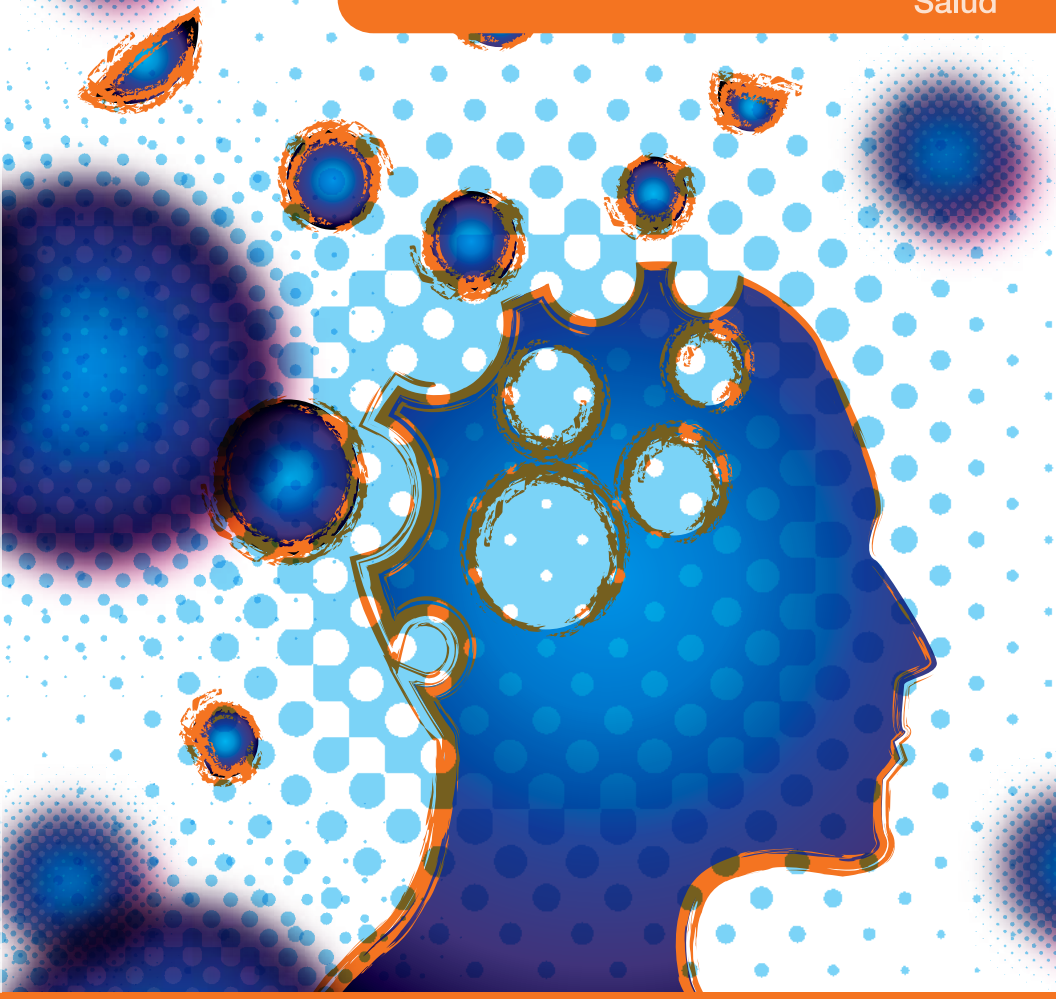
SERIE ESTUDIOS Y REFLEXIONES
Salud



Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson

Henry A. Montero

GFDD | FUNGLODE

Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson

Otros libros de la
Serie Estudios y Reflexiones:

Retos de la educación a distancia
Heitor Gurgulino de Souza

El metro y los impactos de la integración del sistema de transporte en Santo Domingo, República Dominicana
Carl Allen

Presencia de África en el Caribe, las Antillas y Estados Unidos
Celsa Albert Batista et al.

Empoderamiento de las mujeres en las democracias de los países en desarrollo: la experiencia de la República Dominicana
Rosa Rita Álvarez

Perspectiva de la salud mental en la República Dominicana
Yosmayra E. Reyes

Capacidad local para beneficiarse de la globalización y aumentar el empleo: el caso de la República Dominicana
José G. Caraballo

La reforma tributaria dominicana de 2012 en el contexto histórico y regional
James E. Mahon Jr.

Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson

Henry A. Montero

Este trabajo es el resultado de la participación del autor en el
Programa de *Fellows* de GFDD/Funglode
entre febrero y mayo de 2014

SERIE ESTUDIOS Y REFLEXIONES
Salud

una iniciativa de
GFDD | FUNGLODE

Esta es una publicación de GFDD/Funglode
Global Foundation for Democracy and Development
www.globalfoundationdd.org
Fundación Global Democracia y Desarrollo
www.funglode.org

Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson

Copyright @2015 de GFDD/Funglode
Todos los derechos reservados, incluido el derecho de reproducción de parte o de la totalidad del contenido en cualquier formato.

ISBN: 978-9945-590-07-4

Editora
Natasha Despotovic

Supervisión de edición
Semiramis de Miranda

Corrección de estilo
Miryam López

Diseño gráfico
Maria Montas

Colaboración
Yamile Eusebio
Mandy Sciacchitano
Reyna Rodríguez
Loriel Sánchez

Índice

Prólogo ix

Prefacio xi

Agradecimientos xiii

Objetivos del estudio 3

Resumen 5

1. Introducción y antecedentes 7

1.1 Diagnóstico y epidemiología de la enfermedad de Parkinson 7

1.2 Psicosis de la enfermedad de Parkinson 8

1.3 Terapia cognitivo-conductual 8

1.4 Síntomas psicóticos 10

1.5 Terapia cognitivo-conductual para la psicosis de la enfermedad de Parkinson 10

1.6 Modelo biológico psicosocial de vulnerabilidad-estrés 12

2. Revisión de la literatura 15

3. Importancia del estudio y pregunta de investigación 17

3.1 Importancia del estudio 17

3.2 Pregunta de investigación 18

3.3 Impacto científico 18

3.4 Antecedentes de los tratamientos farmacológicos 19

4. Evaluaciones y mediciones 21

4.1 Herramienta de medición: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) 21

4.2 Herramienta de medición: Mini Examen del Estado Mental (MMSE) 22
4.3 Herramienta de medición: Calidad de vida-BREF de la OMS (WHOQOL-BREF) 22
4.4 Objetivo principal del tratamiento 22

5. Metodología 25
5.1 Metodología de la investigación 25
5.2 Resultados y discusión 26
5.3 Mejora de la salud física y la calidad de vida 30
5.4 Práctica cultural dominicana 31

6. Conclusión 33

Apéndices 35

Referencias 53

Biografía del autor 57

GFDD 59

Funglode 60

Programa de *Fellows* 61

Prólogo

Global Foundation for Democracy and Development (GFDD) y la Fundación Global Democracia y Desarrollo (Funglode) se dedican a promover la comprensión y el estudio de temas vitales para el desarrollo sostenible de la República Dominicana y el mundo. GFDD y Funglode realizan encuentros, programas educativos, investigaciones, estudios y publicaciones con el fin de contribuir a crear nuevos puntos de vista, enriquecer los debates y las propuestas de políticas públicas, fomentar la búsqueda de soluciones innovadoras y proponer iniciativas transformadoras a nivel nacional e internacional.

GFDD y Funglode se honran en presentar la serie de publicaciones Estudios y Reflexiones, que pone a disposición de la sociedad los resultados de proyectos de investigación, artículos académicos y discursos de peso intelectual, abordando temas cruciales del mundo contemporáneo desde enfoques locales, regionales y globales.

En esta ocasión la serie presenta el trabajo titulado *Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson*, que recoge el estudio de Henry Montero que demuestra que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz en el tratamiento de pacientes diagnosticados con psicosis por la enfermedad de Parkinson y, al mismo tiempo, contribuye al desarrollo de la salud mental en los países del Caribe y América Latina.

Esperamos que esta publicación y la serie Estudio y Reflexiones completa contribuyan a un mejor entendimiento del mundo, capacitándonos así para acciones más informadas, eficientes y armoniosas.

Natasha Despotovic
Directora ejecutiva de GFDD

una iniciativa de
GFDD | FUNGLODE

Prefacio

La enfermedad de Parkinson continúa siendo un misterio. En el inicio, durante su progresión y en la aparición de sus múltiples síntomas aún se desconoce mucho acerca del comportamiento de este trastorno y todavía no se ha encontrado una cura. En la República Dominicana, el enigma se complica aún más por la falta de datos fiables sobre su prevalencia y tratamiento. Este estudio realizado por Henry Montero, estudiante de doctorado en Psicología en la Universidad Capella, llena un importante vacío de información y contribuye al creciente cuerpo de investigación sobre la enfermedad de Parkinson en América Latina y el Caribe. Más que únicamente proporcionar datos sobre la dolencia, este informe presenta un plan de tratamiento que aumenta de manera positiva la calidad de vida de los pacientes y su condición mental relacionada, la psicosis. De esta forma, esta investigación contribuye de manera importante a respaldar el objetivo de Global Foundation for Democracy and Development (GFDD) de traer nuevas perspectivas, enfoques innovadores y soluciones a los retos de la sociedad contemporánea en la República Dominicana y en el mundo.

GFDD estableció el Programa de Fellows en el año 2009 con la intención de ofrecer a los estudiantes de maestría y de doctorado, profesores y otros académicos la oportunidad de llevar a cabo investigaciones de alto nivel en la República Dominicana en torno a temas relacionadas con el desarrollo y la democracia. Durante el período que duran sus estudios, los investigadores trabajan en estrecha colaboración con los miembros del staff de GFDD y con asesores académicos nacionales que orientan su búsqueda de información y datos. Para este estudio, Montero trabajó con la neuróloga y especialista en la enfermedad de Parkinson y cofundadora de la Fundación Dominicana Contra el Mal de Parkinson, doctora Marcia Castillo. La doctora Olga B. Soto-Moise, psiquiatra certificada por la American Board of Psychiatry, también desempeñó un papel crucial en el desarrollo del estudio.

La investigación de Montero fue llevada a cabo durante un período de 4 meses, entre febrero y mayo de 2014. Durante este tiempo, trabajó, gracias a la ayuda de la doctora Castillo, con el centro médico de la Fundación Activo 20-30 Inc., donde pacientes diagnosticados con psicosis de Parkinson fueron objeto del estudio. Los pacientes sometidos a tratamiento con terapia cognitivo-conductual (TCC) fueron supervisados de cerca por Montero, al igual que el personal a su cargo, proporcionando recomendaciones que no sólo mejoraron su calidad de vida sino también de las personas que los cuidaban. Además, Montero se fijó la misión personal de crear conciencia y difundir información sobre la enfermedad de Parkinson, sus síntomas y sus efectos en toda la República Dominicana. Durante su estadía en el país, participó en numerosas entrevistas de radio y televisión, incluyendo un espacio en el programa médico de radio Z101 *La receta médica* y tres entrevistas de televisión en los programas *Metro por metro, Con punto y coma y Al día con Nelson González*.

Un aspecto fundamental de la misión de GFDD y su organización hermana en la República Dominicana, la Fundación Global Democracia y Desarrollo (Funglode) es producir investigaciones y poner en marcha iniciativas que contribuyan a mejorar la vida de los ciudadanos dominicanos en particular y del hemisferio occidental en general. El uso que Montero hizo del tratamiento de la TCC en los pacientes de Parkinson cumple precisamente con esa labor. Esperamos que este estudio sea ampliamente distribuido en toda América Latina, haciendo que la TCC se convierta en un tratamiento prevalente y reconocido para la psicosis causada por la enfermedad de Parkinson y que mejore la calidad de vida de los pacientes y del personal que los cuida alrededor del mundo.

Mandy Sciacchitano
Gerente de Programas
InteRDom, Fellows y GDAE

Agradecimientos

Siempre he considerado que soy una persona bendecida especialmente por Papá Dios, que, sin duda alguna, se manifiesta de manera grandiosa en cada paso que me ha permitido dar; en este logro su iluminación llegó con una persona excepcional, una columna de varias dimensiones, un ser humano realmente meritorio de toda la gracia divina.

Piedra angular de este proyecto cumplido, digo sinceramente que las palabras que pueda expresar en este espacio siempre serán limitadas frente a los sentimientos que alborotaron mi alma a lo largo de este trayecto, con la confianza, certeza e incondicionalidad que me otorgó ante mis imprecisos pensamientos, sentir que guardaré "celosamente" toda la vida.

Agradezco a todos los que hicieron posible este proyecto y trabajaron en él, primero y de antemano a los pacientes, porque sin ellos no se habría podido realizar este trabajo; a la fundación Activo 20-30, su director, el doctor Moreno, y su equipo de trabajo, así como a nuestro equipo de GFDD/Funglode. Al amigo licenciado Gedeón Santos, fiel creyente en el potencial de la juventud, la investigación y el desarrollo científico. Gracias por su amistad incondicional.

Dominic Alquimedez Montero Hunsinger, la ciencia es el desarrollo del conocimiento para la humanidad.

¡Que la recompensa merecida venga de lo alto! Presidente Dr. Leonel Fernández Reyna, gracias eternamente.

Henry Montero
Autor

Terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis del Parkinson

---

Henry A. Montero

Objetivos del estudio

1. Contribuir al conocimiento científico de la enfermedad de Parkinson y al desarrollo de la salud mental en los países latinoamericanos y caribeños.

2. Investigar e informar sobre la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en casos de psicosis por enfermedad de Parkinson, un trastorno médico común en la República Dominicana.

3. Identificar la TCC como tratamiento posible y formular su utilización y sus recomendaciones.

4. Proporcionar información sobre el efecto de la terapia cognitivo-conductual en la comunidad neurodegenerativa estudiada.

5. Formular recomendaciones para mejorar y fortalecer la comunidad de pacientes con psicosis por enfermedad de Parkinson que no han recibido tratamiento farmacológico para este trastorno.

6. Sensibilizar al público sobre la enfermedad de Parkinson en la República Dominicana mediante la difusión de programas informativos y radiofónicos.

7. Establecer la Fundación Dominicana Contra el Mal de Parkinson.

Tema:
Terapia cognitivo-conductual, un tratamiento basado en la evidencia para pacientes con diagnóstico de psicosis por la enfermedad de Parkinson.

Resumen

Fundamentos para la realización del estudio

La psicosis por la enfermedad de Parkinson (PEP) es uno de los síntomas no motores (SNM) que se presenta en un 60% de los pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson (EP) y se caracteriza por la aparición de alucinaciones y delirios, difíciles de tratar. Por ejemplo, los agonistas dopaminérgicos interactúan con los antipsicóticos atípicos (AA) y típicos (Weintraub & Stern, 2005). Hay una alta probabilidad de que haya interacción grave, con riesgo para la salud, entre el agonista dopaminérgico y la medicación antipsicótica típica (clozapina) (Rabey, et al., 1995). Estas interacciones pueden originar síntomas psicóticos. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado su eficacia en pacientes diagnosticados con síntomas psicóticos.

Metodología

Este estudio utiliza un método de estudio de casos para evaluar el impacto del tratamiento de pacientes con PEP.

Resultados

El estudio demuestra que la TCC es eficaz en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de PEP.

Conclusión

La TCC tiene métodos y objetivos claramente establecidos, lo que permite que la terapia se defina como una técnica y se aplique como tratamiento científico para el trastorno.

Palabras clave: Psicosis de la enfermedad de Parkinson, terapia cognitivo-conductual

1. Introducción y antecedentes

1.1 Diagnóstico y epidemiología de la enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo del movimiento que afecta a más de seis millones de personas en todo el mundo (Parkinson's Disease Foundation, Inc., 2014). Según el Banco Mundial (2014), un 6 % de la población dominicana tiene 65 o más años de edad. Empleando la extrapolación de Castillo (2014), cabe señalar que en la República Dominicana hay aproximadamente 6,000 ciudadanos que padecen EP u otras enfermedades neurodegenerativas.

La patología asociada con la enfermedad de Parkinson es la degeneración de las neuronas dopaminérgicas de la pars compacta de la sustancia negra que conduce a una insuficiencia de dopamina en el estriado (Factor & Weiner, 2007). Según Wirdefeldt et al. (2011), los síntomas de la EP no aparecen hasta que se agotan entre un 50 y un 60% de las neuronas negras y se pierde entre un 80 y un 85% de la dopamina del estriado. El síntoma principal de la EP es la disfunción motora, que incluye temblores en reposo, bradicinesia, rigidez y pérdida de reflejos posturales. No hay una definición clínica de la EP, pero la definición aceptada es la presencia de dos o más síntomas motores cardinales (incluida la bradicinesia) y una respuesta positiva a la prueba terapéutica con Levodopa, lo que ofrece un diagnóstico parcial de EP. El margen de error en el diagnóstico de EP es aproximadamente de un 25%, puesto que puede confundirse con otras enfermedades de características similares y sólo se puede confirmar mediante un examen post mortem (Macphee & Stewart, 2007). Otros síntomas asociados a la EP son indicadores no motores que suelen aparecer en las primeras fases de la enfermedad. Reconocer la combinación de síntomas motores y no motores contribuye a la detección temprana y, por lo tanto, a una intervención precoz que a menudo mejora la calidad de vida del paciente. Un factor decisivo en la EP es saber cómo detectarla, dadas las dificultades que plantea su diagnóstico. Según Braak et al. (2004), no hay marcadores bio-

lógicos ni resultados específicos de imágenes neurológicas para el diagnóstico de la EP. La patología se determina según los criterios de los síntomas parkinsonianos mediante un proceso hipotético-deductivo. La condición idiopática de la EP es la presencia de dos o más síntomas frecuentes: temblores en reposo, rigidez, hipocinesia y pérdida de reflejos posturales.

1.2 Psicosis de la enfermedad de Parkinson

La psicosis de la enfermedad de Parkinson (PEP) es un síntoma frecuente de la EP, que no es fácil de tratar. En la actualidad no hay medicación específica para combatir la PEP (Factor & Weiner, 2007). La dificultad que plantea el tratamiento de la PEP es controlar el Parkinson y la psicosis. Puede ocurrir en cualquier fase de la enfermedad; sin embargo, es especialmente notable en los pacientes que se encuentran en las fases tardías de la EP y han recibido tratamiento continuo con medicación dopaminérgica. Todavía no se conoce la fisiopatología exacta de la PEP. Los síntomas evaluados son desequilibrios neuroquímicos, anomalías del proceso visual y alteraciones del sueño; todo ello forma parte de su patogenia (Wint, Okun y Fernández, 2004). Es necesario evaluar detenidamente a los pacientes de PEP porque hay determinadas características que se pueden confundir con síntomas psicóticos. Para ilustrar este punto, Joseph Freidman (2011) señaló que sólo se debe diagnosticar la PEP una vez eliminadas o tratadas las causas médicas y ambientales de delirio o demencia. Conviene observar la medicación farmacológica y psicotrópica porque sus efectos pueden exacerbar la EP (Fujimoto, 2009).

1.3 Terapia cognitivo-conductual

Según Bechdolf A, et al., (2004), la terapia cognitivo-conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico que aborda las emociones disfuncionales, las conductas desadaptativas y los procesos cognitivos mediante una serie de procedimientos sistemáticos explícitos y orientados a objetivos concretos basados en tratamientos sustentados en la evidencia. Se ha demostrado que la TCC ayuda a personas con distintas enfermedades físicas y mentales, como es el caso

de la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastornos de ansiedad, dolor crónico, abuso de drogas y alcohol, síntomas psicóticos, problemas de salud e incluso problemas de relaciones sexuales. Cuanto más específico es el problema identificado, mejor resultado se obtiene con la TCC. A veces se utiliza como único tratamiento y otras veces se acompaña de medicación, dependiendo de la gravedad del trastorno o de la enfermedad en cuestión (Burdekin et al., 1993).

La TCC es uno de los tratamientos más investigados de psicoterapia basada en la evidencia que hay en la actualidad (Psych INFO, 2014). En los 20 últimos años se ha aplicado en una gran variedad de trastornos psiquiátricos, tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido y parte de su marco teórico se deriva de los modelos de vulnerabilidad-estrés de la psicosis (Beck, Rush, Shaw, & et, 1979). Los terapeutas cognitivo conductuales se proponen ayudar al paciente a superar las dificultades identificando y modificando el pensamiento disfuncional, la conducta y las respuestas emocionales (Beck et al., 2008). La aplicación de la TCC consiste en ayudar al paciente a desarrollar habilidades que le permitan modificar la sensación de presencia, identificar pensamientos distorsionados, relacionarse con los demás de distintas maneras y modificar el comportamiento. Addington y Lecomte (2012) señalan que hay más de treinta estudios de investigación sobre TCC que han demostrado resultados positivos en las fases de ensayo para síntomas psicóticos como enfermedad primaria.

En los ensayos clínicos se demostró que la TCC ayuda a paliar los síntomas de distintos problemas de salud. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH por sus siglas en inglés) declaró en 2013 que cuando se aplica un tratamiento doble de TCC y medicación en casos de depresión, síntomas psicóticos y trastornos de ansiedad, hay mayor probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento. Además, la aplicación de la TCC tiene otras ventajas a largo plazo. Los pacientes pueden someterse al tratamiento el resto de su vida para controlar o eliminar los síntomas relacionados con la salud mental.

1.4 Síntomas psicóticos

Cuando los pacientes de PEP desarrollan síntomas psicóticos, las características son muy diferentes a las de los pacientes con un diagnóstico de psicosis primaria. El paciente de PEP es egosintónico con los atributos de los síntomas desarrollados. Los pacientes declaran ser conscientes de su estado de alucinación y delirio (Friedman, 2011). A diferencia de los pacientes egodistónicos de psicosis primaria, esta población no tiene la sensación de sufrir una alteración perceptiva y, por lo general, no están de acuerdo con el tratamiento (Okai, et al., 2013). Las alucinaciones visuales de los pacientes de PEP son los síntomas más vívidos y prominentes de la enfermedad. La erupción de estos síntomas es lo que a menudo provoca que el paciente recurra a un tratamiento. Estos síntomas se clasifican en positivos y negativos.

Los síntomas positivos se consideran un exceso o una distorsión de la percepción del funcionamiento normal de la persona, por ejemplo delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (tangencial, incoherente) y comportamiento desorganizado. Los síntomas negativos se describen como una disminución o pérdida de las funciones normales. No resulta fácil evaluarlos porque aparecen en una escala de estabilidad mental, no son específicos y pueden deberse a diversos factores (por ejemplo, efectos secundarios de la medicación, trastorno del estado de ánimo). Entre los síntomas negativos caben señalar las siguientes restricciones: rango e intensidad de la expresión emocional; fluidez y productividad del pensamiento y el discurso, e iniciación de comportamientos dirigidos a objetivos. Los síntomas mencionados son dominantes y persistentes y tienen un efecto perjudicial en la calidad de vida de los cuidadores y de la sociedad en general.

1.5 Terapia cognitivo-conductual para la psicosis de la enfermedad de Parkinson

El tema de esta investigación es cómo utilizar la TCC, un tratamiento basado en la evidencia, para estabilizar y mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con PEP. La base teórica de la TCC, en un marco biológico psicosocial de vulnerabilidad-estrés,

se utiliza para afrontar las discrepancias del pensamiento perceptivo (Beck et al., 2008). Este modelo se emplea para reducir la angustia y la discapacidad que provoca la psicosis, brindar apoyo al paciente para paliar el trastorno emocional y, por último, ayudarlo a conocer y comprender la enfermedad mental a fin de prevenir las recaídas.

Los síndromes psicóticos en pacientes diagnosticados con EP, en especial las alucinaciones visuales y los delirios paranoides, ocurren en pacientes (hasta un 60%) que reciben terapia de reemplazo de dopamina (DA) (Meltzer, et al., 2010). Los síntomas psicóticos en la PEP son una causa importante de angustia para los pacientes y sus cuidadores y están asociados a un mayor deterioro funcional, mayor carga para los cuidadores, ingreso en residencias y aumento de la mortalidad (Weintraub y Stern, 2005; Factor et al, 2003). Por todo ello, el tratamiento a base de fármacos antipsicóticos se utiliza a menudo para hacer frente a los síntomas psicóticos persistentes y problemáticos en pacientes de EP (Weintraub et al., 2011). Distintas investigaciones sugieren que los síntomas psicóticos en la EP son consecuencia de una estimulación de los receptores de dopamina D2 del sistema límbico (Romrell et al, 2003). Meltzer y Stahl (1976) formularon la hipótesis de que la psicosis en la EP podría ser el factor que provoca esquizofrenia.

No hay ningún tratamiento farmacológico para la PEP aprobado por la FDA en Estados Unidos ni en ningún otro país del mundo. La dosis que se necesita para bloquear los receptores D2 del sistema límbico también bloquea los receptores D2 del estriado dorsal, lo que reduce los efectos paliativos de la Levodopa o del tratamiento con agonistas dopaminérgicos de acción directa en síntomas motores (Chou et al, 2007; Romrell et al, 2003). Según Freidman (2013), se considera que la clozapina es el tratamiento estándar de referencia para la PEP, mientras que la risperidona y la olanzapina, dos fármacos antipsicóticos atípicos con poca probabilidad de causar efectos colaterales extrapiramidales (EPS en sus siglas inglesas), también empeoran los síntomas motores en la PEP (Meltzer, et al., 2010).

1.6 Modelo biológico psicosocial de vulnerabilidad-estrés

Cuando el paciente ha logrado una estabilidad con medicación psicotrópica paliativa de los síntomas positivos, se recomienda la TCC para desarrollar discrepancias que hagan frente a las alucinaciones y delirios del paciente (Addington & Lecomte, 2012). La susceptibilidad del síntoma psicótico irá dirigida a los tres factores: biológico, social y psicológico. Los pacientes afirmaron que recibían el tratamiento para aliviar los síntomas menores, "tales como distorsiones perceptivas no molestas y síntomas delirantes". Estas causas pueden desencadenar una situación de estrés que provoque determinados problemas de percepciones angustiosas de alucinación o delirantes. Para poder controlar estos pensamientos y comportamientos destructivos, la TCC identifica las creencias problemáticas. Esto se conoce como análisis funcional y es indispensable para entender cómo influyen los pensamientos, sentimientos y situaciones en los comportamientos adaptativos. El proceso puede resultar difícil, sobre todo en el caso de pacientes que padecen psicosis, pero, en última instancia, puede facilitar mecanismos de autoconocimiento y comprensión que son una parte fundamental del proceso terapéutico.

La TCC es un reconocido tratamiento no invasivo que puede utilizarse para ayudar a los pacientes a modificar el proceso cognitivo y conductual y a entender problemas abrumadores dividiéndolos en partes más pequeñas. Uno de los pacientes que participaron en el estudio, el paciente 1A, presentaba ideas delirantes persistentes y cristalizadas que no interferían con su pensamiento ni con sus relaciones sociales. El delirio consistía en creer que le estaban picando un millón de mosquitos y que cada vez tenía más calor (el paciente no presentaba cambios de temperatura ni fiebre). La teoría de la aplicación de la TCC es dividir estos síntomas de situación (problemas) en pensamientos, emociones, sensaciones físicas y acciones. Cada una de estas áreas afecta la esfera del bienestar.

La manera de pensar en un problema puede afectar la manera de sentir tanto física como emocionalmente. La TCC va dirigida a los

comportamientos reales que contribuyen al problema. Al paciente se le enseñó a practicar nuevas habilidades para después aplicarlas en situaciones de la vida real. Una técnica frecuente es establecer una buena relación con el paciente. Trabajar juntos adoptando una actitud de colaboración ayuda tanto al paciente como al terapeuta a desarrollar una relación terapéutica de confianza en la que el segundo pueda comprender al primero, en particular el modo en que éste presenta sus pensamientos, emociones y conductas. La colaboración permite una disposición genuina a explorar y descubrir los pensamientos negativos, lo que a su vez aumenta la motivación del paciente para su mejoría (Beck et al., 1979). Otra técnica es asignar al paciente tareas después de la sesión terapéutica para que pueda poner en práctica las estrategias aprendidas. La tarea consiste generalmente en trabajar sobre los detalles analizados en la sesión y puede servir como futura evaluación si el paciente sigue el tratamiento.

2. Revisión de la literatura

La enfermedad neuropsiquiátrica de Parkinson afecta a los receptores 5-HT (Hout & Fox, 2011). Entre un 20 y un 40% de los síntomas neuropsiquiátricos que suelen tener los pacientes de EP se manifiestan en forma de alucinaciones (Weintraub & Stern, 2005). En los últimos años, la Sociedad de Trastornos de Movimiento (The Movement Disorder Society) ha reconocido los SNM y ha comenzado a actualizar la Escala Unificada para Evaluar la Enfermedad de Parkinson (UPDRS, por sus siglas en inglés), una evaluación estándar que mide la discapacidad motora (The Movement Disorder Society, 2008). Según Armstrong (2011), los síntomas visuales en pacientes con EP que se quejan de tener mala visión pueden ser ocasionados por una insuficiencia de dopamina en la retina. Otra complicación reconocida es el delirio, una manifestación que los especialistas no acaban de entender. Puede ocurrir en cualquier fase de la enfermedad; sin embargo, es especialmente notable en los pacientes que se encuentran en las fases tardías de EP y han recibido tratamiento continuo con medicación dopaminérgica.

Todavía no se conoce la fisiopatología exacta de la PEP. Las consecuencias evaluadas son desequilibrios neuroquímicos, anomalías del proceso visual y alteraciones del sueño que forman parte de su patogenia (Wint et al., 2004). Las alucinaciones visuales son frecuentes en la EP y un 30% de las alucinaciones auditivas se dan en pacientes que ya sufren alucinaciones visuales. Es necesario evaluar detenidamente a los pacientes de PEP porque hay determinadas características que se pueden confundir con síntomas psicóticos primarios (SSP). Joseph Freidman (2011) señala que la PEP sólo se debe diagnosticar una vez eliminadas o tratadas las causas médicas y ambientales de delirio o demencia. Los SSP se distinguen de la PEP por los signos y la duración.

La parte predictiva y la fisiopatología de la psicosis en la enfermedad de Parkinson a veces se atribuyen a la medicación antiparkinsoniana (Fenelon et al., 2000). Según un estudio de Factor y Weiner (2007), los pacientes que no recibieron tratamiento psicofarmacológico también mostraban signos de psicosis. Sin embargo, los agentes

dopaminérgicos y otros tratamientos afines se han relacionado estrechamente con la PEP (Friedman, 2011). En primer lugar, se ha registrado la aparición frecuente de efectos colaterales en la fase de iniciación del tratamiento con Levodopa; en segundo lugar, se ha registrado mayor incidencia con agonistas de los receptores dopaminérgicos que con Levodopa (Fenelon et al., 2000). Fenelon et al. (2000) señalan la ausencia de alucinaciones tras la suspensión del tratamiento farmacológico sin recurrencia de psicosis.

3. Importancia del estudio y pregunta de investigación

3.1 Importancia del estudio

La TCC aborda las experiencias psicóticas como punto principal, es decir, se orienta a los síntomas que el paciente intenta entender. El objetivo principal es ayudarlo a comprender la psicosis de modo que sea menos angustiante, así como prevenir su recurrencia y controlar toda clase de experiencias no deseadas para poder llevar una vida lo más plena y satisfactoria posible. Aunque la TCC ha logrado una reducción aparente de los síntomas, hay poca evidencia de que pueda modificar los factores que originan la psicosis (Messari & Hallam, 2003).

La distinción que se hizo en el siglo XX entre neurosis y psicosis tuvo como resultado la absoluta desestimación del papel que desempeñan las emociones que experimentan los pacientes psicóticos. La TCC constituye un modelo científico social para investigar el pensamiento etogénico de las personas. Con este enfoque, se pretende comprender el sistema de creencias o medios a través del cual las personas atribuyen importancia emocional a sus acciones y forman sus identidades (Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000).

Según Beck et al. (2008), la TCC ha cobrado relevancia en el campo de la Psicología en los 15 últimos años. El entusiasmo inicial que despertó ha dado como resultado una serie de evaluaciones realistas sobre la eficacia del proceso. Los resultados empíricos han permitido a los especialistas clínicos y terapeutas desarrollar diversos procedimientos e intervenciones, algunos muy parecidos a los que ya existían para los trastornos de ansiedad y otros más orientados a estrategias de mantenimiento para pacientes con psicosis y otras enfermedades mentales.

La TCC en el tratamiento de síntomas psicóticos permite a los terapeutas y pacientes explorar con éxito voces y creencias asociadas con la PEP. En el caso de alucinaciones, las complejidades del entramado delirante de los pacientes y cómo éstas se relacionan con su identidad son factores importantes (Kuipers et al., 2006). La TCC se

aplica principalmente adoptando una neutralidad inquisitiva en la que el terapeuta destapa los entramados que vinculan emociones, creencias y comportamientos. El objetivo final es que las dos partes lleguen a un entendimiento absoluto del modo en que los pacientes experimentan el mundo real.

El modelo de vulnerabilidad-estrés sostiene que las percepciones sociales, psicológicas y biológicas de las personas son únicas (Bleijenberg, et al., 2003), incluidas las fortalezas y las vulnerabilidades asociadas a la gestión del estrés. La TCC va dirigida principalmente a las experiencias disfuncionales de la persona que presenta el factor estresante y las aborda empleando métodos orientados a objetivos concretos (Beck et al., 1979). Estos procedimientos se llevan a cabo con técnicas de modificación de comportamientos. Los objetivos del modelo de vulnerabilidad-estrés son mejorar la calidad de vida de la persona gracias a su comprensión de la psicosis y ayudarla a prevenir la recurrencia o a controlar toda experiencia desagradable, lo que le permite llevar una vida lo más plena y satisfactoria posible.

3.2 Pregunta de investigación

¿Puede la TCC mejorar la calidad de vida de los pacientes con PEP?

3.3 Impacto científico

El impacto científico de esta investigación puede medirse de forma heterogénea. Es la primera vez que se investiga la TCC para casos de PEP en la República Dominicana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la herramienta evaluadora de la calidad de vida, una herramienta innovadora en pacientes con PEP. De hecho, la novedad es la característica esencial de esta investigación, aún cuando los elementos que conforman la propuesta en sí se basan en conocimientos publicados en estudios anteriores. La novedad del presente estudio es que establece un precedente en el estudio de la TCC como método identificable de tratamiento de la psicosis que pueden utilizar los terapeutas de la República Dominicana y de otros países latinoamericanos. Además, la investigación servirá de base a la hora de comparar tratamientos convencionales para la

PEP y la aplicación de la TCC. Las pautas observadas en el estudio no sólo ayudarán a destapar mecanismos básicos que pueden ofrecer un método para el cuidado de pacientes que no reciben tratamiento de la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés), sino que, además, cuantifica medidas de influencia confiables que podrían repercutir en las políticas referentes al tratamiento de pacientes diagnosticados con PEP.

3.4 Antecedentes de los tratamientos farmacológicos

A pesar de la eficacia que ha demostrado la clozapina en la PEP, su uso es limitado, debido a sus efectos secundarios, tales como sedación, hipotensión, hipersalivación y la posibilidad de agranulocitosis (Weintraub et al., 2011). La quetiapina es otro medicamento antipsicótico atípico que reduce la psicosis en la EP sin agravar los síntomas motores, pero los efectos de sedación e hipotensión también limitan su tolerancia (Zahodne & Fernandez, 2011). Es más, en tres ensayos doble ciego, aleatorios y controlados con placebo, la quetiapina no demostró mayor eficacia que el placebo en mediciones para la PEP (Ondo et al., 2005; Rabey et al., 2006; Shotbolt et al., 2009).

Según el equipo de tareas de parámetros de prácticas de la Academia Americana de Neurología en relación al tratamiento de la EP (Zahodne & Fernandez, 2011), la quetiapina sigue teniendo un uso muy extendido como tratamiento farmacológico inicial en casos de PEP y como medicamento de preferencia para este trastorno. La clozapina se recomienda cuando los síntomas psicóticos no se pueden controlar con quetiapina (Factor & Weiner, 2007). En los últimos años se ha observado un aumento en la mortalidad de los pacientes de edad avanzada con demencia que han recibido diversos tratamientos farmacológicos antipsicóticos (Friedman, 2013), lo que pone en entredicho la seguridad de estos medicamentos en pacientes con PEP y acentúa la necesidad de desarrollar tratamientos más seguros, como es la TCC.

4. Evaluaciones y mediciones

Hay varias mediciones de evaluación de PEP, entre ellas cabe mencionar:

1. Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS), versión en español.
2. Versión en español de *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R®).
3. Instrumento de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF), en español.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), edición en español.

4.1 Herramienta de medición: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)

Para realizar un diagnóstico preliminar de los síntomas se utilizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), herramienta que se diseñó y estandarizó para la evaluación dimensional y tipológica del espectro de la psicosis (Kay, Opler, & Fiszbein, 2006). La escala PANSS no se utiliza para obtener un diagnóstico específico, sino para medir trastornos psicóticos. Esta escala de clasificación de siete puntos se concibió como un método minuciosamente definido y operacional para evaluar síntomas positivos, negativos y otras fuentes clínicas.

Según la base de datos Psych INFO (2014), la escala PANSS se ha utilizado con fines de investigación en 633 ocasiones sólo el año pasado y en 5,822 estudios desde 1994. La aplicación clínica de la escala PANSS ha demostrado su utilidad en diversos trabajos de investigación y en la comparación de resultados con estudios similares.

Además, otros estudios han demostrado que es una herramienta adecuada para los ensayos médicos y farmacéuticos. La razón por la que hemos elegido esta escala como herramienta clave de la investigación es que la puntuación de los síndromes puede utilizarse para reflejar la gravedad y el predominio de los síntomas positivos y negativos, además de ser recomendada por la Sociedad de Trastornos de Movimiento. La empresa ACADIA Pharmaceuticals utilizó la escala

PANSS para su estudio del fármaco Pimavanserin como entidad química con probabilidades de convertirse en el primer fármaco aprobado por Estados Unidos para el tratamiento de la PEP.

El Pimavanserin bloquea selectivamente la actividad del receptor 5-HT2A, una diana farmacológica que desempeña un importante papel en la psicosis (ACADIA Pharmaceuticals Inc, 2013). El cuestionario de la escala PANSS permite evaluar la gravedad de los síntomas; la puntuación obtenida indica el nivel de funcionalidad del paciente y el nivel de remisión de sus síntomas.

4.2 Herramienta de medición: Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés) es un examen de uso frecuente para obtener un pronóstico preliminar de los problemas asociados a la memoria. Utilizamos el MMSE para contribuir a la creación de un diagnóstico diferencial y preciso. Durante las diez semanas de investigación, se aplicó el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979) semanalmente y no se reconoció ningún deterioro cognitivo como factor de riesgo de demencia.

4.3 Herramienta de medición: Calidad de vida-BREF de la OMS (WHOQOL-BREF)

La herramienta WHOQOL-BREF está compuesta por 26 ítems que miden los siguientes ámbitos generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno (Organización Mundial de la Salud, 2009). La validez y la fiabilidad del contexto de la herramienta WHOQOL son sólidas, puesto que se desarrolló en colaboración con 15 centros internacionales de prácticas de forma simultánea, a fin de ampliar la evaluación de la calidad de vida y poder aplicarla a nivel transcultural.

4.4 Objetivo principal del tratamiento

El objetivo del tratamiento era reconocer e identificar los síntomas que forman parte de los sistemas de creencias sobre pensamientos y voces

que interfieren constantemente con las metas y la calidad de vida de los pacientes (Chadwick, 2006). Se derivó una formulación colectiva conectando la vulnerabilidad de los pacientes con los factores estresantes. Identificamos patrones de pensamiento y actitudes que mantienen partes disfuncionales del perfil de los síntomas. A continuación, abordamos éstos empleando terapia cognitiva, entrenamiento en estrategias para afrontar los síntomas y experimentos conductuales para debilitar las creencias que menoscaban el bienestar y la condición de los pacientes (Bleijenberget al., 2003). Todas estas técnicas mejoran el estado del paciente, sobre todo cuando se combinan y se ponen en práctica a la vez.

Sin embargo, se deben hacer los ajustes pertinentes cuando se aplican los principios de la TCC. Estos ajustes son necesarios y los especialistas clínicos deberían cooperar en aquellas áreas que han sido desatendidas desde hace mucho tiempo, como es el caso de los síntomas negativos. Trabajar en estas áreas puede ser gratificante. Gran parte de los pacientes que recibieron TCC afirmaron sentirse escuchados por primera vez y tratados con humanidad y seriedad, lo que les dio esperanzas de mejorar (Kuipers et al., 2006). La TCC ofrece a los pacientes mucho más que la mera disminución de síntomas negativos.

Aunque la TCC es eficaz, los especialistas clínicos y terapeutas deben ampliar su rango de intervención de modo que incluya diversos elementos que podrían no considerarse estándar en la aplicación de la TCC. La participación activa del paciente facilita el entendimiento mutuo, la buena relación con el terapeuta y el aprendizaje a largo plazo para hacer frente a todos los síntomas (Lars et al., 2006).

Una de las principales expectativas es la continuidad entre la psicosis y la normalidad. Los terapeutas utilizarán técnicas de reestructuración racional para sustituir las explicaciones delirantes de ciertos acontecimientos por interpretaciones más funcionales (Butler et al., 2006).

No se debe subestimar la importancia de establecer una relación de confianza y colaboración entre los pacientes. El proceso de modi-

ficación de delirios se considera un proceso de empirismo colaborativo en el que los pacientes reciben ayuda mediante discusiones afables para que puedan sacar sus propias conclusiones sobre el nivel de exactitud de sus impresiones.

5. Metodología

La TCC es un modelo emergente cuyo interés reside en su trayectoria de más de 30 años como tratamiento eficaz basado en la evidencia. Los terapeutas utilizan estrategias y técnicas concebidas para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad mental y corregir las ideas distorsionadas sobre sí mismos y sobre los demás. La base de la TCC es identificar hasta qué punto la conducta de las personas es un reflejo de sus sentimientos y pensamientos. Este modelo psicoterapéutico ha demostrado su capacidad para ayudar a los pacientes a identificar y modificar distorsiones psicóticas (alucinaciones y delirios) y reforzar conductas que eran más adoptivas para el paciente.

Beck (2008) señaló que cuando un paciente hace suposiciones sobre sí mismo y sobre los demás (esquemas y predisposiciones subyacentes), interpreta las experiencias nuevas y gobierna y evalúa su conducta de un modo diferente (Smith et al., 2003). El presente estudio documenta patrones de pensamiento negativo frecuentes que se transforman en círculos viciosos que a su vez provocan incongruencias perceptivas. Beck et al. (2008) señalan que la distorsión cognitiva se debe a pensamientos que descalifican lo positivo, a una generalización excesiva y a una percepción catastrofista. Gracias a esta investigación, el grupo de pacientes con PEP aprendió a interrumpir el ciclo psicótico cuestionando los pensamientos negativos y después discutiendo las suposiciones sobre las que están basados.

5.1 Metodología de la investigación

Los participantes del estudio proceden del centro médico Fundación Activo 20-30 Inc. de Santo Domingo Este, en la República Dominicana. Las personas seleccionadas son pacientes externos que acuden al centro y reciben tratamiento psicoterapéutico. Todos ellos fueron identificados por la neuróloga Marcia Castillo, M.D., con acreditación dominicana y miembro del personal del centro médico, y por la psiquiatra Olga B. Soto-Moise, M.D., con acreditación americana, responsables ambas de la supervisión de estos casos. La investigación principal y el tratamiento corrieron a cargo del autor, licenciado en

Salud Mental. Los pacientes recibieron información acerca de todas las condiciones de la investigación científica antes de participar en ella, por escrito, para garantizar su comprensión y su consentimiento expreso a participar en el estudio.

5.2 Resultados y discusión

El estudio se llevó a cabo con un total de cinco pacientes (n=5) diagnosticados con PEP. La idea era incluir un estudio multicéntrico con mayor número de personas de distintas zonas geográficas para comparar los resultados entre los centros, lo que aumenta la generalización del estudio. Todos los pacientes fueron diagnosticados con psicosis por causa de la EP idiopática y todos eran mayores de 65 años, cuatro hombres y una mujer. Los cinco pacientes recibían tratamiento farmacológico dopaminérgico y psiquiátrico atípico. Evaluamos a cada uno de ellos con la escala PANSS como mecanismo de selección y formulamos un diagnóstico con el manual DSM-5 para determinar el estado de su salud mental. Cuatro de los pacientes afirmaban tener alucinaciones visuales y auditivas y uno respondía al diagnóstico de delirios sin alucinaciones aparentes.

En cuanto a las alucinaciones visuales y auditivas, los pacientes atribuyeron sus propias palabras a las percepciones. Se mostraron congruentes en todo momento, capaces de distinguir la monitorización de la realidad entre las imágenes mentales propias y la capacidad de comprensión. Según su propio relato y el de sus familiares, todos los pacientes sufrían alucinaciones desde hacía más de seis meses. Los síntomas se clasificaron en tres categorías: sensación de presencia (personas), visión periférica de sombras (personas y animales) y delirios y alucinaciones auditivas que fueron mínimamente descritas.

Los resultados de esta investigación sugieren que la psicosis es una característica esencial de la EP. Se determinó que el diagnóstico se debe a los efectos fisiológicos directos de la EP como trastorno médico general. El estudio reveló que los pacientes de Parkinson mantenían intacta la capacidad de crear imágenes visuales y percepciones espaciales. Según los pacientes, las alucinaciones visuales (AV) son

frecuentes y perturbadoras, lo que complica más su estado. La medida de intensidad de la escala PANSS en los pacientes era: *1- ausente; 2- mínima; 3- suave; 4- moderada; 5- moderada severa; 6- severa; 7- extrema.* Todos los pacientes, en su primera evaluación con la escala PANSS, describieron una magnitud de un 5.8% en la intensidad de los síntomas.

La distribución del ámbito psicológico de la calidad de vida (CdV) del paciente se midió durante el primer encuentro de este estudio de investigación. El ámbito psicológico midió un 55% moderado y un 45% insatisfactorio. En el paciente diagnosticado con PEP se ve afectada la capacidad funcional, lo que perjudica su autoestima, la capacidad de comenzar o terminar actividades y la de establecer relaciones personales. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), la prevalencia de problemas mentales es el criterio fundamental para la ansiedad y la depresión.

Los pacientes fueron evaluados diez semanas después de nuestro encuentro inicial con la escala PANSS y la puntación descendió a un 3.4%, equivalente a una intensidad moderada en la escala de intensidad de los síntomas. Los indicadores de cambio de los sujetos se equiparan al modelo de constructo psicoterapéutico de la TCC, utilizando estrategias y técnicas diseñadas para ayudar a los pacientes diagnosticados con psicosis. El paradigma que empleamos fue la interacción entre sentimiento y comportamiento basada en el modelo de vulnerabilidad-estrés (SVM por sus siglas en inglés). El modelo ayudó a entender las causas de los trastornos psiquiátricos, la influencia mutua de los trastornos psiquiátricos y la EP y el modo de tratar y a la vez controlar la PEP.

La razón fundamental para tratar la PEP mediante la TCC no sólo se debe a las limitaciones de los tratamientos farmacológicos aprobados sino a la necesidad de brindar una solución a los pacientes y los cuidadores. La conceptualización de la psicosis, dentro de un SVM, ofrece una razón positiva para la conducta del paciente. La psicosis se considera multifactorial y surge de una vulnerabilidad predisponente de origen biológico. Los factores de vulnerabilidad pueden ser difi-

cultades emocionales, como baja autoestima y ansiedad social, sesgos o déficits cognitivos y factores biológicos de origen genético y de desarrollo neurológico (Meltzer, et al., 2010). Los factores estresantes, como enfermedades neurodegenerativas incurables o pensamientos existenciales sobre el fin de la vida afectan tanto los procesos cognitivos del paciente vulnerable como los emocionales, y esto provoca cambios, como ansiedad o depresión, y dificultades para procesar la información, lo que da lugar a experiencias anómalas, por ejemplo, alucinaciones (Freidman, 2013). Estos cambios son perturbadores y el paciente los interpreta activamente, por lo tanto surgen interpretaciones de significado y cambios en su propio ser que conducen a la formación de síntomas psicóticos desarrollados.

El estudió se centró en los elementos fundamentales de la TCC: construir relaciones sociales, aprendizaje social, entendimiento mutuo y confianza. La investigación reforzó el modelo de TCC ayudando al paciente a identificar y modificar la distorsión cognitiva. La tercera semana, el Paciente 2A afirmó haber visto el rostro de una niña pequeña por la mañana temprano, cuando se levantó de la cama. El modelo SVM exploró los síntomas psiquiátricos y evaluó la consecuencia biológica de desarrollar un método de distracción. Además, el estudio resumió tres dimensiones de la teoría de Beck (2008), esquemas, pensamientos automáticos –"cuestionamiento de los pensamientos del paciente"– y distorsión cognitiva. Este procedimiento interrumpe el círculo vicioso del pensamiento psicótico enseñando a los pacientes a cuestionar los pensamientos automáticos negativos y después a discutir las suposiciones en las que éstos se basan.

La tabla 1.2 muestra la medición de la herramienta de CdV registrada la semana 10 de tratamiento con TCC, en comparación con la primera semana observada (tabla 1.1). La descripción de la décima semana indica un 45.0% en la variable de "no mucho" progreso en los síntomas psicóticos, además de un 42.9% de mejora moderada en el tratamiento psicológico.

En el indicador de la décima semana, los pacientes obtuvieron mayor puntuación en el nivel de satisfacción de los ámbitos psicoló-

gico y físico; en concreto, en los indicadores del sueño, capacidad de continuar con las actividades cotidianas, relacionarse con los demás, ayudar en el hogar y tener relaciones sexuales.

Distribución de los síntomas psicológicos de la calidad de vida
Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No mucho	9	45,0
Moderado	11	55,0
Total	20	100,0

Tabla 1.1 Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

La mejora de la salud psicológica conduce a un aumento de la CdV del paciente, en cuanto a la capacidad de cuidar de sí mismo y gestionar otros problemas médicos. La aplicación de características optimistas en la salud emocional y mental permite a los pacientes llevar una vida productiva, con actividades útiles y relaciones sólidas. Estas características optimistas también los ayudan a sobrellevar el estrés y las dificultades de la vida. Esta capacidad se llama resiliencia y consiste en disponer emocionalmente y mentalmente de las herramientas adecuadas para superar situaciones difíciles y mantener una actitud positiva (Liggy, 2013). La técnica de la TCC permite a los pacientes no desviarse de sus objetivos, ser flexibles y ser creativos tanto en los buenos momentos como en los malos.

Distribución de los síntomas psicológicos de la calidad de vida
Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Moderado	12	57,1
Normal	9	42.9
Total	21	100,0

Tabla 1.2 Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

5.3 Mejora de la salud física y la calidad de vida

En el presente estudio resulta difícil identificar mejoras de salud, dado que no había ningún protocolo de investigación establecido para demostrar su desarrollo. Las medidas de la herramienta evaluadora de la CdV de la OMS indicaron una mejora en el sueño REM (movimiento ocular rápido). El trastorno del comportamiento del sueño REM es una parasomnia que se manifiesta con sueños vívidos asociados a conductas de sueño actuado durante los síntomas del sueño REM (Boeve, 2013). Los pacientes señalaron complicaciones con el sueño, dificultad para dormir, interrupción del sueño más de dos veces cada noche, despertar muy temprano y sueños vívidos. Después de diez semanas de sesiones de TCC, los pacientes señalaron que eran capaces de dormir un 90% de la noche sin interrupciones. Esto coincide con los resultados de Nofzinger et al. (1994), según los cuales los efectos del sueño REM medidos por la suma de efectos positivos y negativos en hombres deprimidos guardan una correlación significativa y positiva con mediciones en la fase del sueño REM anteriores y posteriores al tratamiento.

En la primera evaluación de la CdV, los pacientes obtuvieron una puntuación menos moderada en cuanto a un menor deseo sexual. Según Burns (2008), esto puede deberse en mayor medida al impacto emocional y psicológico del diagnóstico y no tanto a una consecuencia directa de la EP. De hecho, Everaerd et al. (2005) sostienen que la levodopa no afecta el deseo sexual, aunque sí aumenta la magnitud del reflejo T en respuesta al estímulo sexual en los hombres, no así en las mujeres. Estos resultados apoyan el criterio de que la dopamina influye en los aspectos energéticos del comportamiento sexual apetitivo de los hombres.

Las intervenciones clínicas en torno a discusiones sexuales ofrecían alivio a los participantes de la investigación, que aprovecharon el estudio para expresar las limitaciones de su rendimiento sexual. Hablaron con sus parejas del estrés que les producían las relaciones sexuales y la sensación de vergüenza e incapacidad de buscar ayuda.

El tratamiento psicoterapéutico demostró ser particularmente indicado para los pacientes que deseaban discutir sus dificultades sexuales, puesto que la TCC elimina la ansiedad y la vergüenza de hablar de los problemas sexuales cuando se hace en compañía de un terapeuta. El estudio reconoce los beneficios del tratamiento a la hora de abordar preocupaciones de la salud sexual. Después del tratamiento, los pacientes experimentaron mejoras en la función sexual, así como una mejor conciencia de sí mismos, de su pareja, del entendimiento de la relación y del conocimiento sexual.

Distribución de los síntomas psicológicos de la calidad de vida
(tal como se describe en la evaluación de salud mental y CdV)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	14.8
Un poco	14	51.9
Cantidad moderada	3	33.3
Total	21	100.0

Tabla 2.0 Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

Mejora de la salud en general: décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	4.0
Un poco	3	12.00
Cantidad moderada	17	84.0
Total	21	100.0

Tabla 3.0 Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

5.4 Práctica cultural dominicana

El estudio observó que los dominicanos valoran la familia y la identifican como fuente de identidad y apoyo en momentos de crisis. Las esposas de los pacientes que participaron en la investigación ayudaban a sus cónyuges desempeñando su función de cuidadoras con dili-

gencia y responsabilidad. La única mujer que formó parte del estudio como paciente no contaba con el apoyo de la familia y no experimentó ninguna mejora significativa. La familia tiene un sentido de la responsabilidad que contribuye a la idea del hogar como centro voluntario de cuidados y atención. La integración y el énfasis en la importancia de la familia crearon un sistema de apoyo social que demostró facilitar la resiliencia a la hora de combatir las adversidades.

Los cuidadores de pacientes con Parkinson saben que la enfermedad puede plantearles un reto difícil. Las responsabilidades pueden ir desde ayudarlos con las actividades cotidianas hasta manejar la medicación o tomar decisiones económicas. Cuando se analizaron las diferencias en CdV y adaptación emocional de los cuidadores actuales de los pacientes de EP, observamos que la puntuación del indicador psicológico de los pacientes era más alta y que la de sus cónyuges también indicaba una mejora de la CdV.

El análisis del presente estudio demuestra que la mejora de la CdV alivia los problemas emocionales y mejora la salud. Los pacientes señalaron mayor estabilidad de ánimo y alivio del estrés. Entender la CdV es muy importante en la asistencia sanitaria, donde las medidas económicas no se aplican tan fácilmente. La idea de tener la casa bajo control guarda una estrecha relación con la calidad de vida del paciente.

6. Conclusión

En el presente estudio, los investigadores tomaron varias medidas que garantizan la precisión de los resultados obtenidos y el cumplimiento de los objetivos. En un país donde no hay estadísticas disponibles para cuantificar la población que padece la EP, la prevalencia de dicha enfermedad es difícil de saber. En esta investigación se observó que los fenómenos de alucinación en la EP son más frecuentes de lo que han descrito estudios anteriores. El presente estudio desestima la visión multifactorial de la fisiopatología de las alucinaciones en la EP, que las considera efectos colaterales del tratamiento dopaminérgico u otros trastornos orgánicos de la génesis de la EP. Este estudio concluye que los tratamientos basados en la TCC contribuyen al alivio de la mayor parte de los síntomas psicóticos.

Apéndices

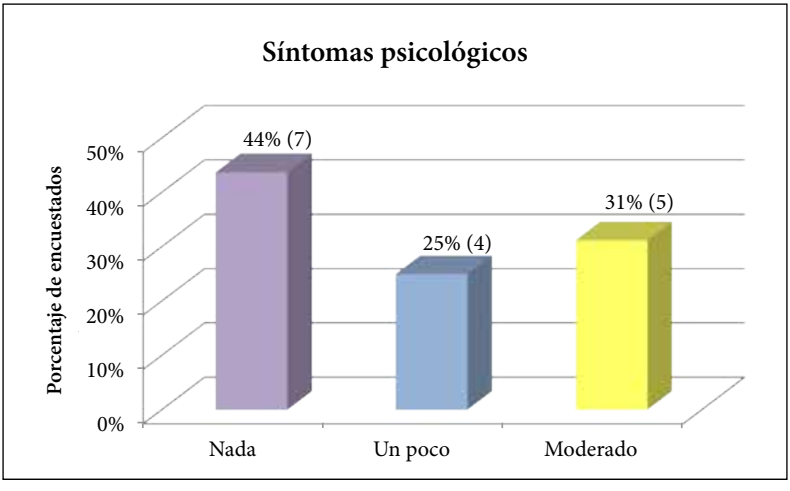
Apéndice A: Marco psicológico

Distribución de síntomas psicológicos/síntomas de calidad de vida
Cuidadores de personas que desarrollan psicosis

Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	7	44
Un poco	4	25
Moderado	5	31
Total	16	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

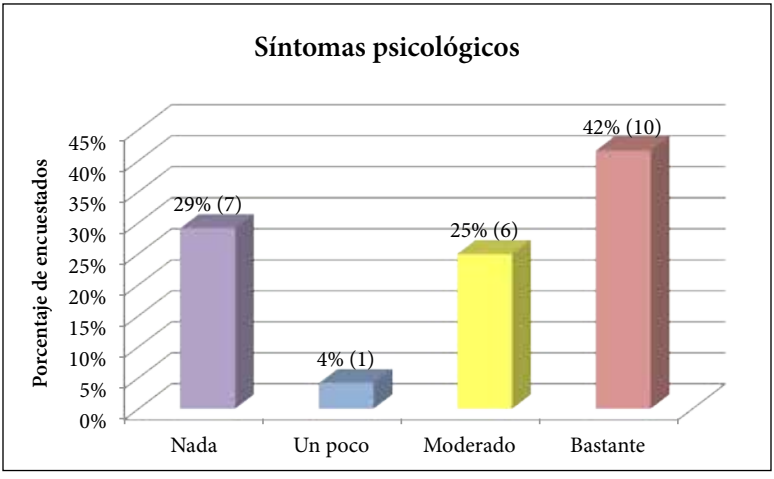


Distribución de síntomas psicológicos/síntomas de calidad de vida
Cuidadores de personas que desarrollan psicosis

Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	7	29
Un poco	1	4
Moderado	6	25
Bastante	10	42
Total	24	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



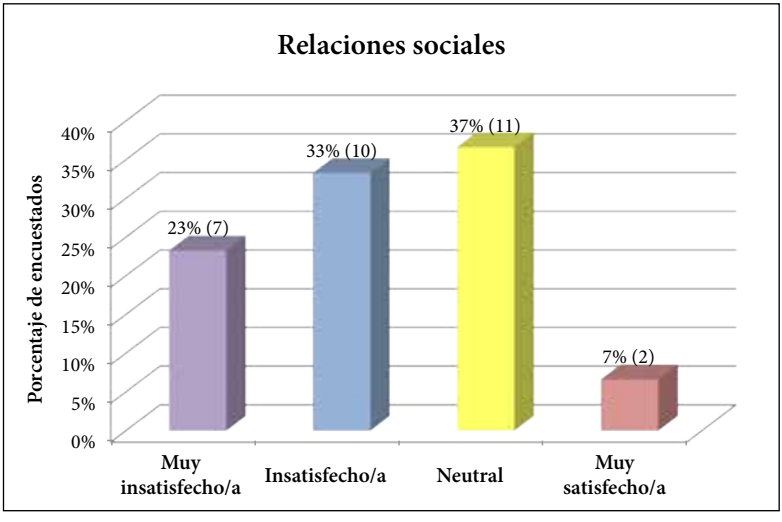
Apéndice B: Relaciones sociales

Distribución de síntomas psicológicos/síntomas de calidad de vida
Cuidadores de personas que desarrollan psicosis

Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho/a	7	23
Insatisfecho/a	10	33
Neutral	11	37
Muy satisfecho/a	2	7
Total	30	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

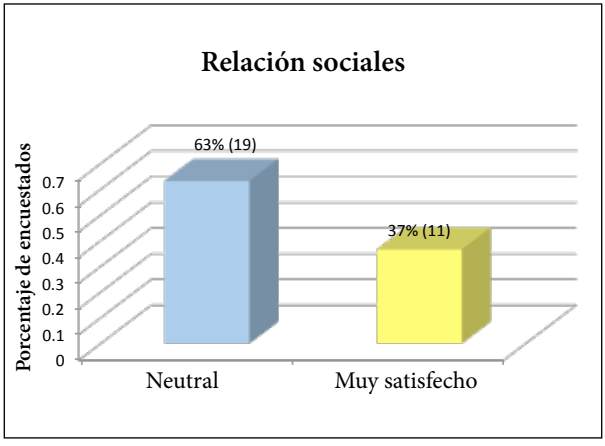


Distribución de síntomas psicológicos/síntomas de calidad de vida
Cuidadores de familiares de personas que desarrollan psicosis

Décima semana

Variables	Frecuencia
Neutral	19
Muy satisfecho	11
Total	30

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



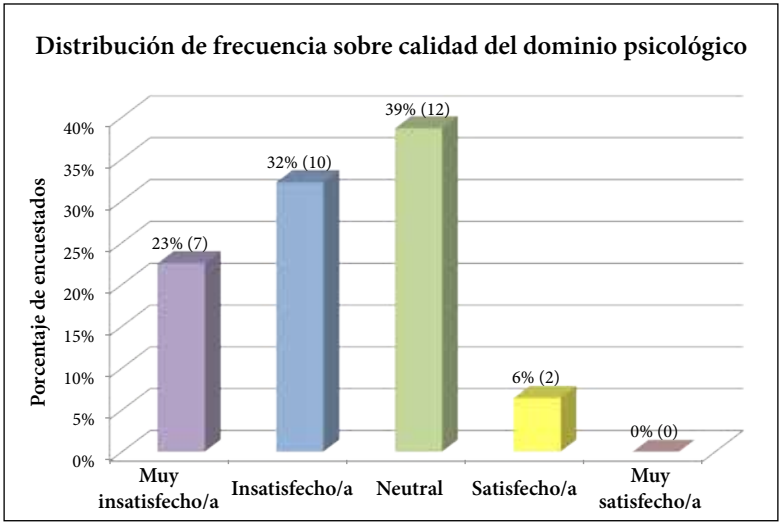
Apéndice C: Dominio psicológico

Distribución de frecuencia sobre calidad del dominio psicológico
Familiares de pacientes que desarrollan psicosis secundaria debido a la enfermedad de Parkinson

Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho/a	7	23
Insatisfecho/a	10	32
Neutral	12	39
Satisfecho/a	2	6
Muy satisfecho/a	0	0
Total	31	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



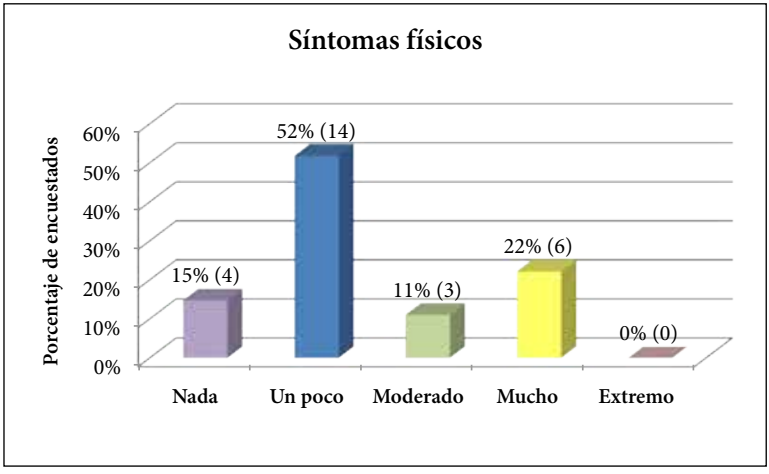
Apéndice D: Salud física

Distribución de síntomas de calidad de vida física

Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	15
Un poco	14	52
Moderado	3	11
Mucho	6	22
Extremo	0	0
Total	27	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

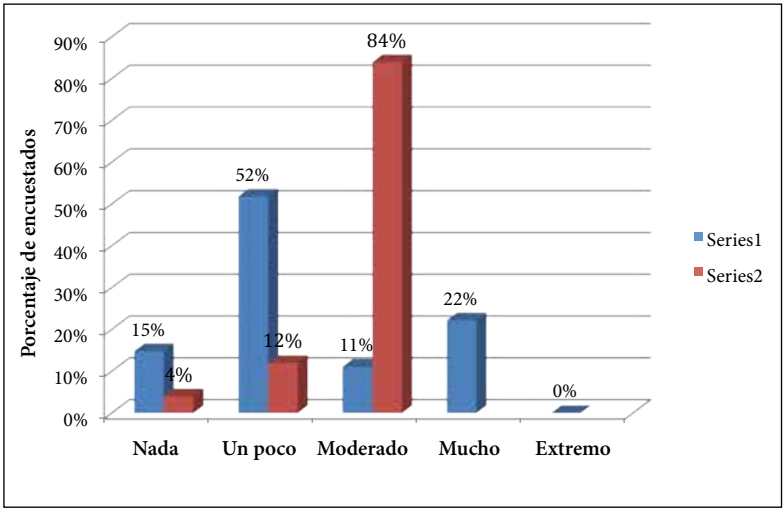


Distribución de síntomas físicos de la calidad de vida

Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	4
Un poco	3	12
Moderado	21	84
Total	25	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



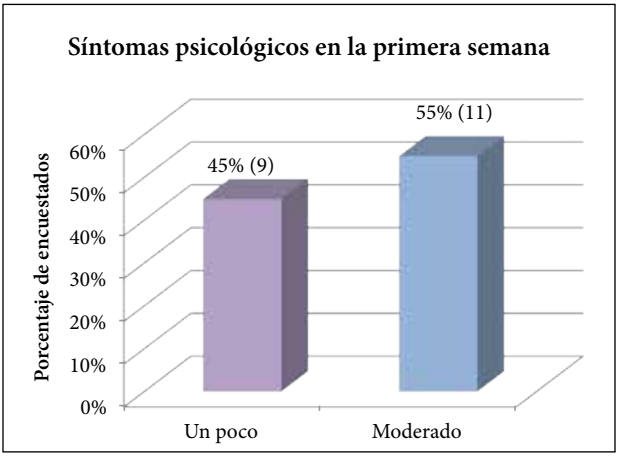
Apéndice E: Salud psicológica

Distribución de síntomas psicológicos de la calidad de vida

Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Un poco	9	45
Moderado	11	55
Total	20	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

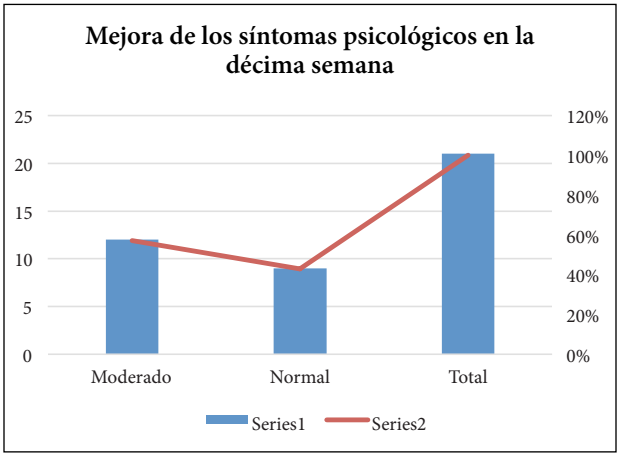


Distribución de síntomas psicológicos de la calidad de vida

Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Moderado	12	57
Normal	9	43
Total	21	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



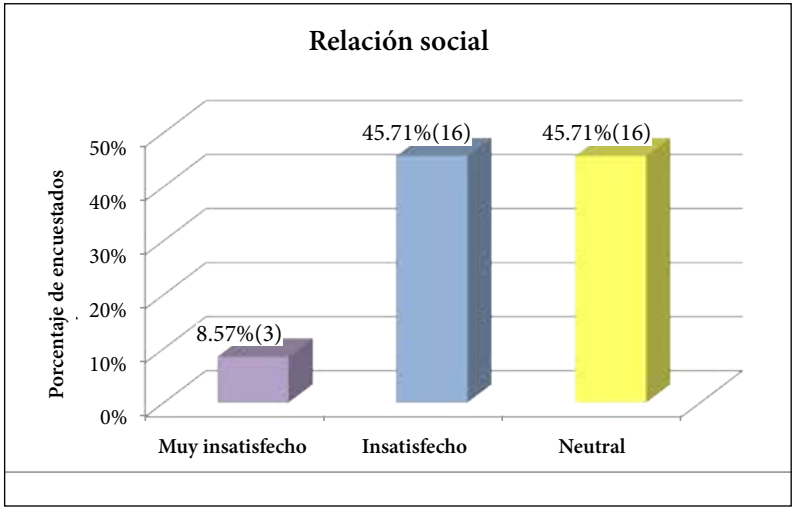
Apéndice F: Relaciones sociales en pacientes

Distribución de la calidad de vida/relación social

Primera semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho/a	3	8.57
Insatisfecho/a	16	45.71
Neutral	16	45.71
Total	35	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud

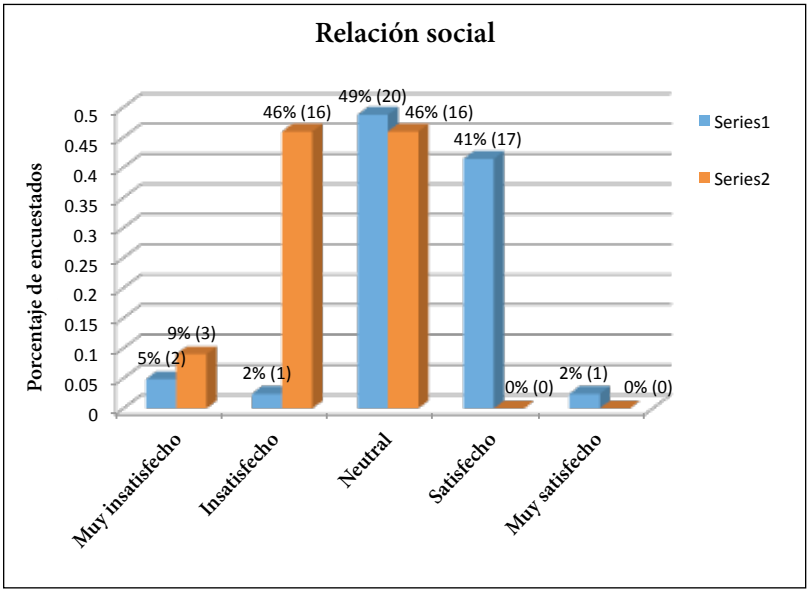


Distribución de la calidad de vida/relación social

Décima semana

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho/a	2	5
Insatisfecho/a	1	2
Neutral	20	49
Satisfecho/a	17	41
Muy satisfecho/a	1	2
Total	41	100.0

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



Apéndice G

Síntomas positivos y negativos de la psicosis
Pacientes diagnosticados con psicosis secundaria a la enfermedad de Parkinson

Primera semana

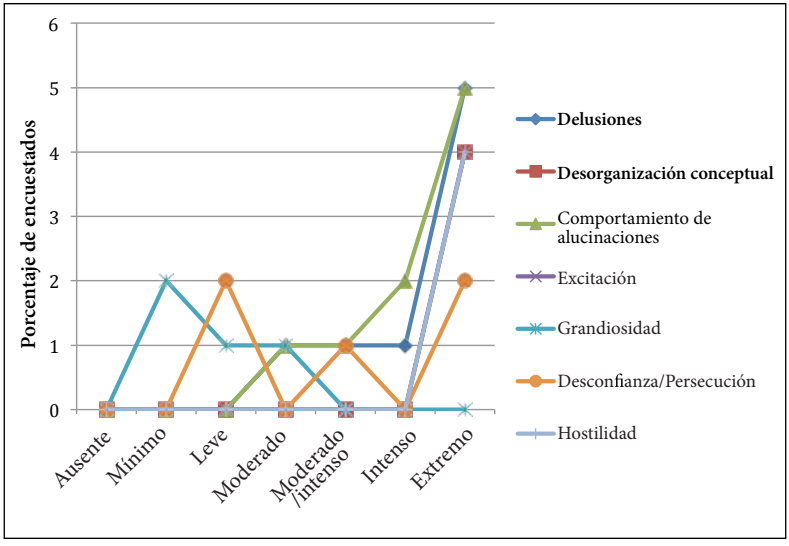
Síntomas positivos	**Ausente**	**Mínimo**	**Leve**	**Moderado**	**Moderado/ Intenso**	**Intenso**	**Extremo**
Delirios				1	1	1	5
Desorganización conceptual							4
Comportamiento de alucinaciones				1	1	2	5
Excitación							4
Grandiosidad		2	1	1			
Desconfianza/ Persecución			2		1		2
Hostilidad							4
Total		2	3	3	3	3	24

Síntomas negativos	**Ausente**	**Mínimo**	**Leve**	**Moderado**	**Moderado/ Intenso**	**Intenso**	**Extremo**
Afecto aplanado	5						
Retraimiento emocional	5						
Interacción interpersonal deficiente	5						

Retraimiento pasivo/apático y social	5						
Dificultad de pensamiento abstracto					1	4	
Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación	5						
Pensamiento estereotipado	5						
Preocupación somática	5						
Ansiedad							
Sentimiento de culpa	5						
Tensión	5						
Gestos y posturas	5						
Depresión		3	2				
Retraso motor	5						
Falta de cooperación	5						
Pensamientos inusuales	5						
Desorientación	5						
Atención deficiente	5						
Falta de juicio y entendimiento	5						
Perturbación de la voluntad	5						
Control de las deficiencias de los impulsos	5						

Preocupación		2	3				
Evasión social activa	5						
Ira	5						
Dificultad para demorar gratificación	5						
Inestabilidad afectiva	5						
Sueño REM						5	

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



Apéndice H

Síntoma positivo y negativo de la psicosis
En pacientes diagnosticados con psicosis secundaria
A la enfermedad de Parkinson

Décima semana

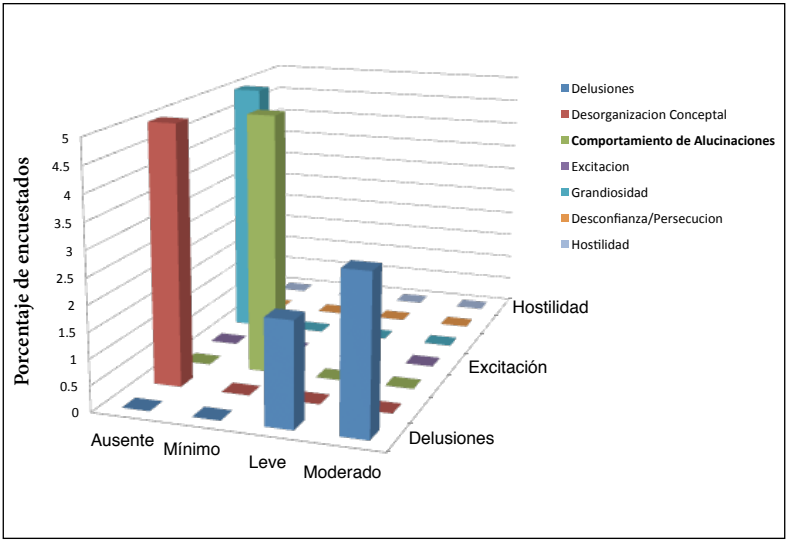
Síntomas Positivos	**Ausente**	**Mínimo**	**Leve**	**Moderado**	**Moderado/ Intenso**	**Intenso**	**Extremo**
Delirios			2	3			
Desorganización conceptual	5						
Comportamiento de alucinaciones			5				
Excitación	5						
Grandiosidad	5						
Desconfianza/ Persecución		4					
Hostilidad	4						
Total	19	4	7	3	0	0	0

Síntomas negativos	**Ausente**	**Mínimo**	**Leve**	**Moderado**	**Moderado/ Intenso**	**Intenso**	**Extremo**
Afecto aplanado	5						
Retraimiento emocional	5						
Interacción interpersonal deficiente			2	3			

Retraimiento pasivo/apático y social		5					
Dificultad de pensamiento abstracto		4		1			
Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación							
Pensamiento estereotipado	2	3					
Preocupación somática		5					
Ansiedad		3	2				
Sentimiento de culpa		5					
Tensión	2	3					
Gestos y posturas							
Depresión	4	1					
Retraso motor		5					
Falta de cooperación		5					
Pensamientos inusuales		3	2				
Desorientación	5						
Atención deficiente	5						
Falta de juicio y entendimiento	5						
Perturbación de la voluntad	5						

Control de las deficiencias de los impulsos		2	2	1			
Preocupación		5					
Evasión social activa	5						
Ira		5					
Dificultad para demorar gratificación		5					
Inestabilidad afectiva		5					
Sueño REM			5			5	

Fuente: formularios aplicados a pacientes registrados en el centro de salud



Referencias

ACADIA Pharmaceuticals Inc. "Pimavanserin." ACADIA *Pharmaceuticals Inc*, 2013: 2.

Addington, Jean, and Tania Lecomte. "Cognitive behavior therapy for schizophrenia." *F1000 Reports Medicine,* 2012: 1-4.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual* 5. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Bechdolf A, et al. "A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia." *Acta Psychiatr Scand*, 2004: 110-116.

Beck, A.T., N.A. Rector, N. Stolar, and P. Grant. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy.* New York: Guilford, 2008.

Betall, RP, GA Baker, and S Havers. "Reality monitoring and psychotic hallucinations." *British Journal of Clinical Psychology*, 1991: 30, 213-22.

Bleijenberg, Gijs, Judith Bazelmans Prins, Ellen Jason, Leonard A. Fennell, Patricia A. Taylor, and Renée R. *Cognitive Behavioral Therapies.* Hoboken: John Wiley & Sons Inc,, 2003.

Boeve, BF. "Idiopathic REM sleep behaviour disorder in the development of Parkinson's disease." *Lancet Neurology,* 2013: 12(5):469-82. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70054-1.

Both, S., W. Everaerd, L. Gooren, and E. Laan. "Effect of a single dose of levodopa on sexual response in men and women." *Neuropsychopharmachology,* 2005: 173-83.

Burns, David J. "Sex and Parkinson's disease: a world of difference?" *Journal Neurology Neurosurgey Psychiatry,* 2008: 787.

Butler, Andrew C., Jason E. Chapman, Evan M Forman, and Aaron T Beck. "The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses." *Clinical Psychology Review,* 2006: 17-31.

Castillo, Marcia. *Living with Parkinson's Disease in Dominican Republic.* Santo Domingo: Activo 20-30 Inc., 2014.

Collerton, Daniel, and Robert Dudley. "A cognitive behavioral framework for the treatment of distressing visual hallucinations in older people." *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2004: 443–455.

Depue, R. A., & Collins, P. F. " Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion." *Behavioral and Brain Sciences,* 1999: 22, 491–517.

Factor, Stewart A., and William J. Weiner. Parkinson's *Disease : Diagnosis and Medical Management.* New York, NY, USA: Demos Medical Publishing, Incorporated , 2007.

Fenelon, Gilles, Florence Mahieux, Renaud Huon, and Marc Ziegler. "Hallucinations in Parkinsons Disease Prevelence Phenemenology and Risk Factors." *Brain Journal,* 2000: 123, 733-745.

Folstein, M.F., Folstein S.E., and P.R McHugh. ""Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." *J. Psychiatr.* 1975., 1975: 12:397-408.

Freidman, Joseph H. "Pimavanserin for the treatment of Parkinson's disease psychosis." *Expert Opinion on Pharmacotherapy,* 2013: Vol. 14, No. 14 : Pages 1969-1975 (doi: 10.1517/14656566.2013.819345).

Friedman, Joseph. *Managing psychosis in parkinson's disease.* June 11, 2011. http://dx.doi.org/10.2217/nmt.11.22.

Kay, Stanley R., Lewis A. Opler, and Abraham Fiszbein. "Positive and Negative Syndrome Scale." *Multi-Health System,* 2006: 70.

Library, Capella University. *Capella University Library.* January 16, 2014. https://campus.capella.edu/web/library/articles-books-more/databases-by-school/psychology.

Lobo, A. ""Screening" de trastornos psíquicos en la práctica médica." *Universidad de Zaragoza,* 1987.

Meltzer, Helbert Y, et al. "Pimavanserin, a Serotonin2A Receptor Inverse Agonist, for the Treatment of Parkinson's Disease Psychosis." *Neuropsychopharmacology*, 2010: 881-882.

Meltzer, Herbert Y., et al. "Pimavanserin, a Serotonin2A Receptor Inverse Agonist, for the Treatment of Parkinson's Disease Psychosis." *Neuropsychopharmacology,* 2010: 35, 881–892; doi:10.1038/npp.2009.176.

Meltzer, HY, and SM Stahl. "The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review." *Schizophr Bulletin,* 1976: 19-76.

Nofzinger, EA1, et al. "Affect intensity and phasic REM sleep in depressed men before and after treatment with cognitive-behavioral therapy." *J Consult Clin Psychol.*, 1994: 62(1):83-91.

Okai, D, et al. "Trial of CBT for impulse control behaviors affecting Parkinson patients and their caregivers." *Departments of Psychosis Studies, King's College Hospital,* 2013: 729.

Parkinson's Disease Foundation, Inc. *Parkinson's Disease Foundation,* Inc. April 22, 2014. http://www.pdf.org/en/parkinson_statistics.

Smith, Laura, Paul Nathan, Uta Juniper, Patrick Kinsep, and Louella Lim. *Cognititive Behavior Therapy for Psychotic Symptoms.* Northbridge: Center for Clinical Interventions, 2003.

Tasman, Michael B, and Allen First. DSM-IV-TR Mental *Disorders: Diagnosis, Etiology and Treatment.* Hoboken: John Wiley & Son, 2004.

The World Bank. *World Development Indicators: Dynamic Growth.* April 22, 2014. http://wdi.worldbank.org/table/2.1.

Weintraub, Daniel, Peijun Chen, Rosalinda V. Ignacio, Eugenia Mamikonyan, and Helen C. Kales. "Patterns and Trends in Antipsychotic Prescribing for Parkinson Disease Psychosis." *Geriatric Psychiatry*, 2011: 899–904.

World Health Organization . *World Health Organization.* October 25, 2009. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html (accessed October 25, 2009).

Zahodne, LB, and HH Fernandez. *Pathophysiology and treatment of psychosis in Parkinson's disease.* Febuary 2011. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21428015.

Henry A. Montero

Henry Arquímedes Montero Tapia nació el 8 de agosto de 1981 en el condado de Brooklyn, en la cuidad de New York, Estados Unidos. Hijo de Arquímedes Montero Nival y María Tapia -ambos dominicanos-, Montero está cursando actualmente un doctorado en Filosofía de la Psicología en la Universidad Capella. Es egresado de Manhattan College con una maestría en Ciencia de la Salud Mental (Psicología) y ha adquirido licencias y certificaciones para practicar psicología clínica y de abuso de substancias y alcohol en los estados de New York y New Jersey. Es licenciado de Monroe College en Administración de Empresas y Tecnología de la Informática (cum laude). Además del inglés como lengua materna, habla español, francés e italiano.

GFDD

www.globalfoundationdd.org

GFDD es una organización independiente sin fines de lucro, dedicada a promover la colaboración y el intercambio global en temas de relevancia entre profesionales dominicanos, audiencias en general e instituciones del país y el extranjero, por medio de la implementación de proyectos que desarrollan investigaciones, mejoran el nivel de la opinión pública, diseñan políticas públicas, presentan estrategias y ofrecen capacitación en áreas de importancia para el desarrollo sostenible en las áreas social, económica, democrática y cultural.

GFDD promueve una mejor comprensión y apreciación de la cultura dominicana, sus valores y el patrimonio nacional, así como de su riqueza y su diversidad no sólo en la República Dominicana, sino también en Estados Unidos y el resto del mundo.

GFDD crea, facilita e implementa proyectos de desarrollo humano a nivel internacional, partiendo de su amplia experiencia, conocimiento y fuertes redes nacionales e internacionales.

GFDD

Funglode

www.funglode.org

La Fundación Global Democracia y Desarrollo (Funglode) es una institución privada, sin fines de lucro y pluralista dedicada a la realización de investigaciones de alto nivel, la excelencia académica y la promoción de la cultura y el arte. La institución trabaja en el diseño de políticas públicas orientadas al fortalecimiento de la democracia, el respeto de los derechos humanos, el desarrollo sostenible, el fomento de la creatividad y la modernización de la República Dominicana.

A través de la formulación de propuestas de políticas y planes de acción estratégicos orientados a la creación de soluciones interdisciplinarias a los problemas nacionales, Funglode busca convertirse en un centro de conocimiento con una importante oferta de programas académicos de prestigio mundial y un intercambio con universidades y centros de investigación de renombre nacional e internacional.

FUNGLODE

Programa de *Fellows*

www.drfellowsprogram.org

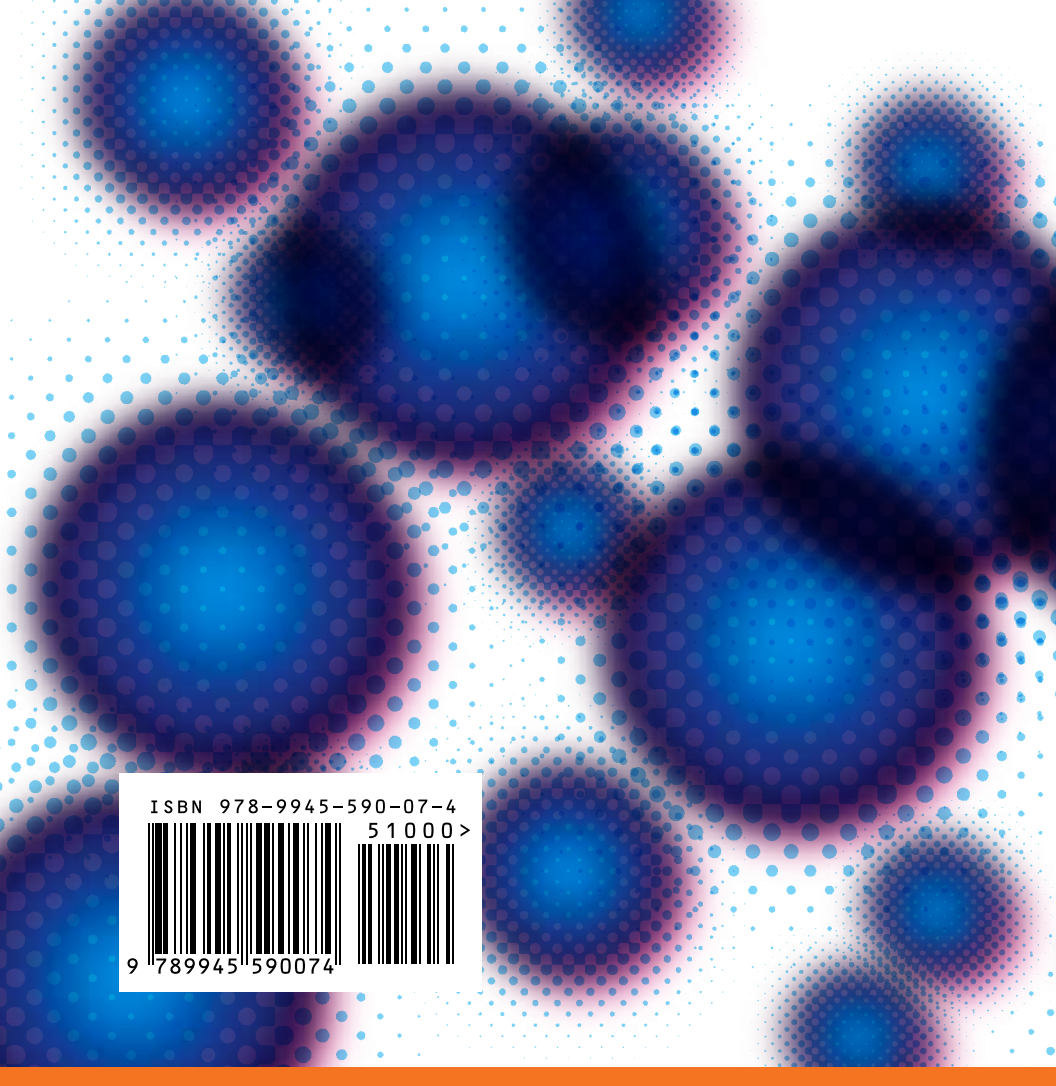
El Programa de *Fellows*, una extensión del programa de pasantías e intercambio académico InteRDom, fue establecido en el año 2009 para responder al deseo de GFDD y Funglode de cultivar una comunidad de académicos que contribuya al creciente volumen de investigaciones de ambas fundaciones sobre temas de interés internacional que afectan directamente a la República Dominicana. El programa complementa la misión general de GFDD y Funglode de promover el intercambio académico, generar investigaciones y contribuir a la creación de políticas públicas relacionadas con el desarrollo económico y social, tanto a nivel nacional como internacional.

A través del Programa de *Fellows*, GFDD y Funglode buscan generar investigaciones sobre temas prioritarios en la agenda de las Naciones Unidas, con el fin de dar voz a las preocupaciones nacionales y regionales y ofrecer soluciones viables a los retos nacionales e internacionales.

El Programa de *Fellows* ofrece oportunidades a los estudiantes de maestría y de doctorado interesados en realizar investigaciones de alto nivel en la República Dominicana sobre temas relacionados con el desarrollo sostenible. Los investigadores realizan sus estudios en coordinación con funcionarios de GFDD y de Funglode, así como con asesores académicos nacionales y con sus profesores universitarios.

El resultado final de su investigación es un informe exhaustivo que incluye datos empíricos. Los *fellows* que producen trabajos excepcionales de investigación tienen la oportunidad de presentar sus resultados ante la comunidad de las Naciones Unidas en nombre de GFDD y Funglode.

Fellows program



ISBN 978-9945-590-07-4
51000>
9 789945 590074

www.gfddpublications.org - www.globalfoundationdd.org - www.funglode.org

SERIE ESTUDIOS Y REFLEXIONES

Educación
Salud
Desarrollo Urbano
Historia
Género
Economía

GFDD|FUNGLODE