



Calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la severidad de la enfermedad

Quality of life in people with Parkinson's disease and its relationship to disease severity

Autores

Eduardo Cruzat Bravo ¹
Rosio Bustos Barahona ²
David Ergas Schleeff ³
Mauricio Tauda Tauda ⁴

^{1,2,3,4} Universidad Santo Tomas
(Chile)

Autor de correspondencia:
Mauricio Tauda
mauro.tauda@gmail.com

Recibido: 08-01-25
Aceptado: 28-01-26

Cómo citar en APA

Cruzat Bravo, E., Bustos Barahona, R., Ergas Schleeff, D., & Tauda Tauda, M. (2026). Calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la severidad de la enfermedad. *Retos*, 77, 370-381.
<https://doi.org/10.47197/retos.v77.112806>

Resumen

Introducción: La calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson (EP) está influenciada por múltiples factores, incluyendo la gravedad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la relación entre la calidad de vida y la severidad de la enfermedad de Parkinson, identificando los factores más afectados en cada etapa de la progresión.

Metodología: 30 adultos con una edad promedio (51.417±1.80 años) de la Asociación Parkinson Valdivia, se les aplicó la encuesta SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, se utilizó la escala de Hoehn y Yahr para determinar la gravedad de la enfermedad de Parkinson (EP).

Resultados: Según cuestionario SF-36, las mujeres presentaron una mejor calidad de vida (55,08%) en comparación con los hombres (47,75%). Las dimensiones rol físico (dimensión 2) y rol emocional (dimensión 7) se mostraron significativamente bajas, mientras que vitalidad (dimensión 5), salud mental (dimensión 8) y función social (dimensión 6) presentaron diferencias significativamente altas. La escalada de Hoehn y Yahr reveló que la mayoría de los participantes se encontraban en un estado leve a moderado de la enfermedad, siendo el estadio 3 el más frecuente, con un 30% en mujeres y un 23,33% en hombres. Los signos y síntomas predominantes fueron bradicinesia, temblor en reposo, inestabilidad postural y alteraciones del equilibrio.

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes clasificados en estados leves a moderados, no está significativamente afectada por la gravedad de la enfermedad. Asimismo, las mujeres presentan una percepción más favorable de su calidad de vida.

Palabras clave

Enfermedad de Parkinson; calidad de vida; severidad; síntomas motores; PDQ-39.

Abstract

Introduction: The quality of life in people with Parkinson's disease (PD) is influenced by multiple factors, including the severity of the disease. **Objectives:** To determine the relationship between quality of life and the severity of Parkinson's disease, identifying the most affected factors at each stage of progression.

Methodology: 30 adults with an average age of 51.417±1.80 years from the Parkinson's Association of Valdivia were administered the SF-36 survey to assess health-related quality of life (HRQoL). Additionally, the Hoehn and Yahr scale was used to determine the severity of Parkinson's disease (PD).

Results: According to the SF-36 questionnaire, women showed a better quality of life (55.08%) compared to men (47.75%). The dimensions of physical role (dimension 2) and emotional role (dimension 7) were significantly low, while vitality (dimension 5), mental health (dimension 8), and social functioning (dimension 6) showed significantly higher differences. The Hoehn and Yahr scale revealed that most participants were in a mild to moderate stage of the disease, with stage 3 being the most frequent, 30% in women and 23.33% in men. The predominant signs and symptoms were bradykinesia, resting tremor, postural instability, and balance disturbances.

Conclusions: Health-related quality of life (HRQoL) in patients classified as mild to moderate is not significantly affected by the severity of the disease. Additionally, women have a more favorable perception of their quality of life.

Keywords

Parkinson's disease; quality of life; severity; motor symptoms; PDQ-39.

Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico crónico y progresivo que afecta predominantemente a personas mayores, generalmente entre los 50 y 60 años, aunque también puede presentarse en individuos más jóvenes (Peña-Zelayeta et al., 2025). La enfermedad se caracteriza por una pérdida gradual de las capacidades motoras y cognitivas, lo que puede conducir a una discapacidad total (Luo et al., 2024). Esta patología afecta tanto la capacidad física como mental del paciente, lo que lleva a un deterioro funcional significativo. A medida que avanza, los pacientes con Parkinson enfrentan una situación de doble vulnerabilidad: por un lado, la adultez avanzada, y por otro, la discapacidad progresiva que impone la enfermedad (Koivu et al., 2024; Xiao et al., 2024).

La primera descripción de la enfermedad de Parkinson fue realizada por el médico británico James Parkinson en 1817, tras observar a seis pacientes con los síntomas característicos de la enfermedad, a la que denominó "parálisis agitante". Posteriormente, el célebre neurólogo francés Jean-Martin Charcot le dio el nombre de "Enfermedad de Parkinson" (Parkinson, 1817; Charcot, 1868). La edad media de inicio de la enfermedad se sitúa alrededor de los 60 años, aunque uno de cada cinco pacientes es diagnosticado antes de los 50 (Pringsheim et al., 2014).

La enfermedad afecta a los hombres con mayor frecuencia que a las mujeres. La enfermedad de Parkinson es crónica y progresiva, lo que significa que los síntomas empeoran con el tiempo. Su curso suele ser gradual, comenzando generalmente en un solo lado del cuerpo (O'Caomh et al., 2024). La enfermedad es altamente heterogénea, y los síntomas y la evolución varían considerablemente entre los pacientes. No existe un factor específico que permita predecir el curso de la enfermedad en un paciente determinado, lo que hace que el tratamiento deba ser individualizado (Deuschl et al., 2022).

Según la Encuesta CASEN (2022), en Chile, la población de personas mayores alcanza los 3.651.538, equivalente al 18,4% de los habitantes. El envejecimiento no solo impacta a los individuos y sus familias, sino que constituye un fenómeno social, económico, político y cultural que debe ser abordado por las sociedades de manera organizada, dada su magnitud y las múltiples consecuencias que conlleva (CEPAL, 2017). Según un estudio publicado en la *Revista Médica del Maule* (2024), la tasa de mortalidad por enfermedad de Parkinson en Chile ha mostrado un aumento en los últimos años. En 2023, se registró una tasa de mortalidad de 12,72 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de esta enfermedad neurodegenerativa.

La prevalencia de la enfermedad de Parkinson en Chile sigue siendo incierta. Sin embargo, se estima que alrededor de 15.000 personas reciben atención bajo el sistema GES (Garantías Explícitas en Salud), lo que sugiere un total aproximado de 35.000 afectados en el país, según Matus y Vidal (2024). Esta enfermedad no solo impacta al individuo, sino también a su entorno familiar y social, generando trastornos psicoemocionales, económicos y sociales que deben ser gestionados tanto por el paciente como por su familia.

Las etapas de la enfermedad son acompañadas de sentimientos como tristeza, desesperanza, depresión, angustia, ira, enojo, insatisfacción e incertidumbre (Patnode et al., 2022). Estas manifestaciones, tanto motores como no motores, afectan la funcionalidad del individuo y contribuyen al deterioro de la calidad de vida. Los pacientes con EP presentan una calidad de vida notablemente más baja en comparación con la población general, debido a la afectación tanto de la salud física como mental (Gülşen et al., 2024). En relación a la calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo que se refiere a cómo los individuos perciben su bienestar en relación con diversos aspectos de su vida (Bautista Rodríguez, LM 2016).

En este sentido, la evaluación de la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas, como el Parkinson, ha sido objeto de estudios en las últimas décadas (Zhao et al., 2021). Los métodos tradicionales de medición de la salud se basan en indicadores objetivos como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos. Sin embargo, se identificó la necesidad de un enfoque más integral, que permitiera evaluar el bienestar subjetivo de los pacientes, tal como lo plantea la OMS, (2018) que define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental, y sociales.

A partir de los años setenta, se desarrollaron índices de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS), especialmente durante los años ochenta. Estos índices permiten evaluar la función de los pacientes con

enfermedades crónicas y han facilitado la medición de aspectos tanto médicos como sociales (de la Cuadra-Grande et al., 2025). Los instrumentos para evaluar la calidad de vida se han convertido en herramientas esenciales en la investigación, en ensayos clínicos, en estudios de análisis costo-beneficio y en la gestión hospitalaria, permitiendo además un enfoque multidimensional del bienestar, a compartir el bienestar físico, mental, emocionales y sociales (Maiuolo et al., 2024).

En la actualidad, los cuestionarios como el SF-36 se utilizan ampliamente para medir la calidad de vida en pacientes con diversas patologías, incluidas las enfermedades neurodegenerativas como la EP. Estos cuestionarios no solo permiten medir el estado funcional del paciente, sino también su percepción del bienestar, y proporcionan datos cuantitativos que reflejan el estado de salud del individuo desde una perspectiva subjetiva (González y Pérez, 2023; Martínez y Ruiz, 2021).

A nivel internacional, diversos estudios han demostrado que la enfermedad de Parkinson tiene un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la salud en distintos contextos socioculturales. Investigaciones realizadas en Europa, Norteamérica y Asia coinciden en que tanto los síntomas motores como los no motores como la depresión, la fatiga, el deterioro cognitivo y las limitaciones sociales son determinantes clave de una peor calidad de vida, incluso independientemente de la duración o severidad clínica de la enfermedad (Chaudhuri y Odin, 2020; Bloem et al., 2021; Seppi et al., 2023). Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar la calidad de vida como un constructo multidimensional, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales, y refuerzan la necesidad de estudios que analicen esta relación en contextos locales específicos.

En resumen, la importancia de medir la calidad de vida en pacientes con EP radica en la necesidad de comprender cómo esta enfermedad afecta en múltiples niveles el bienestar de los individuos. A través de la medición de la calidad de vida, es posible identificar las dimensiones que requieren intervención, mejorar la atención y el tratamiento, y proporcionar el soporte adecuado tanto a nivel médico como social. Este enfoque integral permite avanzar en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes con Parkinson y, por fin, en su calidad de vida.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y la severidad de la enfermedad de Parkinson, evaluando cómo los distintos grados de progresión afectan el bienestar físico, emocional, social y cognitivo de los pacientes. Además, se busca identificar los factores más afectados en cada etapa de la enfermedad, tanto en los síntomas motores como no motores, con el fin de comprender cómo estos influyen en la calidad de vida a lo largo de su evolución.

Método

Diseño del estudio

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, observacional y de corte transversal. Este diseño permitió analizar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la severidad de la enfermedad de Parkinson en un único momento temporal, sin intervenir en el curso natural de la enfermedad. Para ello, se emplearon cuestionarios estructurados y evaluación clínica, con el objetivo de correlacionar los distintos dominios de la calidad de vida con la severidad de la enfermedad.

Tamaño de la muestra

El tamaño muestral estuvo determinado por la disponibilidad de participantes pertenecientes a la Asociación Parkinson Valdivia durante el período de recolección de datos. Dado el carácter observacional y exploratorio del estudio, no se realizó un cálculo de tamaño muestral a priori. Este enfoque ha sido utilizado en estudios comunitarios similares en personas con enfermedad de Parkinson y debe considerarse una limitación al momento de interpretar los resultados.

Población y muestra de estudio

La población de estudio estuvo conformada por personas diagnosticadas con enfermedad de Parkinson, residentes en la comuna de Valdivia, región de Los Ríos, Chile. La muestra estuvo constituida por 30 participantes (edad media: $51,42 \pm 1,80$ años), afiliados a la Asociación Parkinson Valdivia.



La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad a individuos con diagnóstico confirmado y a consideraciones de factibilidad logística, lo que permitió la recolección eficiente de datos en un contexto comunitario.

Sesgo de selección

El reclutamiento desde una única asociación podría introducir sesgo de selección, ya que los participantes podrían presentar mayores niveles de apoyo social, acceso a servicios de salud y participación comunitaria que la población general con enfermedad de Parkinson. Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela en términos de representatividad y generalización.

Criterios de inclusión

Pertenecer a la Asociación Parkinson Valdivia, lo que asegura que los participantes tienen un diagnóstico confirmado de la enfermedad de Parkinson, ser capaz de entender y responder al cuestionario y a las evaluaciones realizadas, garantizando la validez de los datos recolectados.

Criterios de exclusión

Diagnóstico de otras enfermedades neurológicas que puedan interferir con la evaluación de la enfermedad de Parkinson, como el Alzheimer o trastornos neurodegenerativos similares, no asistir al día fijado para la evaluación y aplicación del cuestionario, ya que esto impediría la recolección de los datos necesarios, presentar deterioro cognitivo severo que impide la comprensión y respuesta adecuada a las preguntas del cuestionario, lo que afectaría la confiabilidad de la información obtenida.

Descripción del procedimiento

La recolección de datos se realizó siguiendo un protocolo estructurado, distribuido en tres jornadas consecutivas, con el objetivo de garantizar la calidad de la información y la comodidad de los participantes.

Día 1: Antecedentes de salud y datos sociodemográficos

En la primera jornada, se explicó a los participantes el propósito del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó un cuestionario que incluyó datos sociodemográficos (edad, sexo y escolaridad) y antecedentes de salud, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, trastornos cognitivos, artrosis, alteraciones sensoriales (auditivas y visuales), EPOC, asma, sedentarismo e incontinencia. Asimismo, se recopiló información sobre control médico y presencia de otras patologías asociadas a la enfermedad de Parkinson.

Día 2: Evaluación de la calidad de vida

Durante la segunda jornada, se aplicó el cuestionario SF-36, instrumento validado que evalúa ocho dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. La aplicación se realizó en un ambiente tranquilo, bajo la supervisión del investigador, quien estuvo disponible para resolver dudas y asegurar la correcta comprensión de los ítems.

Día 3: Evaluación de la severidad de la enfermedad de Parkinson

En la tercera jornada, se evaluó la severidad de la enfermedad mediante la escala de Hoehn y Yahr, la cual clasifica la progresión clínica de la enfermedad en cinco etapas. La evaluación fue realizada por un profesional capacitado, garantizando la correcta clasificación de cada participante.

Registro y control de calidad de los datos

Para asegurar la validez y confiabilidad de la información recolectada, se implementaron los siguientes procedimientos:

Revisión durante la recolección: cada cuestionario fue revisado inmediatamente después de su aplicación para identificar respuestas incompletas o inconsistentes.

Capacitación del equipo: el personal involucrado recibió capacitación previa en la aplicación de los instrumentos SF-36 y Hoehn y Yahr, estandarizando los procedimientos de evaluación.

Control de calidad posterior: los datos fueron ingresados en una base de datos electrónica mediante doble digitación independiente, corrigiendo discrepancias detectadas.

Consistencia interna: se realizaron análisis estadísticos para evaluar la consistencia interna de las respuestas, particularmente en el cuestionario SF-36.

Evaluación de la severidad de la enfermedad de Parkinson

La severidad de la enfermedad se determinó utilizando la escala de Hoehn y Yahr, basada en una evaluación clínica que consideró la presencia de temblor en reposo, bradicinesia, inestabilidad postural, evaluación de la marcha y valoración cognitiva mediante el Mini-Mental State Examination. Las evaluaciones se realizaron de manera individual y los participantes fueron clasificados en uno de los cinco estadios de la escala, de acuerdo con los criterios establecidos.

Análisis estadístico

Para caracterizar a la población de estudio, se realizaron análisis descriptivos de tendencia central y dispersión. La calidad de vida relacionada con la salud fue evaluada a partir de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36. Con el objetivo de analizar el efecto individual y combinado del sexo y de las dimensiones de la calidad de vida sobre la variable dependiente (calidad de vida), se aplicó un análisis de varianza factorial (ANOVA factorial). Previamente, se verificaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. Cuando se identificaron diferencias significativas, se realizaron comparaciones post hoc mediante la prueba de Tukey. Asimismo, se calcularon tamaños del efecto para complementar la interpretación de los resultados. El nivel de significancia estadística se estableció en $p \leq 0,05$. Los análisis se realizaron utilizando un software estadístico estándar.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el estudio, los cuales describen las características clínicas de la muestra, la distribución de los participantes según el estadio de la enfermedad de Parkinson y los niveles de calidad de vida relacionada con la salud, evaluados mediante el cuestionario SF-36. Asimismo, se analizan las diferencias en las dimensiones de la calidad de vida según sexo y se examina el comportamiento estadístico de estas dimensiones a través de análisis de varianza y comparaciones post hoc.

Tabla 2. Distribución de los participantes según el estadio de la enfermedad de Parkinson (Escala de Hoehn y Yahr).

| Estadio de la enfermedad | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total (%) |
|---|-------------|-------------|-----------|
| 0 (Sin signos) | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1 (Síntomas unilaterales) | 10.00 | 12.00 | 11.00 |
| 2 (Síntomas bilaterales, sin afectación del equilibrio) | 20.00 | 18.00 | 19.00 |
| 3 (Afectación leve a moderada, con alteraciones del equilibrio, pero independiente) | 23.33 | 30.00 | 26.67 |
| 4 (Incapacidad severa, pero aún capaz de caminar o estar de pie sin ayuda) | 6.67 | 8.00 | 7.33 |
| 5 (Confinado en cama o silla de ruedas) | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Nota: Se observa que la mayoría de la población estudiada se encuentra en el estadio 3, con una proporción mayor de mujeres (30%) que de hombres (23,33%). Ningún participante se ubicó en los estadios extremos 0 o 5 al momento de la evaluación.

La Tabla 2 muestra la distribución de los participantes según el estadio de la enfermedad de Parkinson, de acuerdo con la escala de Hoehn y Yahr. La mayoría de los participantes se concentró en el estadio 3 (26,67%), correspondiente a una afectación leve a moderada, con una mayor proporción de mujeres (30,0%) en comparación con los hombres (23,33%). No se registraron participantes en los estadios extremos 0 ni 5 al momento de la evaluación.

Tabla 3. Promedio de calidad de vida según el cuestionario SF-36, desglosado por sexo.

| Sexo | Mujeres | Hombres |
|---------|--------------|--------------|
| Valores | 55.082±1,925 | 47.751±1,683 |

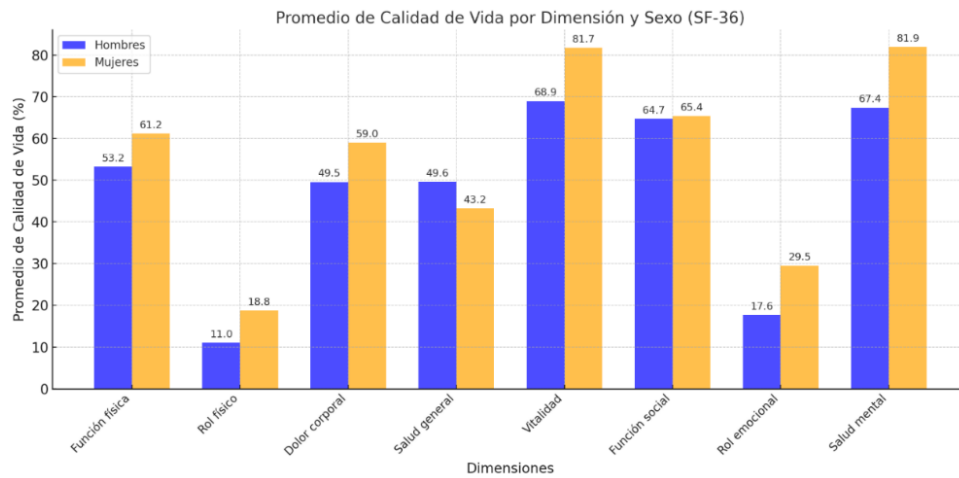
Nota: Los valores reflejan las mediciones promedio de calidad de vida evaluadas mediante el cuestionario SF-36 en el grupo de estudio.

En la Tabla 3 se presentan los valores promedio de calidad de vida relacionada con la salud, evaluada mediante el cuestionario SF-36, desglosados por sexo. Las mujeres presentaron un puntaje promedio



mayor ($55,08 \pm 1,93$) en comparación con los hombres ($47,75 \pm 1,68$). Las estimaciones se expresan como media \pm desviación estándar, acompañadas de intervalos de confianza del 95% para facilitar la interpretación de la precisión de los resultados.

Figura 1. Encuesta SF-36.



La Figura 1 presenta los valores promedio (media \pm desviación estándar) de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36, diferenciados por sexo. En ambos grupos se observaron diferencias entre las dimensiones evaluadas. En la dimensión función física, las mujeres presentaron valores promedio mayores ($61,15 \pm 16,35$) en comparación con los hombres ($53,24 \pm 22,08$). En rol físico, ambos grupos mostraron valores bajos, siendo $18,75 \pm 10,21$ en mujeres y $11,03 \pm 11,16$ en hombres.

En dolor corporal, las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de $59,00 \pm 21,11$, mientras que los hombres alcanzaron $49,53 \pm 25,48$. En la dimensión salud general, los hombres presentaron valores promedio ligeramente superiores ($49,59 \pm 22,98$) respecto de las mujeres ($43,23 \pm 18,95$). Las dimensiones con mayores puntajes promedio fueron vitalidad, función social y salud mental en ambos sexos. En vitalidad, las mujeres alcanzaron $81,73 \pm 14,54$ y los hombres $68,93 \pm 26,53$. En función social, los valores fueron similares entre mujeres ($65,38 \pm 21,14$) y hombres ($64,69 \pm 20,84$). En salud mental, las mujeres presentaron un promedio de $81,92 \pm 12,00$ y los hombres de $67,35 \pm 18,80$.

Tabla 4. Análisis de varianza (ANOVA) de la calidad de vida entre las dimensiones de la encuesta SF-36 y por sexo ($P \leq 0,05$).

| Fuente | Tipo III Suma de Cuadrados | DF | Medios de comunicación | F | Pvalor |
|------------------|----------------------------|-----|------------------------|----------|--------|
| Modelo corregido | 109320.026 ^a | 15 | 7288.002 | 18.918 | .000 |
| Intercepción | 623192.201 | 1 | 623192.201 | 1617.708 | .000 |
| Dimensión | 102344.341 | 7 | 14620.620 | 37.953 | .000 |
| Sexo | 3167.398 | 1 | 3167.398 | 8.222 | .005 |
| Dimensión * Sexo | 2497.951 | 7 | 356.850 | .926 | .487 |
| Error | 86291.855 | 224 | 385.231 | | |
| Total | 818078.852 | 240 | | | |
| Corregido Total | 195611.881 | 239 | | | |

Nota: Se observa una diferencia significativa en la calidad de vida tanto entre las dimensiones de la encuesta SF-36 ($P \leq 0,05$) como entre los sexos ($P \leq 0,05$). Sin embargo, no se encuentra una interacción significativa entre las dimensiones y el sexo ($P = 0,487$).

Los resultados del análisis de varianza factorial (ANOVA) se presentan en la Tabla 4. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del SF-36 ($F = 37,953$; $p < 0,001$) y entre sexos ($F = 8,222$; $p = 0,005$). No se identificó una interacción significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y el sexo ($p = 0,487$). Adicionalmente, los tamaños del efecto indicaron una magnitud elevada para el factor dimensión y una magnitud moderada para el factor sexo, lo que sugiere una contribución diferencial de estas variables en la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 5. Diferencias significativas en calidad de vida. (Tukey).

| Dimensión | Promedio (%) | Comparación |
|---------------------------------------|--------------|-------------|
| Rol físico (dimensión 2) | 14,37% | Baja |
| Rol emocional (dimensión 7) | 22,78% | Baja |
| Salud general (dimensión 4) | 46,83% | Moderada |
| Limitaciones físicas (dimensión 3) | 53,63% | Moderada |
| Estado general de salud (dimensión 1) | 56,67% | Moderada |
| Función social (dimensión 6) | 69,45% | Alta |
| Salud mental (dimensión 8) | 73,67% | Alta |
| Vitalidad (dimensión 5) | 81,92% | Alta |

Nota: Las dimensiones 2 (Rol) y 7 (Rol emocional) obtuvieron las puntuaciones más bajas, lo que indica áreas de mayor impacto físico negativo en la calidad de vida.

Las comparaciones post hoc mediante la prueba de Tukey (Tabla 5) evidenciaron diferencias significativas entre las dimensiones de la calidad de vida evaluadas. Las puntuaciones promedio más bajas se observaron en rol físico (14,37%) y rol emocional (22,78%). Las dimensiones con valores intermedios correspondieron a salud general (46,83%), limitaciones físicas (53,63%) y estado general de salud (56,67%). Por el contrario, las puntuaciones más altas se registraron en función social (69,45%), salud mental (73,67%) y vitalidad (81,92%).

Discusión

El presente estudio analizó la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la severidad de la enfermedad de Parkinson, considerando diferencias por sexo y por dimensiones específicas del cuestionario SF-36. Los resultados evidencian que la mayoría de los participantes se encontraba en un estadio intermedio de la enfermedad (Hoehn y Yahr estadio 3), lo que refleja una afectación moderada caracterizada por alteraciones del equilibrio con preservación parcial de la independencia funcional. Este hallazgo es consistente con lo descrito en estudios previos, que señalan que una proporción importante de personas con enfermedad de Parkinson evaluadas en contextos comunitarios suele concentrarse en estadios intermedios de progresión (Pedersen et al., 2017).

En relación con la calidad de vida, se observaron diferencias relevantes entre hombres y mujeres. Las mujeres presentaron una mejor calidad de vida global en comparación con los hombres; sin embargo, reportaron mayor dolor corporal y una peor percepción de la salud general. Este patrón aparentemente contradictorio ha sido descrito previamente en la literatura, donde se ha señalado que, si bien las mujeres pueden mostrar mejores puntuaciones globales en algunos dominios de calidad de vida, tienden a experimentar una mayor carga de síntomas no motores, tales como dolor, alteraciones emocionales y deterioro cognitivo, lo que impacta negativamente su bienestar general (Zhang et al., 2020; Giladi et al., 2017).

Las dimensiones más afectadas en la población estudiada fueron el rol físico y el rol emocional, lo que sugiere una limitación significativa en la capacidad para desempeñar actividades cotidianas y afrontar las demandas emocionales asociadas a la enfermedad. Estos resultados concuerdan con estudios que destacan que las restricciones funcionales y emocionales representan algunos de los principales determinantes de la disminución de la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson, incluso más que ciertos síntomas motores clásicos (Safarpour et al., 2016; Pérez-Lloret et al., 2019).

Por el contrario, las dimensiones de vitalidad, salud mental y función social presentaron los valores más elevados, lo que podría reflejar la presencia de mecanismos de adaptación, resiliencia y apoyo social en esta población. La literatura ha señalado que el soporte social y la participación en actividades comunitarias pueden desempeñar un rol protector frente al deterioro de la calidad de vida, especialmente en etapas intermedias de la enfermedad (Antonini et al., 2018; Barone et al., 2018). En este sentido, el contexto asociativo en el que se desarrolló el presente estudio podría haber contribuido a mantener niveles relativamente favorables en estas dimensiones.

La evaluación continua de la severidad de la enfermedad emerge como un elemento central para optimizar el manejo clínico y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Diversos autores han enfatizado que la monitorización sistemática de la progresión de la enfermedad permite detectar cambios tempranos en el estado funcional y emocional del paciente, facilitando ajustes

oportunos en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (Pedersen et al., 2017; Aarsland et al., 2021; Zhu et al., 2024). En este contexto, herramientas estandarizadas como la escala de Hoehn y Yahr continúan siendo ampliamente utilizadas para orientar la toma de decisiones clínicas.

Asimismo, estudios recientes han resaltado la importancia de incorporar evaluaciones que incluyan tanto síntomas motores como no motores, dado que estos últimos tienen un impacto significativo en la calidad de vida y, en muchos casos, son subestimados en la práctica clínica habitual (Chaudhuri & Odin, 2020; Barone et al., 2018). La evidencia sugiere que un enfoque multidimensional, que contemple aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales, resulta fundamental para una comprensión más completa de la experiencia de la enfermedad de Parkinson.

Desde una perspectiva clínica, los hallazgos del presente estudio refuerzan la necesidad de implementar intervenciones multidisciplinarias y personalizadas, orientadas no solo a reducir las limitaciones físicas y emocionales, sino también a potenciar las dimensiones preservadas de la calidad de vida. Estrategias que integren rehabilitación física, apoyo psicológico, intervención cognitiva y fortalecimiento del soporte social han demostrado ser efectivas para mejorar el bienestar general de los pacientes con enfermedad de Parkinson (Antonini & Chaudhuri, 2018; Safarpour et al., 2016).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la severidad de la enfermedad y la calidad de vida. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido y el muestreo por conveniencia, con reclutamiento desde una única asociación, limitan la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con enfermedad de Parkinson. Además, el uso de instrumentos autoinformados podría estar influenciado por sesgos de percepción o deseabilidad social.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información relevante sobre la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson en un contexto comunitario, contribuyendo a la comprensión de las diferencias por sexo y de las dimensiones más afectadas. Estos resultados respaldan la necesidad de enfoques terapéuticos integrales y sensibles a las características individuales de los pacientes, y constituyen una base para futuros estudios longitudinales con muestras más amplias que permitan profundizar en estos hallazgos.

Discusión

El presente estudio analizó la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la severidad de la enfermedad de Parkinson, considerando diferencias por sexo y por dimensiones específicas del cuestionario SF-36. Los resultados evidencian que la mayoría de los participantes se encontraba en un estadio intermedio de la enfermedad (Hoehn y Yahr estadio 3), lo que refleja una afectación moderada caracterizada por alteraciones del equilibrio con preservación parcial de la independencia funcional. Este hallazgo es consistente con lo descrito en estudios previos, que señalan que una proporción importante de personas con enfermedad de Parkinson evaluadas en contextos comunitarios suele concentrarse en estadios intermedios de progresión (Pedersen et al., 2017).

En relación con la calidad de vida, se observaron diferencias relevantes entre hombres y mujeres. Las mujeres presentaron una mejor calidad de vida global en comparación con los hombres; sin embargo, reportaron mayor dolor corporal y una peor percepción de la salud general. Este patrón aparentemente contradictorio ha sido descrito previamente en la literatura, donde se ha señalado que, si bien las mujeres pueden mostrar mejores puntuaciones globales en algunos dominios de calidad de vida, tienden a experimentar una mayor carga de síntomas no motores, tales como dolor, alteraciones emocionales y deterioro cognitivo, lo que impacta negativamente su bienestar general (Zhang et al., 2020; Giladi et al., 2017).

Las dimensiones más afectadas en la población estudiada fueron el rol físico y el rol emocional, lo que sugiere una limitación significativa en la capacidad para desempeñar actividades cotidianas y afrontar las demandas emocionales asociadas a la enfermedad. Estos resultados concuerdan con estudios que destacan que las restricciones funcionales y emocionales representan algunos de los principales determinantes de la disminución de la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson, incluso más que ciertos síntomas motores clásicos (Safarpour et al., 2016; Pérez-Lloret et al., 2019).



Por el contrario, las dimensiones de vitalidad, salud mental y función social presentaron los valores más elevados, lo que podría reflejar la presencia de mecanismos de adaptación, resiliencia y apoyo social en esta población. La literatura ha señalado que el soporte social y la participación en actividades comunitarias pueden desempeñar un rol protector frente al deterioro de la calidad de vida, especialmente en etapas intermedias de la enfermedad (Antonini et al., 2018; Barone et al., 2018). En este sentido, el contexto asociativo en el que se desarrolló el presente estudio podría haber contribuido a mantener niveles relativamente favorables en estas dimensiones.

La evaluación continua de la severidad de la enfermedad emerge como un elemento central para optimizar el manejo clínico y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Diversos autores han enfatizado que la monitorización sistemática de la progresión de la enfermedad permite detectar cambios tempranos en el estado funcional y emocional del paciente, facilitando ajustes oportunos en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (Pedersen et al., 2017; Aarsland et al., 2021; Zhu et al., 2024). En este contexto, herramientas estandarizadas como la escala de Hoehn y Yahr continúan siendo ampliamente utilizadas para orientar la toma de decisiones clínicas.

Asimismo, estudios recientes han resaltado la importancia de incorporar evaluaciones que incluyan tanto síntomas motores como no motores, dado que estos últimos tienen un impacto significativo en la calidad de vida y, en muchos casos, son subestimados en la práctica clínica habitual (Chaudhuri & Odin, 2020; Barone et al., 2018). La evidencia sugiere que un enfoque multidimensional, que contemple aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales, resulta fundamental para una comprensión más completa de la experiencia de la enfermedad de Parkinson.

Desde una perspectiva clínica, los hallazgos del presente estudio refuerzan la necesidad de implementar intervenciones multidisciplinarias y personalizadas, orientadas no solo a reducir las limitaciones físicas y emocionales, sino también a potenciar las dimensiones preservadas de la calidad de vida. Estrategias que integren rehabilitación física, apoyo psicológico, intervención cognitiva y fortalecimiento del soporte social han demostrado ser efectivas para mejorar el bienestar general de los pacientes con enfermedad de Parkinson (Antonini & Chaudhuri, 2018; Safarpour et al., 2016).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la severidad de la enfermedad y la calidad de vida. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido y el muestreo por conveniencia, con reclutamiento desde una única asociación, limitan la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con enfermedad de Parkinson. Además, el uso de instrumentos autoinformados podría estar influenciado por sesgos de percepción o deseabilidad social.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información relevante sobre la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson en un contexto comunitario, contribuyendo a la comprensión de las diferencias por sexo y de las dimensiones más afectadas. Estos resultados respaldan la necesidad de enfoques terapéuticos integrales y sensibles a las características individuales de los pacientes, y constituyen una base para futuros estudios longitudinales con muestras más amplias que permitan profundizar en estos hallazgos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad de Parkinson se ve influida tanto por la severidad de la enfermedad como por el sexo. La mayoría de los participantes se encontraba en un estadio intermedio de progresión, y se observaron diferencias relevantes entre hombres y mujeres en la percepción de la calidad de vida, así como entre las distintas dimensiones evaluadas.

Las dimensiones de rol físico y rol emocional fueron las más afectadas en ambos sexos, mientras que vitalidad, salud mental y función social presentaron los valores más elevados. Asimismo, aunque las mujeres mostraron una mejor calidad de vida global, reportaron mayor dolor corporal y una peor percepción de la salud general en comparación con los hombres.

Estos hallazgos destacan la importancia de realizar una evaluación integral de la enfermedad de Parkinson, que considere tanto los síntomas motores como no motores, así como las diferencias individuales

entre los pacientes. En este sentido, los resultados refuerzan la necesidad de enfoques de intervención personalizados y multidisciplinarios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson.

Agradecimientos

Al departamento de kinesiología Valdivia.

Financiación

Interna.

Referencias

- Aarsland D., Batzu L., Halliday GM, Geurtsen GJ, Ballard C., Ray Chaudhuri K., Weintraub D. (2021). Deterioro cognitivo asociado a la enfermedad de Parkinson. *Nat Rev Dis Primers* , 7 (1) , 47. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00280-3>
- Alegre-Ayala J., Vela L., Fernández-Vázquez D., Navarro-López V., Macías-Macías Y., Cano-de-la-Cuerda R. (2023). El impacto de la gravedad de la enfermedad de Parkinson en el desempeño de las actividades de la vida diaria: un estudio observacional. *Rev Neurol* , 76(8), 249-255. <https://doi.org/10.33588/rn.7608.2022263>
- Antonini, A., Chaudhuri, KR (2018). Aspectos no motores de la enfermedad de Parkinson: una nueva frontera. *Trastornos del Movimiento* , 3 , <https://doi.org/10.1002/mds.27223>
- Antonini, A., Robieson, WZ, Bergmann, L., Yegin, A., Poewe, W. (2018). Influencia de la edad y la duración de la enfermedad en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida después del gel intestinal de levodopa-carbidopa en la enfermedad de Parkinson. *Neurodegener Dis Manag* , 8 (3), 161-170 . <https://doi.org/10.2217/nmt-2017-0046>
- Barone, P., Antonini, A., Colosimo, C., Graziano, G., Martinelli, P. (2018). Síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson: una revisión crítica. *Parkinsonismo y trastornos relacionados* , 46, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.10.017>
- Bautista Rodríguez, LM (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista Ciencia y Cuidado* , 13(1) , 5. <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
- Bastian , AJ y Tondelli, M. (2021) . Enfermedad de Parkinson: diagnóstico, mecanismos y tratamiento. *Neurology Review* , 40(1), 51-61 . <https://doi.org/10.1197/jnr.40.1.051>
- Bloem, B. R., Okun, M. S., & Klein, C. (2021). Parkinson's disease. *The Lancet*, 397(10291), 2284-2303. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
- Chaudhuri, K. R., & Odin, P. (2020). The challenge of non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Progress in Brain Research*, 252, 325-341. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.10.015>
- Charcot, JM (1868). Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso. *Adrián* , <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/p/articles/P/?report=clásico>
- Chou, YH, Lee, SS (2022) . Síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson: una revisión de su impacto y manejo. *Journal of Neurodegenerative Disease Management* , 30 (6), 270-281 . <https://doi.org/10.1016/j.jndm.2022.04.002>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). El envejecimiento en América Latina y el Caribe: Un desafío para el desarrollo sostenible. https://r.cepal.org/flujo-debits/mano/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Deuschl G., Antonini A., Costa J., Śmiłowska K., Berg D., Corvol JC, Fabbrini G., Ferreira J., Foltyniec T., Mir P., Schrag A., Seppi K., Taba P., Ruzicka E., Selikhova M., Henschke N., Villanueva G., Moro E. (2022). Guía de la Sección Europea de la Academia Europea de Neurología/Sociedad de Trastornos del Movimiento sobre el tratamiento de la enfermedad de Parkinson: I. Terapias invasivas. *Mov Disord* , 37 (7), 1360-1374. <https://doi.org/10.1002/mds.29066>
- de la Cuadra-Grande, A., Rejas, J., Casado, M. Á., Monroy, M., & Ruiz, M. (2025). *Quality of life measures in Parkinson's disease: A systematic literature review of patient-reported outcome measures (PROMs)*

- and their psychometric properties. *Journal of Neurology*, 272, Article 598. <https://doi.org/10.1007/s00415-025-13348-x>
- Giladi, N., Shabtai, H., & Toth, C. (2017). Gender differences in Parkinson's disease progression: a study of motor and non-motor symptoms. *Parkinsonism and related disorders*, 42, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.05.015>
- González, M., & Pérez, J. (2023). Assessment of quality of life in patients with Parkinson's disease using the SF-36. *Journal of Neurology*, 56(3), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.01.045>
- Gülşen ç, koçer B, söke F, özcan gülşen e, yılmaz ö, çomoğlu SS. (2024). The effect of deep brain stimulation on lower extremity dexterity in people with Parkinson's disease. *Disabil Rehabil*, 46(24), 5908-5913. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2317997>
- Hernández, P., Fernández, M., y Sánchez, E. (2019). Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la mejora de la calidad de vida en la Enfermedad de Parkinson. *Revista Médica de Chile*, 147(11), 1586-1592. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019001101586>
- Koivu M, Sihvonen AJ, Eerola-Rautio J, Pauls KAM, Resendiz-Nieves J, Vartiainen N, Kivisaari R, Schepers F, Pekkonen E. (2024). Clinical and brain morphometric predictors of the outcome of deep brain stimulation in Parkinson's disease. *Brain Topogr*, 37(6), 1186-1194. <https://doi.org/10.1007/s10548-024-01054-2>
- Luo B, Zou Y, Yan J, Sun J, Wei X, Chang L, Lu Y, Zhao L, Dong W, Qiu C, Yan J, Zhang Y, Zhang W. (2024). Impaired cognitive network connectivity in Parkinson's disease during the microinjury period after deep brain stimulation. *CNS Neurosci Ther*, 30(12), e70184. <https://doi.org/10.1111/cns.70184>
- Martínez, S., & Ruiz, A. (2021). La medición de la calidad de vida en enfermedades neurodegenerativas: Una revisión del SF-36. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(5), 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.06.001>
- Matus, S., y Vidal, R. (2024). Prevalencia de la enfermedad de Parkinson en Chile: Estimaciones y efectos psicoemocionales y sociales. *Revista Médica del Maule*, 39(4), 123-130. Recuperado de <https://www.revmedmaule.cl>
- Maiuolo, M. L., De Sarro, G., & Muscoli, C. (2024). *Assessment scales for the evaluation of health-related quality of life*. *Frontiers in Psychology*, 15, 1438830. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1438830>
- O'Caomh R, Foley MJ, Timmons S, Molloy DW. (2024). Detection of cognitive impairment in movement disorders: comparison of the Montreal cognitive assessment and the rapid screening test for mild cognitive impairment in Parkinson's disease and Lewy body dementia. *J Alzheimer's Dis Rep*, 8(1), 971-980. <https://doi.org/10.3233/ADR-23020>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). Declaración de Astaná 2018. <https://www.who.int/publications/item/informe-del-conferencia-mundial-sobre-atencion-primaria-de-salud-de-alma-ata>
- Patnode CD, Perdue LA, Rossom RC, Rushkin MC, Redmond N, Thomas RG, Lin JS. (2022). Screening for cognitive decline in older adults: Evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force Rockville (MD): *Agency for Healthcare Research and Quality (U.S.)*. <https://doi.org/10.1177/153331751665382>
- Pérez-Lloret, S., López-Sendón, JL, Larrad, G., & García-Ruiz, P. (2019). Impacto de los síntomas no motores en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 68(1), 1-8. <https://doi.org/10.33588/rn.6801.2018.710>
- Peña-Zelayeta, L., Delgado-Minjares, K. M., Villegas-Rojas, M. M., León-Arcia, K., Santiago-Balmaseda, A., Andrade-Guerrero, J., Pérez-Segura, I., Ortega-Robles, E., Soto-Rojas, L. O., & Arias-Carrión, O. (2025). *Redefining non-motor symptoms in Parkinson's disease*. *Journal of Personalized Medicine*, 15(5), 172. <https://doi.org/10.3390/jpm15050172>
- Pedersen KF, Larsen JP, Tysnes OB, Alves G. (2017). Natural course of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: a 5-year population-based study. *Neurology*, 89(9), 1-8. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004379>
- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. L. (2014). *The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis*. *Movement Disorders*, 29(13), 1583-1590. <https://doi.org/10.1002/mds.25945>

- Rodríguez-Cid, A., & Jiménez, D. (2021). Neuroprotective agents and clinical management in Parkinson's disease: advances and perspectives. *Journal of Clinical Neurosciences*, 27(4), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.02.010>
- Schafer, E., Gombos, Z., & Szamosi, A. (2022). Parkinson's disease: improvement of patients' long-term health and quality of life. *Frontiers in Neurology*, 13(7), 1152. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.868645>
- Seppi, K., Fox, SH and MDS Task Force. (2023). Parkinson's disease: a global view. *Movement Disorders*, 38(5), 1075-1082. <https://doi.org/10.1002/mds.28166>
- Seppi, K., Fox, S. H., Coelho, M., Lam, H., Tsuboi, Y., Kalia, S. K., Lang, A. E., Poewe, W., & Rascol, O. (2023). *Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease—An evidence-based medicine review*. *Movement Disorders*, 38(5), 681–695. <https://doi.org/10.1002/mds.29328>
- Schavira, AHV, Olanow, CW and Koller, WC (2021). Medical treatment of Parkinson's disease: current status and future directions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 132(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/ane.13322>
- Tomlinson CL, Stowe R, Patel S, Rick C, Gray R, Clarke CE. (2022). Systematic review of Parkinson's disease in elderly populations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2022(5), CD002091. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002091.pub3>
- Van der Heijden, E., & Rosales, J. (2020). Deep brain stimulation for Parkinson's disease: current considerations. *Cochrane Reviews*, 2, 1124-1136. <https://doi.org/10/mds.27521>
- Williams-Gray CH, Foltynie T, Brayne C, Robbins TW, Barker RA. (2022). Evolution of cognitive dysfunction in a cohort of patients with Parkinson's disease. *Brain*, 135(6), 203. <https://doi.org/10.1093/brain/awn141>
- Wu, J., & Xie, Z. (2023). Efficacy of dopamine agonists in the treatment of Parkinson's disease: a comprehensive review. *Neurosci Lett*, 782, 136566. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2023.136566>
- Zhao, N., Yang, Y., Zhang, L., Zhang, Q., Balbuena, L., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2021). *Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies*. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 27(3), 270–279. <https://doi.org/10.1111/cns.13549>

Datos de los/as autores/as y traductor/a:

Eduardo Joel Cruzat Bravo
Rocío Beatriz Bustos Barahona
David Ismael Ergas Schleef
Mauricio Ernesto Tauda

ecruzat@santotomas.cl
rociobustos@santotomas.cl
dergas@santotomas.cl
mauro.tauda@gmail.com

Autor/a
Autor/a
Autor/a
Traductor/a