.001>
9. Lin W, Wang D, Yang L, Zhu J, Ge J, Zuo C, et al. Does the personality of patients with Parkinson's disease affect the decision to perform deep brain stimulation surgery? A cross-sectional study in a Chinese cohort. Behav Neurol [Internet]. 2021 [citado 08/04/2023];2021:6639255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7857895/>. <https://doi.org/10.1155/2021/6639255>
10. De Lucia N, De Rosa A, Perillo S, Sperandeo R, De Michele G, Maldonato NM. Introversión and neuroticism in akinetic-rigid Parkinson's disease: association with frontal-executive-dysfunction. J Neuropsychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2023 [citado 08/04/2023];35(3):228-235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36999250/>. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20220115>
11. Henderson E, Torsney KM, Scourfield L, Jones S, Berryman K. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease: aetiology, diagnosis and treatment. BJ Psych Advances [Internet]. 2020 [citado 08/04/2023];(6):333-342. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056467819000793/type/journal_article. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.79>
12. Weintraub D, Aarsland D, Chaudhuri KR, Dobkin RD, Leentjens AF, Rodriguez-Violante M, et al. The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges. Lancet Neurol [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];21(1):89-102.

- Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8800169/>.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00330-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00330-6)
13. Tripathi A, Gupta PK, Bansal T. Management of psychiatric disorders in patients with Parkinson's diseases. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];64(Suppl 2):S330-S343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9122177/>.
https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_29_22
 14. Chikatimalla R, Dasaradhan T, Koneti J, Cherukuri SP, Kalluru R, Gadde S. Depression in Parkinson's disease: a narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];14(8):e27750. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9447473/>.
<https://doi.org/10.7759/cureus.27750>
 15. Prange S, Klinger H, Laurencin C, Danaïla T, Thobois S. Depression in patients with Parkinson's disease: current understanding of its neurobiology and implications for treatment. *Dugs Aging* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];39(6):417-439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9200562/>.
<https://doi.org/10.1007/s40266-022-00942-1>
 16. Olivares Romero J. Criterios diagnósticos. En: Escamilla Sevilla F, González Torres V, Moya Molina MA, editores. *Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2022 [citado 08/04/2023]. p. 37-48. Disponible en: <https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2022/11/recomendaciones-practica-clinica-enfermedad-parkinson-2022-1.pdf>
 17. Jesús Maestre S, Mir Rivera P. Escalas de evaluación recomendadas en el diagnóstico y seguimiento. En: Escamilla Sevilla F, González Torres V, Moya Molina MA. *Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2022 [citado 08/04/2023]. p. 87-99. Disponible en: <https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2022/11/recomendaciones-practica-clinica-enfermedad-parkinson-2022-1.pdf>
 18. Martín-Carbonell M, Riquelme-Marín A, Ortigosa-Quiles JM, Meda RM, Cerquera-Córdoba AM, Enríquez-Santos JA, et al. Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de cuatro países iberoamericanos. *An Psicol* [Internet]. 2012 [citado 08/04/2023];28(3):763-771. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723774014>.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.133701>
 19. Organización Panamericana de la Salud. *Temas de salud. Depresión* [Internet]. Washington DC: OPS; 2023 [citado 08/04/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington DC: APA; 2022 [citado 08/04/2023]. Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
 21. Stella F, Bucken-Gobbi LT, Gobbi S. Síntomas depresivos y trastorno motor en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol* [Internet]. 2007 [citado 08/04/2023];45(10):594-598. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2007235>.
<https://doi.org/10.33588/rn.4510.2007235>
 22. Rojo A, Aguilar M, Garolera MT, Cubo E, Navas I, Quintana S. Depression in Parkinson's disease: clinical correlates and outcome. *Parkinsonism Relat Disord* [Internet]. 2003 [citado 08/04/2023];10(1):23-28. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14499203/>. [https://doi.org/10.1016/s1353-8020\(03\)00067-1](https://doi.org/10.1016/s1353-8020(03)00067-1)
23. Gupta A, Bhatia S. Psychological functioning in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* [Internet]. 2000 [citado 08/04/2023];6(3):185-190. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10817960/>. [https://doi.org/10.1016/s1353-8020\(00\)00010-9](https://doi.org/10.1016/s1353-8020(00)00010-9)
 24. Holroyd S, Currie LJ, Wooten GF. Depression is associated with impairment of ADL, not motor function in Parkinson disease. *Neurology* [Internet]. 2005 [citado 08/04/2023];64(12):2134-2135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15985588/>. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000165958.12724.0d>
 25. Errea Abad JM, Ara JR. Depresión y enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol* [Internet]. 1999 [citado 08/04/2023];28(7):694-698. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/98173>. <https://doi.org/10.33588/rn.2807.98173>
 26. Serrano-Dueñas M. Enfermedad de Parkinson, hemicuerpo afectado y depresión. *Rev Neurol* [Internet]. 2000 [citado 08/04/2023];31(12):1109-1112. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2000290/esp>. <https://doi.org/10.33588/rn.3112.2000290>
 27. Chakraborty A, Diwan A. Depression and Parkinson's disease: a chicken-egg story. *AIMS Neurosci* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];9(4):479-490. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9826748/>. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2022027>
 28. Song S, Luo Z, Li C, Huang X, Shiroma EJ, Simonsick EM, et al. Depressive symptoms before and after Parkinson's diagnosis— A longitudinal analysis. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];17(7):e0272315. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9337685/>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272315>
 29. Ribeiro Artigas N, Leonardi Dutra AC, Medeiros Soares N, Magalhães Pereira G, Bielefeldt Leotti V, Schneider Krimberg J, et al. Depressive symptoms and axial motor disorders in individuals with Parkinson's disease: a cross-sectional study. *Arq-Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 08/04/2023];80(11):1126-1133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9797277/>. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758444>
 30. Starkstein SE, Petracca G, Chemerinski E, Tesón A, Sabe L, Merello M, et al. Depression in classic versus akinetic-rigid Parkinson's disease. *Mov Disord* [Internet]. 1998 [citado 08/04/2023];13(1):29-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9452322/>. <https://doi.org/10.1002/mds.870130109>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses relacionados con la investigación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

HRAL: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

LRM: análisis formal, metodología, supervisión, redacción (revisión y edición).