

ENFERMEDAD DE PARKINSON, DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA
EN EL DESEMPEÑO LABORAL: UN ESTUDIO DE CASO.

LORENA ALZATE ARANGO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

AGOSTO- DICIEMBRE

PSICOLOGIA

PALMIRA-VALLE

2018

ENFERMEDAD DE PARKINSON, DETERIORO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA
EN EL DESEMPEÑO LABORAL

LORENA ALZATE ARANGO

Trabajo de Grado para optar al título de Psicóloga

Director de Trabajo de Grado:

Gabriel Arteaga

Psicólogo Universidad del Valle con

Doctor en Ciencias Biomédicas Universidad del Valle2

UNIVERSIDAD DEL VALLE

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA-VALLE

2018

Contenido

1.	INTRODUCCION	6
2.	JUSTIFICACION	8
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4.	ANTECEDENTES	12
5.	OBJETIVOS	14
5.1	OBJETIVO GENERAL.	14
5.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	14
6.	MARCO DE REFERENCIA.....	15
6.1	Diagnostico de la Enfermedad de Parkinson:	16
6.2	Alteraciones Motoras.	17
6.2.1	Rigidez.....	18
6.2.2	Bradicinesia.....	18
6.2.3	Temblor.....	18
6.3	Alteraciones no motoras.....	19
6.3.1	trastorno del sueño	19
6.3.2	Disminución del Olfato O Hiposmia.....	20
6.3.3	Depresión.....	20
6.3.4	Ansiedad	21
6.4	Alteraciones Cognitivas.....	21
6.4.1	Funciones Ejecutivas.....	23

6.4.2 Memoria	24
6.4.3 Deterioro Viso espacial	24
6.5 Vías Dopaminérgicas:.....	26
6.6 Tratamiento para la Enfermedad de Parkinson	27
6.6.1 tratamiento Farmacológico.	27
6.6.2 Estimulación Cerebral Profunda:	29
6.6.3 Tratamientos Quirúrgicos	29
6.7 Parkinson en el Lugar de Trabajo:.....	30
7. METODOLOGIA	32
7.1 Sujeto de Estudio.	33
7.2 Instrumentos.....	33
7.2.1 Neuropsi- Breve.	34
7.2.2. Inventario de Depresión de Beck. (BDI).....	35
7.2.3 Inventario de Ansiedad de Beck.	36
7.2.4 Test de la Figura Humana.	36
7.2.5 Entrevista Semi estructurada.....	36
7.3 Procedimiento.....	38
8. RESULTADOS	39
8.2 Resultados Neuropsi Breve.....	39
8.3 Resultados Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck	40

8.4 Resultados Figura Humana.	42
8.5 Resultado de la Entrevista semiestructurada	45
2. DISCUSIÓN.....	49
3. CONCLUSIÓN	53
4. REFERENCIAS.....	55

1. INTRODUCCION

La enfermedad de Parkinson (EP), es la segunda enfermedad neurodegenerativa en cuanto a su frecuencia en la población general, su inicio y evolución se asocian con el deterioro progresivo de las células del sistema nervioso central, generalmente y desde sus inicios la EP fue conocida por el deterioro motor que se presentaba en los pacientes que la padecían: temblores en estado de reposo, rigidez muscular y dificultades para iniciar el movimiento (Aquinesia); estudios posteriores determinaron otras alteraciones que están relacionadas con la esfera cognitiva y emocional.

Por lo general este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en la población adulta entre los cincuenta y sesenta años, sin embargo, se han evidenciado casos en una población más joven, que comprende entre alrededor de los 30 o 35 años, lo cual advierte un deterioro mucho mayor en una edad más corta. Si bien los síntomas o características más significativas de esta patología son los relacionados con la esfera motora, otras alteraciones de tipo cognitivo, del sueño, alteraciones emocionales, del habla entre otras, conforman un gran número de síntomas que alteran la calidad de vida de los afectados.

Las causas etiológicas de esta enfermedad en general son poco conocidas, sin embargo se sabe que la destrucción o daño de las neuronas dopaminérgicas, ubicadas en la sustancia negra compacta del tronco del encéfalo se relaciona con síntomas de la enfermedad tales como: el estado de ánimo, se relaciona también con la memoria, la

atención, el sueño y el déficit motor. La producción de dopamina, en el cerebro de los primates, está restringida a núcleos de neuronas en el tallo cerebral, la cuales proyectan a diversas regiones del encéfalo, principalmente a la corteza prefrontal en humanos. Cuando estas neuronas se lesionan o se tornan disfuncionales, la producción de dopamina cerebral disminuye considerablemente dando lugar a los síntomas antes mencionados. Actualmente, se considera que no existe una cura definitiva para la EP, y en consecuencia se trataría de una “demencia intratable” no obstante en el curso de los años la investigación médica y farmacológica ha desarrollado diversos recursos que sí bien, no logran eliminar el padecimiento completamente, logran paliar sus manifestaciones así sea de manera parcial o temporal, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quien la padece.

Dentro de la presente propuesta de investigación se presentará un contenido teórico para contextualizar algunos de los aspectos más relevantes asociados a la enfermedad. De igual manera, se ilustrarán sus efectos cognitivos mediante la valoración de un paciente diagnosticado con EP. Particularmente, se pretende llevar a un abordaje más amplio de aspectos relacionados con la memoria, la percepción, la atención, las alteraciones del lenguaje y las funciones ejecutivas.

2. JUSTIFICACION

Hasta la fecha, se han reportado avances importantes en la comprensión de los aspectos asociados a la enfermedad que van desde el tratamiento con fármacos hasta la intervención quirúrgica para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, las alteraciones que sufren quienes padecen esta patología a pesar de afectar la dimensión motora de manera significativa, también se evidencian a nivel cognitivo, presentando una incidencia alta en el desarrollo de actividades cotidianas en las que se implica el individuo.

Dentro de las alteraciones cognitivas, se destacan las relacionadas con las funciones ejecutivas, alteraciones del lenguaje, funciones visuoespaciales, memoria, reconocimiento de expresiones faciales y en ocasiones puede llevar a presentarse casos de deterioro cognitivo generalizado, lo cual genera que en una etapa avanzada de la enfermedad los deterioros de estas funciones sean más notorios y afecten la realización de las actividades cotidianas de quien la padece.

Actualmente se considera que las alteraciones cognitivas funcionan como indicio para el diagnóstico temprano de la EP, dichas afectaciones no solo representan un enlentecimiento de los procesos cognitivos, sino que además están asociados con los síntomas motores que se presentan en la enfermedad, que genera no solo temblor en reposo, sino alteraciones del sueño, del habla, alteraciones de la atención y síntomas no

motores como la depresión que también está presente en quienes la padecen, apatía y ansiedad en otros casos.

De esta manera, se alude a conocer la incidencia de dichas alteraciones (cognitivas), en el desempeño laboral de individuos con EP, poniendo en evidencia que su desempeño generalmente tiende a disminuir en el lugar de trabajo, debido a la fatiga, el cansancio, la pérdida de memoria, la disminución de la rapidez o movimientos lentos, la disminución en la capacidad para concentrarse y en otros casos los cuadros depresivos asociados generando un impacto social que permite conocer de manera temprana las alteraciones o cambios que puede presentar un individuo afectado con esta patología.

En lo que concierne a las investigaciones que se han realizado en el ámbito académico, acerca de las alteraciones cognitivas en la EP, son relativamente pocas, puesto que la mayoría de los estudios tienen como propósito conocer o profundizar en las alteraciones motoras, dándole poca relevancia a lo que sucede a nivel cognitivo y sus implicaciones para los procesos de memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, el sueño, las expresiones faciales y la disminución del olfato.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo llevar a cabo una aproximación conceptual y empírica para la comprensión del deterioro cognitivo en la EP, y su incidencia en el desempeño laboral. Como ya se ha mencionado la EP es la segunda enfermedad Neurodegenerativas de mayor frecuencia en la población general después del alzhéimer, si bien hasta el momento son diversas las causas que se le atribuyen, no existe una que determine cuál es la causal de esta patología.

Según la OMS (2018) actualmente hay cerca de 7 millones de personas en el mundo que padecen esta enfermedad. En Colombia se calcula que 220 mil personas padecen EP según un estudio realizado por la Asociación Colombiana de Neurología, según cifras entregadas por la Asociación Colombiana de Parkinson, para el año 2017, en Cali unas 6 mil personas sufren EP. A nivel local, la fundación Parkinson de Colombia, es una fundación líder en el tema, que desde el 2004, abrió sus puertas en la Ciudad de Calipara brindar ayuda a quienes padecen esta enfermedad.

De acuerdo con cifras suministradas por la Sociedad Española de Neurología (2018) aproximadamente el 15% de los afectados por Parkinson corresponden a menores de 50 años, lo cual se ha denominado “Parkinson precoz”; pese a que la mayor cantidad de casos de esta enfermedad se conocen en personas con más de 60 años; estudios revelan

que el Parkinson también se ha desarrollado en niños y en la etapa de la juventud, conociéndose como Parkinson Juvenil. De esta manera surge la pregunta.

¿Cuáles son los efectos cognitivos que ocurren en el desarrollo de la enfermedad de Parkinson?

4. ANTECEDENTES

Las primeras descripciones de la enfermedad, se remontan al siglo II después de Cristo, por el médico griego Galeno, y por Sylvius de le Boe, en el siglo XVII, quien identificó dos tipos de temblores uno que aparecía en estado de reposo (*tremor coactus*) y otro cuando se realizaba algún tipo de movimiento voluntario (*motus tremulous*). Hacia el año 1817, se realizó una descripción formal de la enfermedad por el Dr James Parkinson, quien para ese entonces lo caracterizó por un cuadro que incluía: Movimientos involuntarios, disminución de la fuerza muscular y temblor, sin que se describieran alteraciones en la percepción o en los procesos intelectuales. La descripción de Parkinson se basaba solamente en las alteraciones motoras, sin contemplar las alteraciones cognitivas de las cuales se hablan hoy día. (Garcia, Sauri, Meza y Castillo, 2008).

Para 1817, El Dr James Parkinson, se refiere a una “parálisis agitante”, la cual describe de la siguiente manera “*una condición consistente en movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad pasiva y activa, con propensión a encorvar el tronco hacia adelante y a pasar de caminar a correr; los sentidos y el intelecto no sufren mayor daño*” (Garcia, López, Meza, Villagómez & Coral, 2010, pág. 10).

Por su lado Charcot, en 1875, en su trabajo *Lecons sur les maladies du système nerveux*, asocia al Parkinson con alteraciones cognitivas y lo describe de la siguiente

manera "*en un momento dado la mente se nubla y la memoria se pierde*". (Garcia, López, Meza, Villagómez & Coral, 2010, pág. 11).

En 1912, el Medico Leonard Rowntree, retoma los trabajos realizaos sobre Parkinson, a partir de aquí otros estudiados en el área de Medicina inician investigaciones para determinar estructuras involucradas en esta enfermedad; para el año 1894 Edouard Brissaud, plantea alteraciones o lesión en la sustancia nigra y por tal motivo se produce la parálisis agitante. (Garcia, López, Meza, Villagómez & Coral, 2010, pág. 14).

Actualmente, Investigaciones realizadas sobre la EP, han mostrado que esta enfermedad no solo se caracteriza por movimientos no controlados en el cuerpo, tal como lo manifestó en primera instancia el Dr. James Parkinson. En 1959 Carlsson relaciona la aparición de la enfermedad, con el deterioro o pérdida de la dopamina, la cual se encuentra en una baja concentración en el núcleo caudado, putamen, globo pálido y la sustancia negra. Fue en la época moderna que se tomó en consideración pensar en alteraciones dopaminérgicas como uno de los principales constituyentes de los síntomas en la EP. Han pasado varias décadas desde aquellos planteamientos y sin duda se han encontrado avances que refieren otros tipos de manifestaciones importantes para ampliar las comprensiones acerca de la EP; desde los trastornos motores, cognitivos (memoria, atención, percepción, procesos ejecutivos y lenguaje), así como también trastornos afectivos (depresión) y alteraciones del sueño. (Garcia, Sauri, Meza y Castillo, 2008).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL.

- Describir las alteraciones cognitivas y emocionales que se presentan en la Enfermedad de Parkinson.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar las alteraciones de memoria, atención y percepción, en un paciente diagnosticado con enfermedad de Parkinson y su posible incidencia en el desempeño laboral.
- Identificar las alteraciones emocionales en una paciente con enfermedad de Parkinson.

6. MARCO DE REFERENCIA

Para hablar de Parkinson es necesario reconocer que esta enfermedad no solo se caracteriza por la dificultad para el control de movimientos en estado de reposo, o lo que se denomina alteraciones motoras, es importante tener claro que esta patología está antecedida también por deterioros no motores relacionados con la esfera cognitiva.

La EP es una afección a nivel neurológico, aunque sus causas aún no se han establecido con claridad, ésta se ha relacionado con factores genéticos y ambientales que suponen una mayor predisposición para desarrollarla. Los factores ambientales se han relacionado principalmente con la exposición a pesticidas, metales pesados y otras sustancias químicas.

Ciertamente, se debe considerar que es una condición neurodegenerativa, que en la actualidad no tiene una cura establecida y que generalmente solo se detecta cuando ha alcanzado un nivel alto de desarrollo.

Según (Garcia, Sauri, Meza y Castillo, 2008), tanto los factores genéticos como el poco consumo de antioxidantes “debilita” las células y hace más susceptible a la patología. Aún no se conoce un tiempo determinado entre el diagnóstico de la

enfermedad y el tiempo que transcurre antes de que los síntomas aparezcan. No obstante, se definen dos fases en la EP:

- **Fase pre sintomático:** Se caracteriza principalmente por la presencia de síntomas no motores de la enfermedad y algunas características relacionadas principalmente con la lentificación de los movimientos.
- **Fase sintomática:** En esta fase sintomática, aparecen los signos y los síntomas de la EP, lo cual se constituye como el estado fehaciente de la enfermedad y posibilita un diagnóstico clínico. Estrada, Martínez (sf)

6.1 Diagnostico de la Enfermedad de Parkinson:

Para establecer un diagnóstico de esta enfermedad es importante tener en consideración las afecciones motoras que se manifiestan en esta patología, para ello según Estrada y Martinez (s.f) refieren que para realizar dicho diagnostico se requiere la existencia de por lo menos un año de los tres signos motores cardinales (temblor de reposo, rigidez y bradicinesia).

Pese a que la EP es una patología heterogénea, con diversas sintomatologías, que como se ha mencionado no solo abarca las limitaciones motoras, sin embargo, desde los

primeros diagnósticos tuvieron como principal punto de partida las alteraciones en los movimientos y posturas, logrando avanzar en la búsqueda de tratamientos que permitieran propiciar una mejora en la calidad de vida de quienes la padecían y a sus familias.

El diagnóstico es por lo general difícil, pues se precisa de la aparición de ciertos síntomas, que en la mayoría de los casos se presentan cuando la enfermedad ya se encuentra en una etapa avanzada. La detección de la EP puede hacerse realizando una exploración neurológica y teniendo como referencia aspectos como la bradicinesia (lentitud en los movimientos), pérdida del tono muscular y temblor en estado de reposo. También se tiene en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico excluir otros tipos de patologías que puedan llevar a dar un falso diagnóstico y por último la existencia de características específicas de la información que apoyen dicho diagnóstico. (Estrada, Martínez, sf, Pág.2-7)

6.2 Alteraciones Motoras.

La relación de alteraciones en la EP se hace de forma directa con las de tipo motor, estos síntomas aparecen debido a la disminución de dopamina en el putamen anterior. Los síntomas motores presentes y más notorios son la rigidez, la bradicinesia, y el temblor. (Leederst, et. Al 1986).

6.2.1 Rigidez.

Se caracteriza por pérdida de la flexibilidad en el cuerpo, afectando a músculos de las extremidades, flexores y extensores, La rigidez aumenta durante los movimientos, por lo general se observa que con mayor frecuencia se afectan a los músculos del cuello. En la mayoría de pacientes hay una disminución notoria del tono. Una vez inicie la enfermedad, esta rigidez genera dolor y molestia en el afectado. (Guía terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología, sf).

6.2.2 Bradicinesia

Es conocida también como acinesia, y se caracteriza por la reducción o lentitud en los movimientos de quien padece EP. Siendo esta una de las alteraciones más limitantes afecta principalmente la cara y los músculos axiales, se produce un enlentecimiento fuerte en los movimientos voluntarios, en esta alteración, se presenta una disminución notoria del parpadeo, las expresiones faciales y en general una lentificación en el habla y la deglución, así como disminución de los movimientos de los brazos que acompañan la marcha. (Guía terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología, sf).

6.2.3 Temblor

El temblor en la EP, advierte movimientos no controlados, afecta principalmente las manos y los pies, inician en primera instancia en los dedos de las manos, posteriormente se extiende al resto de extremidades, afectando también al cuello y la cara (labios, mueca de

conejo). El temblor en la EP interfiere en la realización de actividades manuales, siendo el más característico la atetosis (“contar monedas”) el cual consiste en el movimiento del dedo pulgar y el índice hacia adelante y hacia atrás. (Guía terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología, sf).

6.3 Alteraciones no motoras

Aunque desde los inicios se ha asociado a la EP, con alteraciones motoras, luego de hallazgos significativos se evidenciaron deterioros en funciones relacionadas con la memoria, el habla y enlentecimiento de sus órganos internos, afectando notoriamente su calidad de vida. Si bien, son diversos los trastornos motores que se enmarcan dentro de estas alteraciones, así mismo se identifican, diversos tipos de alteraciones no motoras, entre las cuales se incluyen, la disminución del olfato, alteraciones en los ciclos de sueño, depresión, cansancio extremo, estreñimiento; a continuación, se describirán algunas de estas alteraciones. (Guía terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología, sf).

6.3.1 trastorno del sueño

Por lo regular los ciclos de sueño de quienes padecen EP sufren una alteración, lo cual lleva a presentar una somnolencia fuerte durante las horas del día e intervalos de sueño variados en la noche, como consecuencia de esto puede presentarse cansancio y

fatiga durante el día, así como también se puede llegar a tener afectaciones en el juicio, la atención y funciones multitarea. Existen 4 tipos de alteraciones del sueño:

1. dificultad para permanecer dormido y despertarse a una hora muy temprana,
2. movimientos involuntarios y dolor que interrumpen el sueño
3. aumento en la necesidad de orinar durante la noche
4. agitación nocturna, sueños vívidos y alteraciones en la percepción visual o alucinaciones. (National Parkinson Foundation, 2008, Pág. 15).

6.3.2 Disminución del Olfato O Hiposmia

La disminución de este sentido, también se conoce como hiposmia se debe principalmente a la degeneración del bulbo olfativo, este síndrome es frecuente en población afectada con Parkinson, según estudios la presencia de hiposmia en esta población oscila entre un 60 y 90 %, algunos autores lo determinan como un síntoma precursor, indicando su presencia mucho antes de la aparición de los síntomas motores anteriormente mencionados. (Vanegas, 2009. Pág. 1)

6.3.3 Depresión

Quienes presentan depresión en la EP, se caracterizan por pérdida de interés por realizar actividades que en un inicio resultaban placenteras. Estas alteraciones del estado

de ánimo, pueden estar relacionadas con el sentimiento que tiene los pacientes con EP de padecer una enfermedad crónica, neurodegenerativa y que no tiene cura, otros en etapas más avanzadas de la enfermedad presentan cuadros depresivos, debido a células cerebrales que se pierden a lo largo de la enfermedad. La depresión se asocia también con el insomnio y con la fatiga presentes en esta patología. (National Parkinson Foundation, 2008, Pág.6).

6.3.4 Ansiedad

La ansiedad en EP, se caracteriza por sentimientos y pensamientos constantes asociados con la preocupación y el nerviosismo, estos constantes ataques podrían llevar al paciente a perder el control de sí mismo, la mayoría de las veces, los ataques de ansiedad están acompañados de alteraciones físicas (ahogo, opresión en el pecho, sudoración) y emocionales (pensamientos negativos, inseguridad, intranquilidad). La ansiedad y la depresión se asocian con el sentimiento del paciente de padecer una enfermedad crónica, que no tiene cura y que afecta su calidad de vida. (National Parkinson Foundation, 2008, Pág. 9).

6.4 Alteraciones Cognitivas

Al hablar de estas alteraciones, se hace mención a las afecciones en una o más habilidades cognitivas, las cuales se manifiestan cuando la EP comienza a deteriorar

aquellas estructuras encargadas de controlar funciones de memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas entre otras. “El DCL” (Deterioro Cognitivo Leve) se ha utilizado para referirse a los cambios en diversas funciones cognitivas, específicamente a alteraciones propias de la memoria, *“Los criterios disponibles [para DCL incluyen: presencia de una queja subjetiva de una o más habilidades cognitivas, deterioro de una o más habilidades cognitivas (definido de forma objetiva a través de instrumentos neuropsicológicos), adecuado nivel funcional y ausencia de demencia”* (Bocanegra, Y. Trujillo, N. Pineda, D. 2014, pág. 6) . Estudios han señalado que la presencia de un DCL en la EP, no necesariamente se relaciona con una demencia, esto indica pues que las alteraciones cognitivas se asocian a otros factores que pueden estar relacionados con el deterioro de estructuras cerebrales que causan dichas alteraciones.

En consecuencia, con lo anterior, las alteraciones cognitivas forman parte de los diversos deterioros causados por la EP.

Otro sistema implicado en el deterioro cognitivo en la EP es el colinérgico. Como se sabe, el núcleo basal de Meynert es una fuente de proyecciones colinérgicas hacia la corteza cerebral; aunque el sistema colinérgico se ha relacionado con la enfermedad de Alzheimer, estudios neuropatológicos también han confirmado pérdida neuronal en esta estructura en pacientes con EP y se ha relacionado con reducción de la actividad colina-acetiltransferasa en pacientes con EP en zonas frontales y temporales. (Bocanegra, Y. Trujillo, N. Pineda, D. 2014. Pág8).

Según esta investigación los efectos que se perciben por las falencias en el sistema colinérgico, lleva a tener relación con muchos de los síntomas de la EP (Alteraciones motoras, funciones relacionadas con la memoria, con las funciones ejecutivas, con el sueño entre otras). Con lo anterior se puede inferir, que el deterioro cognitivo en la EP, puede deberse a diversos factores, en algunas personas estas alteraciones pueden ser un indicador para determinar a posteridad una demencia.

A continuación, se presentan algunas alteraciones relacionadas con la parte cognitiva en EP.

6.4.1 Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas, están asociadas a la actividad de la corteza prefrontal en primates y principalmente en humanos, hacen referencia a las tareas más exigentes, de alto grado de organización, se relacionan con los procesos cognitivos más elevados, estando entre ellos la planificación, el pensamiento abstracto, los procesos de atención dirigida y la regulación de la conducta. Las alteraciones en estas funciones pueden ser notorias en la poca planificación, la dificultad para el seguimiento de secuencias y la dificultad para mantener el foco atencional.

6.4.2 Memoria

En lo que respecta a la memoria, es importante señalar que las alteraciones que ocurren en la EP tienen lugar principalmente en la memoria inmediata, tanto como para material verbal como no verbal. Según un estudio realizado por el Dr Panegyres, P. (2004), se refiere a la memoria en la EP de la siguiente manera:

Los trastornos de memoria en tales pacientes son comunes. El procesamiento mental en la enfermedad de Parkinson demostró ser lento en los primeros estudios. Otros estudios sugirieron que los pacientes con enfermedad de Parkinson podrían tener un problema vinculando información en el almacenamiento a largo plazo, consistente con la participación de la corteza entorrinal y el hipocampo. Algunos estudios indicaron que la memoria también puede verse afectada. La disminución cognitiva en la enfermedad de Parkinson podría estar relacionada con trastornos visoespaciales, deterioro de la memoria y depresión.

La alteración de la memoria a corto plazo podría ser secundaria a la disminución del aporte dopaminérgico al estriado.

6.4.3 Deterioro Viso espacial

Las alteraciones visoespaciales, generalmente se asocian con la capacidad de reconocer rostros, medir distancias o identificar direcciones. De esta manera, con el

avance de la enfermedad las alteraciones visoespaciales toman otros matices y se agudizan para dar origen a alteraciones que se relacionan con el análisis y la síntesis visual.

“Inicialmente, el constructo de DCL fue planteado para referirse a cambios cognitivos (en especial, de la memoria), que representan un estadio intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia tipo Alzheimer (bocanegra, Trujillo, pineda, 2014) , observándose así, que en los pacientes que presentan EP, en las fases tardías de la enfermedad se manifiesta una mayor tendencia a desarrollar deterioro cognitivo generalizado pues el neurotransmisor dopamina presenta disminución de la concentración en las neuronas corticales especialmente en la corteza frontal.

Ciertas investigaciones han asociado el deterioro cognitivo leve con la presencia o aparición de determinadas formas de demencia, así, la pérdida de dopamina en la sustancia negra del cerebro ocasiona déficit o alteración motora en los pacientes con Parkinson, produciendo pérdida del tono muscular, generando problemas con la coordinación y con el control del movimiento, alterando flexibilidad en los músculos:

“Los estudios iniciales resaltaron que los pacientes con EP podrían desarrollar demencia, y que la magnitud de las alteraciones cognitivas se correlacionaba con la gravedad de los síntomas motores” (bocanegra, Trujillo, pineda, 2014).

6.5 Vías Dopaminérgicas:

La Dopamina, es una monoamina, la cual participa en la regulación de diversas actividades entre ellas las motoras, las afectivas y las relacionadas con la emotividad, (Trujillo, flores, Arias, 2000).

“La función de los sistemas dopaminérgicos del SNC se ha convertido en foco de gran interés, debido a que diversas alteraciones en la transmisión dopaminérgica han sido relacionadas, directa o indirectamente, con trastornos severos del SNC, tales como la enfermedad de Parkinson, trastornos psicóticos que incluyen a la esquizofrenia y la dependencia a drogas como la anfetamina y la cocaína” (Trujillo, flores, Arias, 2000). Lo cual lleva a que la disminución de esta sustancia sea catalogada como la principal causa de las afectaciones que ocurren en la enfermedad de Parkinson, las cuales comprometen de manera importante el sistema motor (capacidad de controlar movimientos y rigidez muscular) y las expresiones faciales que se asocian a la denominada hipomimia.

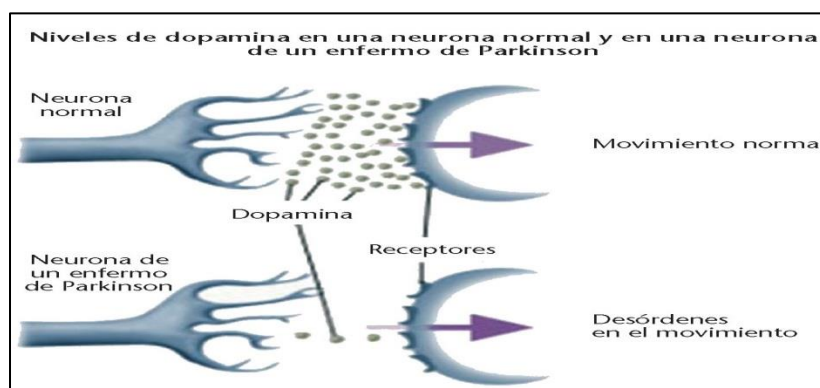


Fig 1: Vía Dopaminérgica Normal/ Vía Dopaminérgica con EP.

6.6 Tratamiento para la Enfermedad de Parkinson

Los tratamientos que se han puesto en marcha para mejorar la calidad de vida de quienes padecen de EP, suponen diversas intervenciones que van desde las dosis de fármacos hasta la intervención quirúrgica en algunos casos, a continuación se expondrán los distintos métodos y tratamientos para EP.

6.6.1 tratamiento Farmacológico.

En lo que respecta al tratamiento con fármacos, hay 4 grupos que se dividen de la siguiente manera: A. Precusores de la Dopamina, B. Agonistas Dopaminergicos, C. Inhibidores del Catabolismo de la Levodopa y Dopamina y D. Anticolinérgicos.

A. Precusores de la Dopamina: en este grupo se encuentra la Levodopa o L-DOPA, quien llega a las neuronas en sustitución de la Dopamina, la cual por sí sola no puede llegar hasta estas células, por lo tanto se le denomina un precursor de la Dopamina, que permite controlar y regular los síntomas motores más notorios de esta enfermedad, por lo general, este medicamento al administrarse solo se sintetiza de una forma más rápida antes de llegar al cerebro y poder realizar su función, es por ello que por lo general suele acompañarse de con otras sustancias como lo son carbidopa o benserazida, mejorando la efectividad y disminuyendo los efectos colaterales.

B. Agonistas Dopaminérgicos: Por lo general estos medicamentos se unen a los receptores de la Dopamina, estos medicamentos pueden llegar a ser menos eficaces que el tratamiento con Levodopa; existen dos grupos:

- **Derivados Ergóticos:** son utilizados en pacientes que no tienen mucha tolerancia a los tratamientos con agonistas dopaminérgicos no ergóticos. Entre estos medicamentos se encuentran (Bromocriptina, Pergolida, Cabergolina, Lisurida, Pharken).
- **Derivados No Ergóticos:** por lo general estos medicamentos son suministrados en la fase inicial de la enfermedad, permitiendo retrasar el uso de la Levodopa, si se combina con Levodopa ayuda a reducir los efectos secundarios de esta. (Rotigotina, Ropinirol, Pramipexol, Amantadina, Apomorfina).

C. Inhibidores del Catabolismo de la Levodopa y Dopamina: Permiten una mejor actuación del medicamento suministrado (Levodopa), inhibiendo la aparición de sustancias que minimicen el efecto del medicamento, existen varios grupos de estos inhibidores.

- **Inhibidores de la MAO-B:** Su función principal es inhibir la enzima (monoaminoxidasa) que degrada la dopamina, en la etapa avanzada de la

enfermedad se utiliza para mejorar los efectos de la Levadopa. (Rasagilina, Selegilina)

- **Inhibidores de la COMT:** Permite el aumento de los efectos de la Levadopa, esto gracias al bloqueo de la enzima catecol-o-metiltransferasa. (Tolcapone, Entacapona).

D. Anticolinérgicos: presentan un efecto menor en el control de los movimientos, su efecto es más notorio en el temblor y la rigidez del paciente. (Biperideno, Artane, Prociclidina, Kemadren).

6.6.2 Estimulación Cerebral Profunda: Esta técnica fue presentada por Siegfried, en 1994, la cual consistía en la estimulación del globo pálido interno, núcleo ventral intermedio y núcleo subtalamico, sus efectos contribuyen a la disminución de la discinesias y permitir un mayor control de los movimientos y mejorar los efectos de la Levadopa.

6.6.3 Tratamientos Quirúrgicos: Este tratamiento generalmente se toma en última instancia, cuando se considera que los demás tratamientos no han dado los resultados esperados, la Talamotomía, es un procedimiento que consisten en la extracción del tálamo, el cual es el encargado de controlar los movimientos ; hoy en día la utilización de este tipo de tratamientos no es muy frecuente, pero si puede utilizarse cuando los movimientos son muy agudos y no responden a los tratamientos farmacológicos, la cirugía por lo general

se practica en estado de conciencia del paciente, este tratamiento no es muy efectivo para tratar movimientos lentos (bradicinesia), así como también puede tener efectos secundarios en el habla, deterioro cognitivo entre otros.

6.7 Parkinson en el Lugar de Trabajo:

Los estudios realizados sobre Parkinson y su incidencia en el ámbito laboral son pocos, hay artículos que de forma somera muestran las alteraciones o dificultades a las cuales se enfrentan los pacientes; por un lado, el enlentecimiento de los movimientos hace que las tareas tarden más tiempo en ejecutarse.

Tanto los síntomas motores como los no motores de la enfermedad de Parkinson tienen una influencia negativa sobre la capacidad de trabajar, la lentitud y la fatiga son los síntomas más debilitantes según comunican los pacientes. Sin embargo, también citan otros síntomas con frecuencia como la rigidez, el temblor, la intolerancia al estrés, problemas de memoria y de concentración, la depresión y ansiedad”. In-pacient.es. 2016.

Aunque si bien, el enlentecimiento o en general los síntomas motores pueden limitar el realizar diversas actividades, hay posibilidad que quienes padece Parkinson pueda realizar labores cotidianas con esfuerzo, pero llegando a la finalidad de la actividad. Un punto importante radica en la reestructuración del puesto de trabajo, lograr hacer ajustes

dentro de las funciones que realizar juega un papel fundamental en la garantía del bienestar del enfermo.

7. METODOLOGIA

El abordaje de este estudio de caso se enmarca dentro de la investigación de tipo cualitativo, específicamente estudio de caso *“Por su parte, la investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. También aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” de los fenómenos, así como flexibilidad”*. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010). Se trabajará con un sujeto de 58 años, quien fue diagnosticado con EP, hace aproximadamente 5 años y medio, actualmente hace parte de la fundación Parkinson de Colombia, donde alterna sus terapias con su trabajo en una organización en la ciudad de Cali.

El trabajo que se realizó con el sujeto tenía como propósito determinar las alteraciones cognitivas y emocionales que ha sufrido desde la aparición de la enfermedad y cómo estas inciden en el desempeño de sus labores diarias dentro de su trabajo. Para ello se hará uso de la metodología del estudio de caso, la cual permite conocer a profundidad la historia de vida del paciente, utilizando como instrumentos la entrevista semiestructurada que da cuenta de los inicios de la enfermedad y como han sido los cambios en su vida cotidiana; Adicionalmente se utilizaron la escala de evaluación neuropsicológica **NEUROPSI** de atención y memoria, los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, y el test de la figura humana.

7.1 Sujeto de Estudio.

Para llevar a cabo la presente investigación se contó con la participación de un sujeto de 58 años que padece EP, hace 5 años y medio; quien se desempeña como trabajador en una empresa de la ciudad, donde realiza funciones administrativas y operativas; está vinculado a la fundación Parkinson de Cali, hace aproximadamente 3 años, donde asiste tres veces por semana, allí realiza terapia con diferentes profesionales de áreas de la salud.

A lo largo de su enfermedad ha contado con el apoyo de su familia y de su pareja con quien tiene una relación aproximadamente de 1 año. El sujeto está medicado desde hace 4 años con Levodopa, Rasagilina y Rotigotina, medicamentos que se utilizan para el control de la enfermedad. Para conocer si presenta alguna alteración cognitiva, y sus estados de depresión y ansiedad, se emplearon instrumentos de evaluación que permitieron dar cuenta de las alteraciones del sujeto, para ello se utilizó el Neuropsi breve, Inventario de ansiedad y depresión de Beck y el test de la figura humana.

7.2 Instrumentos.

Para lograr un acercamiento a las alteraciones que puede presentar el sujeto, a continuación, se describen los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación:

7.2.1 Neuropsi- Breve.

El Neuropsi Breve (NB), es un instrumento que se utiliza para evaluar funciones cognitivas entre las cuales se encuentran: Orientación, atención, memoria, lenguaje (oral y escrito), aspectos viso-espaciales y viso perceptuales, así como también funciones ejecutivas. Según Ostrosky, S. Ardila, A. Roselli, M. La orientación permite determinar el estado de consciencia y alerta en que se encuentra el sujeto/paciente; por su lado al hablar de atención, es importante hacer énfasis en la capacidad que se tiene para responder voluntariamente a determinado estímulo o situación presentada, la atención es la habilidad para “orientarse hacia” y “enfocarse sobre”.

La memoria por su parte hace referencia a la capacidad de evocación y de retención de la información suministrada sobre determinado estímulo o suceso. Esto permite tener la posibilidad de recordar hechos pasados en tiempo presente, hay diversos tipos de memorias. La memoria a corto plazo, que se relaciona con la capacidad de recordar eventos inmediatamente después de ser vividos, memoria a largo plazo, es la encargada de recordar eventos que han tenido lugar en tiempo pasado, tiempo diferente al que el sujeto tiene su atención en ese momento.

El lenguaje, es concebido como el principal elemento y herramienta básica que permite comunicar, en el NEUROPSI, se han incluido apartados que permiten dar cuenta del procesamiento lingüístico como: Fluidez, comprensión, repetición y denominación.

Ostrosky, S. Ardila, A. Roselli, M. Ayudando a tener un acercamiento sobre algún tipo de alteraciones propias del lenguaje.

Las funciones viso-espaciales, están relacionadas con el reconocimiento de espacios, lugares, figuras, a través de actividades motoras y perceptuales, involucrando la interacción de funciones occipitales, frontales y parietales. Por su lado las funciones ejecutivas están asociadas a la capacidad de resolución de problemas, planear, secuenciar y organizar la información, funciones que son asociadas por lo general al lóbulo frontal.

7.2.2. Inventario de Depresión de Beck. (BDI)

Este inventario, es uno de los instrumentos más utilizados para medir la depresión, creado por el Psiquiatra Aarón Beck en el siglo XX, este inventario el cual consta de 21 ítems, están orientados a medir el nivel o la intensidad de depresión presente en el sujeto evaluado, cada ítem, está construido por cuatro afirmaciones u opciones de respuestas, de las cuales debe elegir la opción que mejor defina su estado de ánimo en las últimas semanas.

7.2.3 Inventario de Ansiedad de Beck.

El inventario de ansiedad de Beck tiene como objetivo medir el nivel o la intensidad de ansiedad presente en el sujeto evaluado, fue diseñado para medir síntomas de ansiedad que estén en un grado menor al de la depresión, está compuesto por 21 ítems, cada ítem se califica de acuerdo a la intensidad de los síntomas presentados por el evaluado.

7.2.4 Test de la Figura Humana.

El test de la figura humana, es una prueba proyectiva que se basa en la teoría psicoanalítica, la cual a través del dibujo permite analizar aspectos de la personalidad, a través del dibujo el evaluado pone en manifiesto aspectos relacionados con su propio concepto de su cuerpo, su personalidad y su emocionalidad, a través de los trazos el sujeto pone en manifiesto su Yo, para Machover la personalidad se crea a partir del movimiento, sentimientos y pensamientos específicos.

7.2.5 Entrevista Semi estructurada.

La entrevista es un instrumento de gran utilidad para recolectar información principalmente en los estudios de corte cualitativo. La entrevista semiestructurada como lo

menciona Díaz, Turrucó, Martínez, Varela. (2013) refieren que “*Entrevistas semiestructuradas: presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos*” De este modo, la entrevista semiestructurada permite dar al entrevistado la posibilidad de poder ahondar y dar detalles en momentos específicos y en los cuales considere relevante, así como también permite al entrevistador explorar en temas puntuales que son importantes para obtener información para la investigación.

7.2.6 Estudio de Caso:

Para recolectar la información en la investigación, se recurrió a la técnica de estudio de caso, que permite conocer más de cerca la problemática a abordar, tal como lo menciona Yin 1989, citado por Martínez 2006, “*el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios*” dicho de otra manera permite una proximidad más real y enfocada a conocer de manera detallada las experiencias y vivencias del sujeto. Para Yin (1989), son varias las ventajas que presenta este método:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.

- Se utilizan múltiples fuentes de datos
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

7.3 Procedimiento.

Para el desarrollo de la investigación, se contó con la revisión de documentos que permitieron conocer los antecedentes, inicios y estudios realizados sobre la EP. A lo largo de la construcción del documento, se recurrió a la búsqueda de literatura que permitió llevar a cabo un acercamiento con los diversos conceptos que se han elaborado en la comprensión de la enfermedad de Parkinson, considerando los deterioros a nivel motor y cognitivos. Esta primera fase estuvo orientada a recopilar información del tema a investigar. La segunda fase, se orientó a trabajar con el sujeto participante, a partir de la aplicación de los diversos instrumentos (mencionados anteriormente), que permitieron la evaluación cognitiva y la revisión aspectos relacionados con la depresión y la ansiedad; Finalmente, para la tercera fase de la investigación, se propone como objetivo principal evidenciar unos resultados a partir de los instrumentos utilizados, dar respuesta a la pregunta de investigación y conocer el estado del sujeto.

8. RESULTADOS

8.2 Resultados Neuropsi Breve

Los resultados que se presentan a continuación, son producto de los instrumentos utilizados previamente, para esto se abordará en primera instancia la información obtenida mediante la evaluación Neuropsicológica Breve (NEUROPSI), se mostrará la tabla de resultados y una descripción de los mismos.

Los resultados arrojados por la evaluación del Neuropsi, evidencian un puntaje total de 110, lo cual refiere un desempeño normal o dentro del promedio, Teniendo en cuenta las diversas actividades desarrolladas a lo largo de la evaluación, el sujeto presenta un nivel de orientación apropiado, puesto que da cuenta del tiempo, lugar y persona, lo cual le permite ubicarse en un tiempo presente, en cuanto a la función de atención y concentración, se muestra un acierto de cuatro puntos, lo cual indica un resultado dentro de la media, indicando capacidad para poder tener su atención activa en un punto, muestra una capacidad baja - media para recordar y evocar situaciones, así como también de procesar cálculos matemáticos, en lo relacionado al área del lenguaje, presenta un nivel alto que le permite reconocer y nombrar objetos presentados, posibilitándole tener dominio sobre las categorías de denominación, repetición, comprensión y fluidez verbal, lo cual refiere un sujeto con capacidades dentro de los límites normales para este tipo de actividades, en cuanto a las funciones motoras, da cuenta de una adecuada respuesta a los estímulos

De acuerdo al inventario suministrado para la evaluación de ansiedad, se encontró que el sujeto presenta un nivel de ansiedad bajo, lo cual indica que puede tener autocontrol sobre los sentimientos asociados a la depresión dentro de su cuadro clínico de EP, los síntomas físicos dentro de los cuales se encuentran (entumecimiento, temblor en la piernas, mareo, con temblor en las manos, bloqueo, desvanecimiento y con sudores fríos o calientes), pueden estar asociados a los síntomas propios de la EP, lo cual no indica que sean derivados de un estado de ansiedad por sí solo, no presenta sentimientos de pérdida del control, miedo, inseguridad, inestable, lo cual le hace presentar un grado de ansiedad muy bajo, puntuando en 8 su resultado.

En cuando al inventario de depresión de Beck, su puntuación es de 8, lo cual apunta a presentar un nivel de depresión normales, es decir altibajos normales, dentro de los cuales se encuentran los ítems 14 (“creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto”), el ítem 15 (“me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo”), refiere dentro de sus respuestas no dormir igual que antes y cansarse con facilidad, mucho más que antes, estos síntomas que destaca el sujeto se consideran normales dentro del cuadro clínico presente EP, no se encuentran evidencias de sentimiento asociados con tristeza, desesperanza, de culpa o decepción. Sujeto dentro de los estándares normales.

8.4 Resultados Figura Humana.

Para analizar los resultados del test de figura humana, se tomará como referencia la figura elaborada por el sujeto de estudio, presentándose detalladamente cada área dibujada en sí.

- **CABEZA:** se relaciona con temas de control y aspiraciones intelectuales, en cuanto al dibujo realizado por el sujeto, su cabeza es de un tamaño normal y proporcional a las demás partes del cuerpo, refiere entonces un sentido consciente de su cuerpo y de sí mismo en el espacio, en lo que atañe la expresión del rostro, ambas figuras presentan una acentuación en las partes del rostro, lo cual puede traducirse como un sujeto con necesidad de compensación ; la primera figura (*varón*) presenta una boca dibujada con una leve sonrisa, en la cual puede verse una presencia de sus dientes; indicando cierto nivel de infantilidad en su personalidad, por su parte la figura dos (*mujer*), su boca denota exaltación, es decir pronunciada y esto puede tener relación con la parte sexual del sujeto, al tener en cuenta que la boca se asocia con el componente erógeno.

En cuanto a la barbilla, en ambas figuras se muestra una acentuación un poco marcada en esta área, lo cual puede suponer una persona con habilidades sociales, casi denotando dominio en la parte social y de contacto con el otro. En relación a la nariz, en la figura del varón, muestra una nariz de frente lo cual puede interpretarse con falencias o dificultades en

el área sexual del sujeto, por su lado la nariz de la mujer, refiere un nariz un poco más tenue realizada con dos puntos, este énfasis en la nariz del varón y suavidad en la femenina pueden dar luces de conflictos que se tienen con una figura y otra lo cual da señal de una compensación necesaria. Los ojos por su parte denotan la relación del sujeto con el área social, en ambas figuras los ojos parecen tomar relevancia, pues son grandes y muy notorios dentro del dibujo, lo cual puede entenderse cómo la forma de absorber el mundo con la vista, esto debido a que los ojos son el punto central en donde se construyen y se crean las ideas del propio ser, indicando la forma en cómo se construye la idea de sí mismo; puede en ocasiones los ojos grandes o saltones dar cuenta de conductas que se asocian con el placer y el goce de ver (Voyerismo) . Por su lado las pestañas alargadas hecha por el sujeto en los ojos grandes denotan habilidades sociales, con tendencia a ser una persona extrovertida, las cejas en ambas figuras denotan un sujeto con un nivel óptimo de autocuidado, esmerándose por su prestación y cuidado personal, las orejas dan cuenta de un sujeto que puede tener problemas con las figuras de autoridad; el cuello es señal del control de los impulsos, el cuello dibujado por el sujeto muestra un individuo que tiene consigo alguna situación perturbadora, indicando una baja coordinación entre sus emociones.

- **CUERPO:** el cuerpo representa el cumulo de impulsos, los hombros son en este caso una denotación de un sujeto preocupado por su poder físico, también puede dar ideas de aspectos sexuales sin resolver o conflictos en el área sexual; a su vez los brazos dibujados por el sujeto evaluado, muestran figuras con los brazos abiertos, lo cual se puede interpretar con carencias afectivas y demandas de cariño, las manos por su lado son elaboradas con poca precisión, trazos poco finos esto apunta a tener inseguridades en

sí mismo y su contacto con el mundo, de igual forma los dedos son dibujados con líneas juntas y con poca simetría, lo cual se lleva a pensar en un sujeto con represión de agresividad o con sentimientos hostiles en su interior. Las piernas por su lado detonan un sujeto con inseguridades sexuales, la vestimenta de la figura da cuenta de una persona con comportamientos sociales marcados y usualmente extrovertidos, con un fuerte deseo de ser aprobado socialmente por su entorno.

La ubicación de la figura representa las habilidades que tiene el sujeto para asumir las exigencias o las demandas de su medio, en este caso el sujeto hace uso de una simetría en la figura en cuanto al lugar donde la ha emplazado, está ubicada en el centro lo cual puede dar cuenta de un sujeto que puede responder de forma positiva o de asumir las demandas de su medio de forma consciente y autónoma. El tamaño se relaciona generalmente con la autoestima, en la figura presentada por el sujeto evaluado, su dibujo muestra una figura de tamaño mediano que ocupa aproximadamente el 70% del espacio disponible, denotando una persona con un grado de seguridad o una autoestima equilibrada; por el contrario los Pies que son pequeños y no tiene una superficie de sustentación, parecieran indicar una tendencia contraria: inseguridad, dificultad para tener expectativas claras sobre la realidad. en general lo que muestra el análisis de la figura humana es:

1. El sujeto de esta investigación es una persona con características de seguridad en si misma, una buena imagen y concepto propio, sin indicadores evidentes de trastorno mental, aunque existen indicadores leves de algún grado de inmadurez o dificultad en el manejo de las

relaciones afectivas. Es una persona socialmente asertiva, con buena capacidad para establecer relaciones con los demás.

8.5 Resultado de la Entrevista semiestructurada

<u>CATEGORIAS</u>	<u>RESPUESTAS</u>
ENFERMEDAD	- “empecé a averiguar acerca de la enfermedad, y a convivir con ella” - “hoy en día yo me río de mi enfermedad”. - “Obviamente en algunos días hay bajones, por los medicamentos hay depresión, hay dolores” - “yo mismo me doy ánimo” - “la parte afectiva, a nosotros nos afecta mucho. - “tuve síntomas que me advirtieron y no los vi, un Tic nervioso en la pierna derecha” - “yo deduzco que la enfermedad me salió por una crisis de ansiedad, problemas que me llevaron al límite” - “ha cambiado mi vida en muchos aspectos, en mi vida social, laboral, familiar en todo”. - “las cosas las hago, pero me tienen que tener paciencia, soy más lento”. - “lo más difícil, aceptar la enfermedad” - “es una enfermedad degenerativa, eso hace mella” - “lo más difícil ahora es la depresión, los bajones que le dan por momentos a uno” - “ya uno se vuelve mecánico, con lo que siente y con lo que hay que hacer” - “Nos cansamos mucho” -

FAMILIA

- “yo me vine solo.”
- “Mis hijos, ellos lo asimilaron más rápido, ellos lo vieron más por el lado de la lástima del pesar”
- “tomé la decisión de aislarme de mis amigos.”
- “actualmente tengo una pareja, llevo un año”
- “ella me da mucho apoyo”
- “si, la enfermedad ha tenido que ver (en temas de pareja)”
- “fue un motivo más por el que me separé de mi pareja en España”
- “ella cambió mucho por lo de la enfermedad”
- “todas mis parejas han sabido de mi enfermedad, pero cuando estamos en el plan de la convivencia ha sido un poquito complicado”
- “de pronto puede ser porque todo lo hago lento, le da pena estar saliendo con una persona con EP”
- “pienso que de pronto les da pena que me vean con ellas, entonces cambian las formas de ser de ellas”
- “al principio (de la enfermedad) para mi si cambió, aumentó la libido”
- “de mi infancia siempre recuerdo que he sido muy locato, soy el que más dolores de cabeza le ha dado a mi mamá”
- “estamos como mas unidos a raíz de la enfermedad”
- “el diagnóstico de cáncer de mi hermano me dio muy duro, me tocó ser muy fuerte y demostrarles que íbamos a salir adelante”
- “para mí la familia era lo único que tenía que me iba ayudar a salir adelante.

MEDICACIÓN	- “aun me cuesta adaptarme a la medicación” - “los músculos se contraen y pueden tener una sensación de rostro plano, no expresa emociones” - “la medicación, al principio fue muy dura” - “A veces no cumplo con los horarios de la mediación”
TRABAJO	- “el trabajo de oficina me estresa mucho” - “me ayuda mucho estar como mensajero, me muevo” - “los cambios de funciones fueron por petición mía” - “me considero una persona muy activa” - “hay trabajos que no puedo hacer porque cada vez soy más lento” - “la parte del equilibrio la he perdido mucho” - “la memoria es más lenta” - “las cosas actuales se me dificultan recordarlas”

De acuerdo a la información obtenida por medio de la entrevista que se realizó al sujeto, se identificaron enunciados que se pueden abordar desde el psicoanálisis, lo cual apunta a una comprensión más amplia de su padecimiento y de su relación con el mundo desde su patología.

Según Freud y su escrito sobre las teorías de la personalidad, atañe lo siguiente *“El dolor parece desempeñar en esta cuestión un importante papel, y la forma en que adquirimos un nuevo conocimiento en nuestros órganos cuando padecemos una doloroso enfermedad, constituye*

quizá el prototipo de aquella a la que llegamos a la representación de nuestro propio cuerpo”

dicho de otra manera, es pues el cuerpo un vehículo mediante el cual se hacen conscientes aquellos deseos reprimidos, mediando el Yo y tratando de normalizar al individuo, por lo general aquellas dolencias psíquicas se trasladan de forma real y se manifiestan mediante dolencias físicas o trastornos, uno de los mecanismos de defensa que utiliza el Yo para nivelar cargas y ayudar al individuo a tener conciencia de estos se relación con la Conversión, este mecanismo se hace presente a través de aquellos dolores musculares, temblores , olvidos y lenificación de sus movimientos, estos síntomas característicos de EP, pueden situarse en aquellas carencias afectivas o aquellas situaciones familiares conflictivas, en el discurso por parte del sujeto de estudio, refiere que vivió situaciones de mucho estrés mientras vivía en España, se alejó de su familia y su pareja también, *“ella cambió mucho por lo de la enfermedad”* a su vez puede estar implícito otro mecanismo Resistencia, mediante el cual puede no aceptar la realidad de su enfermedad, puede estar esta enfermedad mediada por una pulsión muy fuerte, lo cual puede llevar a considerarse como una persona impulsiva.

2. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación, llevada a cabo con un sujeto con EP, pretendía evidenciar las alteraciones cognitivas presentes en ésta, para ello se realizó la aplicación de pruebas que permitieran dar cuenta de dichas alteraciones, en primera instancia y según resultados arrojados por el Neurpsi Breve, se pudo evidenciar un sujeto normal en cuanto al desarrollo de actividades presentadas a lo largo de la evaluación, esto advierte que en algunos apartados de la prueba, tuvo una puntuación baja, tendiendo como referencia las puntuaciones estándares dadas por cada ítem de la batería, es así pues, como su desempeño en actividades que estaba relacionadas con la memoria, podrían denotar un desempeño un poco bajo, para esto es necesario recordar que la EP, tiende a mostrar un deterioro en temas de memoria, la retención de información y la evocación hacen parte de los problemas presentes en esta patología.

De acuerdo con lo anterior, el estudio realizado en pacientes con EP Según Schrag, Faisal, Anastasius, Weintraub & Schott (2017) refiere el deterioro cognitivo como un factor no solo relacionado con EP, sino también con el paso de los años, en sus resultados la relación de deterioro cognitivo es directamente proporcional a los síntomas motores y depresivos que presenta el paciente, es decir a mayor alteraciones motoras mayor será el deterioro cognitivo; otro aspecto importante de resaltar en esta investigación se refiere a la alteración olfativa (hiposmia) la cual tiene relación directa con el desarrollo cognitivo. Según este análisis, a mayor pérdida del olfato, mayor es el deterioro cognitivo sugiriendo la participación del bulbo olfatorio; por otro lado, este análisis resalta que el déficit nigroestriatal, que subyace a los síntomas

motores de la enfermedad de Parkinson, no es el único impulsor de los cambios cognitivos observados en esta etapa temprana después del diagnóstico. Lo que atribuye pocas posibilidades de desarrollar demencia con EP.

A su vez, los estudios realizados por Levy, G et al. (2002), En pacientes con EP, señalan un deterioro cognitivo relacionado con el recuerdo inmediato (memoria a corto alzo), así como también en el nombramiento de ciertas categorías y dígitos, esto se pudo evidenciar gracias a la aplicación del WAIS-R, sin embargo en este estudio se encontró que las alteraciones que presentan estos pacientes, están relacionadas con un posible desarrollo de demencia, En resumen, estos resultados indican que la memoria verbal el deterioro y la disfunción ejecutiva predicen el desarrollo de la demencia en la EP, estudios que involucran una cohorte de pacientes o pacientes más jóvenes con PD anterior se necesitan antes de que estos hallazgos puedan ser generalizado

Las investigaciones sobre EP, estructuran una serie de síntomas y patologías propias de la enfermedad, las motoras son las más notorias, pero cabe resaltar que las afecciones de tipo emocional, también toman un papel relevante en este padecimiento, así pues la lentitud en el pensamiento también es un factor fundamental y los relacionados con la memoria, según un estudio realizado por la Federación Española de Parkinson (sf), “ *lentitud en el pensamiento o cambios en su razonamiento, memoria o concentración, y algunos pacientes con EP desarrollarán deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo asociado al párkinson es diferente a la enfermedad de Alzheimer, afectando a áreas como las funciones ejecutivas (abstracción, planificación de un objetivo), atención, función visuoespacial (dificultad para medir las*

distancias) más que a la memoria”. Así pues la EP, genera cambios en el cuerpo que van desde los físicos hasta los emocionales.

En lo que atañe a la parte sexual, las alteraciones en cuanto a la erección o la hipersexualidad son algunas características propias de los sujetos con esta condición, durante el estudio realizado, las principales alteraciones sexuales que se presentaron en el sujeto estaban asociadas con un aumento de la excitación sexual, en los últimos tiempos, mientras que al inicio de la enfermedad el deseo sexual disminuyó notoriamente, las relaciones de parejas se hacen un tema vulnerable a quien padece EP, según los datos recogidos por medio de entrevista, se manifiesta que el entablar una relación estable durante la aparición de la enfermedad ha sido difícil, pues en ocasiones siente que es aislado o que pueden sentir vergüenza de sostener una relación emocional con él.

Los estados de ánimo, presentes en la enfermedad, son fluctuantes, esto tiene mucha incidencia con el deterioro motor que se presenta, pues el desvanecimiento en las piernas, las pocas ganas de realizar alguna actividad que implique esfuerzo físico, las alteraciones del sueño entre otras, propician un estado de ánimo bajo, la depresión en este caso, es considerada en un nivel normal, teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente mencionada.

De acuerdo a las investigaciones y al análisis de los resultados arrojados por las evaluaciones suministradas al sujeto con EP, se puede destacar que si bien su estado no está relacionado con

la aparición de demencia, si hay cambios notorios en la memoria, específicamente a las de corto plazo, esto permite dar cuenta de un deterioro que se va presentando de manera progresiva pero constante en las funciones cognitivas, poniendo en consideración prestar más importancia a estas alteraciones no motoras que sin duda tiene un papel fundamental en el desempeño de actividades cotidianas del sujeto y que permiten conocer desde otras perspectivas los daños irreversibles de esta enfermedad.

Un factor importante esta relacionado con el desempeño laboral del paciente con EP, sugiere cambios en la estructura del puesto de trabajo, del como hacer las cosas, por tal motivo el cambio de actividades son importantes para garantizar un ambiente optimo para quien padece EP, se asocia en gran medida las alteraciones motoras como la principal fuente que incide de manera negativa en el desempeño laboral, en este caso el sujeto evaluado tuvo un cambio radical en la funciones que desempeñaba en un inicio dentro de la organización, actualmente apoya las labores de mensajería y esto le permite ejercitarse diariamente, así como también poner en marcha su memoria que es una de las más afectadas en lo que se refiere a los padecimientos no motores.

3. CONCLUSIÓN

Referente a las funciones motoras, los movimientos involuntarios y la bradicinesia, se muestran constantes, teniendo como consecuencias alteraciones específicas en el tiempo en que realiza las actividades, la alteraciones de sueño ocurren en ocasiones y generan insomnio lo cual trae consigo alteraciones en el desempeño de las funciones en su trabajo.

De acuerdo a los resultados arrojados por los instrumentos suministrados al sujeto del estudio, que permitieron la recolección de la información, puede sustentarse que las alteraciones cognitivas que se han hecho presentes a lo largo de la EP, están en un nivel normal, lo cual apunta a ver un sujeto estable, con alteraciones de la memoria en un nivel mínimo, así como también lo relacionado a las funciones viso espaciales; mostrando un desempeño normal en el resto de las funciones cognitivas que no alteran significativamente su vida cotidiana.

Por otro lado, en lo que concierne al estado anímico, el sujeto se muestra en un estado de normal en relación a su enfermedad, los síntomas asociados a depresión y a ansiedad, dan cuenta de alteraciones propias de la enfermedad, que se pueden manejar y que permiten el desarrollo normal de su vida.

El entorno familiar juega un papel fundamental, en el sostenimiento o mejoría del paciente, sentir el apoyo y respaldo de su familia, permite crear vínculos más fuertes que promueven la mejoría en su estado de ánimo.

Los cambios que se lograron establecer en las actividades o funciones asignadas por parte de la organización, permiten al paciente tener más autonomía y enfrentarse a nuevos retos y tareas que orientan a mejorar las dificultades motoras y poner en marcha la mejorar de sus alteraciones cognitivas.

4. REFERENCIAS

- Bocanegra, Y, Trujillo, N y Pineda, D. (2014) *Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión*. Antioquia, Colombia: Revista Neurología.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (sf). *Evaluación del inventario BAI*. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- *epidemiológicos de la enfermedad de Parkinson*. México: Revista Neurológica.
- De la Casa, B. (sf) *Guía informativa de la enfermedad de Parkinson*. Recuperado de http://parkinsoncantabria.com/documentos/guia_parkinson.pdf.
- Díaz, L. Turrucó, U. Martínez, M. Varela. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*, (7). P 2. Recuperado de: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA.pdf.
- El País (2017) Recuperado de <https://www.elpais.com.co/colombia/mas-de-220-mil-nos-padecen-de-parkinson.html>
- Enfermedad de Parkinson: Guía terapéutica de la sociedad catalana de Neurología. (s.f).
- Estrada, I. Martínez, H. (sf) *diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson*. México.
- Fundación Parkinson Cali. Recuperado de <http://www.parkinsoncolombia.org/>
- Garcia, S. López. Meza, E. Villagómez, A. Coral, R. (2010). *Breve reseña histórica de la enfermedad de Parkinson. De la descripción precipitada de la enfermedad en el siglo XIX, a los avances en Biología Molecular del padecimiento*. Medicina Interna de Mexico. Vol. 26).

- Garcia, S. Sauri, S. Meza, E y Castillo, J. (2008) *Perspectiva histórica y aspectos*
- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, (2010) *Metodología de la investigación, quinta edición*. México: Mcgraw-HILL / Interamericana Editores.
- International Parkinson and Movement Disorders Society, *Deterioro Cognitivo y Problemas Conductuales en la Enfermedad de Parkinson: información importante para pacientes*. Recuperado de <https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Education/Patient-Education/Cognitive-Impairment-and-Behavioral-Problems-in-PD/pat-Handouts-Cognitive-Spanish-v3.pdf>.
- Leenders, K. Palmer, A, Quinn, N, Clark, J., Firnau, G, Garnett, E, Marsden, C. (1986). *Brain dopamine metabolism in patients with Parkinson's disease measured with positron emission tomography*. Journal of Neurology.
- Levy, G. Jacobs, D. Xin Tang, M. Cote, L. Louis, E. Alfaro, B. Mejia, H. Steinn, Y. Marder, K. (2002) Memory and Executive Function Impairment Predict Dementia in Parkinson's Disease. Movement Disorder Society Vol. 17, No. 6, 1221–1226 paginas.
- Martínez, P. (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Recuperado de <http://jbposgrado.org/iguali/Estudio%20de%20caso.pdf>
- Morales, H. Cervantes, A. & Rodríguez, M. *Diagnostico Premotor de la enfermedad de Parkinson*. (2011).
- National Parkinson Foundation. (2008). *La Enfermedad de Parkinson: Mente, estado de ánimo y Memoria*.
- Núñez, G. (sf). *Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/150009400/Test-FIGURA-HUMANA-Machover-pdf>

- Ostrosky, F, (2000) *Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson*. México: Revista de Neurología.
- Ostrosky, F. Ardila, F. Roselli, M. (sf). *NEUROPSI. Evaluación Neuropsicológica Breve en Español. Manual*. (Ed) Publigenio, S.A. de C.V. México D.F.
- Penegyres, P. (2004). *The contribution of the study of neurodegenerative disorders to the understanding of human memory*. Recuperado de:
<https://academic.oup.com/qjmed/article/97/9/555/1594855?searchresult=1>
- Rodríguez, M. Cervantes, A. Arellano, A. (2014). *Estimulación cerebral profunda en enfermedad de Parkinson: Estimulación cerebral profunda en enfermedad de Parkinson: Importancia de un equipo multidisciplinario* Importancia de un equipo multidisciplinario.
- Schrag, A. Faisal, U. Anastasius, Z. Weintraub, D, Schott, J. (2017). *Clinical variables and biomarkers in prediction of cognitive impairment in patients with newly diagnosed Parkinson's disease: a cohort study*.
- Sociedad Española de Neurología. (2018). Recuperado de
<http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link238.pdf>
- Trujillo, R, Flores, G & Arias, J. *Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central*. México. 2000.
- Vanegas, P. Diagnóstico premotor de la enfermedad de Parkinson. 2009. Pág. 1
- Vida laboral y enfermedad de Parkinson. 2016. Recuperado de <https://www.in-patient.es/que-es-in-patient-es/>

