

87
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

ENFERMEDAD DE PARKINSON: UNA PROPUESTA
DE INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE
LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

T E S I S

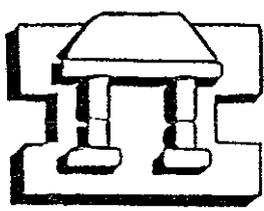
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

LODI MARTINEZ REYES

DIRECTOR DE TESIS: M. en C. MARIA ROSA AVILA ACOSTA



IZTACALA LOS REYES IZTACALA.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27/1/89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES, CON AMOR, POR HABERME BRINDADO EL PRIVILEGIO DE EXISTIR Y POR LA LIBERTAD PARA SER YO MISMA. ¡GRACIAS!

A MIS HERMANOS: RICARDO, EDGAR Y OSCAR A QUIENES QUIERO PROFUNDAMENTE.

A MI ABUELITA POR SU GRAN AMOR Y SUS CARIÑITOS DE SIEMPRE.

A ELIZABETH (LIZA PARA MI) PORQUE SE NO PODRIA EXISTIR UNA AMIGA MEJOR, POR SU CONFIANZA, CARIÑO, APOYO, COMPLICIDAD, LEALTAD, ETC. ¡GRACIAS!

A MI TIA QUITOY A POCHOLO, POR SU APOYO Y SU AMISTAD.

A MIS AMIGOS DE SIEMPRE FLOR, ERIKA, ALEJANDRO Y GABRIEL POR COMPARTIR LAS PENAS Y LAS ALEGRÍAS.

A MIS SOBRINITOS ISELLE Y DANIEL, POR SUS RISAS Y SUS PEQUEÑAS TRAVESURAS COTIDIANAS.

A MI TIO RAUL POR SU AMISTAD, A MI TIO TECO Y A MI ABUE POR SU CARIÑO DE SIEMPRE.

A DANIEL, NATALIA, VERO, MEMO Y HEIDI DI POR SU FERVIENTE APOYO Y AYUDA PARA EL TERMINO DE ESTA TESIS.

A ALESSANDRO PER ESSERE UNA GRAN MOTIVAZIONE PER FINIRE QUESTA TESIS, PER IL APOGGIO E PER TUTTA LA MAGIA DI NOSTRI MOMENTI INSIEME. GRAZIE!

A LA FAMILIA ZAGARIA PER LA OSPITALITA E PER TUTTO IL SUO AFFETTO. ¡GRAZIE!

A TODA MI FAMILIA Y A MIS AMIGOS EN MEXICO E ITALIA.

A TODOS LOS QUE LEAN ESTA TESIS Y LES SEA UTIL.

AGRADECIMIENTOS

A MI DIRECTORA DE TESIS, M. EN C. MARIA ROSA AVILA COSTA, POR EL APOYO INCONDICIONAL E INVALUABLE BRINDADO PARA MI TITULACION., POR SU CONFIANZA Y AMISTAD.

AL MAESTRO LEONARDO REYNOSO ERAZO, POR SU APOYO, OPTIMISMO Y AMISTAD A LO LARGO DE ESTA TESIS.

A LA LIC. ROCIO TRON ALVAREZ POR SU PARTICIPACION Y ASESORIA EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

A LA DOCTORA ERZSEBET MAROSI POR SU APOYO CONSTANTE Y MOTIVACION PARA FINALIZAR ESTE PROYECTO.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I. ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	6
¿QUE ES? CONCEPTOS BASICOS	6
CAPITULO II. ASPECTOS HISTORICOS ¿QUIEN LOS DESCRIBIO?.....	16
¿EN QUE EPOCA? ¿QUE TRATAMIENTO USABAN?	16
CAPITULO III. SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD	22
3.1 TEMBLOR.....	23
3.2 RIGIDEZ MUSCULAR	24
3.3 ACINESIA.....	25
3.4 TRANSTORNOS DE LA POSTURA Y EL EQUILIBRIO.....	27
CAPITULO IV. PERSPECTIVA NEUROLOGICA.....	29
4.1 DIAGNOSTICO.....	29
4.2 PROBLEMAS DIAGNOSTICOS	31
4.3 TRATAMIENTO	34
CAPITULO V. COMPLICACIONES PSICOLOGICAS Y/O PSIQUIATRICAS.....	38
PRIMERA PARTE: COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS.....	38
5.1 TRANSTORNOS DURANTE EL SUEÑO	38
5.2 ILUSIONES.....	39
5.3 ALUCINACIONES.....	39
5.4 IDEAS DELIRANTES.....	39
5.5 ESTADOS HIPOMANIACOS	40
5.6 HIPERSEXUALIDAD.....	40
5.7 CRISIS DE ANGUSTIA.....	40
5.8 PSICOSIS.....	41
5.9 TRANSTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS.....	41

5.10 DEPRESION	41
SEGUNDA PARTE: COMPLICACIONES PSICOLOGICAS.....	42
1- AMBITO PERSONAL	43
2- AMBITO FAMILIAR Y LABORAL	44
3- AMBITO SOCIAL	44
CAPITULO VI. PSICOLOGIA DE LA SALUD	46
6.1 ENFERMEDAD CRONICA	48
6.2 REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA ENFERMEDAD CRONICA	51
6.2.1 NEGACION	52
6.2.2 MIEDO	52
6.2.3 DEPRESION	53
6.2.4 IRA	53
6.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (COPING)	54
6.4 REDES DE APOYO SOCIAL	56
6.5 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	56
CAPITULO VII. PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA	58
7.1 EVALUACION	59
7.2 INTERVENCION	69
CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es degenerativa y progresiva causada por la muerte prematura, acelerada y selectiva de las neuronas de la sustancia nigra pars compacta (SNc) y por degeneración en el cuerpo estriado (putamen y núcleo caudado) dichas afectaciones generan los síntomas motores básicos de esta enfermedad: temblor en reposo, rigidez muscular y acinesia. Los tratamientos utilizados más frecuentemente son la administración de L-Dopa y de agonistas dopaminérgicos. Sin embargo, estos tratamientos a largo plazo tiene efectos negativos para los pacientes, como alucinaciones, trastornos en el sueño, crisis de angustia etc. Por ello, es de gran importancia un diagnóstico correcto por parte del neurólogo y un posterior tratamiento adecuado a las necesidades específicas de cada paciente. Cuando una persona se entera de que padece una enfermedad como ésta, le genera cambios en todos los ámbitos de su vida: personal, laboral, familiar y social. Ante lo cual, proponemos una intervención interdisciplinaria fundamentada en la Psicología de la Salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la vida de estos pacientes, sin dejar de considerar los aspectos neurofisiológicos de este padecimiento. Sugerimos técnicas y estrategias como el afrontamiento (coping), la creación de redes de apoyo social y la adherencia al tratamiento, así como una evaluación con instrumentos adecuados y una intervención con guías de actividades y ejercicios para el beneficio del paciente y su familia.

INTRODUCCION

La enfermedad de Parkinson es un padecimiento degenerativo y progresivo que afecta generalmente a personas mayores de 50 años, por lo que se considera una enfermedad senil. Su estudio se remonta hasta la época de Galeno, sin embargo, es hasta 1817 que James Parkinson la justifica como un síndrome, debido al gran interés que este autor volcara sobre ella, se bautizó con su apellido (Kolb, 1986).

En este padecimiento mueren aceleradamente las neuronas dopaminérgicas de la sustancia nigra pars compacta (SNc) ubicada en el mesencéfalo. En consecuencia se presentan anomalías en el circuito motor de los ganglios basales (principalmente en putamen y núcleo caudado) cuyas funciones van desde la preparación de movimientos hasta su ejecución, así como la adquisición y retención de patrones motores (Coté y Crutcher, 1991). Las enfermedades neurodegenerativas de los ganglios basales producen movimientos involuntarios como el temblor en reposo, síntoma evidente en la enfermedad de Parkinson, pero también incremento en el tono muscular y dificultad para iniciar y ejecutar los movimientos voluntarios (acinesia).

En los capítulos 1 y 3 se explica con detalle el funcionamiento de los ganglios basales, sus alteraciones y los síntomas motores que ello trae consigo.

La causa de la degeneración en la sustancia nigra y en el cuerpo estriado (putamen y núcleo caudado) es desconocida, pero es un proceso progresivo y degenerativo, con una duración entre el inicio y la muerte de 10 a 15 años aproximadamente (Pryse-Phillips y Murray, 1996). La enfermedad de Parkinson es considerada degenerativa y progresiva, ya que con el curso del tiempo en lugar que el paciente mejore, pierde cada vez un mayor número de neuronas dopaminérgicas, dando como resultado una mayor afectación de las

funciones que regulan dichas células.

En el capítulo 2, ofrecemos una serie de datos e investigaciones longitudinales realizadas a lo largo de la historia con enfermos de Parkinson y enfocadas al desarrollo de escalas del inicio, la progresión y la mortalidad de este padecimiento, así como, la edad promedio en que surge, las causas de muerte más frecuentes en los pacientes, la duración promedio de vida y los efectos de los tratamientos farmacológicos, básicamente con la administración de L-Dopa (Gowers, 1888; Purves Steward, 1898; Bing, 1915; Russell Brain, 1933; Rapjūt, 1967; Schwab, 1960; Hoehn y Yahr, 1967; Costaigne, 1975 y McDowell, 1982).

La perspectiva neurológica es de gran importancia en la enfermedad de Parkinson, pues a partir de ella se diagnostica si un paciente tiene o no la enfermedad y de allí se procede al tratamiento específico para las necesidades de cada persona. No obstante, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson no es sencillo, al contrario, existen algunos problemas en su diagnóstico que pueden confundir al neurólogo y así diagnosticar falsos positivos. Todo esto se realizará en el capítulo 4, así como los tratamientos farmacológicos actuales y sus efectos secundarios y las estrategias de tratamiento que se proponen para el futuro (Blesa, 1993; Grandas; 1992; Obeso, 1993; Trimble 1984 y Bermejo 1993).

En la enfermedad de Parkinson en algunos casos existen complicaciones psiquiátricas tales como; alucinaciones, ilusiones, trastornos en el sueño, ideas delirantes, crisis de angustia, hipersexualidad y en casos severos hasta psicosis. Todo ello es debido a las alteraciones en el sistema nervioso central causado por el tratamiento farmacológico. De estas complicaciones hablaremos en el capítulo 5 (Obeso, 1993; Caso, 1984 y Linazasoro, 1993). Así mismo se revisarán las complicaciones psicológicas que surgen cuando el

paciente se entera de que tiene la enfermedad de Parkinson y que a diferencia de las complicaciones psiquiátricas se presentan independientemente del uso de un fármaco. Dichas complicaciones se generan tanto en el ámbito personal, como en el personal y social y tienen relación con el sistema de creencias del paciente que puede ser erróneo y/o exagerado con tendencia a la autculpa, lo cual se debe a la carencia de información clara, objetiva y real sobre la misma.

En el capítulo 6 brindamos información sobre la Psicología de la Salud, corriente que en los últimos años está tomando fuerza y que ofrece alternativas eficaces para la prevención y tratamiento de enfermedades agudas, crónicas o crónico degenerativas, como el caso de la enfermedad de Parkinson. En la Psicología de la Salud se ofrecen técnicas como el afrontamiento de la enfermedad (coping), creación de redes de apoyo social y adherencia al tratamiento (Ibañez, 1990; Belar, 1990; Reynoso et al, 1993; La Torre y Beneit, 1994; Galdon y Andreu, 1990; Taylor, 1983, Garrity, 1986 y Cohen y Lazarus, 1982).

El estudio de esta enfermedad es muy amplio y complejo, por ello en esta tesis revisamos sólo los aspectos básicos para contar con los fundamentos necesarios a fin de crear una propuesta de intervención psicológica para este padecimiento, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. En el capítulo 7 ofrecemos nuestra propuesta, la cual se basa en la Psicología de la Salud e incluye una evaluación pensada en paciente con edades entre 50 y 60 años, con síntomas motores moderados, ésto basado en la Escala de Hoehn y Yahr, 1967 (citado de Otero-Silicicio, 1996) y considerando las siguientes áreas:

- 1.- Area motora (mantenimiento de actividades musculares)
- 2.- Area afectiva (apoyo psicológico)
- 3.- Area social (mantenimiento de autonomía social y familiar)

Se emplearán los siguientes instrumentos: Escala de Salud y Vida Cotidiana de Moss (1984) modificada para los fines de esta evaluación; Desarrollo del Problema; Inventarios de Depresión de Burns; Geriatric Depression Scale y Autoinforme de Síntomas Motores desarrollado de la autora de esta tesis. En la intervención proponemos una serie de ejercicios y técnicas para el paciente, con la ayuda de fisioterapeutas; creación de redes de apoyo social en las cuales se requiere la participación de familiares y amigos; guías de actividades planeadas para mantener la autonomía, distracciones y aficiones del paciente hasta donde sus posibilidades lo permitan; así como sugerencias para reducir la depresión y cambios en el mobiliario de casa para el beneficio del paciente y su familia (Trujillo y Corona, 1996; Otero-Siliceo, 1996).

Considerando que la enfermedad de Parkinson es un padecimiento neurodegenerativo y progresivo, se plantea la colaboración interdisciplinaria para lograr una intervención óptima que sea útil y eficaz para los pacientes con dicha enfermedad.

Los objetivos principales de esta tesis son los siguientes:

- 1.- Realizar una revisión teórica para tener fundamentos en la creación de una propuesta de intervención psicológica.
- 2.- Creación de una intervención que mejore la calidad de vida de los pacientes con Parkinson.

CAPITULO I : ENFERMEDAD DE PARKINSON ¿QUE ES? CONCEPTOS BASICOS.

De lo poco conocido de su naturaleza, un reconocimiento para los médicos que atendieron de algún modo su terminación, excitados en un celoso deseo de adquirir conocimientos de su causa y origen.

JAMES PARKINSON, 1817

La enfermedad de Parkinson es una de las patologías degenerativas más estudiadas del Sistema Nervioso Central; ésto se debe en parte a su alta incidencia, a los progresivos trastornos que genera en la vida del enfermo y también a la serie de interrogantes que hasta la fecha no se han logrado esclarecer.

Los síntomas de esta enfermedad se han descrito por los médicos desde la época de Galeno, sin embargo en aquellos tiempos no se reconocía su ocurrencia como síndrome. Fue hasta 1817 que James Parkinson (cit. en Kolb y Wishow, 1986) un médico londinense publicó un ensayo donde describió que la enfermedad era progresiva y que se caracterizaba por tres síntomas principales: temblor en reposo, rigidez muscular y lentitud para iniciar los movimientos. Estos síntomas constituyen la tríada básica presente en todos los casos de enfermos de Parkinson.

Es de gran consideración aclarar que no es lo mismo Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo, son dos términos distintos: el término parkinsonismo se refiere a

cualquier condición clínica que presente signos similares a los de la Enfermedad de Parkinson como resultado de la expresión de cualquier proceso que interfiera con la integridad y correcto funcionamiento del sistema dopaminérgico nigroestriatal (del cual se hablará más adelante) por lo cual el término parkinsonismo no hace referencia a un padecimiento específico y puede iniciar desde edades tempranas como los 15 años, en cambio la Enfermedad de Parkinson debe cumplir ciertos requisitos muy específicos para ser catalogada como tal y en general se considera como una enfermedad senil (Chaplin, 1989). De aquí la importancia crucial de un diagnóstico correcto avalado por un neurólogo, ya que no basta con la opinión de un médico general, de hecho los mismos neurólogos muchas veces se encuentran con confusiones en los cuadros clínicos de los pacientes, que pueden generar complicaciones para el diagnóstico de esta enfermedad. (En el capítulo 4 ofrecemos una descripción detallada de estas problemáticas en el diagnóstico neurológico, así como la importancia de éste para un adecuado tratamiento para el paciente). En el parkinsonismo se observan algunos de los síntomas de la enfermedad de Parkinson, pero no todos, de hecho en el parkinsonismo se presenta con mucho menos frecuencia el temblor de reposo que en la enfermedad de Parkinson es el síntoma más visible y molesto; así un paciente al tener uno o varios síntomas puede ser erróneamente diagnosticado como enfermo de Parkinson cuando en realidad tiene solo parkinsonismo.

La Enfermedad de Parkinson en distintos momentos de su historia se ha llamado "Parálisis Agitante" debido a algunos síntomas de este mal; pero recibió su designación actual gracias a Charcot, quien sugirió que se rebautizara la enfermedad para honrar el reconocimiento y el gran interés que volcara sobre este trastorno el científico James

Parkinson. (Kolb y Wishow, 1986).

Alanis (1996) cita literalmente las palabras descritas por J. Parkinson "La enfermedad es de naturaleza grandemente afflictiva, es un mal de los denominados sin perspectiva de escape, es de larga duración y requiere continua observación o cuando menos una correcta historia de sus síntomas y es por muchos años una tediosa y sumamente angustiosa enfermedad" (p.11)

Para lograr una visión más amplia respecto a la Enfermedad de Parkinson es necesario que analicemos primeramente lo que son enfermedades neurodegenerativas de los ganglios basales (ya que a esta categoría pertenece), después debemos enfocarnos hacia su anatomía y fisiología, para comprender las estructuras y funciones que intervienen en este trastorno.

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por la muerte neuronal de ciertas áreas del cerebro. Al morir dichas células el área afectada presenta alteraciones irreversibles en su funcionamiento. Se le ha dado especial hincapié a las enfermedades de los ganglios basales, desde 1800 se les ha atribuido a éstos el papel del control del movimiento y desde entonces se han realizado muchas investigaciones en relación con las funciones motoras que éstos desempeñan (Avila-Costa, 1995). Las enfermedades de los ganglios basales afectan a gran cantidad de pacientes, los cuales presentan trastornos neurológicos progresivos que ocasionan el deterioro e incapacitación del sujeto en un período comprendido entre 4 y 12 años desde su inicio. (García y Massieu, 1993). Las alteraciones que presentan los pacientes con procesos degenerativos de los ganglios basales son tanto motoras como conductuales, llegando en algunos casos a la demencia, (Enfermedades de Alzheimer y Parkinson) de allí la relevancia de su estudio.

La enfermedad de Parkinson es de etiología desconocida, pero se considera un estado fisiopatológico causado por degeneración o disfunción del sistema dopaminérgico nigroestriatal. Este sistema comprende a la sustancia nigra, al núcleo caudado y putamen (cuerpo estriado) y globo pálido entre otros; estas masas nucleares centrales de materia gris forman parte de los ganglios basales y contienen prácticamente toda la dopamina del encéfalo humano. La dopamina es una sustancia química y uno de los neurotransmisores que transportan el mensaje eléctrico desde una neurona a la otra a través de la sinapsis. En la Enfermedad de Parkinson hay una reducción específica en la concentración de dopamina; esta falta de dopamina es consecuencia de una degeneración neuronal, la causa de la degeneración en la sustancia nigra y el cuerpo estriado es desconocida, pero es un proceso progresivo y con una duración entre el inicio y la muerte de entre 10 y 15 años. (Pryse-Phillips y Murray, 1996).

Ya en 1966 Hornykiewicz, al analizar cerebros de pacientes con enfermedad de Parkinson, encontró una reducción significativa de dopamina, serotonina y norepinefrina en la sustancia nigra y en el cuerpo estriado, observó también que estaba reducida drásticamente la dopamina y que los cerebros de estos pacientes mostraban pérdida de las células nerviosas y despigmentación en dos núcleos del tallo cerebral: la sustancia nigra y el locus coeruleus (cit. en Avila-Costa, 1995).

La enfermedad de Parkinson se considera degenerativa y progresiva ya que con el curso del tiempo en lugar de que el paciente muestre mejoría, pierde cada vez un mayor número de neuronas dopaminérgicas dando como resultado una mayor afectación de las funciones que regulan dichas neuronas.

Los ganglios basales son el mayor eslabón subcortical entre las áreas sensoriales y motoras de la corteza cerebral y, al igual que el cerebelo, son un sitio de convergencia e integración de diversas aferencias. La importancia de los ganglios basales en la integración sensoriomotora, se hace evidente al observar los déficits de movimiento, postura y tono muscular que presentan los pacientes con desórdenes en estos núcleos (DeLong, 1981).

Los ganglios basales son un grupo de núcleos anatómica y funcionalmente relacionados y se localizan en el telencéfalo, diencefalo y mesencéfalo. Están formados por cinco núcleos subcorticales que participan en el control de los movimientos, entre otras cosas; estos núcleos son: el caudado, el putamen (cuerpo estriado), el globo pálido, el núcleo subtalámico (NST) y la sustancia nigra (Coté y Crutcher, 1991).

La sustancia nigra está ubicada en el mesencéfalo y presenta dos divisiones: la porción ventral llamada pars reticulata (SNr) y la porción dorsal pigmentada llamada pars compacta (SNc), compuesta por células dopaminérgicas cuyos cuerpos neuronales contienen neuromelanina (Carpenter,). Este pigmento oscuro, da a la sustancia nigra su nombre y el grado de pigmentación está correlacionado con la concentración de dopamina, pero la función del pigmento es desconocida (Coté y Crutcher, 1991). El GPi y la SNr son los principales núcleos de salida de los ganglios basales (Alexander y Cruthcher, 1990).

Ahora bien, la enfermedad de Parkinson se caracteriza clínicamente por disturbios en la iniciación de los movimientos (acinesia), rigidez muscular y temblor. A pesar de que la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la vía nigroestriatal es un aspecto fundamental de dicha enfermedad, se piensa que los signos motores antes mencionados se desarrollan

debido a las anomalías subsecuentes del circuito motor de los ganglios basales, cuyas aferencias van al tálamo (Wichman y DeLong, 1993).

Existen evidencias de que las funciones de los ganglios basales no solamente incluyen aspectos sensoriomotores de programación de movimientos, también están involucrados en aspectos de planeación de los movimientos, selección y memoria motora (Parent y Hazrait, 1993). Aunque en la enfermedad de Parkinson la corteza (Cx) encargada principal del movimiento no está afectada, los pacientes presentan deterioro en la conducta motora porque tienen afectados algunos componentes de los ganglios basales como la sustancia nigra pars compacta (SNc) y el cuerpo estriado.

Por otra parte hallazgos recientes indican que las funciones del circuito motor no sólo se refieren a la ejecución de movimientos, también tienen que ver con la preparación de movimientos. Estudios en primates han demostrado que las áreas precentrales motoras, contienen neuronas que presentan cambios en las tasas de descarga seguidos de la presentación de una instrucción, la cual especifica la dirección a donde debe moverse el miembro (Alexander y Crutcher, 1990).

Algunos estudios clínicos y experimentales han confirmado la importancia de los ganglios basales en el control motor, la generación interna del movimiento, la ejecución automática de la planeación motora y la adquisición y retención de patrones motores; además se ha indicado el papel que juegan estas estructuras en otros aspectos de la conducta (Nauta y Domesick, 1978).

Según se ha señalado las funciones motoras de los ganglios basales, se llevan a cabo principalmente mediante el putamen y las funciones cognitivas mediante el núcleo caudado (Coté y Crutcher, 1991.)

Las enfermedades neurodegenerativas de los ganglios basales producen principalmente movimientos involuntarios. Estos son: temblor (con movimientos involuntarios rítmicos y oscilatorios), atetosis (movimientos lentos de los dedos y manos y en ocasiones de los pies), corea (movimientos abruptos de los miembros y de los músculos de la cara), balismo (movimientos violentos) y distonía (postura persistente de alguna parte del cuerpo que puede resultar en movimientos grotescos y posturas distorsionadas). Velasco, 1986.

Estas enfermedades se pueden dividir en dos grupos principales de acuerdo a sus características clínicas. Así, se encuentra el síndrome de hiperquinesia hipotónica que se caracteriza por movimientos involuntarios irregulares, los cuales afectan distintas partes del cuerpo, cuando los músculos están relajados el tono se encuentra muy reducido. Este grupo incluye la corea, la atetosis, el hemibalismo, la distonía y la enfermedad de Wilson. Asimismo existe el síndrome de aquinesia hipertónica que está caracterizado por reducción de los movimientos espontáneos y asociados, temblor en reposo, incremento en el tono muscular, dificultad para iniciar movimientos, pasividad en movimientos espontáneos (aquinesia) y ejecución lenta en los movimientos (bradiquinesia), a este grupo pertenece la enfermedad de Parkinson (Ringwald y Vigouret, 1988). En la tabla 1 se presentan los tipos de enfermedades neurodegenerativas de los ganglios basales y sus características (cit. en Avila-Costa, 1996).

TABLA 1. DESORDENES DE LOS GANGLIOS BASALES

DESORDEN	FISIOPATOLOGIA	CAMBIOS QUIMICOS	SINTOMAS	TRATAMIENTO
ENFERMEDAD DE PARKINSON	Degeneración de la vía nigroestriatal.	Reducción de la dopamina	Temblo en reposo, rigidez, aquinesia, bradiquinesia.	L-Dopa, agentes anticolinérgicos
Enfermedad de HUNTINGTON	Degeneración de las neuronas estriatales.	Reducción de la ChAT, de la GAD y del GABA.	Movimientos abruptos, decremento en el tono y demencia.	Terapia no específica; antagonistas dopaminérgicos.
BALISMO	Daño de alguno de los núcleos subtalámicos debido a accidente vascular.		Movimientos involuntarios y desórdenes del pensamiento.	Neurolépticos
DISQUINESIA	Alteración en los receptores dopaminérgicos provocada por la hipersensibilidad a la dopamina.		Movimientos involuntarios de la cara y lengua.	Suspensión del tratamiento con agonistas dopaminérgicos.

ChAT: Colina acetil transferasa; GAD:ácido glutámico descarboxilasa; GABA: ácido gamma aminobutírico. Modificado de Kandel y colaboradores, 1991.

Una de las enfermedades neurodegenerativas de los ganglios basales más estudiada es la enfermedad de Parkinson que, como ya se mencionó se caracteriza por la muerte prematura, acelerada y selectiva de las neuronas pigmentadas de la sustancia nigra pars compacta (Joyce, 1993).

La enfermedad de Parkinson es un trastorno de los ganglios basales, su estudio clínico en el hombre ha demostrado que éstos ejercen influencia sobre todas las formas de actividad muscular, incluyendo la postura, el equilibrio y los movimientos de manipulación y locomoción. Parte de los principales síntomas de la Enfermedad de Parkinson reflejan la insuficiencia de los mecanismos de inhibición de los ganglios basales tanto el aumento del tono muscular, como la rigidez, los movimientos violentos, el

temblor, la incapacidad de controlar los movimientos locomotores y el hecho de que no se balanceen los brazos al mismo ritmo que las piernas al caminar (Cash, 1993).

La pérdida de neuronas en la SNc es un proceso natural que depende de la edad. En personas sanas el 50% de las células de la sustancia nigra muere entre los 20 y los 80 años de edad, pero en pacientes con Parkinson el 65% de las neuronas dopaminérgicas pigmentadas muere durante el transcurso de la enfermedad y sólo el 24% o menos de las no pigmentadas se ven afectadas (Benabid y cols, 1991, cit. en Latorre, 1994).

Así de las 400,000 neuronas nigrales presentes al nacimiento, en los enfermos de Parkinson sobreviven sólo entre 60,000 y 120,000 de éstas; y en personas sanas sobrevivirán aproximadamente unas 200,000 a los 75 años de edad (López, 1983)

Estos hallazgos sugieren que la enfermedad de Parkinson es la manifestación del envejecimiento prematuro y acelerado del sistema dopaminérgico nigro-estriatal. Sin embargo hasta ahora se desconocen las causas que provocan estas deficiencias en dicho sistema.

Como mencionábamos, conforme disminuye el número de neuronas nigrales en la Enfermedad de Parkinson, se incrementa la severidad de los síntomas. Hay otras regiones del cerebro como el tálamo, hipotálamo, neocorteza, etc. que muestran pérdidas neuronales moderadas o severas cuando el paciente tiene Parkinson (Olanow, 1992; cit. en Otero-Siliceo, 1996).

Debido a que hasta la fecha se desconocen las causas de todas estas anomalías, no se puede atacar el problema de una manera precisa y específica. Es por ello que los tratamientos manejados hasta ahora no ofrecen una solución ni una "cura" para esta enfermedad.

La enfermedad de Parkinson es un desorden neurológico común, enfermedad en séptimo lugar de frecuencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. (Otero-Siliceo, 1996)

Este padecimiento parece tener variaciones regionales en su distribución mundial y sus tasas de prevalencia van de 50 a 80 por 100,000 habitantes en la mayoría de las naciones occidentales. Debido a que básicamente el Parkinson está catalogado como una enfermedad senil, Carpenter (1981) sugiere que entre más grande sea la proporción del incremento de viejos en la población total, mayor será también el número de pacientes con alguna enfermedad senil. Por lo cual es de gran relevancia encontrar algún tratamiento adecuado o alguna forma de prevención investigando su etiología.

En conclusión, las lesiones de los ganglios basales por enfermedad provocan, alteraciones en la iniciación del movimiento, dificultad para continuarlo o detenerlo (acinesia) anormalidades del tono muscular (rigidez) y desarrollo de movimientos involuntarios (temblor), síntomas motores principales de la enfermedad de Parkinson.

APITULO II: ASPECTOS HISTORICOS

¿QUIEN LOS DESCRIBIO? ¿EN QUE EPOCA?

¿QUE TRATAMIENTO USABAN?

Como ya se mencionó, James Parkinson en el siglo pasado (1817) describió un padecimiento que denominó "Parálisis Agitante", el cual describió como movimientos involuntarios con disminución de la fuerza muscular en segmentos inmóviles, con tendencia a la inclinación del tronco hacia adelante, así como la marcha acelerada, sin alteración conductual ni de los órganos de los sentidos (Weisberg y Strubl ,1986).

Esta enfermedad despertó un gran interés a causa de su larga evolución y a las características clínicas y epidemiológicas que se empezaban a reportar. Por ello, Charcot en 1880 (cit. en Pollock y Hornabrook, 1966) afirmó que la enfermedad de Parkinson era el quinto padecimiento más frecuente de los tratados en Salpêtrière, en pacientes con edades mayores de 40 ó 50 años.

Por su parte Buzzard en 1882 (cit. en Alanis, 1996) escribió "No existe diferencia importante en la edad de aparición con respecto a lo señalado anteriormente, pero llama la atención ciertas características de la enfermedad, como la marcha lenta y poco o ningún acortamiento de la longevidad". (p.13)

El primer escrito en el cual se da una importancia real a la enfermedad de Parkinson fue tal vez el de Gower en 1888, en él informó que la edad de aparición de la enfermedad de Parkinson era posterior a los 40 años de edad. El analizó un grupo de 80 pacientes, donde más de 50% de sus casos tenían entre 50 y 60 años de edad, por lo que

aseguró que a los 52 años era la edad exacta del comienzo de la parálisis agitante, independientemente del sexo del paciente. Indicó que la duración promedio de la enfermedad era de 10 años. También señaló lo siguiente: "La enfermedad es siempre crónica y usualmente progresiva en su curso. El tiempo más corto del cual tengo conocimiento de afección a las cuatro extremidades, cuando al inicio ha sido local, es el de un enfermo de nueve meses. Raramente el temblor disminuye conforme avanza la enfermedad y la rigidez se acentúa en las extremidades. Las variaciones y extensiones son tan grandes, como marcada su dificultad para determinar el curso de un caso que comienza. La parálisis agitante no es causa directa de muerte, la edad avanzada de la mayoría de estos sujetos se traduce en su duración, la influencia en el acortamiento de la sobrevivida es difícil de determinar. Los casos más largos llegan a ser inferiores a mi propia observación. La enfermedad se viene conociendo en los últimos 30 años. La muerte ocurre algunas veces por agotamiento o bien por úlceras de decúbito en la etapa prolongada; más frecuentemente la muerte ocurre por afecciones intercurrentes, especialmente del aparato respiratorio, facilitado por la debilidad muscular progresiva, con involucreción a los músculos torácicos, así como a otros. He observado que el temblor desaparece antes de la muerte" (cit. en Alanis, 1996, p.14)

Purves Steward en el año de 1898, mencionó que un sobresalto o trastorno emocional podría tener importancia relevante y describió el siguiente caso: "Un paciente que acudió a un zoológico, observó que un león se escapó de su jaula, causando una considerable expectación entre los asistentes. Un día después el paciente comenzó con síntomas, el primero de ellos fue rigidez en la pierna izquierda". (cit. en Pollock y Hornabrook, 1966). Lo que intentó señalar este autor fue que una impresión emocional

muy fuerte podría tener relación con el inicio de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson, pero aparte de él, no se ha encontrado información que pudiera corroborar su hipótesis.

Se enfatizó que el estrato social más frecuentemente afectado con la parálisis agitante era el de la clase baja. Sin embargo, Bing (1915) señaló: En nuestra región no hay evidencia alguna de que las clases altas de la sociedad, tengan una baja predisposición para la enfermedad. (cit. en Dimsdale, 1946).

Rusell Brain 1933, (cit. en Otero-Siliceo, 1996) recalcó que la enfermedad era definitiva y progresiva, pero mencionó la progresión difería considerablemente dependiendo del caso y que los síntomas podrían estar confinados a una sola extremidad durante años, indicó que el promedio de duración de la enfermedad era de 10 años, esto concuerda con lo expuesto por Gower en 1888, también él menciona que la muerte ocurría por complicaciones como la neumonía o por úlceras de decubito.

Dimsdale revisó en 1946 los hallazgos de 320 casos de enfermedad de Parkinson, encontró que la parálisis agitante se presentaba en la segunda mitad de la vida, generalmente con temblor, disminución de la función óculo-motora y excepcional afección a las funciones mentales, así como excesiva salivación. Encontró también que algunos tenían trastornos del sueño o mentales y graves incapacidades durante periodos cortos.

En 1960, Schwab menciona la posible relación entre la enfermedad y los trastornos emocionales (la lentitud de la progresión radicaría en la fuerza de la personalidad) además indicó que el progreso de la enfermedad era variable, cuando ésta duraba muchos años, el paciente frecuentemente estaba destinado a la postración en cama, sin embargo también menciona que algunos pacientes después de muchos años,

(como 25) desde el inicio de la enfermedad.eran completamente independientes y aun desempeñaban su trabajo. Esto me parece una contradicción pero indica la gran imprecisión que existía desde aquel entonces y que aun sigue existiendo respecto a esta enfermedad, pues un caso de Parkinson puede durar muchos años sin incapacidad motora severa, pero algunos otros pueden desarrollar rápidamente una sintomatología que los incapacita para llevar una vida independiente.

Hoehn y Yahr en 1967, publicaron un documento que es considerado el más importante en relación con el inicio, progresión y mortalidad de la enfermedad de Parkinson, además propusieron el primer método para evaluar la progresión:

- Afectación unilateral y habitualmente con mínimo o ningún deterioro funcional.
- Afectación bilateral moderada, sin deterioro en el equilibrio.
- Reflejos anormales, primer signo del deterioro, evidente por la inestabilidad del paciente al dar vuelta o cuando es empujado al estar de pie con los pies juntos, inmóvil y con los ojos cerrados. Funcionalmente, los pacientes están algunas veces restringidos en sus actividades, pero podrán tener algún trabajo productivo dependiendo de su tipo de empleo. Son físicamente capaces de conducir con independencia su vida, siendo su incapacidad ligera o moderada.
- Desarrollo completo de la enfermedad. Grave incapacidad, aunque el paciente puede caminar y pararse sin asistencia.
- Confinado en cama o silla de ruedas, a menos que sean ayudados.

En un estudio efectuado por dichos autores, se consideraron a 802 enfermos de Parkinson, la edad de inicio promedio fue 55.3 años , concluyeron que el inicio temprano de los síntomas no fue necesariamente un signo de buen pronóstico. El síntoma inicial

más frecuente fue el temblor hasta en un 70% de los casos, existe una indicación de que el Parkinson con temblor como síntoma inicial, progresa con más lentitud durante los primeros 10 años, que aquel con otros signos y síntomas desde el inicio. Aproximadamente el 5 % de los casos que tenían con la enfermedad menos de cinco años, se encontraban incapacitados o habían muerto; 66% de los que tenían más de 5 años y menos de 9 y hasta 80% cuando cursaban con esta patología desde 14 años atrás. Tuvieron dificultad en la obtención de la exacta causa de muerte de éstos pacientes, ya que sólo 15% tenía verdadero certificado de defunción y aun así, con frecuencia tenían una descripción inexacta e inadecuada de la muerte. Llegaron a la siguiente conclusión: la bronconeumonía y las infecciones de vías urinarias, son la causa más frecuente de mortalidad, aunque en ciertos tipos de edad y sexo había causas como traumatismos accidentales, úlcera péptica y enfermedad vascular cerebral, asimismo no existe evidencia de que la introducción de nuevos métodos de farmacoterapia y supervisión puedan prolongar la vida de estos pacientes. La duración promedio de la enfermedad es en general de 9.4 años, un dato similar se encontró en 1969 por Minn en Rochester.

Para el año de 1967 se introduce la L-dopa (precursor de la dopamina) como farmacoterapia, y ésto abrió una nueva época en el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Parkinson, sin embargo a través de algunos estudios como el realizado por Rapjūt (1967-1979) se encontró que entre los pacientes que recibían L-dopa y los pacientes que no recibían el fármaco, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a la sobrevivencia, pero sí, en cuanto a la reducción de los síntomas (cit. en Rapjūt y Rozdisky, 1981).

A pesar de la gran esperanza en cuanto a la mayor sobrevivencia de los pacientes que recibían tratamiento con L-dopa según lo informado mundialmente se negaba que dicho fármaco prolongara la vida de los pacientes con Parkinson (Costaigne, 1975; cit. en Alanis, 1996).

Después en un estudio realizado por Mc. Dowell (1982) se llevó a cabo una comparación entre pacientes tratados con L-dopa y los pacientes no tratados con L-dopa, encontrando que efectivamente existe un aumento en la mortalidad de los pacientes que no recibieron el fármaco, en comparación con los que sí recibieron L-dopa. La causa de muerte es prácticamente la misma que lo encontrado antes del advenimiento de la L-dopa, problemas secundarios a la inmovilidad, embolia pulmonar, infecciones respiratorias, neumonías y broncoaspiración (cit. en Otero-Siliceo, 1996).

En cuanto a la historia y evolución de la enfermedad de Parkinson se puede concluir que existe un pronóstico más favorable para el enfermo cuando sus síntomas inician con el temblor que cuando inician con algún otro, esto en base a los hallazgos de varios autores a lo largo de los años de estudio. Revisemos ahora los síntomas que se manifiestan esta enfermedad.

CAPITULO III: SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD

A principios del siglo pasado se definió al Síndrome de Parkinson como "Parálisis Agitante", por el movimiento tembloroso involuntario que se acompaña de una disminución del poder muscular, aun cuando el enfermo se encuentre apoyado, con tendencia a doblar el tronco hacia adelante y propenso a caminar con pasos pequeños y rápidos. En general, los primeros síntomas que se describen como percibidos son "un sentido de debilidad, con temblor en alguna parte del cuerpo, algunas veces en la cabeza, aunque lo mas común es que se presente en las manos y brazos" (Alanis, 1996).

Estos síntomas se incrementan en forma gradual en las partes afectadas primero, pero de pronto la influencia pasa a alguna otra parte del cuerpo. Las piernas también se afectan y la capacidad para mantenerse de pie se torna más difícil. "La marcha se dificulta tanto, que el paciente se tiene que parar sobre los dedos y parte del pie, mientras que la parte superior del cuerpo se va hacia adelante y muchas veces con pasos más rápidos y pequeños, aunque el paciente pueda dar muy pocos y no avanzar del lugar donde se encuentra. En esta etapa, el sueño se torna más intranquilo ya que el temblor muchas veces no cede e impide el dormir al paciente" (cit. en Gómez y Otero 1997).

Los síntomas tempranos de la enfermedad de Parkinson, pueden incluir dificultad para movimientos específicos tales como escribir, dificultad para darse vuelta en la cama, para levantarse de una silla baja, dificultad en la motricidad fina,

por ejemplo al afeitarse o maquillarse, exceso de grasa en la piel, incapacidad para elevar la voz o toser eficientemente (Cash, 1993).

Todos estos síntomas están presentes en la enfermedad de Parkinson, enseguida realizaremos una revisión más detallada sobre los principales .

3.1 TEMBLOR

QUE ES EL TEMBLOR? El temblor se define como una oscilación periódica involuntaria de una parte del cuerpo, que se manifiesta como un movimiento continuo y rítmico (Caso,1984).

Existen diferentes tipos de temblores, a continuación haremos una breve descripción de los más comunes para centrarnos posteriormente en el temblor de reposo, síntoma de gran relevancia en la enfermedad de Parkinson.

TEMBLOR DE ACCION: Cualquier temblor que aparezca durante la contracción muscular.

TEMBLOR POSTURAL: Temblor provocado por el mantenimiento de una postura.

TEMBLOR DE MOVIMIENTO: Temblor provocado por cualquier tipo de movimiento. El temblor puede aparecer al principio del movimiento (temblor inicial), durante el movimiento (temblor de transición) y al finalizar este (temblor terminal).

TEMBLOR DE REPOSO: Es el temblor que aparece cuando la persona no activa el músculo de forma voluntaria, es un temblor lento, rítmico, tosco, de 4 a 5 movimientos por segundo, aparece cuando el miembro está en reposo (de ahí su nombre) y disminuye o desaparece con el movimiento voluntario; este temblor afecta inicialmente a los dedos pulgar, índice y medio, produciendo un movimiento como de "hacer píldoras" (Weisberg y Strubl, 1986).

El temblor que aparece en la enfermedad de Parkinson es típicamente de reposo, éste es en general el primer síntoma que perciben los pacientes con la enfermedad de Parkinson, consiste en movimientos alternativos de uno o ambos brazos cuando están en reposo, empezando a ser notorio el temblor en alguna de las manos, estos movimientos son involuntarios y se detienen durante el sueño o durante la realización de movimientos voluntarios. Los movimientos de las manos semejan como si se estuviera rodando una canica entre el dedo pulgar y el índice (Caso, 1984).

El temblor es más una molestia que una incapacidad para el paciente, ya que como se mencionaba, es máximo en reposo y se reduce o desaparece con el movimiento voluntario. Así el paciente es capaz de levantar un vaso hasta su boca firmemente sin derramar el contenido, pero al relajarse, su mano tiembla constantemente. Algunas veces, la ansiedad o conciencia del temblor, lo aumenta de modo que la turbación en cualquier situación social puede ser intolerable (Cash, 1993).

3.2 RIGIDEZ MUSCULAR

Consiste en un aumento del tono muscular en los músculos extensores y flexores simultáneamente. Se hace más evidente cuando las extremidades se mueven pasivamente en una articulación, el movimiento se resiste, pero con suficiente fuerza los músculos ceden por una distancia corta pero luego resisten otra vez el movimiento. Cuando una persona examina a un paciente con este síntoma, le flexiona o le extiende pasivamente alguna de las extremidades, aparece un aumento de la resistencia que cede en forma súbita y entonces

retorna secuencialmente a medida que continúa el movimiento. La rigidez puede ser lo suficientemente fuerte para dificultar todos los movimientos. Se pidió a un hombre afectado gravemente por la rigidez que la describiera; él dijo "la lentitud del movimiento es consciente pero no deseada, es decir, establezco un plan en mi mente por ejemplo; desearía descorchar esa botella, luego deliberadamente pido hacer el esfuerzo que pone en movimiento a los músculos. Soy consciente de la lentitud del proceso, no puedo aumentar la rapidez, pero siempre consigo abrir la botella" (Gilman y Winans, 1989).

La rigidez en el paciente le produce dolor muscular, el cual es también una queja constante del enfermo de Parkinson, por lo cual es importante incluir en el tratamiento alguna forma de fisioterapia; la rigidez también se incrementa con la tensión nerviosa y en ambientes fríos.

3.3 ACINESIA

Se puede entender por acinesia un entecimiento motor global, que impide conectar correctamente la idea de la motilidad con los sistemas funcionales motores que podrían realizar el movimiento (Blesa, 1990).

La acinesia o aquinesia puede manifestarse también en una anulación de la expresión facial, en una ausencia de parpadeo, en falta de balanceo de los brazos al caminar, en lo cual de ello, camina con los brazos colgando ligeramente flexionados a nivel del codo, en un habla lenta y suave. También se refleja en la dificultad para realizar movimientos repetitivos, como dar golpes, cepillar, batir, cortar, la escritura se torna más pequeña y tienen problemas para abotonarse o amarrarse los zapatos. Las personas que están sentadas inmóviles durante horas

muestran aquinesia en su manifestación más severa. Otros síntomas negativos son la dificultad para masticar y tragar además de una alteración para tragar saliva, por lo cual tienden a babear involuntariamente. (Ringwald y Vigouret, 1988).

Como se mencionaba anteriormente la enfermedad de Parkinson, a menudo inicia con el temblor en una mano y una leve rigidez en las extremidades, después los movimientos pueden hacerse más lentos, la cara puede volverse como una máscara con la pérdida del parpadeo de los ojos y pérdida también de la expresión emocional, posteriormente el cuerpo puede encorvarse, mientras que los pasos del paciente se convierten en movimientos desordenados con los brazos colgantes e inútiles a los lados. El habla puede volverse lenta y monótona y la dificultad para tragar saliva puede hacer babear al enfermo.

Gilman y Winans (1989) en relación a la aquinesia agregan que, las líneas de la cara del enfermo son lisas, su expresión es fija (cara de máscara) y no hay respuesta emocional espontánea. El enfermo cuando se pone de pie tiene la cabeza y los hombros inclinados y camina con pasos cortos, arrastrando los pies. Los brazos se mantienen a los lados y no se balancean ni rítmica ni automáticamente como debería ser. A pesar de que el paciente tiene dificultad para iniciar a dar los primeros pasos, una vez que camina, los pasos son más y más rápidos y tiene dificultad para parar su avance cuando alcanza su meta. Esta anomalía al caminar es llamada "marcha festinante". Por su parte Weisberg y Strubl (1986) mencionan la "marcha festinante" se da cuando el enfermo camina rígido y adopta una postura encorvada, da pasos cortos y arrastrados que se van acelerando en forma progresiva hasta llegar a un ritmo de carrera.

3.4 TRANSTORNOS DE LA POSTURA Y EL EQUILIBRIO

Un trastorno consiste en una incapacidad para mantener una parte del cuerpo en su posición normal (cabeza, extremidades, etc) en relación con otras partes, así la cabeza de un enfermo de Parkinson puede caer hacia adelante o puede encorvar su tronco hacia adelante en forma gradual hasta terminar sobre las rodillas, provocando la llamada "postura de simio". Los trastornos del equilibrio consisten en dificultades para estar de pie o incluso para estar sentados cuando no tienen apoyo. En casos graves tienen dificultad para mantenerse sobre una pierna o si son empujados ligeramente por los hombros pueden caer pasivamente sin intentar agarrarse. Los trastornos del enderezamiento consisten en una dificultad para conseguir una posición erguida a partir de una posición supina. Los trastornos de la locomoción tienen que ver con el caminar, los pasos, el balanceo de los brazos y el ritmo, los enfermos de parkinson como se mencionó antes tienen alteraciones en la locomoción y su caminar muestra festinación, los pacientes describen las dificultades de la marcha "como si los pies estuvieran pegados al piso" (Pryse-Phillips, 1996).

Estos son en general los síntomas más comunes de la enfermedad de Parkinson, y a pesar de que la enfermedad es progresiva, la velocidad a la cual empeoran los síntomas es variable y sólo raramente la progresión es tan rápida que incapacite a una persona en cinco años, generalmente transcurren de 10 a 20 años antes de que los síntomas causen su incapacidad total.

En el próximo capítulo analizaremos la importancia de un diagnóstico correcto, para un adecuado tratamiento, el cual puede tener una relevancia importante en la progresión de la enfermedad.

CAPITULO IV : PERSPECTIVA NEUROLOGICA

La enfermedad de Parkinson desde sus inicios ha sido considerada como una enfermedad neurodegenerativa y progresiva; por ello es que ha sido atendida básicamente por neurólogos. Debemos revisar brevemente los diagnósticos y tratamientos que hasta ahora ha empleado la neurología, para tener nociones de lo que se ha venido haciendo en este campo y así contar con bases que sean útiles al objetivo principal de esta tesis: una propuesta de intervención para esta enfermedad desde la Psicología de la Salud.

4.1 DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico de un síndrome parkinsoniano es relativamente fácil, pero la diferenciación de una enfermedad de Parkinson de otros parkinsonismos, puede ser difícil, sobre todo en sus etapas iniciales. La importancia de un diagnóstico temprano correcto es obvia, por un lado es necesario para aconsejar al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad y por otro lado está la posibilidad de que algún fármaco pueda retrasar la progresión de la enfermedad de Parkinson (Grandas, 1993).

Como se mencionaba anteriormente, se estima que es necesaria la pérdida de un 80 % de la dopamina estriatal y de un 60 % de las neuronas de la pars compacta de la sustancia nigra para que aparezcan los primeros síntomas, que en general el primero es el temblor en reposo (Blesa, 1993). En general se admite que existe una etapa asintomática, posiblemente de varios años de duración, en la que la enfermedad inicia y progresa. Sin embargo investigaciones recientes muestran

que existen algunas alteraciones clínicas que preceden a los síntomas motores clásicos de esta enfermedad, y que son buenos indicadores para un diagnóstico precoz de la enfermedad de Parkinson, estas alteraciones son: la depresión, la cual puede preceder a los signos motores en un importante porcentaje de enfermos de Parkinson. Santamaría y cols (cit. en Blesa, 1993) estudiaron 34 pacientes con enfermedad de Parkinson, encontrando un 32 % de los pacientes deprimidos, en contraposición con un 17% de los controles normales; los cambios de humor habían empezado antes que los signos motores en el 90% de los enfermos deprimidos.

La fatiga puede ser otro signo del inicio de la enfermedad, expresada en muchas ocasiones como cansancio físico y tensión muscular constante, junto a una sensación de postración similar al síndrome de fatiga crónica. Asimismo las primeras quejas de pacientes con enfermedad de Parkinson expuestos al MPTP (1-metil-4-1,2,3,6-tetrahidropiridina) fueron la rigidez, la lentificación de movimientos, el dolor muscular, la fatiga fácil y problemas en el equilibrio. También son características las quejas de debilidad y torpeza motora ocasional, junto con apatía y fatiga mental que ocasiona disminución en la capacidad de rendimiento cognitivo, ausencia de iniciativa y escasa concentración (Grandas, 1993).

La evaluación neuropsicológica de los enfermos de Parkinson, ha descubierto fallos en la memoria episódica, verbal y visuoespacial (Blesa, 1993).

Algunos otros signos observados antes de los síntomas motores clásicos, son: estreñimiento, exceso de grasa en la piel, seborrea y una disfunción olfatoria, que

incluso puede preceder en muchos años a la aparición de síntomas motores (Grandas, 1993).

Los estudios epidemiológicos han permitido delinear un perfil de la personalidad premórbida del paciente con enfermedad de Parkinson, entre los rasgos más característicos antes de los 40 años de edad destacan la cautela, la ausencia de agresividad, el perfeccionismo, la introversión y la tendencia a descompensarse con ataques de pánico o depresión; otras características comunes son la estabilidad en el matrimonio, la ausencia de alcoholismo y tabaquismo (Blesa, 1993). Sin embargo la inespecificidad de estos patrones conductuales hacen inviable su empleo como claves diagnósticas.

Ante estas limitantes, surge un planteamiento ¿Hasta qué punto se pueden considerar estos signos como indicadores de una enfermedad de Parkinson, o son sólo manifestaciones de cualquier otra enfermedad del sistema nervioso?

Para dar respuesta al planteamiento anterior, debemos revisar los problemas diagnósticos a los que se enfrentan los neurólogos para la enfermedad de Parkinson.

4.2 PROBLEMAS DIAGNOSTICOS

El grado de acierto en el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson quedó reflejado en el estudio de una muestra de 800 casos de posible enfermedad de Parkinson; los neurólogos especialistas en movimientos anormales coincidieron con el diagnóstico correcto en un 59% de los casos, el resto de los pacientes fueron catalogados como temblor esencial (25%), parkinsonismo inducido por drogas (10%) y enfermedad vascular (6%). Cabe la posibilidad de que personas

con temblor esencial desarrollen enfermedad de Parkinson y ello pudiera elevar el porcentaje de diagnósticos correctos, sin embargo no todas las personas que sufren de temblor esencial, desarrollarán enfermedad de Parkinson (Obeso y cols. 1993).

El Dr. Blesa (1993) menciona que entre los médicos generales existe un alto número de falsos positivos en los diagnósticos que hacen sobre la enfermedad de Parkinson, ésto ha sido establecido según el criterio de neurólogos especialistas en movimientos anormales.

En otros estudios sobre la fiabilidad diagnóstica de la enfermedad de Parkinson después de un seguimiento de aproximadamente 12 años, se encontró que el diagnóstico se confirmaba en un 76% de neurólogos entrenados. En otro estudio que igualmente evaluó la fiabilidad del diagnóstico efectuado por neurólogos siguiendo criterios clásicos, hubo confirmación patológica en un 65% de los casos (Grandas,1993)

En relación con los criterios que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, Koller en 1992 propuso los siguientes: 1) presencia de dos de los tres signos motores clásicos (temblor en reposo, acinesia y/o rigidez) durante un período no inferior a un año; 2) respuesta al tratamiento con L-dopa (al menos 100 mg/día, durante un mes); grado de mejoría de moderado a importante y duración de la mejoría de un año o más. Estos criterios concuerdan con los expuestos por Grandas en 1993, él menciona que la adopción de estos criterios pueden disminuir el número de errores diagnósticos.

Se ha empleado también la tomografía por emisión de positrones (TEP) en el campo del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, se ha demostrado su utilidad en las siguientes situaciones: 1) Detección de cambios dopaminérgicos estriatales en individuos normales, pero con riesgo de desarrollar la enfermedad. 2) Identificación de personas en estadios iniciales de la enfermedad, que se podrían beneficiar de agentes neuroprotectores. Y 3) Constatación de enfermedad de Parkinson subyacente en personas con temblor de reposo aislado y en pacientes con rigidez grave (Blesa, 1993).

Respecto a la utilidad de la TEP el Dr. Grandas opina que es sólo una técnica más, pero que establecer a partir de ella un diagnóstico que tenga que ver con la clínica no es posible hoy en día.

Algunas escalas empleadas en el diagnóstico neurológico son las siguientes, Schwab and England index o la Hohen and Yahr score (Machado-Salas, et al. 1990).

A manera de conclusión, podemos recalcar que existen ciertos signos precedentes a los síntomas motores clásicos de la enfermedad de Parkinson, (pérdida del olfato, seborrea, síndrome de fatiga crónica, depresión, etc.) que al parecer pueden ser indicadores de esta enfermedad en un diagnóstico precoz, es obvio que estos indicadores por sí mismos no representan nada, pero un neurólogo especialista en movimientos anormales, tomaría en cuenta estos factores y se podría apoyar con una TEP para verificar si existen o no cambios dopaminérgicos, sin embargo como mencionaba el Dr. Blesa aun con estos datos hasta la fecha o al menos hasta hace 5 años no se les proporciona a los pacientes

algún tipo de tratamiento que pudiera retrasar la llegada de los síntomas motores (temblor, acinesia y rigidez) o que pudiera disminuir la severidad de éstos. Entonces, al parecer la única utilidad de estos signos o alteraciones clínicas, es la de disminuir lo más posible los errores diagnósticos, y aunado a ello la posibilidad de un tratamiento adecuado que beneficie al máximo al paciente con enfermedad de Parkinson ya que tenga presentes los síntomas motores. Con todo lo expuesto anteriormente queda resuelto el planteamiento surgido poco antes de iniciar este apartado.

Habiendo aclarado el tópico referente al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, nos enfocaremos ahora en el tratamiento de la misma.

4.3 TRATAMIENTO

Hasta la fecha la L-dopa sigue siendo la base del tratamiento del Parkinson. Sin embargo existen opiniones contradictorias acerca del momento idóneo de su inicio. Debido a que el tratamiento con L-dopa provoca fluctuaciones motoras y discinesias en un gran número de pacientes, algunos neurólogos recomiendan retrasar en lo posible el inicio de este tratamiento. No obstante no existen diferencias en las lesiones de la sustancia nigra entre pacientes tratados y no tratados con L-dopa, y además no hay evidencia de daño en las neuronas dopaminérgicas de ratones ni humanos sin enfermedad de Parkinson expuestos a grandes dosis de L-dopa. Por el contrario algunas investigaciones recientes sugieren que la incapacidad y mortalidad son menores en enfermos tratados precozmente con L-dopa, aunque a principios de los años 70's se pensaba que no

existía diferencia alguna en cuanto a la supervivencia de los pacientes con la levodopaterapia precoz o tardía.

Se han realizado investigaciones que reafirman ésto último, uno de ellos fue el realizado por Diamond y cols (cit. en Obeso,1993) en el cual estudiaron a 359 pacientes seguidos por 17 años y observaron una menor mortalidad en aquellos en los que se comenzó el tratamiento con L-dopa en los primeros 3 años. Además diferentes autores han demostrado que el retraso de la levodopaterapia no previene ni retrasa la aparición de discinesias ni de fluctuaciones motoras, como se pensaba en un principio. Por tanto no parece justificada la práctica de retrasar la terapia con L-dopa, pues además de que se priva al paciente de una adecuada movilidad, (ya que el efecto principal de este tratamiento es sobre la acinesia y la rigidez) se corre el riesgo de disminuir su supervivencia.

Con la aplicación de la L-dopa surge el fenómeno *on - off* que se refiere al vaivén de la respuesta a la L-dopa y puede ocurrir varias veces al día, generalmente en forma súbita, en esos períodos el paciente queda incapacitado. Usualmente se inicia entre 1 y 3 años después de iniciado el tratamiento y se presenta en más del 40% de los tratados. Algunos sugieren que este fenómeno incapacitante mejora con bromocriptina (Parlodel) y con deprenil (Trimble, 1984).

Los efectos secundarios de la L-dopa son náusea, movimientos anormales involuntarios tipo corea, tics, intranquilidad, alegría, depresión, delirio, alucinaciones.

Otro tratamiento empleado para los pacientes de Parkinson consiste en la administración de agonistas dopaminérgicos tales como: bromocriptina, lisurida y

pergolida, los tres tienen características farmacológicas y efectos secundarios similares, se han realizado estudios para comparar la eficacia de éstos con la L-dopa, se ha encontrado que los pacientes tratados con L-dopa tuvieron una mayor mejoría que los tratados con bromocriptina, no obstante los agonistas dopaminérgicos provocan menos efectos secundarios que la levodopaterapia.

En base a estos estudios se ha comprobado la efectividad de un tratamiento combinado de L-dopa con algún agonista dopaminérgico, pues por un lado se observa una mejoría en el paciente por la acción de la L-dopa y por otro lado se disminuyen los efectos secundarios por la acción del agonista de la dopamina (Grandas, 1993).

Según el Dr. Bermejo (1993) el tratamiento también depende de la edad, de la ocupación y del nivel cultural del paciente, en el sentido de que entre más preparación académica tenga, se le podrá explicar claramente en que consiste el tratamiento, el funcionamiento de los fármacos, la dosificación que él necesita, etc, si el paciente es joven se comenzaría con una terapia combinada como la mencionada anteriormente, con el objetivo de intentar regenerar las neuronas perdidas; si el paciente está realmente incapacitado para su profesión o su enfermedad le crea dificultades se le administra L-dopa y si es una persona de escasa actividad se suele retrasar la L-dopa; los pacientes en los que predomina el temblor son los que peor responden a los fármacos, y más aun si tienen alrededor de 50 años, en este caso hay que usar una dosis de L-dopa lo más baja posible, suplementándola con un agonista, pues si se les trata solo con L-dopa tendrán unos efectos secundarios severos.

Las estrategias de tratamiento que se proponen para el futuro según Linazasoro (1994) son los siguientes: 1) mejorar las características farmacológicas de la levodopa que seguirá siendo el mejor fármaco para la enfermedad de Parkinson; 2) mejorar los sistemas de liberación continuada de fármacos, de tal modo que puedan ser aplicables en la práctica clínica diaria; 3) modificar otros sistemas de neurotransmisión disfuncionantes en la enfermedad de Parkinson tratada con fármacos agonistas; 4) restaurar las funciones perdidas con la realización de trasplantes o cirugías sobre el núcleo subtalámico o palidomedial. En general el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson si bien alivia en parte los síntomas motores, también tiene consecuencias secundarias que afectan otras áreas, como el sueño y algunas complicaciones psiquiátricas que se revisarán en el próximo capítulo.

CAPITULO V: COMPLICACIONES PSICOLOGICAS Y/O PSIQUIATRICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Comencemos diciendo que las complicaciones psiquiátricas asociadas a la farmacoterapia de la enfermedad de Parkinson y sobretodo al uso de la L-dopa, varían de acuerdo al tiempo y a la dosis que reciba el paciente.

PARTE I: COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS

5.1 TRANSTORNOS DURANTE EL SUEÑO

Existen varios tipos: a) sueños vividos: consisten en sueños relacionados con situaciones del pasado pero se viven de forma muy intensa y diferente a cualquier sueño anterior relacionado con el mismo tema. Según Klawans (cit. en Obeso, 1993) este es el tipo más común de trastornos del sueño inducido por medicación. b) terrores nocturnos: consisten en episodios de gritos, llantos o incluso períodos de risa. Estas manifestaciones sólo son conocidas a través de la familia del paciente para quien estas situaciones pasan totalmente desapercibidas y no las recuerda; c) pesadillas: son también sueños vividos pero que producen pánico o estados paranoicos, frecuentemente están constituidas por situaciones en las que puede peligrar la supervivencia del individuo (durante el sueño); d) mioclonias: aunque propiamente no es un trastorno psiquiátrico las sacudidas mioclonicas durante la noche están muy relacionadas con la inducción de manifestaciones psiquiátricas, Nausieda (cit. en Linazasoro, 1994) menciona que las mioclonias nocturnas suelen constituir el inicio de la aparición posterior de trastornos psiquiátricos inducidos por medicación antiparkinsonica.

5.2 ILUSIONES

Son una percepción errónea de un estímulo externo real, generalmente visual; consiste con frecuencia en la deformación de estructuras de objetos, cambios de color, etc. El paciente es consciente de lo que le sucede y mantiene la crítica de la situación que entiende no puede ser real. Respecto a las ilusiones Caso, 1984 menciona las siguientes características: 1) son percibidas por los sentidos, 2) tienen algún estímulo externo, 3) no pueden ser evocadas a voluntad del enfermo, 4) son reconocidas por el enfermo como no verdaderas y 5) son más comunes en las mujeres y en personas con trastornos emocionales severos; se perciben en ocasiones imágenes visuales o auditivas que ocurren "dentro del enfermo" en un espacio subjetivo como en "mi ojo", o "mi oído" pero son reconocidos fácilmente por el paciente como producto de su propia mente.

5.3 ALUCINACIONES

Son una percepción sensorial sin estímulo externo, es una percepción sin objeto externo que es aceptada como real, es decir para él que las padece son verdaderas sean visuales, auditivas, sonoras, olfativas, táctiles o del gusto, aparecen en la misma dimensión del espacio real y objetivo como las percepciones normales y no pueden ser controladas voluntariamente por el paciente. Las alucinaciones inducidas por la medicación antiparkinsoniana son frecuentemente visuales y en ocasiones auditivas u olfativas.

5.4 IDEAS DELIRANTES

Se definen como la creencia errónea basada en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza por el paciente sin importar las

opiniones de las personas que lo rodean y las pruebas objetivas que evidencian el error de las interpretaciones del paciente. Con frecuencia van acompañadas de alucinaciones y las ideas delirantes que se presentan con más son las de tipo persecutorio y de celos. Las ideas delirantes son incorregibles, pues a pesar de que el contenido es a menudo imposible o absurdo, no hay nada que convenza al paciente de ello.

5.5 ESTADOS HIPOMANIACOS

Se manifiestan como un estado de ánimo excesivamente elevado, expansivo e irritable, sin llegar a la gravedad de un estado maniaco. Los pacientes están más alegres de lo habitual para su carácter, incluso eufóricos, pueden reír exageradamente pero si se interfiere con ellos la risa puede tornarse en cólera, son también desinhibidos y llegan a ser indiscretos en sus conductas, el deseo sexual también se ve aumentado. En ocasiones los pacientes hablan mucho, existe abundancia de palabras pero generalmente son inútiles e incomprensibles.

5.6 HIPERSEXUALIDAD

Se trata de cambios en la conducta sexual de tipo positivo. Inicialmente se trata sólo de un problema de tipo cuantitativo, consistente en un aumento de la libido y de la necesidad de obtener una relación sexual. En algunos pacientes se convierte en una situación intolerable para el cónyuge, incluso llegando a un cambio radical en la calidad de las costumbres sexuales del enfermo.

5.7 CRISIS DE ANGUSTIA

Consisten en episodios recurrentes de angustia o ansiedad sin motivo aparente, algunas características principales de la ansiedad son las siguientes,

sugeridas por Caso, 1984: falta de confianza, sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia, falta de deseo de arriesgarse, fatiga e inestabilidad, desánimo y desaliento, tensión general, inseguridad en sí mismos. En general la angustia es un síndrome que se encuentra con frecuencia en la depresión.

5.8 PSICOSIS

Es el estado más grave de las manifestaciones psiquiátricas y consiste en un cuadro alucinatorio visual y auditivo, generalmente de ideas delirantes de gran complejidad e intensidad. Constituyen desviaciones graves de la normalidad mental. Se caracterizan por cambios profundos en la personalidad, tanto en el modo de razonar, pensar, juzgar y querer, existe una desintegración transitoria o definitiva de la personalidad, en general el paciente es incapaz de darse cuenta de que su mente está trastornada.

5.9 TRANSTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

Algunos pacientes adquieren conductas obsesivas ante diversas situaciones, y no las pueden evitar o controlar, por ejemplo: arreglar un aparato eléctrico o reorganizar el orden de una habitación una y otra vez.

5.10 DEPRESION

La depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas primarios: a) dificultad para pensar; b) retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa); c) angustia; d) trastornos del sueño; e) trastornos del apetito; el paciente con frecuencia sufre también de dolores de cabeza, se siente triste y llora fácilmente, pierden el entusiasmo, los pensamientos son pobres, los domina la indecisión, tienen dificultad de concentración, se cansan con facilidad,

se culpan de situaciones de las cuales en realidad no son culpables, tienen falta de esperanza en el futuro, acentuando su pesimismo, les resulta difícil encontrar placer cualquier actividad y para divertirse. Muchas veces se aíslan, para evitar la interacción de cualquier tipo, a veces abandonan su trabajo, duermen poco, se despiertan muy temprano, duermen pocas horas y despiertan y les es difícil conciliar el sueño otra vez, la pérdida del apetito trae como consecuencia una notable pérdida de peso. En la depresión hay también ideas de suicidio, debido al estado general en que se encuentran los enfermos.

En la enfermedad de Parkinson varios autores sugieren que la depresión más que una consecuencia de la enfermedad es un síntoma que en general precede a los motores, como lo revisamos en el capítulo anterior, sin embargo no existen pruebas contundentes de estas sugerencias, de modo que no podemos afirmarlo como un hecho.

La prevalencia real de las complicaciones psiquiátricas en la población de pacientes con enfermedad de Parkinson tratados crónicamente con fármacos no es conocida. No obstante, Obeso (1993) sugiere que al menos un 50% de los pacientes padecen estas manifestaciones psiquiátricas en algún momento de su enfermedad. En general están directamente relacionadas con el tipo y la cantidad de fármacos utilizados, como se mencionaba al inicio de este capítulo, y por tanto la presentación e intensidad de éstas depende de paciente a paciente.

PARTE II: COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

Por otro lado están las complicaciones psicológicas que surgen como consecuencia de la enfermedad de Parkinson, éstas a diferencia de las

psiquiátricas se presentan independientemente del uso de un fármaco y afectan tanto al paciente, como a la familia de éste. Las complicaciones de tipo psicológico presentes en este tipo de pacientes se podrían dividir en varios ámbitos:

1) AMBITO PERSONAL

Aquí se presentan complicaciones en cuanto al sistema de creencias que posee el paciente, las cuales por lo general son negativas e irracionales, por ejemplo el paciente piensa: "esta enfermedad es un castigo de Dios, porque de joven fui muy malo" o "ésto me pasó por ser tan pobre" (autoculpas) o pensamientos por el estilo, este tipo de creencias en parte se deben a la falta de información en relación a la enfermedad, o bien a una información incorrecta de la misma; ésto aunado a la educación, cultura e historia particular de cada paciente. Las complicaciones que trae como consecuencia un sistema de creencias negativo del paciente, pueden afectar al seguimiento adecuado del tratamiento, a las técnicas de afrontamiento de la enfermedad, a la generación de resentimiento, depresión y hasta ideas de suicidio.

Otro aspecto importante que ocurre en este ámbito personal, es la forma en la que el paciente reacciona ante su enfermedad, cómo se siente en cuanto a autoestima, seguridad, asertividad, afectividad, temores, etc. Definitivamente el enterarse de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson traerá consigo cambios que en primera instancia afectan al portador de la enfermedad, en este período es de gran importancia que el paciente reciba información específica, clara y objetiva sobre su enfermedad, el desarrollo y el futuro de ésta, el papel del psicólogo aquí es relevante, pues además de que se debe informar al paciente, se debe hacer

con tacto y proporcionando solo información que al paciente le resulte verdaderamente interesante y útil.

2) AMBITO FAMILIAR Y LABORAL

El paciente con enfermedad de Parkinson, dependiendo de la edad y gravedad de los síntomas podrá o no trabajar, si pierde el empleo debido a la enfermedad, ello le causará ansiedad, o por que la pérdida le puede ocasionar sentimiento de inutilidad, aburrimiento o aislamiento por la carencia de ocupación, tanto por la pérdida económica de su salario y el equivalente a su jubilación.

3) AMBITO SOCIAL

El enfermo de Parkinson, puede sentir vergüenza del temblor constante de sus manos, por lo cual puede evitar las interacciones sociales, con sus amigos o familiares, este aislamiento también puede darse debido a la depresión que la mayoría de los pacientes presenta al enterarse de que padecen dicha enfermedad. Con el aislamiento el paciente desarrolla un sentimiento de soledad, que aumenta su depresión y pesimismo, disminuye su autoestima y sus planes de vida a futuro carecen de motivación. En este ámbito el psicólogo puede ser de mucha utilidad pues puede crear una red de apoyo social que involucre a familiares y/o amigos que beneficie al paciente y al entorno.

En general hemos retomado los principales contextos que se ven afectados como consecuencia de la enfermedad de Parkinson, no obstante la vida en general del paciente se ve transformada y los cambios psicológicos que surgen en el paciente como hemos revisado son negativos. Sin embargo considero que esta

perspectiva no tiene por qué ser tan pesimista, por ello la propuesta de esta tesis trata de mejorar las condiciones de vida del enfermo de Parkinson, porque si bien es una enfermedad degenerativa y progresiva, con información adecuada con un manejo oportuno de técnicas, y con un afrontamiento temprano de la enfermedad los pronósticos tomarían un cariz más optimista.

CAPITULO VI: PSICOLOGIA DE LA SALUD. CONCEPTOS

Concretamente, el término Psicología de la Salud se viene empleando desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud. (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987; cit. en Ibañez, 1990) si entendemos como salud un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad, entonces estaremos de acuerdo con la idea de incorporar dentro de las ciencias de la salud, el componente social y psicológico.

La Psicología de la Salud es una disciplina dentro del campo de la Psicología, que se interesa por un lado en comprender los factores psicológicos implicados en la salud y en la enfermedad y por otro lado fomenta la promoción y el mantenimiento de la salud, a través del desarrollo de técnicas para mejorar los hábitos de salud (dieta adecuada, ejercicio, ausencia de adicciones a sustancias tóxicas ,etc), el propósito es también mejorar la afición de un paciente hacia diferentes regímenes de tratamiento, como tomar un medicamento en horario y dosis correcta y es de gran interés también la manera en que el paciente afronta su enfermedad.

Matarazzo en 1980 (cit. en Belar, Deardorff y Kelly, 1990) definió a la Psicología de la Salud de la siguiente manera: "la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud,

enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias.

A la Psicología de Salud se la considera como una actividad clínica derivada de la terapia conductual, pues utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta. (Reynoso, et al. 1993). Otros investigadores la definen como "un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

El campo de estudio de la Psicología de la Salud es inter y multidisciplinario (p.e con la sociología médica, la medicina, la antropología cultural, la psiquiatría, la enfermería, las ciencias biológicas, el trabajo social), por lo cual ya no se puede considerar la investigación en salud, únicamente como investigación biomédica.

Las áreas de aplicación de la Psicología de la Salud, se pueden resumir en los siguientes temas:

- 1.- los comportamientos: como factores de riesgo para la salud.
- 2.- el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos
(inmunizadores)
- 3.- las cogniciones acerca de salud-enfermedad.
- 4.- la comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- 5.- el medio ambiente en el que se produce el tratamiento
- 6.- el afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

(Weinman, 1990. Cit. En Latorre y Beneit 1994)

En base a lo anterior algunas líneas principales de la Psicología de la Salud son:

- intervenir con el objeto de modificar una conducta que en sí misma es un problema.
- intervenir con el fin de orientar el cambio de conducta hacia la persona que brinda cuidados en el área de salud con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios
- manejo de técnicas para mejorar el apego de los pacientes hacia diversos regímenes de tratamiento, ya sean conductuales o médicos. (Reynoso, et al. 1993).

Un objetivo importante de la Psicología de la Salud es comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a determinada enfermedad crónica, pero ¿qué se entiende por enfermedad crónica? a continuación se dará una explicación al respecto.

6.1 ENFERMEDAD CRONICA

Una enfermedad crónica se puede definir como "aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista por largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, etc), junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades. Además, cualquier enfermedad aguda puede llegar a cronificarse por diversas causas" (cit. en Latorre y Beneit, 1994).

En la actualidad, el 50% de la población padece algún trastorno crónico que necesita la atención del sistema sanitario, éstos varían desde los leves como una pérdida ligera de la audición, hasta los graves como el cáncer, los trastornos cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas. Lo más alarmante según Taylor 1986 es que desde el punto de vista estadístico, la mayoría de las personas desarrollará una enfermedad o incapacidad crónica que a la larga, podrá causar su muerte.

Muchas de las enfermedades crónicas afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes, en este tipo de trastornos existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, posteriormente el curso del trastorno crónico implica en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral, social y psicológica de los pacientes. Es también de gran importancia la forma en que los pacientes con enfermedad crónica asumen psicológicamente el papel de "paciente crónico" y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida, (Burish y Bradley, 1983,) ésto nos lleva a las técnicas de afrontamiento que revisaremos más adelante.

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico; perciben que su forma habitual de afrontar los problemas no les resulta eficaz, y como resultado de ello, con frecuencia experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización, etc.

En base a lo anterior Taylor (1983) señala que una de las tareas más importantes de los profesionistas de la salud es la de informar y orientar en forma

realista a los pacientes crónicos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan surgir a lo largo de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse. A la larga, muchos pacientes superan la fase crítica de su enfermedad crónica dándole un nuevo sentido a sus vidas. Así, pueden modificar sus prioridades y centrar su atención en aquellos aspectos que les resultan verdaderamente significativos, y en muchos casos los pacientes encuentran objetivos y nuevas metas que antes no formaban parte de sus vidas.

Cuando concluye la fase crítica de un trastorno crónico, comienza sin embargo un largo período de problemas y dificultades derivados de la enfermedad que requerirán en muchos casos, una intervención rehabilitadora. Rehabilitación que incluye aspectos físicos, laborales, sociales y psicológicos, sobre estos últimos obviamente, es donde entra de lleno la participación de la psicología de la salud y precisamente allí es donde toma relevancia nuestra propuesta de intervención para la enfermedad de Parkinson, principal objetivo de la presente tesis.

Continuemos ahora con los problemas de interacción social que crea en los pacientes una enfermedad crónica. Después del diagnóstico, los pacientes crónicos suelen tener dificultades para restablecer sus relaciones interpersonales anteriores, así muchas veces se quejan de la compasión o rechazo que suscitan en los demás, por ello algunos pacientes se aíslan socialmente o por el contrario se envuelven en una actividad social desmesurada sin estar todavía preparados para ello (Taylor, 1983).

Los familiares y amigos del paciente tienen también con frecuencia problemas para adaptarse a la nueva condición del paciente crónico. Las personas que se relacionan con un paciente crónico pueden manifestar signos verbales de afecto y apoyo, pero pueden mostrar signos no verbales de rechazo o repulsión, a través por ejemplo de la mirada, los gestos o las formas de contacto con ellos. Debido a esto los pacientes crónicos suelen tener dificultades para interpretar y reaccionar ante tales comportamientos y posteriormente desarrollar problemas como depresión, angustia, etc.

Las enfermedades crónicas no sólo afectan al paciente sino también a su familia. La familia es un sistema social y por consiguiente, cualquier alteración en la vida de uno de sus miembros afectará invariablemente a la vida de los demás. Así uno de los problemas que trae consigo la enfermedad crónica es la dependencia del paciente en relación con los miembros de su familia, y éstos a su vez deben asumir una serie de responsabilidades que antes correspondían al paciente, lo cual puede provocar importantes perturbaciones en el funcionamiento familiar. Por ello es tan importante dentro de la Psicología de la Salud la creación de una red de apoyo social, punto que ampliaremos más adelante y que está incluido en nuestra propuesta de intervención psicológica.

6.2 REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Cuando a un paciente se le da un diagnóstico de enfermedad crónica se produce un fuerte impacto emocional. El asombro inicial y la desorientación que experimenta el paciente hacen imposible que se puedan dar cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda seguridad se producirán

en su vida. Es también en este momento de gran importancia la participación del psicólogo para impartirle al paciente información de forma objetiva sobre el curso que tendrá su enfermedad, ello puede ser tranquilizante para el paciente, pues podrá tener bases desde el inicio de cómo poder afrontar su enfermedad.

Las emociones que más frecuentemente surgen son la negación, el miedo y más tarde la depresión y la ira.

6.2.1 NEGACION

Es un mecanismo de defensa por el cual los pacientes evitan las implicaciones de la enfermedad, pueden actuar como si ésta no fuera grave, pensando que desaparecerá rápidamente o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo. En casos extremos el paciente incluso puede pensar que realmente no está enfermo a pesar de que se le haya brindado información clara y fidedigna al respecto. Si ocurre inmediatamente después del diagnóstico, la negación puede tener una función protectora reduciendo los niveles de estrés, pero si la negación se prolonga puede tener efectos adversos, sobre todo si interfiere con la búsqueda de la información para el tratamiento y el autocuidado. (Garrity y cols. 1986)

6.2.2 MIEDO

Es también una respuesta muy frecuente después del diagnóstico, los pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que su vida va a experimentar y por la posibilidad de la muerte. El miedo puede aumentar ante el agravamiento de la enfermedad.

6.2.3 DEPRESION

Es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación de la enfermedad crónica, aparece por lo general en forma retardada, ya que debe pasar determinado tiempo hasta que los pacientes comprendan todas las implicaciones de su enfermedad crónica. En algunos pacientes, la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de desesperanza e indefensión, dependencia de los demás y una restricción innecesaria de actividades. (Cohen y Lazarus, 1982).

6.2.4 IRA

Al igual que la depresión suele ocurrir después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad crónica. Los pacientes, durante las primeras fases suelen sentir demasiado miedo como para experimentar ira, sin embargo una vez pasado el miedo o la negación, el paciente puede pensar que su enfermedad es una injusticia y experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas pueden superarse con el tiempo, pero antes de que esto ocurra pueden generar intenso rechazo hacia el personal médico o sanitario y hacia el tratamiento.

Resumiendo, las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica no ocurren según una secuencia predeterminada, pueden aparecer en cualquier momento del proceso de adaptación. Un enfoque más útil para estudiar estas reacciones emocionales es intentar comprender qué reacciones ocurren, qué momentos son los más propicios para que ocurran y qué factores determinan su aparición. También es importante averiguar si para cada enfermedad y tipo de

paciente, las reacciones emocionales constituyen un obstáculo, o por el contrario, favorecen los procesos del tratamiento y la recuperación.

6.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (COPING)

Dentro del marco de la Psicología de la Salud, la definición del afrontamiento no es una tarea sencilla, por ello analizaremos brevemente algunas de ellas así como la posición de los autores al respecto.

Pearlin y Schooler 1978, definieron a las estrategias de afrontamiento como conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida. Así los recursos psicológicos representan algunas características que tiene la gente independientemente de los papeles específicos que juega y las estrategias de afrontamiento representan algunas de las cosas que la gente hace, sus esfuerzos concretos para manejar las tensiones de la vida que emergen en sus diversos roles.

Por su parte Billings y Moss 1981 (cit. en Belar y cols. 1990) mencionan que las estrategias de afrontamiento, como intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que los ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del medio ambiente.

Lazarus y Folkman (1984), ofrecen un intento de clasificación más preciso de las estrategias de afrontamiento en cuanto a método y proponen los siguientes:

- afrontamiento cognitivo-activo: incluye intentos para mejorar la propia evaluación de la dificultad del evento.

- afrontamiento conductual-activo: se refiere a los intentos conductuales abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- evitación del afrontamiento: se refiere a los intentos de evitar activamente o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer en exceso.
- afrontamiento enfocado al problema: incluye intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta.
- afrontamiento enfocado a la emoción: incluye respuestas cognitivas o conductuales cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional.

Basándonos en todo lo anteriormente descrito podemos decir que el afrontamiento tiene principalmente las siguientes dos funciones:

- 1) Regular la emoción o decrementar el estrés. (afrontamiento enfocado a la emoción).
- 2) Manejar el problema que está causando el estrés. (afrontamiento enfocado al problema).

Reynoso y sus colaboradores en 1993 señalan que el el afrontamiento requiere ser definido bajo dos características:

- a) Es un proceso que solo ocurre en quien padece la enfermedad.
- b) Incluye sólo aquellas acciones del paciente que le son útiles para recuperar la salud o sobrellevar la enfermedad que padece.

En consecuencia, el afrontamiento se debe entender como un proceso conductual que facilita al sujeto a mejorar, estabilizar o impedir la agudización de su estado enfermo.

6.4 REDES DE APOYO SOCIAL

En una enfermedad crónica no sólo el paciente tiene problemas de adaptación, sino también los familiares y amigos de éste. Por ello es de gran importancia la creación de una red de apoyo social que incluya a la familia, pero también a los amigos y al personal médico, ello con el fin de evitar graves perturbaciones en el ambiente familiar, para evitar un incremento de dependencia del paciente con respecto a su familia, pero también para crear un ambiente que motive las actividades que aun pueda realizar el paciente, evitándole de este modo un sentimiento de incapacidad y al mismo tiempo evitando que la familia realice actividades por él, lo que se trata de crear es un equilibrio en el ambiente del paciente y de las personas más cercanas a él, que si bien no será del todo como era antes de la enfermedad, tampoco será un desajuste grave que pudiera ocurrir cuando no se cuenta con la información correcta y cuando se actúa sin orientación profesional (Latorre y Beneit, 1994).

6.5 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Otro de los problemas importantes que plantean las enfermedades crónicas es la adherencia o cumplimiento del tratamiento prescrito. Existen algunos factores que elicitán esta falta de adherencia: 1) incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento, 2) preocupaciones sobre posibles efectos secundarios, 3) determinación de que los inconvenientes (esfuerzo, gasto, efectos secundarios)

son mayores que los beneficios, 4) sensación de fatalismo o parálisis de la voluntad, 5) experiencias de otros con el tratamiento, 6) demandas ambientales interferentes más apremiantes y 7) contemplar la adherencia como factor interferente con el sistema de creencias mantenido por el paciente.

Existen también creencias del paciente que le impiden la adherencia al tratamiento tales como las siguientes: "no siento que este fármaco me esté haciendo nada", "el Señor curará mi enfermedad", "hay que dejar descansar al organismo y no tomar medicinas" etc. (Latorre y Beneit, 1994).

Como podemos imaginar este tipo de creencias y factores son un gran impedimento para una adherencia correcta del paciente al tratamiento, por lo cual es también necesario modificar estas limitantes para que el tratamiento se lleve a cabo adecuadamente y pueda aportar al paciente todos sus beneficios.

CAPITULO VII: PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA

Esta propuesta de intervención psicológica está fundamentada en la Psicología de la Salud, por lo que se emplearán algunas técnicas utilizadas en esta disciplina, tales como: el afrontamiento (coping), la adherencia al tratamiento, la creación de redes de apoyo social, etc.

La población a la que va dirigida es a pacientes con edades que fluctúen entre los 50 y los 60 años, por lo que serán de diagnóstico reciente y los síntomas motores (temblor en reposo, acinesia y rigidez muscular) serán moderados, tomando en consideración la escala de progresión de la enfermedad de Parkinson realizada por Hoehn y Yahr en 1967 y que en su tercer nivel mencionan que los pacientes pueden estar restringidos en sus actividades, pero podrán tener un trabajo productivo, dependiendo del tipo de empleo y que su incapacidad es de ligera a moderada.

Esta propuesta se puede llevar a cabo dentro de las instalaciones de cualquier hospital poco tiempo después del informe neurológico que diagnostique al paciente como enfermo de Parkinson. Debido a que el enfoque que propongo es interdisciplinario, se deberá contar con el trabajo conjunto de neurólogos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, familiares y/o amistades del paciente. Recordemos que los principales síntomas de la enfermedad de Parkinson están influidos por factores psicológicos, estando afectado el resultado de una persona por lo bien o mal que pueda superar la incapacidad (Alanís, 1996), es por ello que el objetivo de esta propuesta de intervención es mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad.

EVALUACION:

Después de que el neurólogo realice un diagnóstico de enfermedad de Parkinson que cubra los requisitos de edad antes mencionados, informará al psicólogo y canalizará al paciente con él, con el fin de llevar a cabo la evaluación. En esta propuesta se evaluarán las siguientes áreas:

- 1) Información General del paciente y de sus actividades principales.
- 2) Síntomas motores.
- 3) Depresión.
- 4) Actividades Sociales.

La aplicación de los instrumentos de evaluación dependerá de la disponibilidad del paciente, si es una persona que todavía trabaja, la aplicación se llevará a cabo en varias sesiones, si en cambio es una persona sin ocupaciones, se podría aplicar en una o dos sesiones, lo importante es no aburrir, estresar o cansar más al paciente. Es necesario aclararle al paciente desde un principio que todas sus respuestas son confidenciales y que servirán para desarrollar un programa de intervención que mejore su calidad de vida.

Para evaluar la primera área (información general del paciente y de sus actividades principales servirá la *Escala de salud y vida cotidiana de Moss (1984)* modificada para los fines de esta evaluación, la información principal será: estado civil, edad, escolaridad, empleo, historia laboral, familia, amigos, discusiones familiares y cuestiones acerca del hogar y los hijos. Esta información será de utilidad en primera para el expediente del paciente y posteriormente será de gran utilidad para la intervención, pues sabremos con quienes del grupo familiar y de amigos se puede contar para las redes de apoyo social.

La aplicación de este instrumento será verbal, es decir, el psicólogo realizará las preguntas al paciente en voz alta, de manera clara, despacio y llenará el formato en base a las respuestas del paciente, éste solo responderá. Esto se hace con la finalidad de no cansar al paciente escribiendo pues es un poco largo el instrumento.

A continuación presentaremos la escala que se empleará ya con las modificaciones pertinentes:

ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA (FORMA B) MOSS, R 1984.

PARTE I: ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED.

1. ¿Cuándo nació? día, mes, año. ____/____/____.
 2. Sexo: M____ F____
 3. Escolaridad: 1)primaria completa
2)primaria incompleta
3)secundaria completa
4)secundaria incompleta
5)estudios técnicos o comerciales
6) bachillerato
7)normal
8)profesional
9)posgrado
10)ninguna
 4. ¿Qué religión practica?
 5. ¿Que nacionalidad tiene?
 6. Estado civil: (en caso de tener pareja preguntar el tiempo que lleva, sea casado o en unión libre, en caso de estar separado o divorciado preguntar el tiempo que lleva así)
 7. ¿Cuántas veces se ha casado?
 8. ¿Trabaja actualmente? tiempo medio o tiempo completo
- PARTE II: HISTORIA RELACIONADA CON EL EMPLEO
9. ¿Cuántas veces cambio de trabajo el último año?_____

10. ¿Cuál es su ocupación actual? _____
11. Si no trabaja actualmente ¿Cuál es el motivo? _____
12. ¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajo? _____
13. ¿Cuál es su ingreso mensual? _____
14. El ingreso mensual de su familia es _____

PARTE III: SU SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

15. ¿En los últimos 12 meses usted ha sentido.....
- a) que no puede empezar ninguna actividad?
 - b) que se preocupa demasiado?
 - c) que su memoria no está del todo bien?
 - d) que nada sale bien?
 - e) que nada vale la pena?
 - f) problemas de olfato?
16. ¿Fuma usted? (si fuma, ¿cuántos cigarros al día?)
17. ¿Toma usted bebidas alcohólicas? (vino de mesa, brandy, whisky, cognac, tequila, pulque, mezcal, cerveza, etc), si toma ¿con qué frecuencia y qué cantidades?
18. ¿Cuántas veces vió al doctor durante el último año?
19. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez durante el último año?
20. ¿Estuvo incapacitado por problemas de salud? si fué así ¿Cuánto tiempo? en días.

PARTE IV. ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SUS FAMILIARES Y AMIGOS

21. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventuales?
22. ¿Cuántos amigos cercanos tiene? personas con las que platique sus problemas personales
23. ¿A cuántas personas conoce, de las cuáles pueda esperar ayuda en tiempos difíciles?
24. ¿Pertenece a algún círculo de amigos cercanos que sigan en contacto estrecho?
25. En los últimos 12 meses ¿Ha asistido a alguna de las siguientes actividades?

1) con la familia o con alguno de sus miembros

- a) evento deportivo
- b) juegos de tablero (ajedrez, dominó, etc)
- c) barajas
- d) concierto o museo
- e) platicó un largo tiempo
- f) ayudó en algún proyecto

2) con uno o más amigos

- a) dió una vuelta caminando
- b) reunión de club u organización
- c) fiesta
- d) día de campo
- e) realizar algún deporte

26. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos (as)?
 número de veces _____ ¿los visitó en su casa? ¿Se reunieron en otro sitio?

27. Durante el último mes ¿cuántas veces visitó a sus familiares? número de veces
 ¿los visitó en su casa? ¿se reunió con ellos en otro sitio?

28. Durante el último mes ¿quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

- 1) siempre usted
- 2) casi siempre usted
- 3) usted y otro por igual
- 4) casi siempre otro
- 5) siempre otro
- 6) no se aplica

Las actividades son las siguientes:

- a) compra de comida
- b) planear y preparar alimentos
- c) tirar la basura
- d) limpiar la casa
- e) hacer los trabajos pesados de la casa
- f) hacer reparaciones menores de la casa
- g) arreglar el jardín
- h) manejar los gastos
- i) decidir cómo gastar el dinero
- j) llevar el coche al taller
- K) organizar las reuniones familiares
- l) ayudar a los niños con su tarea
- m) disciplinar a los niños

28 a. Si usted indicó que otro le ayudó esa persona generalmente fue:

- 1) cónyuge 2) hijo 3) hermano 4)padres 5) otro

PARTE V DISCUSIONES FAMILIARES

29. ¿Algunos de los siguientes temas causa desacuerdo en su familia? sí o no

- a) amigos
- b) parientes
- c) el dinero
- d) hábitos de manejo
- e) la política
- f) el uso del carro
- g) ver televisión
- h) el sexo
- i) ayudar en tareas en casa
- j) la bebida
- k) las drogas
- l) fumar cigarros
- j) las compras importantes
- k) la disciplina

30. ¿Quién es la persona más importante para usted?

- 1) cónyuge 2) padres 3) hijos 4) hermanos (as) 5) otro

31. ¿con que frecuencia ustedes dos.....

- a) discuten calmadamente algo juntos
- b) tienen un intercambio estimulante de ideas
- c) no están de acuerdo acerca de algo importante
- d) critican y desaprueban algo importante
- e) pasan un rato juntos
- f) se enojan

- 1) nunca 2) rara vez 3) a veces 4) a menudo 5) siempre

PARTE VI. DATOS ACERCA DE SU HOGAR

32. su hogar es: ordenado o desordenado
 limpio o sucio
 confortable o no confortable
 tranquilo o ruidoso
 iluminado u oscuro
 amplio o pequeño

33. ¿Cuántos años ha vivido en su domicilio actual? _____

34. Su casa es: a) propia b) rentada c) otra

35. ¿cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

- 1) casa independiente
- 2) casa dúplex
- 3) construcción de 3 ó 4 casas
- 4) departamento

36. ¿Cuál categoría describe mejor su colonia?

- 1) urbano-comercial
- 2) unidad habitacional
- 3) residencial
- 4) popular
- 5) rural

37. ¿Cuántos cuartos hay en su casa? (incluye cocina pero no baños) _____

38. ¿Cuántas recámaras hay? _____

39. ¿Su casa tiene patio o jardín? _____

PARTE VII. DATOS ACERCA DE SUS HIJOS

40. ¿Cuántos hijos viven con usted? hombres _____ mujeres _____

41. Edades de cada uno _____

42. ¿Alguno de ellos consume drogas o medicamentos regularmente? _____

43. ¿Alguno de ellos fuma? si no

44. ¿Alguno de ellos toma bebidas alcohólicas regularmente? si no

Aplicador _____

Fecha: _____/_____/_____
 día mes año

Para evaluar la segunda área (Síntomas motores) se utilizará un autoinforme creado por la autora de esta tesis con el fin de determinar el nivel de incapacidad de cada

paciente y con ello planear actividades y ejercicios que le faciliten movilidad e independencia al máximo posible; el formato del autoinforme es el siguiente:

AUTOINFORME DE SINTOMAS MOTORES

INSTRUCCIONES: A continuación le daré una serie de preguntas, responda por favor a cada una tachando si o no según sea su experiencia personal.

1) ¿Ha notado cambios en su caminar?	SI	NO
2) ¿Ha sufrido caídas últimamente?	SI	NO
3) ¿Pierde el equilibrio fácilmente?	SI	NO
4) ¿Se cansa con facilidad?	SI	NO
5) ¿Siente sus músculos tensos?	SI	NO
6) ¿Le cuesta trabajo levantarse cuando está sentado?	SI	NO
7) ¿Le cuesta trabajo levantarse de su cama?	SI	NO
8) ¿Le cuesta trabajo girar para uno u otro lado de su cama?	SI	NO
9) ¿Le es difícil transportarse caminando de un lado a otro?	SI	NO
10) ¿Tiene dificultad para manejar?	SI	NO
11) ¿Tiene dificultad al bajar o subir de un automóvil?	SI	NO

Ahora le voy a realizar una serie de preguntas, responda por favor a cada una de ellas según su experiencia.

12. ¿En qué situaciones le afecta el temblor de sus manos?
13. ¿Ha abandonado actividades que antes realizaba a causa de su temblor? ¿Cuáles?
14. ¿Ha dejado de asistir a eventos o frecuentar amistades o familiares a causa del temblor? ¿Cuáles? ¿A quienes?
15. ¿Tiene dificultad para iniciar movimientos? ¿cuáles en particular?
16. ¿En qué situaciones le afecta?
17. ¿Ha notado cambios en su gesticulación?
18. ¿de qué manera le afecta?
19. ¿Necesita la ayuda y el cuidado de alguien para realizar algunas actividades?
20. ¿Cuáles son las actividades en las que requiere ayuda?

El objetivo de hacer unas preguntas verbalmente y otras escritas es porque en algunas se requiere darle al paciente privacidad, pues a veces por pena no respondería la verdad, así la reactividad es menor, y por otro lado cuando se necesita mayor información la escribirá el psicólogo para evitar presión y ganar tiempo.

Para evaluar el área referente a la depresión emplearemos dos instrumentos: el inventario de depresión de Burns y la Geriatric Depression Scale, el objetivo es determinar el nivel de depresión que sufre el paciente, así como los sentimientos que experimenta (indefensión, inutilidad, soledad, tristeza, mal humor, etc) y los aspectos que más le provocan preocupación (futuro, salud, relaciones sociales, autoimagen, etc) ésto con el fin de apoyar, reforzar, fomentar o enseñar al paciente las estrategias que más le beneficien en cada situación o sentimiento, para poder planear actividades que controlen su depresión. Las escalas que se utilizarán son las siguientes:

INVENTARIO DE DEPRESION DE BURNS

INSTRUCCIONES: Marque en la casilla el número que corresponda a la derecha de cada categoría con una cruz para indicar la intensidad de estas sensaciones de algunos días a la fecha; las claves son:

- 0 no de ninguna manera
- 1 un poco
- 2 moderadamente
- 3 mucho

1. Tristeza: se siente triste o no ve una salida a su situación	0	1	2	3
2. Decepción: percibe el futuro con pocos ánimos	0	1	2	3
3. Autoestima: siente que no sirve para nada	0	1	2	3
4. Inferioridad: se siente inferior a otros	0	1	2	3
5. Culpabilidad: se siente autocrítico y culparse a sí mismo	0	1	2	3
6. Indecisión: es difícil para usted tomar decisiones	0	1	2	3
7. Irritabilidad: con frecuencia se siente molesto o enojado	0	1	2	3
8. Pérdida de interés por la vida: ha perdido el interés por su carrera, familia, amigos o pasatiempos	0	1	2	3
9. Pérdida de motivación: tiene que llevar a cabo esfuerzos extra para poder hacer algunas cosas	0	1	2	3
10. Autoimagen: se siente viejo y poco atractivo	0	1	2	3
11. Cambios de apetito: ha perdido su apetito o come compulsivamente.	0	1	2	3
12. Trastornos de sueño: le cuesta trabajo conciliar el sueño o está compulsivamente cansado y duerme mucho	0	1	2	3
13. Pérdida de apetito sexual: ha perdido su interés en el sexo	0	1	2	3
14. Salud: se preocupa demasiado por su estado de salud	0	1	2	3
15. Impulsos suicidas: ha pensado que no tiene sentido continuar viviendo y sería mejor morir	0	1	2	3

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

INSTRUCCIONES: A continuación le daré algunas preguntas, marque por favor si o no a cada una de ellas.

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes lo hacían?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	NO
5. ¿Tiene usted esperanzas del futuro?	SI	NO
6. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
7. ¿Teme que algo malo le suceda?	SI	NO
8. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer nuevas cosas?	SI	NO
9. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	SI	NO
10. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
11. ¿Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente?	SI	NO
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
13. ¿A menudo se siente descorazonado y triste?	SI	NO
14. ¿Se siente inútil?	SI	NO
15. ¿Se preocupa por el pasado?	SI	NO
16. ¿Piensa que la vida es excitante?	SI	NO
17. ¿Le cuesta trabajo empezar nuevos proyectos?	SI	NO
18. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
19. ¿Cree que su situación es desesperante?	SI	NO
20. ¿Cree que la mayoría de la gente es mejor que usted?	SI	NO
21. ¿A menudo se entristece con pequeñas cosas?	SI	NO
22. ¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?	SI	NO
23. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?	SI	NO
24. ¿Se despierta generalmente animado?	SI	NO
25. ¿Evita el contacto social?	SI	NO
26. ¿Es difícil para usted tomar decisiones?	SI	NO
27. ¿Está su mente tan clara como siempre?	SI	NO

Para evaluar la última área (actividades sociales) se utilizará el inventario Desarrollo del Problema con el fin de determinar el grado de afectación de la enfermedad del paciente en sus relaciones sociales y estado de ánimo.

A continuación se presentará el formato de este instrumento, el cual se entregará al paciente para que él lo llene, ésto con la finalidad de que haya el mínimo de reactividad y simultáneamente ejercite su motricidad fina.

DESARROLLO DEL PROBLEMA

INSTRUCCIONES: A continuación le entregaré un cuestionario con una serie de afirmaciones.

marque con una cruz por favor en cada pregunta si está de acuerdo con ellas o no.

1. Mi enfermedad ha destruido mi vida social	SI	NO
2. A pesar de mi enfermedad cuando puedo asisto a espectáculos	SI	NO
3. Desde que supe de mi enfermedad soy menos eficiente en el trabajo	SI	NO
4. Desde que supe de mi enfermedad me he vuelto una persona triste	SI	NO
5. Desde que supe de mi enfermedad he dejado de hacer todos los deportes que acostumbraba	SI	NO
6. A pesar de mi enfermedad contunúo realizando algunos ejercicios o deportes	SI	NO
7. Desde que supe de mi enfermedad ya no tengo deseos de hacer nada	SI	NO
8. Desde que estoy enfermo la gente me trata como a un ser raro	SI	NO
9. A causa de mi enfermedad he dejado de asistir a espectáculos	SI	NO
10. Cuando supe de mi enfermedad supe que no valía la pena luchar, ni seguir tratamietos	SI	NO
11. En la actualidad me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes de la enfermedad	SI	NO

12. Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas	SI	NO
13. Después de saber de mi enfermedad, me he vuelto una persona aislada y retraída	SI	NO
14. Después de saber de mi enfermedad, sigo teniendo deseos de llevar una vida activa	SI	NO

Una vez aplicados estos instrumentos y obtenida la información necesaria, se procederá al desarrollo de la intervención, que se aplicará de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.

INTERVENCION

En la rehabilitación de un enfermo con Parkinson, la meta esperada o final debe estar moderada por el conocimiento de la naturaleza progresiva de este padecimiento y teniendo en cuenta que los aspectos de las alteraciones del Sistema Nervioso Central no pueden ser mejorados por la intervención psicológica.

Por lo tanto la rehabilitación funcional de los enfermos con Parkinson que proponemos se enfoca en tres puntos básicos:

1) Area motora (mantenimiento de actividades musculares) a través de ejercicios fisioterapéuticos apropiados.

2) Area afectiva (apoyo psicológico) a través de estrategias de afrontamiento, compromiso personal y reducción de depresión.

3) Area social: (mantenimiento de autonomía social y familiar durante el mayor tiempo posible) a través de la creación de redes de apoyo social, actividades diversas y cambios

en el mobiliario de casa.

Si bien la rehabilitación de la enfermedad de Parkinson no es una solución completa para sus trastornos, sí es un complemento indispensable para el tratamiento médico, con el objetivo básico de lograr mejores resultados.

Recordemos que las alteraciones motoras restringen las actividades cotidianas de los enfermos, por ello para iniciar una intervención útil hay que tener bien claro que una cosa son las alteraciones neurofisiológicas (que no se pueden modificar) y otra son las incapacidades posteriores (como posturas incorrectas, aislamiento, depresión, autoculpas, baja autoestima, dependencia innecesaria, etc) las cuales sí se pueden rehabilitar y corregir.

Para que esta intervención sea eficaz es necesario ofrecer al paciente la mayor actividad funcional posible tanto en el área motora como en la psicológica, la social y la afectiva (Blesa, 1993; Grandas, 1992; Obeso, 1993). En base a esto, es importante la asistencia terapéutica interdisciplinaria, para el mejoramiento de la calidad de vida.

El punto inicial de esta intervención consiste en la realización del expediente del paciente, que además de los datos generales, deberá incluir la información básica de la Escala de Salud y Actividades Cotidianas de Moss, 1984, ya que dichos datos serán útiles para los tres aspectos que se manejarán en la rehabilitación. Y que a continuación se describirán:

1.- AREA MOTORA (MANTENIMIENTO DE ACTIVIDADES MUSCULARES)

Lo primero que se deberá hacer será dar información clara y específica al paciente sobre su enfermedad, enterándolo de que es un padecimiento progresivo y degenerativo,

pero aclarándole que con el tratamiento farmacológico y la rehabilitación adecuada, las perspectivas se amplían al menos por un tiempo.

En esta área se requerirá el apoyo de un fisioterapeuta y las técnicas que se proponen dependerán del grado de incapacidad de cada paciente, lo cual se habrá determinado con el autoinforme de síntomas motores realizado en la etapa de evaluación.

Enseguida describiremos las actividades y técnicas que sugerimos en esta área para el beneficio del paciente:

- Corrección de la postura ante un espejo, sobre todo flexión de la cabeza y del tronco, se realizarán sesiones de entrenamiento y repetición.
- Movilidad de la columna vertebral: se realizarán ejercicios de flexión y extensión de los diferentes segmentos de la columna con el fin de prevenir posiciones inadecuadas.
- Respiración: se enseñará al paciente a inhalar, contener y espirar, para lograr relajación que podrá usar el paciente en diferentes situaciones.
- Gesticulación: Se realizarán ejercicios de diversos gestos de la cara ante un espejo. se pueden realizar juegos de mímica, con el fin de ejercitar estos músculos y así compensar "la cara de máscara".
- Motricidad fina: se llevarán a cabo actividades de precisión manual, como coser, bordar, tejer, armar rompecabezas sencillos, aviones o barcos, dibujar, pintar con acuarela, óleo, hacer esculturas con diversos tipos de material, pintar cerámica, ejercicios de escritura usando lápices y plumas gruesos o cualquier otra actividad manual con la finalidad de que los músculos conserven su tonicidad y expresividad. estas actividades sirven también como terapia ocupacional, y el paciente puede expresar su creatividad.

- Motricidad gruesa: se realizarán ejercicios de flexión y extensión, gimnasia y ejercicios que reduzcan la rigidez, durante periodos de 20 ó 30 minutos y con reposos de media hora.

Se debe evitar la fatiga, el dolor o cualquier movimiento brusco, el trabajo debe ser progresivo, es decir iniciando con poco tiempo y aumentando poco a poco. Las caminatas en casa o en parques son recomendables, para practicar la media vuelta y los giros. La música puede servir para sincronizar los movimientos al caminar, una buena opción puede ser el uso de walkman a volumen moderado y con música al gusto del paciente, se deberán hacer sesiones de entrenamiento repetición para mejorar la automatización, la longitud del paso, la corrección del tronco, el balanceo de los brazos y los movimientos de las rodillas. Es importante también que el calzado sea amplio y cómodo (Trujillo y Corona, 1996).

El paciente debe saber los objetivos y beneficios de cada actividad a realizar, con la finalidad de vencer el rechazo al ejercicio cotidiano. El objetivo de iniciar esta rehabilitación con el área motora es que el paciente ejercite sus músculos, lo más posible, ya que los síntomas motores aún no son tan severos y con la práctica de estas técnicas la progresión será más lenta.

2. APOYO PSICOLOGICO (AREA AFECTIVA)

En esta área es de gran importancia modificar las creencias que el paciente tiene sobre su enfermedad y usar técnicas de afrontamiento. En ocasiones el paciente piensa que es un castigo divino, o piensa que es algo terrible que lo llevará a la muerte muy pronto etc.

La mayoría de estas creencias erróneas se basa en la falta de información, por lo tanto se debe informar la paciente que su enfermedad es de tipo neurológico, que están afectadas algunas áreas de su cerebro, que los síntomas principales son el temblor, la rigidez muscular y la dificultad para realizar movimientos y que no se conoce la causa de todo esto, pero a cualquier persona nos puede ocurrir. La información debe ser muy clara y fácil de entender evitando usar términos que el paciente no comprenda, que lo confunda, lo alarmen o lo preocupen más.

Lo importante es modificar la creencia de autoculparse y todas las demás creencias erróneas y/o exageradas que tenga y al mismo tiempo se debe ayudar al paciente a aceptar que va a pasar el resto de su vida con una enfermedad crónico degenerativa, mediante el uso constante de autoinstrucciones positivas que lo animen a seguir adelante. Se debe hablar con optimismo para evitar el desaliento en los pacientes y aumentar sus esperanzas y su autoconfianza. En esta etapa se debe manejar también la importancia de la adherencia al tratamiento, para evitar que la enfermedad avance más rápido. Aquí además, deberán modificarse algunas creencias del paciente respecto al tratamiento. Ello se logrará dando información de las ventajas que ofrece el seguir un tratamiento adecuadamente y del papel activo que él juega, alentándolo a realizar un compromiso consigo mismo y con el personal que lo cuidará, aumentando la responsabilidad personal y estimulando el compromiso el paciente se da cuenta con mayor claridad que es parte eficaz en el desarrollo del tratamiento de su enfermedad, en lugar de ser sólo un receptor pasivo de lo que el personal médico decida hacer.

Con las escalas de depresión aplicadas en la evaluación, sabremos el estado

anímico que experimenta el paciente, así como los sentimientos y emociones que más le preocupan. A continuación nuestras sugerencias para reducir la depresión:

- Ayudar al paciente a aceptar su enfermedad
- Reforzar la interacción familiar, evitar el aislamiento del paciente
- Motivar todo tipo de comunicación con el paciente
- Apoyar al paciente a continuar con sus actividades de arreglo personal
- Incorporar en las tareas del hogar al paciente de acuerdo a sus posibilidades
- Evitar ignorarlo o sobreprotegerlo
- Facilitar las actividades y aficiones del paciente
- Apoyar y fomentar la discusión sobre planes del futuro
- Enseñar al paciente a relajarse y tranquilizarse
- Enseñar al paciente a controlar sus emociones y sentimientos
- Enseñar al paciente a compartir sentimientos y preocupaciones

3.- AREA SOCIAL (MANTENIMIENTO DE AUTONOMIA SOCIAL Y FAMILIAR)

En esta área servirá la información obtenida del instrumento Desarrollo del Problema y Escala de Salud y Actividades Cotidianas para la formación de una red de apoyo social con la que pueda contar el paciente para realizar actividades sociales. Esta red de apoyos está formada por familiares, amigos y el personal profesional que atiende al paciente. Las actividades que sugerimos son las siguientes:

- Fomentar el desarrollo de juego de tablero en casa con la familia
- Fomentar la visita a casa de los amigos para jugar barajas, conversar o tomar una copa
- Asistir con el paciente a conciertos, museos, cines, teatros o cualquier otro espectáculo

- Asistir con el paciente a la rehabilitación física apoyándolo en las prácticas
- Reforzar la asistencia del paciente a la rehabilitación y cuando siga el tratamiento adecuadamente
- Asistir con el paciente a dar caminatas en algún parque o área tranquila.
- Organizar días de campo u otros eventos al aire libre.
- Asistir a reuniones familiares y fiestas como cumpleaños, bodas etc.
- Asistir a reuniones de trabajo, club social o cualquier otra organización a la que pertenezca
- Reunirse con los amigos en algún café, bar o restaurante
- Facilitar la cooperación en tareas del hogar o reparaciones de la casa
- Invitar al paciente a la compra de la despensa y la planeación y preparación de los alimentos
- Facilitar al paciente la realización de sus responsabilidades como: baño, arreglo personal, disciplinar a los hijos, el manejo de gastos, ayudar los hijos en sus tareas y actividades etc.

A continuación algunas sugerencias para modificar el mobiliario de casa en beneficio del paciente y su familia:

- Usar sillas y sillones que no se hundan, con coderas firmes en posición horizontal y respaldos en posición vertical
- Colocar barras de material sólido y firme en baños y pasillos
- La cama no debe ser ni muy alta ni muy baja y el colchón no se debe hundir (ortopédico)
- Usar bastones de apoyo para evitar caídas y fracturas
- Dejar espacios libres para facilitar las caminatas del paciente.

Estas sugerencias tiene la finalidad de mantener la autonomía del paciente y reducir la dependencia que pueda sentir hacia su familia, logrando con ello elevar su autoconfianza, reducir sentimientos de inutilidad que mejoren su autoestima.

Estas son las aportaciones que consideramos pertinentes para la rehabilitación de un enfermo con Parkinson para bienestar de él y de su familia. Esta propuesta aunada al tratamiento farmacológico y al trabajo conjunto del personal de salud resulta una ternativa eficaz para elevar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

La investigación sobre cualquier tema en específico no es tarea fácil, requiere años y años de dedicación, interés y esfuerzo entre otras cosas; más difícil aún resulta cuando el tema en cuestión escapa el conocimiento de su etiología, pues sin ella se complica el panorama para una solución o cura para la problemática a tratar.

Este es el caso de muchas de las enfermedades neurodegenerativas existentes en la actualidad, sobre todo el enfermedad de Parkinson, tópico sobre el cual giró esta tesis.

Tal como se analizó en la revisión teórica de este trabajo, se ha realizado un gran esfuerzo en el mundo científico por lograr el mayor conocimiento de esta enfermedad, incluyendo su anatomía, fisiología, síntomas, tratamientos, consecuencias físicas, psicológicas, sociales, emocionales, etc.

Sin embargo, a pesar de todo el estudio y el esfuerzo realizado todavía se desconocen las causas que producen la degeneración en ciertos núcleos de los ganglios basales y en el sistema dopaminérgico nigro-estriatal, cuya afectación genera la aparición de los síntomas motores básicos de esta enfermedad y cuya progresión lleva al paciente a un estado de dependencia cada vez mayor hasta la postración en cama y silla de ruedas y finalmente a la muerte, causada generalmente por fallas respiratorias, llagas ulceradas o neumonía entre otras.

Sabemos que la enfermedad de Parkinson es degenerativa y progresiva y que aunque se conociera su etiología, tal vez el curso de la enfermedad sería el mismo pero en un tiempo mayor y con un avance más lento, no lo sabemos, ésto es sólo una especulación, o tal vez conociendo su etiología se podría prevenir su aparición o su

avance, situación que sería ideal. No obstante, la realidad es que hasta la fecha no existe cura y los tratamientos farmacológicos empleados tienen consecuencias tanto positivas como negativas, como se revisó en capítulos anteriores. Por ello es tan importante colaborar en esta problemática con los medios disponibles y ante la situación real.

Uno de los objetivos de esta tesis fue realizar una revisión teórica sobre la enfermedad de Parkinson para obtener información desde sus orígenes y hasta los últimos avances realizados hasta la actualidad para poder proponer una alternativa, no de solución, sino de ayuda para los pacientes con Parkinson y así contribuir un poco a los esfuerzos de tantos investigadores a lo largo de la historia del estudio de esta enfermedad.

La propuesta que ofrecemos en esta tesis no intenta ser la solución a los problemas de un paciente con Parkinson, ni ser una opción sin errores. Sabemos que toda propuesta y toda investigación está ligada al error, es un aspecto inherente. Por esto, nuestra propuesta intenta ser una alternativa factible para todo tipo de nivel social y realizable en un país como el nuestro.

Lo novedoso de nuestra propuesta es que los métodos y técnicas sugeridos no han sido aplicados en conjunto, pero sabemos de la eficacia de todas ellas en forma aislada (Blesa, 1993; Grandas, 1992; Obeso, 1993; Trujillo y Corona, 1993). De manera que al ofrecer al paciente con Parkinson una alternativa con métodos y técnicas que se lleven a cabo dentro de un marco interdisciplinario parece ser una aportación válida.

Consideramos que en base a toda la información analizada y la evaluación e intervención propuestas, los resultados posibles podrían ser eficaces para brindar a los enfermos de Parkinson una mejor calidad de vida y a sus parientes y amigos una

responsabilidad menor, todo ello sin abandonar el tratamiento farmacológico y las aportaciones de médicos, neurólogos, enfermeras y todo el personal que interviene en esta enfermedad.

En nuestra propuesta se abordan una serie de aspectos de gran relevancia para la rehabilitación del enfermo de Parkinson y todos están fundamentados en la Psicología de la Salud, corriente que ofrece muchas alternativas de ayuda y que es una buena opción para el manejo de enfermedades agudas o crónicas degenerativas, como en este caso. Hacemos referencia al afrontamiento que un paciente debe adoptar ante su enfermedad, al sistema de creencias erróneas y/o exagerados que puede tener el paciente y que afecta no sólo a la forma en que enfrenta su enfermedad, sino también al rechazo de una adherencia al tratamiento indicado por el personal médico, y que por supuesto también afecta a su estado de ánimo, su autoestima, sus actividades sociales, familiares y de pareja. Hacemos énfasis en la importancia de la creación de redes de apoyo social en las cuales sus familiares y amigos desempeñan un papel importante. Alentamos el compromiso, la responsabilidad personal y el papel activo que juega en todo el proceso de su enfermedad el paciente y ofrecemos técnicas para el mantenimiento de una vida activa en varias esferas: física, psicológica, emocional, social y familiar. Todo ello, enfocado a mejorar el nivel de vida del paciente, tratando de fomentar su autonomía, lo más posible y reduciendo la responsabilidad que la familia pudiera sentir al tener dentro de su núcleo a un miembro con una enfermedad de este tipo.

Los resultados que pudiera tener esta propuesta de intervención psicológica no los conocemos, tal vez, pudiera tener errores o fallas, sin embargo, hasta que se realice

su aplicación se podrá conocer su eficacia real. No obstante, consideramos que es un buen inicio el aportar una alternativa para su posterior aplicación. Lo importante es la factibilidad de realización de ésta en cualquier clínica pública o privada de nuestro país o de cualquier otro que cuente con el personal interdisciplinario requerido.

Sería muy interesante llevar a cabo esta propuesta y realizar un estudio compartido con pacientes de Parkinson tratados sólo con fármacos y los tratados con esta alternativa para poder evaluar objetivamente los alcances y beneficios de la propuesta que acabamos de presentar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alanis, Q.M. (1996) Historia natural de la enfermedad de Parkinson. México, Fondo de Cultura Económica.
- Alexander, G. y Crutcher, M.D. (1990) Functional architecture of basal ganglia circuits: Neural substrates of parallel processing. *TINS*. 13,7, 266-271.
- Avila-Costa, M.R. (1995) Evolución de las alteraciones ultraestructurales del neuropilo del núcleo caudado de rata después de la lesión unilateral de la vía nigroestriatal con 6-hidroxidopamina. Tesis de grado, México, UNAM, Iztacala.
- Avila-Costa, M.R. (1996) Uso de la microscopía electrónica en los procesos neurodegenerativos. Iztacala.
- Benabid (1991) En: La torre, J.M. y Beneit P.J. *Psicología de la Salud*. Argentina Ed. Lumen, 1994.
- Bermejo (1993) Diagnóstico precoz en la enfermedad de Parkinson. Barcelona. Neurología, Hospital Clínico.
- Bing (1915) En: H. Dimsdale. Changes in the parkinsonian syndrome in the 20th century. *Medicine*. 59 (1946) 155-170.
- Blesa, J.R., Illa, S.I, y Rovira, G.A. (1990) Técnicas de exploración y diagnóstico en neurología. Barcelona, Ed. Salvat.
- Blesa, J.R. (1993) Diagnóstico precoz de la enfermedad de Parkinson. Barcelona, Neurología, Hospital Clínico.
- Buzzard, R. (1882) A clinical lecture on the "chaking palsy". *Brain* 4. Pp. 473.
- Caso, M.A. (1984) Fundamentos de Psiquiatría. México, Ed. Limusa.
- Carpenter, M.B. (1981) Anatomy of the corpus striatum and brain stem integrating systems. En, Brooks, V. (ed.) *Handbook of Physiology: The nervous system, motor control*. American Physiological Society, Bethesda, MD.
- Cash, A.P. (1993) Neurología para fisioterapeutas. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana.
- Chaplin, P.J. (1989) Introducción a la neurología y neurofisiología. México, Ed. Limusa.

- Costaigne, P. (1975) Long term treatment of Parkinsons disease with L-dopa alone and in conivation with a descarboxilase inhibitor. *New England Journal of Medicine*. 276-374.
- Coté, L. y Crutcher, M.D (1991) Motor functions of the basal ganglia and diseases of transmitter metabolism. En, Kandel,E.R., Schwartz, J.H. y Jessell,T.M. (Eds.) *Principles of neural science*. Elsevier, USA.
- DeLong, M.R. (1981) Motor functions of the basal ganglia. *Handbook of Physiology*. American Physiological Society,
- Diamond, S.G. (1987) Multicenter study of Parkinson mortality with early versus later dopa treatment. *Ann Neurol*. 22:8-12.
- Galdon, M.J. y Andrew, Y. (1990) El concepto de conducta de enfermedad y sus diferentes campos de aplicación. N.Y. Pergamon Press.
- García-Hernández, F. y Massieu, T. (1993) Las enfermedades de Alzheimer y Parkinson: Avances teóricos y experimentales. México UNAM.
- Garity (1986) En: P.J. La Torre y M.P. Beneit. *Psicología de la Salud*. Argentina, Lumen.
- Gilman, S. y Winans, N.S. (1989) *Principios de Neuroanatomía clínicos*. México, Manual Moderno.
- Gómez, S. y Otero-Siliceo, E. (1997) Alteraciones cognoscitivas en la enfermedad de Parkinson. México, FCE.
- Gowers, K. (1887) *Réflexions pratiques sur les dangers des systémes en médecine*. Paris. En: Schneider, J.S. (1987) Functions of the basal ganglia: An overview. En Lidsky, T.I. (Ed.) *Basal Ganglia and Behavior*. Sensory aspects of motor functioning. Hans Huber, Publishers. NY.
- Grandas, F. (1992) Dilemas del paciente con enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico. Madrid, Neurología, Hospital General Marañón.
- Hoehn M.M. y Yahr, M.D. (1967) Parkinsonism: Onset pregression and mortality. *Neurology*. 17: 427-442.
- Hornykiewickz, O. (1966) Dopamine (3-hydroxytyramine) and brain function. *Pharmacol. Rev*. 18: 925-964.
- Joyce, N.J. (1993) Differential response of striatal dopamine and muscarinic cholinergic receptor subtypes to the loss of dopamine III. Results in Parkinson's Disease cases. *Brain Research*, 600, 156-160

- Kolb, B. y Wishow, I. (1986) *Neuropsicología Humana*. España, Ed. Labor.
- La Torre, P.J. y Beneit M.P. (1994) *Psicología de la Salud*. Argentina, Lumen.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Rojas.
- Linazasoro, B. (1994) *Tratamiento de la enfermedad de Parkinson complicada*. Madrid, Neurología, Clínica Quirón.
- López, A.L. (1983) *Anatomía funcional del sistema nervioso*. México, Ed. Limusa.
- Machado-Salas, J.P. Cornejo, A., Ibarra O., (1990) Multidisciplinary analysis of the effectiveness of autologous neural transplant (adrenal medulla) as treatment of parkinsons disease. *Neurosurg*. 54: 306-311.
- McDowell, F.H. (1982) Extrapiramidal disease. *Clin. Neurol*. 3: 125-131. En: Otero Siliceo. *Parkinson: Enfoque al futuro*. México, FCE. 1997.
- Nauta, W.J.H. y Domesick, U.B. (1978) Crossroads of limbic and striatal circuitry: hypothalamio-nigral connections. En: Livingstone, K.E. y Hornykiewicz, O. (Eds.) *Limbic Mechanisms, The Continuing Evolution of the Limbic System Concept*. New York: Plenum. p. 75-93.
- Obeso, J.A. y Martí Masso, J.F. (1993) *Enfermedad de Parkinson: Conocimiento y actitud práctica*. Madrid Interamericana, McGraw Hill.
- Otero-Siliceo, E. (1997) *Parkinson: Enfoque al Futuro*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Parent, A. y Hazrati, L.N. (1993) Anatomical aspects of information processing in primate basal ganglia. *TINS*. 16,3, 111-116.
- Pearlin, L.I. y Scooler, C. (1978) The structure of copying. *Journal of Health and social Behavior*. 19: 2-21.
- Pryse-Phillips E.M. y Murray T.J. (1996) *Neurología Clínica*. México, El Manual Moderno.
- Purves, S. (1898) En: M. Pollock y R.W. Hornabrook. The Prevalence natural hystory and dementia of parkinsons disease. *Brain* (1989) 429-448.
- Rapjut, A.A. y Rozdisky, B. (1981) Accuracy of clinical diagnosis in Parkinson prospective study. *Neurology Science*. 18: 275-278.

- Reig, Rodríguez y Mirá (1987) En: E. Ibañez. Psicología de la Salud y estilos de vida. Valencia España, Promolibro, 1990.
- Reynoso, L., Seligson, I. y Nava, C. (1993) La psicología de la salud y sus diferentes campos de aplicación. *Salud y Sociedad* 2-1: 37-48.
- Rinwald, E. y Vigouret, J.M. (1988) Parkinsonian syndromes and Parkinson's disease. Sandoz. pp. 1-27.
- Rusell (1933) En: E. Otero Siliceo. Parkinson: Enfoque al futuro. México, FCE. 1997.
- Schwab (1960) En: Reinwald E. y Vogouret. Parkinsonian Syndromes. Sandoz 1988.
- Taylor, A.E. (1986) Memory and learning in early Parkinsons disease: Evidence for a frontal lobe syndrome. *Brain Cognit.* 13: 211-232.
- Trimble, R.M. (1984) Neuropsiquiatría. México, Ed. Limusa.
- Velasco, F. (1986). Enfermedad de Parkinson. *Arch. Invest. Med. México*, 10, 108-117.
- Wichmann, T. y DeLong, M.R. (1993) Pathophysiology of Parkinsonian motor abnormalities. En: Narabayashi, H., Nagatsu, T., Yanagisawa, N. y Mizuno, Y. (Eds.) *Advances in Neurology*, Vol. 60. Raven Press, Ltd. New York.
- Weisberg, A.L. y Strubl, L.R. (1986) *Fundamentos de Neurología Clínica*. Madrid. Artes Gráficas Ibarra.